

Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego

Badanie naukowe zrealizowane przez Agencję badawczą
„ARC Rynek i Opinia” na zlecenie Regionalnego Centrum
Polityki Społecznej w Łodzi

Raport końcowy

Opracowanie:

dr Anna Urbaniak

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Publikacja została opracowana w ramach projektu „Plan Realizacji Działań w ramach PT RPO WŁ na lata 2014-2020 na rok 2017”, podprojektu pn. „Funkcjonowanie regionalnych obserwatoriów terytorialnych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej XII Pomoc Techniczna, Działania XII.2 System realizacji.

Raport końcowy z realizacji umowy nr 16/RPOPT.ROIS/2017 na świadczenie usługi wykonania prac naukowo-badawczych celem przeprowadzenia badania naukowego pn. „Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego”.

Praca zbiorowa

Ekspert merytoryczny:

dr hab. Piotr Szukalski, prof. Uniwersytet Łódzki

Zespół badawczy:

dr Anna Urbaniak, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Przemysław Mielczarek ARC Rynek i Opinia Sp. z o.o.
Anna Szczerbik ARC Rynek i Opinia Sp. z o.o.

Zespół badawczy po stronie Zamawiającego:

Anna Bujwicka
Marta Beczkowska
Magdalena Błaszczyk
Kamila Brzezińska-Krakowiak
Maciej Tomczak
Edyta Żmurkow-Poteralska

Skład i druk:

Grafpol Agnieszka Blicharz-Krupińska
ul. Czarnieckiego 1, 53-650 Wrocław
www.argrapol.pl

Zdjęcie na okładce:

www.pexels.com

ISBN 978-83-951661-0-5

ISBN e-book PDF 978-83-951661-1-2

ISBN e-book EPUB 978-83-951661-2-9

ISBN e-book MOBI 978-83-951661-3-6

Publikacja bezpłatna

Nakład: 300

Wydawca:



Regionalne Centrum Polityki Społecznej
w Łodzi Jednostka Organizacyjna
Samorządu Województwa Łódzkiego
ul. Snycerska 8, 91-302 Łódź
tel. 42 203 48 00, 42 203 48 01, fax 42 203 48 17
www.rcpslodz.pl
e-mail: info@rcpslodz.pl



Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej
tel. 42 203 48 40, 42 203 48 43, 42 203 48 34
www.obserwatorium-rcpslodz.pl/
e-mail: obserwatorium@rcpslodz.pl

© Copyright by Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi

Kopiowanie i rozpowszechnianie tylko z podaniem źródła

Druk publikacji współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Pomocy Technicznej RPO WŁ na lata 2014-2020

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
WPROWADZENIE	6
STRESZCZENIE I PODSUMOWANIE BADANIA	14
Koncepcja badawcza i cele badania	14
Analiza danych zastanych	14
Analiza indywidualnych wywiadów pogłębionych	15
RESEARCH SUMMARY AND CONCLUSIONS	17
I. KONCEPCJA BADAWCZA I CELE BADANIA	20
Teoretyczny kontekst prowadzonych analiz	20
Przedmiot badania	23
Grupy objęte badaniem	23
Zakres problemowy prowadzonych analiz	24
II. METODOLOGIA BADANIA	26
Metody i techniki badawcze	26
<i>Deskresearch</i>	26
<i>Case study</i>	27
Etapy analizy danych jakościowych z indywidualnych wywiadów pogłębionych zgromadzonych w ramach <i>case studies</i>	28
Ograniczenia zastosowanego podejścia	30
Sposób doboru, struktura, wielkość oraz operat próby badawczej	31
Opis przebiegu realizacji badań	33
Opis sposobu zapewnienia jakości i rzetelności pozyskiwanych danych	33
III. WYNIKI ANALIZY DANYCH ZASTANYCH	35
Kontekst formalno-prawny kariery opiekuna rodzinnego osób starszych	35
Kontekst demograficzno-ekonomiczny kariery opiekuna rodzinnego osób starszych	57
Procesy demograficzne	57
Sytuacja ekonomiczna	62
Kontekst społeczno-kulturowy kariery opiekuna rodzinnego osób starszych	69
Zapotrzebowanie na opiekę	69
Opieka długoterminowa	74
Opieka formalna	76
Opieka nieformalna	77
IV. WYNIKI ANALIZY INDYWIDUALNYCH WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH	81
Charakterystyka materiału źródłowego	81
Zakres obciążenia opiekuna opieką	90
Czas poświęcany na opiekę w ciągu tygodnia	90
Wykonywane czynności	93
Rozbudowane konwoje opiekuńcze	97
Ograniczone konwoje opiekuńcze	100

Zakres zmęczenia fizycznego i psychicznego	105
Potrzeby związane z możliwością łączenia kariery opiekuna z karierą zawodową	109
Wpływ świadczenia opieki na życie zawodowe.....	109
Czynniki ułatwiające i utrudniające zatrudnienie.....	114
Ideał miejsca i stanowiska pracy z perspektywy opiekunów.....	115
Metody wspierania opiekunów przez pracodawców (stosowane i preferowane)	116
Usługi społeczne umożliwiające mniej konfliktowe współwystępowanie ról pracownika i opiekuna rodzinnego	118
Potrzeby opiekunów związane z możliwością realizacji kariery opiekuna i podtrzymywania kontaktów społecznych	119
Wpływ świadczenia opieki na życie rodzinne	119
Wpływ świadczenia opieki na życie towarzyskie i czas wolny opiekunów rodzinnych ...	122
Potrzeby opiekunów w zakresie życia rodzinnego, towarzyskiego i czasu wolnego....	125
Potrzeby opiekuna w zakresie usług społecznych oferowanych przez podmioty publiczne.....	127
Zakres wiedzy i umiejętności opiekunów w zakresie wykonywania opieki	128
Znajomość przez opiekunów zakresu dostępnych usług wspomagających – oferowanych przez podmioty publiczne.....	130
Stopień zadowolenia z wykorzystywanych form publicznego wsparcia	132
Niezaspokojone potrzeby opiekunów rodzinnych w ramach wykorzystywanych form publicznego wsparcia	134
Preferowane przez opiekunów działania instytucji publicznych, które pozytywnie wpływają lub wpłynęłyby na ich czas wolny, życie zawodowe, rodzinne i społeczne	141
Strategie realizowania kariery opiekuna rodzinnego osób starszych – wnioski z analizy danych	145

V. REKOMENDACJE I PRZYKŁADY DZIAŁAŃ WSPIERAJĄCYCH OPIEKUNÓW

NIESAMODZIELNYCH OSÓB STARSZYCH	150
Spis tabel	165
Spis wykresów	166
Spis rysunków	167
Bibliografia	168

Populacja województwa łódzkiego, podobnie jak populacja całego kraju, podlega procesowi starzenia się. W jego ramach następuje wyraźnie tzw. podwójne starzenie się ludności, tj. w populacji osób starszych wzrasta udział osób bardzo starych, które w polskich warunkach utożsamiane są z osobami w wieku powyżej 75 lat. Wzrost liczby i odsetka osób bardzo starych jest ważny dla władz publicznych między innymi dlatego, że bardzo zaawansowany wiek jest ściśle powiązany ze wzrostem niesprawności i niesamodzielności, a zatem prowadzi do zwiększania się zapotrzebowania na wsparcie ze strony innych. Z uwagi na zachodzące zmiany dotyczące rodziny (wzrost odsetka bezdzietnych osób starszych lub takich, których dzieci mieszkają w oddaleniu, wzrost częstości rozwodów, spadek udziału osób posiadających rodzeństwo, zmniejszająca się różnica wieku między małżonkami, upowszechnianie się związków nieformalnych), jak i zmiany społeczno-kulturowe osłabiające siłę rodzinnej więzi, w coraz większym stopniu malała będzie rola rodziny jako grupy oferującej i udzielającej wsparcie. Podejrzewać należy, iż wraz ze wzrostem liczby osób bardzo starych narasta zarówno liczba, jak i obciążenie ich opiekunów nieformalnych, przede wszystkim rodzinnych.

Poznaniu ich potrzeb w kontekście sprawowania opieki poświęcono badanie naukowe pn. „Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego”.

Raport przedstawia wyniki badania wypracowane w oparciu o analizę danych zastanych oraz studium przypadków konwojów opiekuńczych¹ z województwa łódzkiego. Badanie przeprowadzono w okresie listopad-grudzień 2017 roku w ramach projektu Plan Realizacji Działań w ramach PT RPO WŁ na lata 2014-2020 na rok 2017, podprojektu pn. „Funkcjonowanie regionalnych obserwatoriów terytorialnych”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej XII Pomoc Techniczna, Działania XII.2 System realizacji.

Raport podzielono na pięć rozdziałów, poprzedzonych streszczeniem wyników badania, wprowadzeniem i opracowanych na podstawie wyników rekomendacji. W pierwszym rozdziale zaprezentowana została koncepcja badawcza i cele badania. W drugim rozdziale przedstawiono metodologię badania. W rozdziale trzecim opisano wyniki analizy danych zastanych, a w czwartym wyniki analizy danych wywołanych na potrzeby badania. Rekomendacje i przykłady działań podejmowanych przez różne organizacje na rzecz opiekunów osób starszych zawarte zostały w ostatnim rozdziale raportu.

Dotychczas brakowało wiarygodnych danych naukowych dotyczących województwa łódzkiego, które umożliwiłyby ocenę tego, jakie rozwiązania ułatwiające sprawowanie opieki nad osobami w wieku 60+ oraz umożliwiające łączenie roli opiekuna rodzinnego z innymi rolami społecznymi, są pożądane z punktu widzenia opiekunów rodzinnych. Niniejsze badania stanowią krok w stronę wypełnienia tej luki. Pozyskane informacje mogą służyć za pomoc instytucjom samorządowym – do projektowania odpowiednich usług społecznych i kształtowania kierunków polityki społecznej. Ponadto mogą być również inspiracją dla organizacji pozarządowych dążących do wdrożenia rozwiązań, które skutecznie wsparłyby opiekunów osób starszych. Stąd wyniki i rekomendacje z badania stanowią cenne źródło danych do ukierunkowywania konkursów, czy ustalania kryteriów wyboru projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

¹ Konwoje opiekuńcze są ewoluującymi zbiorami jednostek, które mogą, ale nie muszą, mieć bliskiego osobistego związku z odbiorcą opieki lub między sobą i które świadczą opiekę, włączając w nią pomoc przy codziennych czynnościach, wsparcie emocjonalne, profesjonalną opiekę medyczną, jak i inne działania, por: Kemp C.L., Ball M.M., Perkins M.M., *Convoys of care: Theorizing intersections of formal and informal care*, *Journal of Aging Studies*, 27 (1) (2013), s. 15-29.

WPROWADZENIE

Zgodnie z zasadą subsydiarności współczesna polityka wspierania osób starszych bazuje na trzech filarach: 1) wspomaganie jak najdłuższej samodzielności seniorów; 2) w przypadku osób wymagających pomocy wspomaganie ich nieformalnych opiekunów (tj. najczęściej opiekunów rodzinnych); 3) oferowaniu wsparcia środowiskowego w przypadku niedostatku lub braku opieki nieformalnej. Pobyt w instytucjach całodobowej opieki traktowany jest – zarówno ze względów etycznych, społecznych, jak i ekonomicznych – jako ostateczność.

W niniejszym raporcie przedstawione zostały wyniki badania mającego na celu lepszą realizację przez władze samorządowe województwa łódzkiego drugiego z powyższych postulatów – wspierania opiekunów nieformalnych. Zgodnie z koncepcją *evidence based policy* punktem wyjścia do zdefiniowania celów szczegółowych i służących ich osiągnięciu narzędzi, powinna być diagnoza sytuacji opiekunów, a zwłaszcza ich potrzeb w zakresie publicznego wsparcia. Badania takie coraz częściej są w Polsce wykonywane [Błędowski, 2012; Bojanowska, 2008; Jurek, 2016; *Opiekunowie rodinni*, 2015; *Pogłębione studium*, 2017; Rosochacka-Gmitrzak, 2011; *Seniorzy w województwie śląskim*, 2012; Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, 2014].

Cel taki przyświeca również prezentowanemu w niniejszym opracowaniu badaniu, które skupione było na określeniu tych potrzeb opiekunów, które pozostają – bezpośrednio lub pośrednio – w związku z realizacją kariery opiekuna. Z definicji zatem nie badano ogółu potrzeb opiekunów, ale potrzeby bezpośrednio związane z realizowaną karierą opiekuna rodzinnego. Kariera taka powinna być utożsamiana ze zbiorem wszystkich zachowań i wyborów pozostających w związku z wykonywaniem opieki (i poświęcaniem na to czasu) nad seniorami. W praktyce zatem – obok wątku obciążenia fizycznego, psychicznego i czasowego opiekunów – skoncentrowano się na kwestii potrzeb związanych z potencjalnymi konfliktami pomiędzy wykonywaniem opieki a realizacją karier społecznych i zawodowych.

W Polsce to rodzina postrzegana jest nadal jako główne źródło wsparcia, co wynika zarówno ze społecznych przekonań (zarówno seniorów, jak i ich dzieci) [Bojanowska, 2009], jak i zapóźnienia w rozwoju usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych. Przeprowadzone w ramach programu Polsenior badania wskazywały jednoznacznie na wysokie realne znaczenie rodziny jako źródła wsparcia (tab. 1).

Tabela 1. Osoby udzielające pomocy według typu gospodarstwa domowego badanych według badania Polsenior (w %)

Badany mieszkający	Osoby pomagające:					
	Członkowie rodziny	Opiekunka z ośrodka pomocy społecznej	Sąsiedzi, przyjaciele	Osoba obca mieszkająca z badanym	Osoba obca mieszkająca oddzielnie	Inna osoba
Z innymi osobami	96,1	2,2	5,3	2,5	1,3	2,0
samotnie	87,7	9,0	22,7	0,0	4,1	1,7

Odpowiedzi nie sumują się do 100% z uwagi na możliwość wskazywania kilku źródeł pomocy

Źródło: [Błędowski, 2012, s. 458]

Członkowie rodziny dominowali jako osoby dostarczające wszelkiego rodzaju pomocy, przewyższając co najmniej 4-krotnie inne podawane źródła wsparcia. Stąd też wydaje się, iż to oni powinni być utożsamiani z terminem „opiekunowie osób w wieku senioralnym (60 +) z terenu województwa łódzkiego”. Podejście takie jest tym bardziej zasadne, iż chodzi głównie o

określenie potrzeb osób w wieku aktywności zawodowej, a tymczasem sąsiedzi i przyjaciele seniorów udzielający im opieki z reguły znajdują się w zbliżonym wieku, a zatem są już w wieku poprodukcyjnym.

Stąd też, w pierwszej kolejności przyjrzymy się widocznym w ostatnich latach przemianom polskiej rodziny z perspektywy możliwości wykonywania przez nią opieki nad osobami najstarszymi.

Potencjał opiekuńczy rodziny w dobie zmian wzorca zachowań demograficznych

Rodzina jako instytucja społeczna jest strukturą dynamiczną. Zmieniają się – dostosowując do wymagań otoczenia – nie tylko jej funkcje, ale również i struktura demograficzna.

Pierwszoplanową zmianą jaka nastąpiła jest wertykalizacja rodziny. Przejawia się ona pojawieniem się wielopokoleniowości, wydłużeniem okresu pozostawania w danym statusie rodzinnym i homogenizacją pokolenia w znaczeniu nadawanym temu pojęciu w antropologii.

Wskutek umieralności wzrasta prawdopodobieństwo dożycia do zaawansowanego wieku, a w konsekwencji również i szansa doczekania do momentu narodzenia wnuka, prawnuka i – coraz częściej – praprawnuka. Proces ten dobrze został opisany w literaturze przedmiotu [Harper, 2004; Pennec, 1996; Szukalski, 2002] i prowadzi do powszechnego występowania rodzin trzy- i czteropokoleniowych, jak i do sporadycznego – póki co – pojawiania się rodzin o większej liczbie jednocześnie żyjących ogniw łańcucha genealogicznego (w niektórych opracowaniach znaleźć można przykłady rodzin sześciopokoleniowych, powstałych wskutek „dziedziczenia” w linii żeńskiej w niektórych rodzinach zwyczajowo wczesnego – tj. w wieku kilkunastu lat – wydawania na świat potomstwa). Z praktycznego punktu widzenia oznacza to trzy wyłaniające się problemy. Po pierwsze, pojawianie się *sandwich generation*, pokolenia osób w wieku 45-65 lat obciążonego bardzo często koniecznością opiekowania się dwoma grupami osób zależnych – własnymi wnukami i rodzicami – co uwzględniając preferowanie wsparcia pokolenia własnych, aktywnych zawodowo dzieci (które czasami bez zapewnienia intensywnej opieki nie są w stanie pogodzić rodzicielstwa i pracy zawodowej), prowadzić może do niezaspakajania potrzeb rodzinnych seniorów. Druga konsekwencja to pojawienie się rodzin z dwoma pokoleniami seniorów i występowanie sytuacji, gdy osiemdziesięcio-, dziewięćdziesięciolatkami opiekują się ich dzieci, młodsze o 20-30 lat, niekiedy borykające się z własnymi problemami zdrowotnymi. Trzecia konsekwencja to występowanie rodzin, w których wsparcia wymagają dwa pokolenia seniorów.

Pojawieniu się wielopokoleniowości towarzyszy wydłużenie się okresu pozostawania w danym statusie rodzinnym. W miejsce kilku-, góra kilkunastoletniej, koegzystencji dziadków i wnuków pojawia się masowe dożywanie przez nestorów do momentu obchodzenia przez wnuki 20., 30., a nawet 40. urodzin. Rodzice i dzieci dzielą 60 lat wspólnego życia. Podobną liczbę lat – przy założeniu braku rozvodu lub separacji – spędzają obecnie małżonkowie [Uhlenberg, 1996]. Rezultatem takiej sytuacji jest opóźnienie występowania momentu zmian statusu rodzinnego wywołanych zgonem bliskich krewnych (późniejsze występowanie wdowieństwa, sieroctwa, utraty dziadków) i dłuższe trwanie każdej takiej fazy życia rodzinnego. Dłużej trwa zatem – występujące później, a zatem w momencie, w którym jednostka jest mniej elastyczna i gorzej się adaptuje do zmian – wdowieństwo, jak i okres niesamodzielnności, wymagającej wsparcia ze strony innych.

Kolejna zmiana to homogenizacja pokolenia wynikająca z ograniczania dzietności, ze skracania się okresu, w którym podejmowane są wysiłki na rzecz realizacji planów prokreacyjnych. W miejsce poprzednio wydawanych 5-7 dzieci, różniących się wiekiem w przypadku dziecka pierwotnego i najmłodszego z reguły o kilkanaście, jeśli nie o dwadzieścia kilka lat, mamy obecnie do czynienia z dominacją modelu rodziny małodziejnej, wydającej 1-2 potomków. W

takim przypadku wiek przychodzących na świat dzieci różni się nieznacznie, z reguły co najwyżej o lat kilka. W rezultacie następuje ujednolicanie się etapu życia jednostek będących rodzeństwem czy kuzynostwem. Seniorzy nie mogą zatem liczyć na pomoc rodzeństwa, zaś ich wszystkie dzieci znajdują się naraz w zbliżonym okresie *sandwich generation*. Homogenizacja wieku przejawia się również coraz mniejszą różnicą wieku między małżonkami, co – prowadząc do zaniku dużych różnic – oznacza pary małżeńskie będące na tym samym etapie życia i niemożące samodzielnie rozwiązać problemów jednego z małżonków.

Występowanie powyższych zmian prowadzi do tzw. wertykalizacji rodziny – upodabniania się jej w coraz większym stopniu do strąka fasoli (*bean pole family*), długiego (wielopokoleniowość wywołana redukcją umieralności) i wąskiego (efekt małodietności prowadzącej do występowania niewielkiej, mało zmiennej z pokolenia na pokolenie liczby krewnych). Wertykalizacja rodziny oznacza wzrost obciążeń dla opiekunów rodzinnych, w przypadku konieczności zapewnienia opieki nad sędziwym czy niepełnosprawnym krewnym. Zamiast rozłożenia obowiązków opiekuńczych na kilka osób tworzących dane pokolenie, coraz częściej wykonanie niezbędnych zadań skupia się na jednej lub dwóch osobach, co stanowi efekt powszechnej małodietności. Z biegiem czasu coraz częściej wskutek bezdzietności lub czynników losowych (migracja potomstwa, śmierć) w sytuacji jedynactwa pojawiać się będzie zanik posiadania potencjalnego opiekuna rodzinnego w linii zstępnych.

Innymi ważnymi zmianami jest rozpowszechnianie się nietradycyjnych form rodzinnych, odłączanie decyzji prokreacyjnych oraz pojawienie się rodzin światowych.

Pojawianie się nietradycyjnych form życia małżeńskiego przy zwiększającej się liczbie rozwodów (związki nieformalne, związki „tymczasowe”, związki tej samej płci) oddziałuje na poziom zaspokojenia potrzeb opiekuńczych seniorów poprzez zakłócenie wsparcia od partnera dziecka/wnuka i jego rodziny (niedookreśloność zobowiązań związana z brakiem rytuału przejścia), zaburzony kontakt z „niewłaściwie prowadzącymi się” potomkami, czy w efekcie rozwodu poprzez zanik kontaktu z partnerem, potomstwem (dotyczy to głównie mężczyzn, którzy rozwodzili się, gdy ich dzieci były małe), czy partnerami rozwodzącego się potomstwa (zwłaszcza dotyczy to osób posiadających rozwodzącego się syna).

Coraz późniejsze macierzyństwo i ojcostwo oznaczać z kolei może nakładanie się okresu zapotrzebowania na opiekę ze strony potomstwa na ten jego etap życia, w którym jest ono niegotowe do jej wykonywania, z uwagi na pobieranie nauki, rozpoczynanie kariery zawodowej i rodzinnej (w tym ostatnim przypadku pojawia się przedwczesne przechodzenie do nietradycyjnie definiowanego *sandwich generation*).

Wskutek dużej skali migracji zewnętrznych pojawiają się rodziny światowe – rodziny, w których kontakty rodzinne dokonują się ponad granicami państwowymi. Źródłem ich powstania są zarówno migracje *per se*, jak i ich konsekwencje (np. małżeństwa binacjonalne). Rodziny takie borykają się z problemami związanymi z zapewnieniem opieki (zazwyczaj poprzez odpłatne, zastępcze usługi opiekuńcze) i jej wyegzekwowaniem („eurosieroctwo seniorów”). Dodatkowo, wskutek przejmowania przez emigrantów podejścia do rozwiązywania problemów dnia codziennego w sposób praktykowany w kraju osiedlenia, zaczynają być często modyfikowane sposoby opieki, niekoniecznie w sposób w pełni satysfakcjonujący seniorów.

Powyższe zmiany nie występują w odizolowaniu od siebie. W licznych rodzinach dostrzec można symptomy jednoczesnego występowania wiązki takich zmian, prowadzące do kumulacji problemów w realizacji zadań związanych z opieką nad seniorami.

Opiekunowie rodzinni jako przedmiot zainteresowania gerontologii

Gerontologia społeczna jako dyscyplina poniekąd ateoretyczna (mogąca funkcjonować bez odwoływania się do teorii), ukierunkowana na rozwiązywanie problemów, od początku swego

istnienia interesowała się rodziną jako instytucją, w której „zanurzeni” są seniorzy. Socjologowie rodziny uważają, iż dotychczasowe badania nad rodziną prowadzone przez gerontologów układały się w cztery odrębne etapy [Marshall i wsp., 1993]. Na samym początku dominowało podejście skupiające się na utracie przez osoby stare ról społecznych oraz postępującej z wiekiem i biegiem czasu izolacji seniorów od życia rodzinnego. Następnie, uwaga była skoncentrowana na procesach wymiany, funkcjonalnej solidarności wyrażającej adaptacyjność rodziny jako instytucji do wymagań współczesności. Na kolejnym etapie, badacze skupiali swą uwagę na solidarności rodziny, wyróżniając jej sześć typów (normatywna, uczuciowa, funkcjonalna, strukturalna, solidarność związku i zgodności) i próbując dokonać całościowej, wielowymiarowej oceny relacji międzypokoleniowych w rodzinie. Wreszcie ostatni – obecny etap, zdominowany został przez dyskusję na temat udzielania i otrzymywania pomocy w ramach rodziny (*family caregiving*) ze szczególnym uwzględnieniem podstawowych opiekunów i psychiczno-ekonomicznego obciążenia opiekuna (*caregiver burden*). Osobiście dodałbym piąty, najnowszy etap – w ostatnich latach widoczne są w literaturze przedmiotu tendencje do stosowania holistycznego, eklektycznego podejścia, wpisywanego w szersze ramy badań nad integracją międzypokoleniową, kształtowaniem się relacji intergeneracyjnych na różnych płaszczyznach.

Powyższa klasyfikacja nie jest jednakże powszechnie przyjęta – w opinii niektórych badaczy (np. [Pearlin i wsp., 2001]) od samego początku widoczne było w pracach gerontologów zogniskowanych na rodzinie zainteresowanie udzielaniem pomocy, aczkolwiek wraz z upływem czasu zmieniało się jądro problematyki badawczej. Odchodzono od początkowego pytania „kto wspomaga seniorów i w jaki sposób to czyni?” ku poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o konsekwencje udzielania opieki dla osób wspierających, a zwłaszcza ku zagadnieniu zmniejszenia obciążenia długookresową opieką nad osobami sędziwymi odczuwanego przez opiekunów rodzinnych. Jak słusznie zauważa M. Murphy [2004: 34], zazwyczaj w przypadku koncentrowania się na opiece rodzinnej nadmierna uwaga skupiona jest na problemie, jak wielu potrzebujących wsparcia seniorów otrzymuje go od swej rodziny, w mniejszym stopniu na tym, kto dostarcza pomocy, zaś w najmniejszym na kluczowym zapewne zagadnieniu – kto spośród krewnych i dlaczego nie udziela pomocy. Dodatkowo pamiętać należy, iż w przypadku analizy wspierania seniorów bada się częstość udzielania pomocy, a zdecydowanie rzadziej jej jakość, intensywność i spójność z potrzebami seniorów i możliwościami wspierających.

Problemy rodzinnych opiekunów

Prowadzone badania odnoszące się do problemów, z jakimi borykają się opiekunowie rodzinni seniorów, wskazują na bezpośrednio związany ze wspomnianym zmniejszaniem się – wskutek małości – grona krewnych pomagających seniorów, narastający stres pojawiający się u ich opiekunów, stres często współwystępujący z ich autostygmatyzacją (Braithwaite 2002).

W tym przypadku stres opiekuna związany jest: 1) z pogarszającym się stanem zdrowia podopiecznego (niekiedy prowadzącym do erozji relacji w diadzie opiekun-senior, gdy podopieczny w podeszłym wieku za pogarszanie stanu swego zdrowia obwinia niewystarczające starania osoby pomagającej); 2) z brakiem przygotowania – zarówno medycznego, technologicznego, jak i kulturowego – opiekuna do sprawowania opieki w niezbędnej postaci; 3) z poczuciem przymusu, albowiem w przypadku większości opiekunów brak jest alternatywy; 4) z poczuciem wpadnięcia w pułapkę w sytuacji, gdy opieka wymaga coraz więcej czasu i wysiłku.

W świetle polskich badań (Wojszel, Bień, 2006; Jurek, 2016) czynnikami wzmagającymi stres i poczucie obciążenia opieką osób wspierających seniorów są przede wszystkim: bardziej zaawansowany wiek wspierającego, zamieszkiwanie w mieście, opiekowanie się osobami bardziej niepełnosprawnymi w zakresie czynności dnia codziennego, opieka nad osobami z za-

burzeniami psychicznymi i patologicznym zachowaniem oraz odczuwaniem większego deficytu opiekuńczego. W mniejszym stopniu stres zdeterminowany jest niskim poczuciem wsparcia ze strony innych, niską satysfakcją z opieki nad seniorem i niewystarczającym – zdaniem opiekuna – korzystaniem z potrzebnych usług społecznych.

Badania wskazują zatem, iż opiekunowie rodinni odznaczają się wysokim poziomem znużenia, choć dotyczy to głównie osób opiekujących się seniorami wymagającymi stałej, rozbudowanej opieki. Kluczem do zrozumienia obciążenia opiekunów rodzinnych jest nie tylko określenie częstości wykonywania opieki, jej formy i wolumenu czasowego, ale przede wszystkim jej uciążliwości, definiowanej zarówno w kategoriach kosztów alternatywnych (inne sposoby wydatkowania czasu), jak i uciążliwości psychicznej (długotrwałość, permanentność, siła relacji z osobą zależną). W polskich realiach stres ten jest wzmacniany przez brak mechanizmów wspierania opiekunów rodzinnych w sposób inny niż usługi opiekuńcze.

Wspierający – czy warto badać tylko jego?

W gerontologii społecznej popularny przy analizach sytuacji seniorów jest „model eskorty” czy też „model konwoju” (*convoy model*), bazujący na teorii ról i teorii przywiązania (Thomse i wsp. 2005). Punktem wyjścia jest w nim przekonanie, iż przechodzenie przez drogę życia nie dokonuje się w pojedynkę, każda jednostka drogę tę pokonuje w eskorcie grupy innych osób, z którymi jest związana wymianą wsparcia. Wspomniany konwój dzieli się na trzy grupy, sferycznie otaczające jednostkę – im do niej bliżej, tym w większym stopniu relacje pomiędzy *ego* a daną osobą zdeterminowane są przez przywiązanie, im odległość większa, tym większa waga zasad wynikających z pełnionych nawzajem względem siebie ról społecznych. Ponieważ w przypadku relacji wynikających z pełnionych ról występują ograniczenia czasu trwania i sposobu wspierania, więzi te – choć niekiedy ważne i satysfakcjonujące – są bardziej kruche i podatne na zanikanie. Tymczasem relacje wynikające z przywiązania są bardziej stabilne i w przypadku wymiany wsparcia zawierają częściej elementy wzajemności odroczonej i wzajemności „na krzyż”. Stąd też, w starszym wieku następuje – wraz z powolną utratą różnorodnych ról społecznych – wzrost ważności członków rodziny w strukturze (sieć) i funkcjach (wsparcie) nieformalnych sieci wsparcia.

Powyższe ujęcie przydatne jest do zrozumienia sytuacji również i osób wspierających seniorów. Nie są one „samotnymi wyspami” – z reguły posiadają one życiowych partnerów, potomstwo, inne ważne dla nich osoby, z którymi utrzymują relacje, wobec których posiadają zobowiązania, z których pomocy – wynikającej z odczuwanej więzi – korzystają wykonując opiekę nad seniorami. Intrygujące jest to, w jakim stopniu osoby wchodzące w skład tej eskorty wspierają wspierających, jak samoistnie uczestniczą w życiu rodzinnych opiekunów, jak oceniają z dalszej – pozbawionej silnego wątku emocjonalnego – perspektywy zaangażowanie opiekuna i konsekwencje jego działań pomocowych. Ten tok myślenia leży u podstaw projektu badania prezentowanego w niniejszym opracowaniu. Opisując potrzeby opiekunów seniorów, spróbowano pozyskać informacje nie tylko od samego opiekuna, ale również od innych osób, które posiadają bezpośrednią wiedzę na temat zaangażowania opiekuna i skutków opieki dla różnych sfer życia. W efekcie postanowiono przebadać również i inne osoby – seniorów, na rzecz których świadczona jest pomoc, partnera życiowego lub inną osobę znajdującą się w bliskiej relacji z opiekunem, wreszcie – w przypadku, gdy występuje korzystanie z wsparcia z środowiskowych usług pomocy społecznej – osób odpowiedzialnych za ich przyznanie lub świadczenie (pracownik socjalny, opiekun/ka). Manewr taki w naszej ocenie pozwala na uchwycenie również i tych potrzeb, które na co dzień nie są sobie przez opiekuna uświadamiane lub są mniej lub bardziej tłumione.

Krajowy i regionalny kontekst badania

Województwo łódzkie podlega szybkiemu starzeniu się. W jego ramach następuje tzw. proces podwójnego starzenia się ludności, tj. wzrost w ramach zbiorowości seniorów udziału osób bardzo starych. Osoby te w polskich warunkach utożsamiane są z osobami w wieku 75+², 80+³ lub 85+. Wzrost liczby i odsetka osób bardzo starych jest o tyle ważny dla władz publicznych, iż bardzo zaawansowany wiek jest ściśle powiązany ze wzrostem niesprawności i niesamodzielności, a zatem prowadzi do zwiększania się zapotrzebowania na wsparcie innych. Z uwagi na zachodzące zmiany demograficznego oblicza rodziny, jak i zmiany jakościowe osłabiające siłę rodzinnej więzi, w coraz większym stopniu owo wsparcie udzielane być musi poza rodziną.

Jak było to już powiedziane, proces podwójnego starzenia się ludności widoczny jest również na terenie województwa łódzkiego (tab. 2).

Tabela 2. Liczba osób bardzo starych w województwie łódzkim w latach 2005-2035 (w tys. osób)

Wiek	2005	2016	2025	2035
75+	171,6	192,7	234,9	326,5
80+	85,1	116,3	113,5	192,7
85+	29,3	54,3	58,7	85,9

Źródło: Dane Banku Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>

Podejrzewać należy, iż wraz ze wzrostem liczby osób bardzo starych narasta i liczba i obciążenie ich opiekunów nieformalnych, przede wszystkim tych rodzinnych. Szacunki dokonane dla Małopolski wskazują na to, iż w tym – relatywnie młodym – regionie blisko 700 tys. osób (tj. prawie 1/5 ludności ogółem, przy czym 1/3 osób w wieku 45-59 lat) może być zaangażowanych w jakąś formę rodzinnej opieki nad seniorami⁴ [Urząd ..., 2014]. Występowanie podobnego poziomu zaangażowania w opiekę na terenie województwa łódzkiego oznaczałoby, iż blisko pół milion jego mieszkańców świadczy jakieś usługi na rzecz seniorów.

Najczęściej opiekunami seniorów w Polsce są członkowie ich rodzin, przede wszystkim małżonkowie i potomstwo. W przypadku tej drugiej kategorii zaznaczyć trzeba, iż zdecydowana większość osób starszych posiada potomstwo (93% według Polseniora), przy czym przeważają seniorzy z większą liczbą dzieci, dzięki czemu typowa liczba posiadanych, żyjących dzieci wynosi od dwóch do trzech [Szatur-Jaworska, 2014]. Wyniki Polseniora wskazują, że po 75. roku życia powoli, a w wieku 85+ lat coraz szybciej, wzrasta odsetek seniorów zamieszkujących z dziećmi [Szatur-Jaworska, 2012]. Dotyczy to jednak przede wszystkim osób owdowiałych, które na pewnym etapie życia nie są w stanie już samodzielnie funkcjonować, stąd też przenoszą się do własnego potomstwa w imię łatwiejszego sprawowania opieki.

Z wiekiem narasta problem opieki rodzinnej, albowiem z im starszą grupą mamy do czynienia, w tym większym stopniu pojawiają się trudności z wykonywaniem coraz szerszego wachlarza czynności dnia codziennego. Przykładowo, według GUS w grupie wieku 60-69 lat 37,7%

² Ta kategoria odwołuje się do stosowanego w gerontologii społecznej podziału zbiorowości seniorów na 3 grupy – 65-74 „młodzi starzy”, 75-84 „starzy starzy” i 85+ „najstarsi starzy”, odznaczających się zmniejszającym poziomem samodzielności.

³ Ta kategoria odwołuje się do podziału osób starszych na osoby w trzecim (tj. niepracujące lecz sprawne) i czwartym (niepracujące i wymagające wsparcia) wieku.

⁴ Pytanie, na podstawie którego uzyskano takie wskaźniki struktury, brzmiało: *Czy na co dzień nieodpłatnie opiekuje się Pan/i osobą niesamodzielną, tzn. dostarcza Pan/i tej osobie regularnego i trwałego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego?* (w kafeterii znajdował się wariant odpowiedzi: *tak, opiekuje się osobą starszą*).

badanych deklaruje takie problemy, to w wieku 80+ aż 84,8%, przy czym – o ile wśród najmłodszych seniorów problemy związane są w wykonywaniem ciężkich prac domowych – w starszych grupach obejmują zdecydowanie szerszy zakres czynności [Jurek, 2016]. Domyślać się zatem można, iż – z uwagi na fakt, iż typowy konwój składa się z dzieci, których wiek jest ściśle powiązany z wiekiem rodzica – w przypadku najstarszych osób niesamodzielnych kłopotem będzie powolne nakładanie się niepełnej sprawności obu pokoleń.

Wnioski płynące z badania

Nie chcąc dokonywać streszczenia przeprowadzonego badania, chciałbym w ostatniej części niniejszego wprowadzenia wskazać najważniejsze w moim odczuciu bezpośrednie i pośrednie – tj. wywołane prezentowanymi rezultatami – wnioski z niego płynące i wynikające stąd potrzeby praktycznych działań.

Po pierwsze, uderza skala niewiedzy na temat dostępnego wsparcia instytucjonalnego oraz wyrażany brak zainteresowania wsparciem. W przypadku braku informacji wyniki te współgrają z prowadzonym przez RCPS w Łodzi w 2017 r. badaniem „Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego”, gdzie również zaobserwowano bardzo dużą skalę niewiedzy wśród osób starszych na temat wszelkich publicznych działań ukierunkowanych na seniorów. Niewiedza współwystępuje z przekonaniem o szczególnej odpowiedzialności rodziny, a zwłaszcza potomstwa, za opiekę, wyrażaną i przez opiekunów i przez pracowników sektora publicznego (pracownicy socjalni, opiekunki), przekonaniem prowadzącym do mizernego zainteresowania możliwościami wsparcia. Jako podstawowe źródło informacji o możliwościach uzyskania pomocy od instytucji publicznych wymieniani są członkowie rodziny, co jednoznacznie wskazuje na skalę zaniedbań w zakresie upowszechniania danych na ten temat.

Po drugie, wyrażana jest niechęć do angażowania innych osób spoza rodziny poza tymi, które w jakimś stopniu w opiece uczestniczą, co łączy się z dużym zrozumieniem dla przyczyn uniemożliwiających (większe) zaangażowanie. Okazuje się zatem, iż dzieci w pełni zgadzają się na bycie „skazanym” na opiekę, nie oczekując nadmiernego wsparcia ani od rodziny, ani od instytucji publicznych, w przypadku których występuje znaczna niewiara w jakość świadczonych usług.

Po trzecie, prawie brak jest – jak można by oczekiwać, wyraźnie odmiennych niż u osób w innej fazie życia rodzinnego – opinii ludzi relatywnie młodych (troje wnuków, 2 osoby w wieku do 35 lat, łącznie 5 osób do 40 lat i 11 do 45 lat), mimo iż z jednej strony są to osoby niełączone zazwyczaj z fazą opieki nad seniorami, a jeśli już, to przynależą do kategorii *sandwich generation* (osób, u których występuje konieczność łączenia opieki nad pokoleniem własnych dzieci i własnych rodziców/dziadków), a z drugiej wykonują zazwyczaj pracę zawodową (a przynajmniej takie są wobec nich oczekiwania). Brak jest w zasadzie odmienności głosu tych opiekunów od osób pozostałych.

Po czwarte, opieka rodzinna nie spotyka się z niezadowoleniem co do zakresu, wolumenu i jakości ze strony osób starszych. Czy jest to wynik faktycznego zadowolenia z jakości, niechęci do wyrażania wobec obcych osób krytycyzmu, czy rezultat prawdziwości hipotezy podwyższonej wartości relacji międzypokoleniowych (*intergenerational stake hypothesis*)⁵, trudno powiedzieć.

Po piąte, opiekunowie rodzinni umiejętności niezbędne do wykonywania opieki pozyskują najczęściej poprzez metodę prób i błędów. Nie powinno to dziwić, jeśli pierwszy etap opieki najczęściej związany jest z wyłącznym zaangażowaniem rodziny. W przypadku następnych etapów jako ważne źródło informacji o umiejętnościach wymieniona jest obserwacja profesjonalistów – opiekunek, pielęgniarek i innych osób zawodowo pomagających.

⁵ Zgodnie z nią, dokonując porównania ocen wzajemnych kontaktów między kolejnymi generacjami danej rodziny, okazuje się, iż przedstawiciele starszej generacji z reguły oceniają jakość relacji między diadami złożonymi z przedstawicieli dwóch pokoleń wyżej niż przedstawiciele młodszych generacji [Giarusso i wsp., 1995].

Po szóste, badani wskazywali na preferowane przez siebie działania władz publicznych (pomoc w znalezieniu pracy dostosowanej do kwalifikacji opiekunów rodzinnych i umożliwiającej łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuńczą, wsparcie finansowe w okresie poszukiwania pracy, wsparcie w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, dostarczenie informacji opiekunom rodzinnym w zakresie możliwych form wsparcia oferowanych przez instytucje społeczne, które umożliwiałyby łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuńczą) brzmiące z jednej strony rzeczowo i konkretnie, z drugiej zaś zgodnie z wynikami innych prowadzonych badań. Potrafili również jednoznacznie wskazać na cechy idealnego miejsca pracy, które umożliwiłoby w miarę bezproblemową, długoterminową opiekę.

Po siódme, opiekunowie akcentowali ważność nie tyle stałej pomocy w niedużym zakresie, ile chęć (konieczność?) uzyskania publicznego całodobowego wsparcia w wymiarze 1-3 tygodni w roku, w celu odpoczynku, regeneracji sił fizycznych i psychicznych i czasowego „uwolnienia się” od stałego, nużącego obowiązku.

Powyższe spostrzeżenia płynące z lektury raportu z badania prowadzą do kilku bezpośrednio z nimi związanych zaleceń dla decydentów.

Po pierwsze, zastanowić się trzeba nad systemem informowania o możliwościach otrzymania wsparcia instytucjonalnego. Z uwagi na niechęć części gmin do ponoszenia dodatkowych kosztów, zasadne jest zastanowić się nad działaniami na szczeblu regionalnym i subregionalnym, zarówno w postaci wirtualnej (portal, np. opiekunowie-rodzinni-w-lodzkiem.pl, zawierający podstawowe informacje o rodzajach pomocy, warunkach i uzyskania oraz instytucjach je świadczących), jak i tradycyjnej w postaci ulotek o podobnej treści.

Po drugie, podjąć należy działania na rzecz podniesienia jakości usług społecznych na rzecz osób niesamodzielnych oraz rozpocząć akcję informowania o takich staraniach, wraz z informowaniem o zasadach monitorowania i sprawdzania jakości takich usług prowadzonych przez instytucje nadzoru.

Po trzecie, potrzebne są działania mające na celu wyposażenie opiekunów rodzinnych w umiejętności bezpiecznego, sprawnego i kompetentnego wykonywania opieki. Powinny zatem być np. nakręcone filmy instruktażowe, bezpłatnie dostępne na wspomnianej wyżej wojewódzkiej stronie dla opiekunów, zaś na poziomie powiatowym powinny być cyklicznie organizowane odpowiednie szkolenia, a przekazywanie informacji należałoby do obowiązków pracowników socjalnych stykających się z rodzinnymi opiekunami.

Po czwarte, być może w przypadku części opiekunów rodzinnych możliwości powrotu przez nich do pracy zawodowej mogłyby być związane z zaoferowaniem im przeszkolenia w zawodzie opiekuna i późniejszego zatrudnienia. Aktywizacja zawodowa w tym przypadku połączona byłaby z dwoma innymi ważnymi celami – zapewnieniem pracy w miarę elastycznej co do warunków i czasu pracy oraz zapewnieniem kadr dla sektora usług społecznych.

Po piąte, istnieje konieczność rozbudowy systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi, umożliwiającego opiekę w średnim okresie – tygodnia lub dwóch. Z oczywistych względów ekonomicznych nie może być to opieka w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, ani zapewne w ramach domów pomocy społecznej. Potrzebne jest poszukiwanie takich rozwiązań, w przypadku których albo zapewnione byłyby codzienne 2-, 3-krotne – w zależności od potrzeb – wizyty opiekunki i pielęgniarki, albo powstałyby specjalne ośrodki specjalizujące się w opiece wytchnieniowej, oferujące pobyt stacjonarny. Ponownie to nie jest działanie dla typowych gmin, a raczej działanie, jakie powinno być podjęte na poziomie subregionalnym.

Powyższa lista zaleceń jest oczywiście w pełni subiektywna, zaś Czytelnicy pełnego raportu na jego końcu znajdą bardziej rozbudowaną listę rekomendacji płynących z prezentowanego badania.

*Piotr Szukalski, Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego
Ekspert merytoryczny odpowiedzialny za opracowanie koncepcji badania*

STRESZCZENIE I PODSUMOWANIE BADANIA

Koncepcja badawcza i cele badania

- Celem badania była wstępna diagnoza potrzeb opiekunów rodzinnych osób w wieku 60 lat i więcej na terenie województwa łódzkiego. Analizowano potrzeby w zakresie realizacji roli opiekuna i możliwości łączenia jej z innymi rolami społecznymi. Badanie miało charakter eksploracyjny i opierało się na analizie danych zastanych (określenie kontekstu demograficzno-ekonomicznego, społeczno-kulturowego i formalno-prawnego kariery opiekuna) oraz analizie danych jakościowych wywołanych na potrzeby badania.
- Analiza danych zastanych miała na celu identyfikację i opis czynników warunkujących funkcjonowanie rodzinnych opiekunów osób starszych. Opierała się ona na zapisach w dokumentach strategicznych i programowych, umożliwiających realizację działań na rzecz opiekunów rodzinnych osób starszych. Analizą objęto zarówno dane statystyczne (dotyczące procesów demograficznych czy pomocy społecznej na terenie województwa łódzkiego), opracowania naukowe (poruszające problematykę społeczno-kulturowych czynników warunkujących realizację karier opiekunów rodzinnych) i akty prawne oraz dokumenty strategiczne i programowe dotyczące obszaru polityki społecznej z poziomu krajowego i wojewódzkiego.
- Komponent jakościowy badania objął przygotowanie, realizację oraz analizę 109 wywiadów pogłębionych zorientowanych wokół 33 przypadków (konwojów opiekuńczych liczących od 1 do 5 osób) oraz 12 wywiadów niestanowiących elementu żadnego z konwojów opiekuńczych. Ostatecznie analizą objęto 121 wywiadów pogłębionych. Wśród nich 37 wywiadów zostało przeprowadzonych z opiekunami rodzinnymi, 29 z osobami objętymi opieką, 19 z osobami bliskimi opiekunów rodzinnych, oraz po 18 z opiekunami formalnymi i pracownikami socjalnymi decydującymi o przyznaniu opieki.
- Badanie miało charakter eksploracyjny i w związku z tym należy uznać ograniczenia dotyczące możliwości generalizowania wyników na całą populację osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi w województwie łódzkim.

Analiza danych zastanych

- Obecnie funkcjonujące rozwiązania i rodzaje pomocy skupiają się przede wszystkim na osobach i rodzinach opiekujących się długotrwale i ciężko chorymi członkami rodziny, które osiągają stosunkowo niskie dochody i znajdują się na granicy ubóstwa ustawowego.
- Brakuje rozwiązań pomocnych w przypadku konieczności sprawowania opieki w dłuższym okresie lub trwale oraz takich form wsparcia, które byłyby dostępne osobom w nieco lepszej sytuacji finansowej.
- Polski system zabezpieczenia społecznego nie obejmuje opiekunów nieformalnych. Brakuje systemowych rozwiązań umożliwiających rodzinom *podjęcie opieki bez kolizji z obowiązkami zawodowymi*⁶.
- W przepisach kodeksu prawa pracy nie ma zapisów ułatwiających godzenie kariery opiekuna rodzinnego z karierą zawodową. Ścieżki kariery zawodowej opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych wymagają odrębnego planowania i motywowania, ponieważ realizacja „typowych” ścieżek kariery, wymagających czasu przeznaczonego na własny rozwój, udział w szkoleniach, wyjazdy na konferencje itp. jest bardzo utrudniona.

⁶ Raciaw M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 76.

- Brakuje spójnego podejścia do zagadnienia opieki nad osobami starszymi oraz współpracy międzysektorowej, w szczególności pomiędzy systemem zdrowia i pomocy społecznej. Oba systemy oferują usługi o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym. *Z legislacyjnego punktu widzenia, zakres działalności obu systemów uzupełnia się, brakuje jednak przepisów regulujących współpracę i łączenie usług z obu systemów*⁷.
- Aktualnie obowiązujące przepisy nie zawierają unormowań dotyczących usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania. Brakuje powszechnie obowiązujących standardów realizacji usługi opiekuńczej oraz jednolitego wykazu czynności, jakie wchodzi w skład usługi opiekuńczej. Powoduje to często nieporozumienia i dezinformację wśród osób starszych oraz członków ich rodzin. Zapisy ustawy o pomocy społecznej wskazują jedynie osoby, którym mogą być te usługi przyznane wraz z ogólnym zakresem tych usług. W kompetencji rad gmin ustawodawca pozostawił określenie szczegółowych warunków przyznawania usług, ustalania i pobierania odpłatności za nie oraz zasad częściowego lub całkowitego zwalniania od opłat za ich realizację.
- W dokumentach strategicznych podkreśla się, że brakuje wykwalifikowanej kadry dysponującej odpowiednią wiedzą i zajmującej się zagadnieniami starości oraz różnymi obszarami ryzyka z nią związanymi (np. gerontologów i geriatrów) oraz współpracy międzysektorowej, w szczególności pomiędzy systemem zdrowia i pomocy społecznej.
- W wielu dokumentach strategicznych oraz dokumentach programowych związanych z wydatkowaniem funduszy unijnych w latach 2014-2020 podkreśla się konieczność zwiększenia dostępności i podniesienia jakości usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, poprzez zwiększenie ich liczby, dostosowanie pory ich świadczenia w ciągu dnia i tygodnia do potrzeb osoby objętej usługami oraz podniesienie kwalifikacji osób zajmujących się świadczeniem ww. usług. Szansę na osiągnięcie tego celu upatruje się między innymi w rozwijaniu lub wprowadzeniu usług sąsiedzkich w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz wykorzystaniu wolontariatu.
- W dokumentach strategicznych podkreśla się zalety środowiskowych form opieki nad niesamodzielnymi osobami w podeszłym wieku, tj. możliwość utrzymania przez osobę starszą relacji z dotychczasowym środowiskiem, w tym z rodziną oraz umożliwienie rodzinie sprawującej opiekę nad osobą starszą zachowania lub przywrócenia aktywności zawodowej.
- Pomimo coraz szerszej dyskusji dotyczącej potrzeby zindywidualizowanych i zorientowanych na osobę usług opiekuńczych, brakuje rozwiązań, które umożliwiłyby ich wdrożenie w praktyce.

Analiza indywidualnych wywiadów pogłębionych

- Przedstawiciele wszystkich grup uczestniczących w badaniu zgodnie podkreślali konieczność zapewnienia osobom starszym opieki na odpowiednim poziomie, niezależnie od tego czy opieka ta ma być świadczona przez opiekunów rodzinnych, czy formalnych. Powszechność tych opinii pokazuje, że nawet przy obecności tak zróżnicowanych perspektyw, jakie prezentowali uczestnicy niniejszego badania, istnieje konsensus dotyczący kluczowego znaczenia kompetencji opiekunów w procesie sprawowania opieki nad osobami starszymi.
- Zarówno analiza dokumentów strategicznych, jak i wywiadów wskazują, że *istnieje realna potrzeba powstawania nowych miejsc pracy w obszarach związanych z opieką osób*

⁷ Mitek A., *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Studia i prace wydawnictwa nauk ekonomicznych i zarządzania* nr 34, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2013, s. 8.

starszych i zatrudniania do tej pracy odpowiednio wykwalifikowanych osób. Według niektórych szacunków w Polsce w 2020 r. przy usługach związanych z opieką zatrudnienie będzie mogło znaleźć około 60 tys. osób⁸.

- W odniesieniu do sprawowania opieki zgromadzone dane jednoznacznie wskazują na dominację hierarchicznego modelu kompensacyjnego⁹ w polskim kontekście kulturowym. Oznacza to, że kulturowo zdefiniowanym celem jest zapewnienie niezbędnej opieki osobom starszym, a kulturowo akceptowalnymi środkami prowadzącymi do jego osiągnięcia – opieka świadczona przede wszystkim przez rodzinę.
- Opiekunowie w przeprowadzonym badaniu opisywali różnego rodzaju strategie radzenia sobie z występującymi obciążeniami fizycznymi i psychicznymi. Wyróżniono trzy typy strategii realizowania kariery opiekuna: opiekuńczy konformizm, opiekuńczą innowacyjność oraz opiekuńcze wycofanie, które oddają różnice w podejściu jednostkowym do kulturowo wyznaczanych celów i środków do ich osiągania w sferze opieki nad osobami starszymi.
- Wspieranie opiekunów rodzinnych powinno uwzględniać różne typy strategii przez nich stosowane i stanowić odpowiedź na potrzeby specyficzne dla każdego z typów strategii realizowania kariery opiekuna. W dążeniu do zdiagnozowania potrzeb i projektowania działań mających je zaspokoić, konieczne jest uwzględnienie nie tylko potrzeb opiekuna, ale także potrzeb i charakterystyki konwoju opiekuńczego.
- Opiekunowie często nie posiadają podstawowej wiedzy o wielu rozwiązaniach mogących ułatwić im opiekę, takich, jak: finansowana z NFZ pielęgnarska opieka długoterminowa i domowe zabiegi rehabilitacyjne, dostęp do sprzętu ortopedycznego i pomocniczego, system dofinansowań takiego sprzętu oraz warunki jego uzyskania.
- Konieczne jest ułatwienie dostępu do usług opiekuńczych poprzez zwiększenie wymiaru ich świadczenia (tj. liczby i czasu świadczenia usług, np. w godzinach popołudniowych lub w dni wolne od pracy), przeformułowanie zasad korzystania z nich oraz zapewnienie dodatkowych usług, np. usługi edukacyjne lub pomoc wytchnieniowa dla opiekunów rodzinnych.

⁸ Perek-Białas J., *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, [w:] M. Raclaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 86.

⁹ Por. Cantor M.H., *Neighbours and Friends: an overlooked resource in the informal support system. Research on Aging*, 1 (1979), 434-63; Cantor M.H., Little V., *Aging and social care*, [w:] R.H. Binstock, E. Shanas (red.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd ed., Van Nostrand Reinhold Company, New York 1985, s. 745-81.

RESEARCH SUMMARY AND CONCLUSIONS

- The aim of the research was to diagnose the needs of family minders who Take care of people aged over 60 in the area of Łódź Province. We analyzed career needs of a minder and possibilities of combining such career with other careers. The research was exploratory and was based on the analysis of the existing data (demographic, economic, socio-cultural and formal and legal status of a minder) and the analysis of the qualitative data generated for the needs of the survey.
- The analysis of the existing data was based on identification and description of conditions in which family minders of the elderly operate and on regulations of strategic and program documents which enable the implementation of activities for family minders of the elderly. The analysis also covered statistical data (concerning demographic processes or social aid in the area of Łódź Province), scientific works (on socio-cultural factors determining careers of family minders) and legal acts and strategic and program documents on the national and provincial level. We also presented examples of good practices in supporting careers of family minders and combining them with other careers.
- The qualitative component of the survey covered 106 in-depth interviews focused on 33 cases (of care convoys consisting of 1 to 5 people) and 12 individual interviews. Finally the analysis covered 121 in-depth interviews, out of which 37 were conducted with family minders, 29 with people taken care of, 19 with close relatives of family minders and 18 with formal guardians and social workers who decide whether such care should be granted.
- The research was exploratory, therefore we need to acknowledge limitations tied with the possibility of generalizing results on the whole population of people taking care of the elderly in Łódź Province. It should be remembered, however, that this was not the aim of the performed analysis.
- In the event when they take temporary care of an ill member of the family (a spouse, parents, in-laws, grandparents, grandchildren and siblings), minders covered by health insurance, according to the lawmakers, are entitled to receive a sick leave note and care allowance for the care taken by them. Care allowance and a sick leave note can be given for the period of 14 days in a year (except for children aged under 14), regardless of the number of ill members of the family¹⁰.
- People who will not take up or will resign from employment (or other form of work) in order to take permanent care of a person with adjudged significant degree of disability or adjudged disability with an indication of the necessity to take permanent or long-term care might be granted with the financial allowance in form of a special care allowance.
- The currently used solutions and types of assistance support mostly people and families taking care of chronically and seriously ill members of family who obtain relatively low incomes and who are on the verge of poverty, as defined in legislature.
- There is a lack of solutions for situations when it is necessary to take care for a longer period or permanently, or for people who are in a slightly better financial situation.

¹⁰ Article 1008, the Act of 23rd April 1964, Civil Code (Journal of Laws 1964, No 16, item 93 as amended). As indicated in the Civil Code, one of the foundations for depriving a family member a legitimate portion of the estate might be their persistent failure to perform family obligations towards the testator. In judicial decisions these obligations include, inter alia: taking care of a person.

- The Polish system of social security does not cover informal minders. There are no systemic solutions enabling families to take care which would not collide with their professional duties¹¹.
- We lack a holistic approach to the issue of taking care of the elderly¹² and inter-sector cooperation, especially between the health system and social aid. Both systems offer care and guardianship services. From the legislative point of view the scopes of activities of both systems supplement each other, however, there is a lack of regulations which would regulate their cooperation and combining services from both systems.
- The current regulations do not contain any kind of solutions concerning care services provided in the place of residence. There are no commonly acknowledged standards of care services or a unified list of activities a care service is composed of, which often leads to misunderstandings and misinformation among the elderly and members of their families. The Act on Social Aid only indicates who might be granted such services and specify their general scope. The legislator gave commune councils the competence to determine specific terms of granting a service, determine and collect payment as well as the rules of partial or total exemption from payment for the rendered service.
- Strategic documents emphasize that there is a deficit of qualified staff with knowledge about old age issues and associated with them risks (for example gerontologists and geriatrists) and inter-sector cooperation, especially between the health care system and the social aid system.
- Many strategic documents are connected to the allocation of EU funds for 2014-2020 which emphasize the necessity of improving accessibility quality of care services provided in the place of living, through increasing their number, adjusting the time of providing services during the day and the week to the needs of a service receiver and improving qualifications of service providers. This goal might be accomplished through, among others, developing or introducing neighbor services in taking care of the elderly or taking advantage of volunteer work.
- Strategic documents stress the advantages of community forms of care over dependent elderly people: they are ensuring that an elderly person has a possibility of maintaining relations with their environment, including their family and enabling the family taking care of an elderly person to maintain or return to professional activity.
- Despite the growing discussions about the need for individualized and person-oriented care services, there is a lack of solutions which would help with implementing them in practice.
- Representatives of all groups participating in survey emphasized unanimously the necessity to provide the elderly with services on an appropriate level, regardless of whether such care is to be provided by family minders or formal minders. The popularity of these opinions demonstrates that even with the diversity of perspectives presented by the respondents there is a consensus on the importance of the role of a minder in providing care services to the elderly.

¹¹ Raciław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [in:] J. Hryniewicz (Ed.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, p. 76.

¹² Mitek A., *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, [in:] *Studia i prace wydzielu nauk ekonomicznych i zarządzania*, No34, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2013, p. 8.

- There is a realistic chance for new jobs and employment of accordingly educated people. According to some estimates in 2020 around 60 thousand people may find employment in care services¹³.
- Concerning taking care, the collected data unequivocally indicates the dominance of the hierarchical compensation model¹⁴ in the Polish cultural context. This means that the culturally defined goal is to provide the necessary care to the elderly and the culturally accepted means leading to its accomplishment is the care provided by the family.
- In the conducted survey minders described various types of strategies of dealing with the appearing physical and mental strains. They distinguished 3 types of strategies in a minder's career: care conformism, care innovativeness, care withdrawal, which reflect the differences in an individual approach to the culturally set goals and means of accomplishing them in the area of taking care of the elderly.
- Support for family minders should take into consideration various types of strategies used by them and should answer the specific needs for each type of strategy in a minder's career. When attempting at diagnosing the needs and designing activities to satisfy them it is also necessary to take into account the characteristics of a care convoy. The designed activities should satisfy the needs of the minder and of the whole care convoy.
- Minders are often lacking basic knowledge of many solutions which would facilitate their care, such as: National Health Fund-financed long-term nurse care and home rehabilitation treatments, access to orthopedic and auxiliary equipment, a system of co-financing such equipment and terms of obtaining it.
- It is necessary to facilitate the access to care services by increasing the scope in which they are offered (that is the number and time of providing services, for example in the afternoon or on days off work), reformulating the rules governing the use of services and ensuring additional services, for example educational services or rest aid for family minders.
- The labor law does not have any regulations facilitating the career of a family minder and combining it with a professional career. The professional career paths of the minders of the elderly and the disabled requires separate planning and motivating, since "typical" career paths, requiring time devoted to one's individual development, participation in trainings, conferences etc., are very difficult.

¹³ Perek-Białas J., *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, [in:] M. Raław (Ed.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych Warszawa 2011, p. 86.

¹⁴ Compare: Cantor M.H., *Neighbours and Friends: an overlooked resource in the informal support system*. *Research on Aging*, 1 (1979), 434-63; Cantor M.H., Little V., *Aging and social care*, [in:] R.H. Binstock, E. Shanas (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd ed., Van Nostrand Reinhold Company, New York 1985, pp. 745-81.

I. KONCEPCJA BADAWCZA I CELE BADANIA

W pierwszym rozdziale zaprezentowano podstawowe założenia teoretyczne, na których opierały się prowadzone analizy. Syntetycznie przedstawiono założenia dotyczące przyjętego paradygmatu badawczego, wykorzystywanych w analizie koncepcji teoretycznych, przedmiotu badania, grup objętych badaniem oraz zakresu problemowego prowadzonych analiz.

Teoretyczny kontekst prowadzonych analiz

Zarówno tytuł badania – „Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego” – jak i sformułowane pytania badawcze, wyraźnie wskazują na użyteczność wykorzystywania w prowadzonych analizach perspektywy konstruktywistycznej. Zakłada ona tworzenie rzeczywistości w określonym kontekście. Jest to założenie odległe od pozytywistycznego przekonania o jednorodnej i redukowalnej naturze świata społecznego. Wpływa również na przekonania dotyczące sposobu zdobywania wiedzy o otaczającej rzeczywistości.

Konsekwencją przyjętego założenia jest wykorzystanie w analizie paradygmatu interpretatywnego. Oznacza to, że zadanie badacza polega na poznaniu i zrozumieniu, w jaki sposób rzeczywistość społeczna jest tworzona przez jednostki w procesie nadawania znaczeń. Znaczenia nadawane przez jednostki nie są w prosty sposób determinowane przez ludzki umysł, lecz są pochodną dynamicznych procesów, takich jak myślenie, kreacja i interpretacja, które przebiegają w określonym czasie i miejscu. Z tego wynika ich kontekstualny, historyczny i temporalny charakter. Jak zauważa M. Straś-Romanowska:

*[...] badacze jakościowi nie odkrywają nowych prawd o człowieku, lecz interpretują odwieczne prawdy, nazywając je historycznie nowym językiem i analizując w **nowych kontekstach społeczno-kulturowych** [podkreślenie własne – AU]. Rozpoznają pod wielopłaszczyznowością indywidualnego życia stałe cechy ludzkiej natury, niezmiennie, lecz w nowy sposób ujawniające problemy dotyczące ludzkiej egzystencji, sposobów odnoszenia się do nich oraz ich przezwyciężania¹⁵.*

Uznanie temporalnego i kontekstualnego charakteru doświadczeń jednostek jest jednym z głównych powodów, dla których w realizowanym badaniu zdecydowano się na osadzenie analizy doświadczeń opiekunów rodzinnych, w kontekście sieci społecznych, w których realizują karierę opiekuna rodzinnego osoby starszej, czyli w konwojach opiekuńczych.

Prowadzone analizy osadzone są w ramach badań nad cyklem życia. Badania wykorzystujące perspektywę teorii przebiegu życia charakteryzują się uwzględnieniem zarówno czynników zewnętrznych, tworzących kontekst podejmowanych decyzji, jak i psychologicznych aspektów jednostkowych, które wpływają na główne momenty przejścia w cyklu życia jednostek¹⁶. Cykl życia to koncept opisujący przebieg życia typowej jednostki, odwołujący się do opisu przebiegu wiązki karier tworzących życie jednostki. Jak podkreśla P. Szukalski owa wiązka karier *to nic innego, jak zestaw wszystkich przypisanych jednostce ról społecznych*¹⁷. Obecnie w naukach

¹⁵ Straś-Romanowska M., *Badania ilościowe vs jakościowe – pytanie o tożsamość psychologii*, „Roczniki Psychologiczne” 2010, t. XIII, nr 1, s. 101.

¹⁶ Moen P., *A life course perspective on retirement, gender, and well-being*, „Journal of Occupational Health Psychology” 1996, t. 1, nr 2; Elder G.J., Johnson M., Crosnoe R., *The Emergence and Development of Life Course Theory*, [w:] J. Mortimer, M. Shanahan (red.), *Handbook of the Life Course*, seria „Handbooks of Sociology and Social Research”, Springer, New York 2003.

¹⁷ Szukalski P., *Aktywne starzenie się – odutopii do działania*, [w:] *Od problemu i wsparcia do aktywizacji*

społecznych wychodzi się z założenia, iż wiązka karier jest to zbiór jednorodnych z punktu widzenia przedmiotowego zdarzeń, mających miejsce w życiu jednostki. Kariera to sekwencja zdarzeń określonego typu (np. edukacyjna, rodzinna, małżeńska). Do podstawowych typów karier można zaliczyć:

- szeregowo: kariery następujące po sobie, co wiązać można z koncepcją sekwencji stat tusów;
- równoległe: kariery występujące w tym samym czasie, co wiązać można z koncepcją roli złożonej;
- komplementarne: uzupełniające się, wspomagające, co można wiązać z koncepcją zests awu ról;
- konfliktowe: przeszkadzające sobie nawzajem z uwagi przede wszystkim na konkurowa nie o czas potrzebny na realizację danej kariery, co można wiązać z koncepcją konfliktu w roli i w zestawie ról¹⁸.

W niniejszym badaniu kariera opiekuna rodzinnego osób starszych utożsamiona jest ze zbiorem wszystkich zachowań i wyborów pozostających w związku z wykonywaniem opieki (i poświęcaniem na to czasu) nad osobami starszymi.

Badania dotyczące sprawowania opieki nad starzejącymi się członkami społeczeństwa dużo miejsca poświęcają zależności między opieką formalną i nieformalną. Jedne z najpopularniejszych modeli teoretycznych opisują je jako substytucyjne lub komplementarne. Eugene Litwak argumentuje, że nieformalni opiekunowie i formalni usługodawcy są w stanie zapewnić bardzo różne rodzaje opieki, pasujące do charakteru struktur nieformalnych i formalnych, w których są osadzeni¹⁹. W przypadku gospodarstw domowych małżonków, charakteryzujących się ciągłą bliskością, długoterminowym zaangażowaniem w relacje, małą wielkością i wspólnym stylem życia, najlepiej będzie świadczona opieka w zakresie zadań wymagających takich cech, jak na przykład: emocjonalne wsparcie, dbanie o wygląd, sprzątanie i przygotowywanie posiłków. Inni członkowie rodziny, charakteryzujący się długoterminowym zaangażowaniem, oddzieleni przez odległość geograficzną od osoby wymagającej pomocy, najlepiej będą świadczyć opiekę krótkotrwałą; np. wsparcie emocjonalne, które można uzyskać za pomocą listu, okazjonalnych odwiedzin lub rozmów telefonicznych, czy przez tymczasową pomoc finansową (pożyczki). Z kolei formalne organizacje są w stanie realizować przewidywalne zadania, które można uprościć poprzez podział pracy lub postęp technologiczny. Ten model kładzie główny nacisk na specyficzność różnych typów zadań i przemawia za komplementarnością dwóch systemów opieki: nieformalnego i formalnego.

Natomiast hierarchiczny model kompensacyjny²⁰ argumentuje podstawową rolę rodziny w świadczeniu opieki w starszym wieku i postuluje zastąpienie nią systemu opieki formalnej. Krewni są w nim definiowani przez wzór normatywny jako podstawowe źródło reagowania na potrzeby osób starszych, przed osobami niespokrewnionymi i instytucjami publicznymi. Dodatkowo model podkreśla hierarchiczny porządek wśród krewnych: wskazując w pierwszej kolejności na pomoc otrzymywaną od małżonka, następnie dzieci, potem realizowaną przez

osób starszych, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2012, s. 49-50.

¹⁸ Merton R.K., *Zestawy ról, zestawy statusów społecznych i sekwencje statusów społecznych w czasie*, [w:] P. Sztompka, M. Kucia, *Socjologia. Lektury*, WydawnictwoZnak, Kraków 2005.

¹⁹ Litwak E., *Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*. The Guilford Press, New York 1985.

²⁰ Cantor M.H., *Neighbours and Friends: an overlooked resource in the informal support system. Research on Aging*, 1 (1979), 434-63; Cantor M.H., Little V., *Aging and social care*, [w:] R.H. Binstock, E. Shanas (red.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd ed., 745-81: Van Nostrand Reinhold Company, New York 1985.

innych krewnych. Dopiero w dalszej kolejności wskazuje osoby niespokrewnione: przyjaciół, sąsiadów, a na samym końcu formalne organizacje. W ramach założeń tego modelu każda grupa sukcesywnie zapewnia pomoc, kiedy bardziej preferowane źródło jest niedostępne, nie istnieje lub nie jest w stanie sprostać istniejącym potrzebom. Ten model postuluje substytucyjność jednej formy pomocy w stosunku do drugiej, ale w ramach przedstawionej kolejności. Formalny system opieki stosowany jest w ostateczności, tylko wtedy, gdy źródła nieformalne są wyczerpane. Wykorzystanie formalnego systemu opieki jest więc determinowane nie tylko przez same potrzeby zdrowotne, ale w połączeniu z niedostępnością nieformalnych form wsparcia społecznego.

Szczególnie użytecznej perspektywy teoretycznej w realizowanym projekcie dostarczyła koncepcja konwoju opiekuńczego, która wyrasta z koncepcji konwoju społecznego. Model konwoju społecznego wykorzystuje zarówno perspektywę antropologiczną²¹ jak i psychologiczną²². Oferuje on podstawę teoretyczną do wyjaśnienia relacji między stanem zdrowia jednostki, jej relacjami społecznymi i samopoczuciem²³.

Model ten przyjmuje perspektywę ewolucyjną w stosunku do nieformalnego wsparcia społecznego i zakłada, że jednostki są osadzone w konwojach, stanowiących dynamiczną sieć bliskich związków, służących jako grupy, w których wsparcie społeczne podlega wymianie idystrybucji²⁴. W tej metaforze wyraźne są także wpływy perspektywy cyklu życia w odniesieniu do połączenia życia jednostkowego z innymi oraz konieczności ich analizowania w dłuższej perspektywie czasowej.

Zmodyfikowana i rozwinięta wersja tej koncepcji w odniesieniu do świadczenia opieki opracowana została w 2013 roku przez Candance L. Kemp, Mary M. Ball i Molly M. Perkins. W ich ujęciu metafora konwoju sugeruje ewoluującą współpracę partnerów świadczących opiekę, zarówno formalnych, jak i nieformalnych oraz otrzymujących opiekę. Tak więc konwoje opiekuńcze są ewoluującymi zbiorami jednostek, które mogą, ale nie muszą mieć bliskiego osobistego związku z odbiorcą opieki lub między sobą, i które świadczą opiekę włączając w nią pomoc przy codziennych czynnościach, wsparcie emocjonalne, profesjonalną opiekę medyczną, jak i inne działania. Każdy konwój opiekuńczy ma unikalną strukturę i funkcje, które wpływają na jego adekwatność. Zakres działań jednostek w obrębie konwoju jest negocjowany w czasie. Zarówno konwoje, jak i dokonywane w nich negocjacje podlegają wpływom czynników wynikających z uwarunkowań społecznych, politycznych, ekonomicznych, środowiskowych i jednostkowych. Autorki zakładają, że konwoje opieki wpływają na jednostki i ich tożsamość, *co bezpośrednio przekłada się na samopoczucie i możliwość starzenia się w miejscu zamieszkania jednostek otrzymujących opiekę z jednej strony, jak i poczucie wywiązywania się z obowiązku rodzinnych opiekunów oraz satysfakcję z pracy opiekunów formalnych z drugiej oraz satysfakcję z opieki i poziom obciążenia opieką wewnątrz konwoju*²⁵.

²¹ Plath D., *Long engagements: Maturity in modern Japan*, Stanford University Press, Stanford 1980.

²² Kahn R.L., Antonucci T.C., *Convoys over the life course: A life course approach*, [w:] P.B. Baltes, O. Brim (red.), *Life span development and behavior*, Academic Press, New York 1980, s. 253-286.

²³ Antonucci T.C., Birditt K.S., Akiyama H., *Convoys of social relations: An interdisciplinary approach*, [w:] V.L. Bengtson, D. Gans, N.M. Putney, M. Silverstein (red.), *Handbook of theories and aging*, 2nd ed., Springer, New York 2009, s. 247-260.

²⁴ Antonucci T.C., *Personal characteristics, social support and social behaviour*, [w:] R.H. Binstock, E. Shanas (red.), *Handbook of aging and the social sciences*, 2nd ed. (94-128). Van Nostrand, New York 1985, s. 96 [tłum. wł. AU].

²⁵ Kemp C.L., Ball M.M., Perkins M.M., *Convoys of care: Theorizing intersections of formal and informal care*. *Journal of Aging Studies*, 27 (1) (2013), s. 18 [tłum. wł. AU].

Przedmiot badania

Badania wskazują, iż opiekunowie rodinni odznaczają się wysokim poziomem znużenia, choć dotyczy to głównie osób zajmujących się osobami starszymi wymagającymi stałej, rozbudowanej opieki²⁶. Kluczem do zrozumienia obciążenia opiekunów rodzinnych jest nie tylko określenie częstości wykonywania opieki, jej formy i wolumenu czasowego, ale przede wszystkim jej uciążliwości definiowanej zarówno w kategoriach kosztów alternatywnych (inne sposoby wydatkowania czasu), jak i uciążliwości psychicznej (długotrwałość, permanentność, siła relacji z osobą zależną). W takim kontekście definiowane były potrzeby opiekunów osób starszych z terenu województwa łódzkiego. Termin ten nie odnosił się więc do ogółu ich potrzeb, ale do potrzeb bezpośrednio związanych z karierą opiekuna rodzinnego.

Grupy objęte badaniem

W celu poznania sytuacji opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+, wykorzystywano podejście stosowane przez badaczy małżeństwa czy relacji międzypokoleniowych, tj. analizowania relacji w ramach grup z perspektywy poszczególnych osób wchodzących w ich skład. Potrzeby opiekunów rodzinnych osób starszych zostały określone za pomocą badania konwojów opiekuńczych (całych lub przynajmniej ich części²⁷). Celem opisanego wyżej podejścia było uchwycenie z różnych perspektyw działań opiekuna, jego potrzeb i umiejętności, w konsekwencji badaniem objęto następujące kategorie osób²⁸:

- osoba starsza,
- główny opiekun rodzinny,
- osoba bliska/partner opiekuna rodzinnego,
- opiekun formalny,
- pracownik socjalny.

W efekcie możliwe stało się wykrycie potrzeb nieuświadomianych sobie albo ukrywanych, choć częściowo dostępnych obserwacji otoczenia społecznego opiekuna.

Minimalna liczba osób, która była badana w ramach studium przypadku (*case'a*) różniła się w zależności od struktury konwoju opiekuńczego, w jakim funkcjonował opiekun. Tam, gdzie opiekun rodzinny nie był wspomagany przez instytucje publiczne, studium obejmowało co najmniej badanie opiekuna i osoby zależnej (o ile jej stan zdrowia to umożliwiał). Jeżeli istniała taka możliwość, to do przypadku włączano także znaczącego innego znajdującego realia świadczenia opieki (osobę bliską opiekunowi: małżonka, partnera, dziecko). W przypadku bycia wspomagany przez instytucje publiczne, badany przypadek składał się dodatkowo z pracownika socjalnego (lub innej osoby przyznającej usługę) i opiekuna formalnego. Szczegółowy opis wariantów przypadków zamieszczono w Rozdziale II raportu zatytułowanym: „Metodologia badania”, w podrozdziale pn.: „Sposób doboru, struktura, wielkość oraz operat próby badawczej”.

²⁶ Pinquart M., Sorensen S., *Association s of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis*. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 58 2003, s. 112-128; Carreter S., Garces J., Rodenas F., Sanjose V., *The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review*. Archives of Gerontology and Geriatrics 49/2009: s. 74-79; Raćław M., *Publiczna troska prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, ISP, Warszawa 2011; Rosalska M., *Wsparcie dla pomagających. Problem wypalenia u osób zajmujących się seniorami*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2008, s. 241-252.

²⁷ Konwoje opiekuńcze mogły być bardziej rozbudowane i obejmować także osoby, z którymi wywiady nie zostały zrealizowane, w niektórych przypadkach skład konwoju opiekuńczego pokrywał się ze składem osób objętych badaniem w ramach danego przypadku.

²⁸ Szczegółowa charakterystyka poszczególnych kategorii osób objętych badaniem znajduje się w rozdziale II, Podrozdział pn. „Sposódboboru, struktura, wielkość oraz operat próby badawczej”.

Zakres problemowy prowadzonych analiz

Głównym celem badania pn. „Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego”, była identyfikacja tych potrzeb opiekunów, które pozostają – bezpośrednio lub pośrednio – w związku z realizacją kariery opiekuna. Cel ten został osiągnięty poprzez realizację następujących celów szczegółowych i częściowych:

- 1) Ustalenie zakresu obciążenia opieką opiekuna:**
 - 1.1. określenie wymiaru tygodniowego obciążenia opieką;
 - 1.2. ustalenie grona innych opiekunów i stopnia ich zaangażowania w opiekę;
 - 1.3. ustalenie grona potencjalnych opiekunów i przyczyn niepełnienia przez nich roli opiekuna;
 - 1.4. ustalenie zakresu zmęczenia fizycznego i psychicznego opiekuna.
- 2) Określenie potrzeb opiekunów związanych z możliwością kontynuacji zatrudnienia lub z możliwością jego podjęcia:**
 - 2.1. identyfikacja czynników utrudniających/ułatwiających kontynuację zatrudnienia lub jego podjęcia w przypadku konieczności wykonywania opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi;
 - 2.2. określenie ideału miejsca i stanowiska pracy z perspektywy opiekunów;
 - 2.3. określenie preferowanych przez badanych metod wspomagania ich przez pracodawców; zarówno tych, z których opiekunowie korzystają, jak i chcieliby korzystać;
 - 2.4. identyfikacja istniejących i potencjalnych usług społecznych umożliwiających mniej konfliktowe współwystępowanie ról pracownika i opiekuna rodzinnego.
- 3) Identyfikacja potrzeb opiekuna związanych z możliwością podtrzymania kontaktów społecznych:**
 - 3.1. określenie skali wpływu świadczenia opieki na życie rodzinne, towarzyskie i społeczne opiekunów oraz na ich czas wolny;
 - 3.2. ustalenie najważniejszych potrzeb opiekunów w zakresie życia rodzinnego, towarzyskiego i społecznego;
 - 3.3. określenie najważniejszych potrzeb opiekunów w zakresie czasu wolnego z perspektywy typowego tygodnia, miesiąca i roku, z uwzględnieniem cykliczności potrzeb;
 - 3.4. identyfikacja preferowanych przez opiekunów działań instytucji publicznych, które pozytywnie wpływają lub wpłynęłyby na ich życie rodzinne, towarzyskie i społeczne opiekunów oraz na ich czas wolny.
- 4) Określenie potrzeb opiekuna w zakresie usług społecznych oferowanych przez podmioty publiczne (usługi opiekuńcze, usługi wytchnieniowe):**
 - 4.1. określenie deficytów wiedzy i umiejętności opiekunów w zakresie sprawowania opieki;
 - 4.2. ustalenie znajomości przez opiekuna usług wspomagających oferowanych przez podmioty publiczne;
 - 4.3. określenie stopnia zadowolenia z wykorzystywanych form publicznego wsparcia udzielanego opiekunowi rodzinnemu;
 - 4.4. określenie niezaspokojonych potrzeb bycia wspomagany przez instytucje publiczne i preferowanych sposobów zaspokojenia tych potrzeb.

Prace analityczne podporządkowane były znalezieniu odpowiedzi na zaprezentowaną poniżej listę szczegółowych pytań badawczych:

- I Jakie są najważniejsze potrzeby rodzinnych opiekunów osób starszych z terenu województwa łódzkiego w sferze realizacji kariery opiekuna rodzinnego osób starszych?
- II Jakie są najważniejsze potrzeby rodzinnych opiekunów osób starszych z terenu województwa łódzkiego w sferze życia zawodowego (obejmując karierę zawodową)?
- III Jakie są najważniejsze potrzeby rodzinnych opiekunów osób starszych z terenu województwa łódzkiego w sferze życia społecznego (obejmując karierę rodzinną, edukacyjną) i czasu wolnego?
- IV Jakie są znane lub preferowane przez rodzinnych opiekunów osób starszych działania instytucjonalne ułatwiające im realizację kariery opiekuna?
- V Jakie są potrzeby rodzinnych opiekunów osób starszych z terenu województwa łódzkiego w zakresie łączenia realizacji kariery opiekuna z innymi karierami?
- VI Jakie są znane lub preferowane przez rodzinnych opiekunów osób starszych działania instytucjonalne ułatwiające im łączenie realizacji kariery opiekuna z innymi karierami?
- VII Jakie są oczekiwania opiekunów osób starszych wobec regionalnych i lokalnych podmiotów odpowiedzialnych za pomoc społeczną i politykę rynku pracy w odniesieniu do łączenia realizacji kariery opiekuna z innymi karierami?

II. METODOLOGIA BADANIA

W drugim rozdziale przedstawiono podstawowe założenia metodologiczne, na których opierało się niniejsze badanie. Główny nacisk położono na zaprezentowanie metod i technik gromadzenia danych wykorzystanych w prowadzonej analizie: analizy danych zastanych i indywidualnych wywiadów pogłębionych. W ostatniej części rozdziału omówiono mocne strony oraz ograniczenia przeprowadzonej analizy.

Metody i techniki badawcze

Zgodnie z przyjętą koncepcją badawczą, na potrzeby gromadzenia informacji niezbędnych dla realizacji celu głównego badania i udzielenia odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze, wykorzystano: analizę danych zastanych (*desk research*) oraz analizę studiów przypadków (*case study*).

Deskresearch

Analiza danych zastanych (*desk research*) to technika polegająca na poszukiwaniu wszelkiego rodzaju danych, w źródłach, które są użyteczne z punktu widzenia sformułowanego celu badawczego. W tym wypadku warto pamiętać o tym, aby nie tylko zbierać dane, ale także je oceniać²⁹. W procesie gromadzenia i selekcji danych do analizy w ramach omawianego badania poddawano ocenie następujące aspekty:

1. Użyteczność danych z perspektywy sformułowanego celu badawczego.
2. Wiarygodność źródeł.
3. Metodologię zastosowaną w analizowanych badaniach.

Podstawowe dla tej techniki było formułowanie właściwych słów kluczowych stosowanych do poszukiwania danych z obszaru identyfikacji i opisu czynników warunkujących funkcjonowanie opiekunów rodzinnych osób starszych oraz wyodrębniania zapisów w dokumentach strategicznych i programowych umożliwiających realizację działań na rzecz opiekunów.

Zastosowana strategia identyfikacji źródeł informacji zakładała odnalezienie aktualnych opracowań na dany temat i następnie poszukiwanie w ich bibliografiach dodatkowych źródeł informacji.

Podstawowe kroki na tym etapie prac objęły:

1. Określenie źródeł, w których poszukiwane były informacje (lista w załączniku A).
2. Sformułowanie adekwatnych słów kluczowych umożliwiających zidentyfikowanie potencjalnie istotnych treści („potrzeby”, „opiekunowie”, „opieka”, „osoby niesamodzielne”, „osoby starsze”, „usługi opiekuńcze”, „opiekunowie+nieformalni”, „opiekunowie+formalni”, „opiekunowie+rodzinni”, „województwo+łódzkie”).
3. Uprządkowanie zebranego materiału (przegląd informacji pod kątem ich wiarygodności, użyteczności, adekwatności i poprawności metodologicznej).
4. Przeanalizowanie zgromadzonych danych pod kątem sformułowanych pytań badawczych.
5. Sformułowanie wniosków.

²⁹ Hague P.N., Hague N., Morgan C.-A., *Market research in practice: a guide to the basics*, Sterling, London 2004.

Case study

R.K. Yin definiuje case study jako:

„empiryczne badanie, które bada określone zjawisko dogłębnie i w rzeczywistym kontekście, zwłaszcza kiedy granice pomiędzy zjawiskiem a kontekstem są niewyraźne”³⁰.

Jednocześnie objaśnia, że badanie tego typu charakteryzuje wielość zmiennych, a wynik badania jest oparty na wielu różnych źródłach danych, ale także na twierdzeniach teoretycznych.

Opisywane badanie zrealizowano w paradygmacie konstruktywistycznym, który zakłada wielość możliwych interpretacji rzeczywistości społecznej i koncentrację na perspektywie badanych podmiotów. Z tego względu kluczowym sposobem gromadzenia danych na potrzeby realizowanych case’ów były wywiady częściowo ustrukturyzowane, połączone z elementami obserwacji. Interpretacja danych dokonywana była na podstawie analizy treści transkrypcji oraz obserwacji poczynionych przez moderatorów podczas realizacji wywiadów³¹.

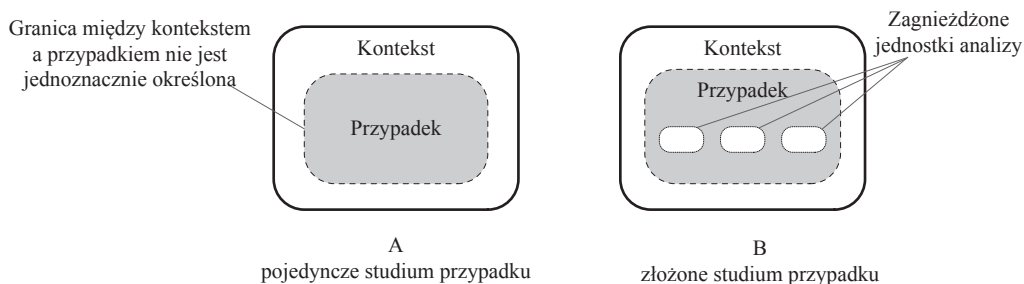
W zależności od liczby podmiotów badania można wyróżnić dwa zasadnicze projekty studium przypadku:

- a) pojedyncze studium przypadku, inaczej mówiąc całościowe, holistyczne,
- b) wielokrotne studium przypadku.

W każdym z powyżej wymienionych wariantów podstawowym podmiotem jest jeden przypadek i jego kontekst. W ramach niego można wyróżnić jednostki analizy, co powoduje, że mamy do czynienia w takiej sytuacji z tzw. zagnieżdżonymi jednostkami analizy (*embedded units of analysis*)³².

Przez całościowe studium przypadku należy rozumieć badanie koncentrujące się na przykład na danej rodzinie jako jednostce badania (por. rys. 1 A). Jeśli natomiast zamierzeniem jest analiza sposobu organizacji opieki przez różne jednostki w ramach tej rodziny np. opiekunów rodzinnych, opiekunów nieformalnych i pracowników MOPS, to wtedy te trzy grupy są zagnieżdżonymi jednostkami analizy (por. rys. 1.B). Różnice między nimi przedstawione zostały w formie graficznej na rysunku 1.

Rysunek 1. Pojedyncze i złożone studium przypadku



Źródło: opracowanie M. Ćwiklicki na podstawie: R.K. Yin, *Case studyresearch. Design and methods*, op. cit., s. 46.

³⁰ Yin R.K., *Case study research. Design and methods*, SAGE Publications 2009, s. 18.

³¹ Flick U., *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 35.

³² Yin R.K., *Case study research. Design and methods*, op. cit., s. 46.

R. Yin wyróżnia pojedyncze i wielokrotne studia przypadków jako warianty tej samej metody badawczej³³. Autor zwraca uwagę, że można napotkać próbę wyróżnienia w ramach wielokrotnych studiów przypadków porównawczą metodę przypadków (*comparative case method*).

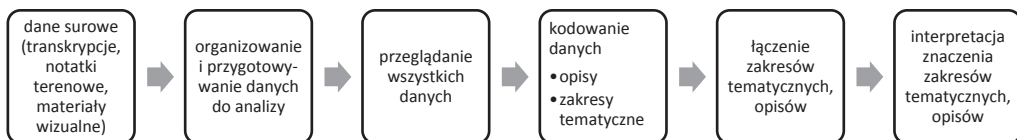
W niniejszym projekcie badawczym założono realizację złożonych, wielokrotnych porównawczych studiów przypadków. W tego rodzaju badaniach wykorzystuje się dwa typy analizy danych: w obrębie przypadku (*within-case*) i pomiędzy przypadkami (*cross-case*)³⁴. Pierwszy typ dostarczył szczegółowego opisu każdego przypadku z osobna i kluczowych zagadnień, które się w każdym z nich wyłoniły. Z kolei analiza między przypadkami pozwoliła zidentyfikować podobieństwa i różnice pomiędzy kluczowymi zagadnieniami w zależności od konkretnych przypadków.

W jakościowej analizie danych kluczowe zagadnienia określa się jako elementy obejmujące naturę analizowanego zjawiska, traktowane są jako jego uniwersalne elementy, wyabstrahowane od konkretnych przypadków. Nie oznacza to jednak, że można je analizować jako niezależne, ponieważ wewnętrzne zależności między nimi muszą również być wyjaśnione w celu możliwie jak najbardziej kompletnego ujęcia analizowanego zjawiska³⁵.

Etapy analizy danych jakościowych z indywidualnych wywiadów pogłębionych zgromadzonych w ramach *case studies*

W analizie danych jakościowych³⁶ kluczowe znaczenie odgrywa dążenie badacza do zachowania transparentności i obiektywności. Przyglądając się ogólnym procedurom analizy zaproponowanym przez J.W. Creswella (rysunek 2), można wyraźnie wskazać, jak każdy z etapów tej procedury narażony może być na wpływ badacza. Z tego właśnie względu na każdym z etapów konieczna jest kontrola i ocena ścisłości informacji.

Rysunek 2. Analiza danych w badaniu jakościowym



Źródło: W. Creswell, *Projektowanie badań naukowych: metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2013, s. 201.

³³ *Ibidem*, s. 19.

³⁴ Huberman M., Miles M.B., *Data Management and Analysis Methods*, [w:] *Collecting and interpreting qualitative materials*, London 1998; Eisenhardt K.M., *Building Theories from Case Study Research*. *Academy of Management*, 14(4) 1989, s. 532-550.

³⁵ Stake R.E., *Jakościowe studium przypadku*, [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, T. 1, PWN, Warszawa 2009, s. 623-654.

³⁶ Za: Czakon W., Łabędzie Poppera – case studies w badaniach nauk o zarządzaniu, „Przegląd Organizacji”, (9) 2006, s. 9-12.

Podstawowe działania podjęte na tym etapie zgodne były ze wskazówkami R. Tesch i J.W Creswella oraz M. Milesa i M. Hubermana³⁷.

Na pierwszym etapie organizowania danych surowych dokonana została transkrypcja nagrań wywiadów, transkrypcje wprowadzono do oprogramowania (MAXQDA 18) wraz z notatkami z obserwacji oraz danymi z protokołów przypadków.

Drugi etap, zapoznania się ze wszystkimi zgromadzonymi danymi, rozpoczęto od znalezienia pierwszych kluczowych łączników między danymi, które były zapisywane tworząc tzw. noty (memo). Noty dotyczyły zarówno wątków tematycznych, powiązań między danymi, jak i wstępnych intuicji dotyczących zgromadzonych danych i możliwych zależności pomiędzy nimi.

Kolejny etap, kodowanie danych, jest jednym z tych, którym w literaturze przedmiotu poświęca się najwięcej uwagi. Kodowanie polega na znalezieniu w analizowanych materiałach fragmentów dotyczących tego samego zagadnienia. J. Ritchie i J. Lewis proponują myślenie o kodowaniu tekstu w kategoriach tworzenia indeksu, który odsyła czytelnika do tych fragmentów tekstu, w których poszukiwany termin występuje. Kody mają więc za zadanie uporządkowanie materiału i ułatwienie odnalezienia fragmentów materiału badawczego, które danego zagadnienia dotyczą³⁸. Z kolei w analizie fenomenologicznej często wykorzystywane w tym kontekście określenie to „wątek”, co ma zwracać uwagę na proces wiązania fragmentów analizowanych materiałów z wątkami tematycznymi istotnymi z punktu widzenia analizy. Niektórzy badacze stosują także określenie „kategoria”, które z kolei wskazuje znaczenie świadomości badawczej niezbędnej w procesie kategoryzowania treści: włączania jej w obszar takiej a nie innej kategorii.

Proces kodowania można prowadzić wykorzystując za punkt wyjścia teorię lub zgromadzone dane. W pierwszym przypadku badacz może opierać się na przygotowanej wcześniej (w oparciu o literaturę, wcześniejsze wyniki badań, przypuszczenia teoretyczne) książce kodów (tj. zbiorze kodów z określonymi regułami ich przypisywania) i poszukiwać w materiale empirycznym tych fragmentów, które danym kodom będą odpowiadać. Takie kodowanie określa się mianem kodowania na podstawie teorii. W drugim podejściu badacz tworzy kody w trakcie procesu kodowania danych. W prezentowanym projekcie zdecydowano się na mieszanie obu tych podejść (kodowanie na podstawie teorii uzupełniano kodowaniem na podstawie danych).

Jedną z kluczowych kwestii w procesie kodowania jest tworzenie kodów wykraczających poza poziom opisowy, będących kodami analitycznymi i teoretycznymi. Po zakodowaniu części danych stworzona została hierarchia kodów. Tworzenie hierarchii kodów zostało oparte na następujących związkach między kodami nadrzędnymi i podrzędnymi³⁹:

- są typami, kategoriami bądź wymiarami czegoś,
- są wywołane przez/wywołują coś,
- stymulują/ograniczają coś,
- dzieją się w tych miejscach/lokacjach,
- dzieją się w tym czasie/na tym etapie,
- poprzedzają coś/są następstwem czegoś,
- stanowią wyjaśnienie czegoś,
- ich podmiotem/przedmiotem są następujące typy osób,
- powody wyjaśniające coś,
- czas trwania,
- postawy wobec czegoś,

³⁷ Tesch R., *Qualitative research: analysis types and software tools*, New York 1990; Creswell W., *Projektowanie badań naukowych: metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Kraków 2013; Huberman M., Miles M.B., *Data Management and Analysis Methods*, op. cit.

³⁸ Ritchie J., Lewis J., *Qualitative research practice*, Sage, London 2003.

³⁹ Gibbs G., *Qualitative data analysis: explorations with NVivo*, Buckingham, Philadelphia 2002.

- stanowią strategię robienia czegoś,
- są przykładami pojęcia czasu trwania świadczenia opieki osobom starszym.

Hierarchiczne uporządkowanie kodów nie tylko pozwoliło utrzymać porządek i zapobiec duplikowaniu się kodów, ale także dostrzec całe spektrum możliwości występujących w danych, oraz w pewnym sensie samo stało się jedną z form analizy danych.

Kolejnym etapem analizy danych jakościowych było stworzenie opisów oraz zakresów tematycznych. Dzięki procedurze kodowania możliwe było wskazanie głównych zakresów tematycznych i redukcja zasobu danych. Ostatecznie wyodrębniono, zgodnie ze wskazaniem J.W. Creswella, siedem kategorii, najlepiej charakteryzujących zgromadzony materiał badawczy, dotyczących odpowiednio: wsparcia instytucjonalnego, wsparcia nieformalnego, kosztów świadczenia opieki, zakresu świadczonej opieki, sytuacji zawodowej opiekuna, relacji społecznych oraz indywidualnego kontekstu sprawowania opieki. Ostatni etap analizy był podporządkowany wyjaśnieniu zaobserwowanych zjawisk i powiązań między nimi. Na każdym z tych etapów dokonywano walidacji ścisłości informacji. Oznacza to, że niezależnie od tego czy proces analizy danych dopiero się zaczynał, czy znajdował w końcowej fazie, zachowana była postawa otwartości na dane i dążono do etycznego i rzetelnego prowadzenia analiz. W tym miejscu wykorzystano wskazówki M. Milesa i M. Hubermana dotyczące pytań kontrolnych formułowanych w trakcie analizy⁴⁰.

W realizowanym projekcie wykorzystano specjalistyczne oprogramowanie wspomagające komputerową analizę danych jakościowych – MAXQDA 2018. Obszerną charakterystykę tego rodzaju oprogramowania przedstawili między innymi: G. Bryda⁴¹, M. Brosz⁴² i J. Niedbalski⁴³. Do podstawowych zalet, jakie wiążą się z wykorzystywaniem podobnych programów – można zaliczyć za C. Sealetempo obróbki danych, dyscyplinę i wspieranie pracy zespołowej⁴⁴.

Ograniczenia zastosowanego podejścia

W przypadku analizy danych zastanych (*desk research*) uzyskane dane różniły się ze względu na sposób gromadzenia danych, sposób konstrukcji próby i wreszcie zakres problemowy. Z tego względu nie wszystkie odnalezione dane były użyteczne z perspektywy sformułowanych celów badania. Nie zawsze możliwe było dotarcie do najbardziej aktualnych danych. W przypadku danych starszych niż 10 lat zdecydowano się nie włączać ich do analizy.

Należy także podkreślić, że badanie miało charakter eksploracyjny i w dużej mierze koncentrowało się na strategiach przyjmowanych przez opiekunów rodzinnych w świadczeniu opieki nad osobą starszą. Duże znaczenie w prowadzonych analizach miało określenie efektów, jakie wywiera sprawowanie opieki nad starszą osobą na życie opiekunów nieformalnych. Z tego względu wykorzystano głównie jakościowe podejście opierające się na elementach teorii ugruntowanej oraz założeniach dotyczących odkrywania świata znaczeń badanych. W związku z tym, należy zwrócić uwagę na ograniczenia prowadzonych analiz, dotyczące możliwości gene-

⁴⁰ Huberman M., Miles M.B., *Data Management and Analysis Methods*, op. cit.

⁴¹ Bryda G., *CAQDAS a badania jakościowe w praktyce*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2014, t. 10, nr 2.

⁴² Brosz M., *Komputerowe wspomaganie badań jakościowych. Zastosowanie pakietu NVivo w analizie materiałów nieustrukturyzowanych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2012, t. 8, nr 1.

⁴³ Niedbalski J., *Komputerowe wspomaganie analizy danych jakościowych (CAQDAS) w projektowaniu i prowadzeniu badań*, „Półrocznik Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2013, t. 1; Niedbalski J., *Zastosowanie oprogramowania Atlas.ti i NVivo w realizacji badań opartych na metodologii teorii ugruntowanej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2014, t. 10, nr 2; Niedbalski J., Ślęzak I., *Analiza danych jakościowych przy użyciu programu NVivo a zastosowanie procedur metodologii teorii ugruntowanej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2012, t. 8, nr 1.

⁴⁴ Seale C., *Wykorzystanie komputera w analizie danych jakościowych*, [w:] D. Silverman (red.), *Prowadzenie badań jakościowych*, Warszawa 2012.

ralizowania ich wyników na całą populację osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi w województwie łódzkim. Należy jednak pamiętać, że nie to było celem prowadzonych analiz.

Sposób doboru, struktura, wielkość oraz operat próby badawczej

Na potrzeby niniejszego projektu zastosowano dobór celowy w oparciu o kryterium maksymalnej zmienności z jednej strony i typowości z drugiej⁴⁵.

Rekrutacja była prowadzona poprzez siatkę terenową rekruterów. Jednym z wykorzystywanych źródeł była baza kontaktów uzyskana w realizowanym na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi badaniu naukowym pn. „Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego”, obejmującym podobny profil respondentów (pod uwagę były brane wyłącznie osoby, które wyraziły zgodę na ponowny kontakt).

Badanie obejmowało różne osoby zaangażowane w opiekę nad osobą niesamodzielną w wieku 60 lat i więcej, tworzące relację podopieczny – opiekunowie. Zbiór takich relacji zwany jest dalej „wiązką”. Każdorazowo dobór był wyczerpujący – tzn. obejmował wszystkie kategorie osób występujące w danej wiązce. Podejście takie pozwoliło na uwzględnienie różnych perspektyw, dając w efekcie pogłębiony obraz sytuacji opiekuna rodzinnego z uwzględnieniem szerokiego kontekstu sprawowania opieki.

- I. W grupie „opieka nieformalna” – realizowane w przypadku, gdy osoba 60+ i opiekun nie korzystają ze wsparcia pomocy społecznej: wariant A i B;
- II. W grupie „opieka formalna” – realizowane w przypadku, gdy osoba 60+ i opiekun korzystają ze wsparcia pomocy społecznej: wariant C i D.

Tabela 3. Grupy objęte badaniem w różnych wariantach przypadków

uczestnicy \ wariant	Wariant A-2 osoby:	Wariant B-3 osoby:	Wariant C-4 osoby:	Wariant D-5 osób:
Osoba w wieku 60+	X	X	X	X
Opiekun rodzinny	X	X	X	X
Osoba bliska opiekuna		X	X	X
Pracownik socjalny			X	X
Opiekun formalny				X

Źródło: opracowanie własne.

Przy doborze pod uwagę wzięto następujące kryteria:

Kryteria kwalifikujące dla poszczególnych kategorii respondentów wynikały z przyjętych definicji:

Osoba starsza

- Osoba w wieku co najmniej 60 lat.
- Ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia. Do oceny potrzeb funkcjonalnych zastosowano skalę ADL (z pominięciem pytania 6). Za kwalifikujący do badania uznano wynik 1-4. Oznacza to, że badanie objęło osoby, które nie mogły samodzielnie wykonać co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego: ubieranie i rozbieranie, kąpiel, spożywanie posiłków, przejście z łóżka na fotel, korzystanie z toalety.

⁴⁵ Eriksson P., Kovalainen A., *Qualitative Methods in Business Research*, Sage, London 2008.

- Na co dzień korzysta z pomocy kogoś bliskiego.
- Na co dzień nie mieszka w domu pomocy społecznej ani żadnej innej placówce stałego pobytu.
- Osoba, której stan zdrowia psychicznego i fizycznego umożliwia udzielenie wywiadu – w przypadku, gdy to kryterium nie było spełnione, senior był wyłączany z wiązki, a sama wiązka była uznawana za ważną.

Główny opiekun rodzinny⁴⁶

- Osoba pełnoletnia.
- Sprawuje opiekę nad osobą niesamodzielną w wieku 60 lat+ (dowolna forma wsparcia). Zajmuje się osobą niesamodzielną co najmniej jeden raz w tygodniu oraz została wskazana przez osobę w wieku 60+ jako główny opiekun rodzinny. W przypadku rozbieżności w opiniach seniora oraz osoby sprawującej opiekę, podejmowane były dodatkowe środki w celu ustalenia głównego opiekuna rodzinnego.
- Opiekun rodzinny nie jest opiekunem zawodowym i nie pobiera wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną.

Osoba bliska/partner opiekuna rodzinnego

- Osoba, która pozostaje w najbliższych relacjach społecznych z opiekunem (możliwe były różne relacje: małżonek bądź partner, rodzeństwo, dziecko, a także przyjaciel) oraz posiada wiedzę na temat jego życia codziennego.
- Osoba utrzymująca regularne kontakty z opiekunem rodzinnym (kontakt częściej niż raz w miesiącu).

Opiekun formalny

- Osoba pełnoletnia.
- Sprawuje usystematyzowaną i nieodpłatną opiekę nad osobą niesamodzielną w wieku 60+.
- Opiekun zawodowy, pobierający wynagrodzenie z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną.

Pracownik socjalny

- Pracownik pomocy społecznej (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593) lub innej organizacji świadczącej nieodpłatne, sformalizowane świadczenia opiekuńcze, decydujący/wydający opinię o przyznawaniu opieki formalnej nad seniorem.
- Osoba, która zajmuje się sprawą danego seniora i posiada wiedzę na temat tej sprawy.

Miejsce zamieszkania

- **Województwo:** Podstawowym kryterium rekrutacyjnym było zamieszkiwanie na terenie województwa łódzkiego. Wyjątek stanowili respondenci z kategorii Osoba bliska/partner opiekuna rodzinnego. W tym przypadku dopuszczalne było zamieszkiwanie poza terenem województwa łódzkiego.
- **Klasa miejscowości** (w przypadku różnego miejsca zamieszkania seniora i opiekuna rodzinnego, pod uwagę było brane miejsce zamieszkania seniora, jako decydujące o dostępności opieki formalnej, a także decydujące o warunkach życia – w tym o dostępności infrastruktury i opieki zdrowotnej). W badaniu uwzględniono 4 kategorie miejsca zamieszkania:
 - a. Łódź;
 - b. miasto powyżej 40 tys. mieszkańców;

⁴⁶ W części analitycznej raportu określany jako opiekun rodzinny.

- c. miasto do 40 tys. mieszkańców;
- d. wieś.

- **Zamieszkiwanie opiekuna rodzinnego z seniorem:** w przypadku opieki nieformalnej uwzględniono zróżnicowanie ze względu na przypadki, w których opiekun mieszka i nie mieszka z osobą 60+ objętą opieką.

Po wstępnej rekrutacji, tj. ustaleniu wszystkich osób wchodzących w skład wiązki i pozyskaniu ich danych kontaktowych, następowało umówienie wywiadów. Każdorazowo, w przypadku niepowodzenia, podejmowano kilka prób kontaktu (zgodnie z założeniami – trzy) i umówienia wywiadów.

W projekcie wykorzystane zostały bezpośrednio indywidualne wywiady pogłębione (IDI). Wywiady miały charakter częściowo ustrukturyzowany – były prowadzone w oparciu o scenariusz zawierający kluczowe zagadnienia, pozostawiając przy tym moderatorowi swobodę umożliwiającą pogłębienie wypowiedzi respondenta oraz eksplorację dodatkowych wątków, istotnych z punktu widzenia celów badania.

Zakładany czas trwania wywiadów dostosowany był do specyfiki respondenta oraz zakresu zbieranych informacji i wynosił od 20 minut (wywiad z opiekunem formalnym, pracownikiem socjalnym, osobą bliską/partnerem opiekuna) do 60 minut (główny opiekun rodzinny). W przypadku osoby starszej wynosił około 30 minut.

Opis przebiegu realizacji badań

Faza empiryczna była podzielona na 3 główne etapy:

- 1) Pilotaż – wywiady próbne, mające na celu przetestowanie narzędzi badawczych pod kątem ich adekwatności do celów badania oraz specyfiki respondentów. Dodatkowo pilotaż pozwolił na identyfikację elementów niezrozumiałych dla moderatorów, nieintuicyjnych, wymagających omówienia oraz modyfikacji. W wyniku pilotażu wprowadzono niezbędne zmiany w narzędziach badawczych.
- 2) Szkolenie dla moderatorów – przed rozpoczęciem badania zasadniczego przeprowadzono szkolenia dla moderatorów realizujących wywiady. W ramach szkolenia omówiono szczegółowo założenia oraz cele badania, przypomniano kwestie merytoryczne z zakresu moderowania wywiadów IDI, omówiono narzędzia badawcze oraz uczulono moderatorów na wyzwania związane ze specyfiką grup objętych badaniem.
- 3) Badanie zasadnicze – wywiady realizowane przez odpowiednio przygotowanych moderatorów. Równoległe z tym etapem realizowana była kontrola poprawności realizacji wywiadów (opis działań kontrolnych znajduje się w kolejnym punkcie).

Opis sposobu zapewnienia jakości i rzetelności pozyskiwanych danych

- 1) Kontrola pracy moderatorów realizowana przez zespół ekspertów w zakresie realizacji badań jakościowych, tj. eksperta praktyka, eksperta ds. analizy danych jakościowych oraz kierownika prac badawczych. Kontrola prowadzona była w oparciu o odsłuch nagrań. W jej ramach analizowano następujące elementy:
 - a. Spójność wypowiedzi respondenta z kryteriami rekrutacyjnymi.
 - b. Poprawność przypisania do wiązki – ocenie poddawano, czy wiązka ma charakter wyczerpujący.
 - c. Warsztat moderatora i stopień wyczerpania tematu oraz pogłębienia poruszanych

podczas wywiadu kwestii – w przypadku stwierdzenia, że moderator w niewystarczającym stopniu pogłębił temat, a całość wywiadu wskazywała na to, że posiada on wiedzę niezbędną do udzielenia odpowiedzi, wywiad był uzupełniany przez dodatkowy kontakt z respondentem.

- 2) Kontrola realizacji oraz poprawności rekrutacji – dodatkowo przeprowadzona została kontrola w oparciu o dodatkowy kontakt z respondentem, podczas której weryfikowano, czy wywiad się odbył i czy spełnione zostały kryteria rekrutacyjne. Kontrola objęła n=12 respondentów. Na tym etapie nie stwierdzono nieprawidłowości. Rejestr skontrolowanych włączony został do dokumentacji projektowej.

III. WYNIKI ANALIZY DANYCH ZASTANYCH

Trzeci rozdział poświęcono przeglądowi danych dotyczących sytuacji opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60 lat i więcej w Polsce. Szczególna uwaga skoncentrowana została na informacjach dotyczących województwa łódzkiego. W pierwszej części zaprezentowano przegląd zapisów w dokumentach strategicznych i programowych, które umożliwiają podejmowanie działań na rzecz opiekunów osób starszych a następnie na podstawie dostępnych danych statystycznych dążono do odtworzenia kontekstu demograficzno-ekonomicznego i społeczno-kulturowego kariery opiekuna rodzinnego osób starszych w Polsce.

Kontekst formalno-prawny kariery opiekuna rodzinnego osób starszych

Zmieniająca się sytuacja demograficzna warunkuje proces starzenia się społeczeństwa i przyczynia się do zwiększania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze świadczone przez opiekunów, w tym rodzinnych. Jednocześnie zmieniające się wzory życia rodzinnego (późniejsze podejmowanie decyzji prokreacyjnych, mniejsza średnia liczba dzieci, osobne zamieszkiwanie) powodują, że opiekunowie rodzinni wymagają i wymagać będą coraz większego wsparcia instytucjonalnego, zarówno ze strony instytucji pomocy społecznej, jak i organizacji pozarządowych. W związku z tym, w tej części zaprezentowano kontekst formalny realizowania kariery opiekuna rodzinnego. Skoncentrowano się na wskazaniu aktów prawnych regulujących funkcjonowanie usług opiekuńczych dla osób starszych, świadczeń dostępnych dla starszych osób niesamodzielnych, świadczeń dostępnych dla opiekunów rodzinnych, oraz wskazaniu formalnych regulacji umożliwiających łączenie kariery opiekuna rodzinnego z karierą zawodową.

Do podstawowych aktów prawnych we wskazanym powyżej zakresie, zaliczyć należy:

- Ustawę z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015 poz. 1705),
- Ustawę a o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r.(Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm.),
- Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046).

Oprócz tego sytuację osób niesamodzielnych w wieku 60 lat i więcej, a w szczególność ich opiekunów regulują następujące, opisane niżej akty prawne:

- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255),
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. 2014 poz. 567),
- Ustawa z dnia 6 października 2016 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z Dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480),
- Kodeks Pracy (Dz.U. 2018 poz. 108).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych to dokument, który wskazuje, że państwo jest odpowiedzialne za monitorowanie i przedstawianie informacji o sytuacji osób starszych. Określa zakres tego zadania oraz podmiotów uczestniczących w jego realizacji , jak i źródła finansowania tych działań.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm.) reguluje zasady funkcjonowania systemu pomocy społecznej, w tym określa rodzaje dostępnego wsparcia i osoby do niego uprawnione. Biorąc pod uwagę perspektywę opiekunów osób starszych, wyróżniono najważniejsze formy wsparcia spośród wskazanych w ww. ustawie. Są to:

- a) możliwość (przy spełnieniu kryterium dochodowego) opłacania przez państwo składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za opiekuna;
- b) dostęp do usług opiekuńczych (w tym specjalistycznych) dla osób niesamodzielnych świadczonych w ośrodku wsparcia lub domu, co może stanowić obciążenie dla opiekuna.

System pomocy społecznej przewiduje również usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych (w tym starszych) świadczone w placówkach całodobowych, jednak tego rodzaju wsparcie oznacza przejście przez państwo roli opiekuna nad osobą niesamodzielną i stanowi alternatywę dla opieki nieformalnej.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046) określa między innymi, czym są i jak mają być prowadzone rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych (w tym starszych). Rehabilitacja społeczna w formie udziału w turnusach rehabilitacyjnych może mieć znaczenie wychowawcze dla opiekunów nieformalnych (o ile ich podopieczni kwalifikują się do udziału w turnusie). Rehabilitacja zawodowa, choć nie jest to bezpośrednio określone w ustawie, może służyć utrzymaniu aktywności zawodowej opiekuna (którymi często są osoby w wieku 50+, niejednokrotnie niepełnosprawne) i w ten sposób pomóc w godzeniu kariery opiekuna z karierą zawodową.

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255), określa charakter i zakres wsparcia finansowego dla rodzin, które mają pod opieką osobę zależną (dziecko, osobę starszą), a pozostają w trudnej sytuacji materialnej. Wśród form wsparcia skierowanych do opiekunów rodzinnych osób starszych jako najistotniejsze można wskazać:

- a) zasiłek pielęgnacyjny przyznawany osobie niesamodzielnej na pokrycie kosztów pomocy i opieki sprawowanej przez inną osobę,
- b) specjalny zasiłek opiekuńczy dla niepracujących opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych.

Dodatkowo na mocy ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. 2014 poz. 567), wprowadzony został zasiłek dla opiekuna dorosłej osoby niepełnosprawnej. Jest on przeznaczony dla osób, które wraz z nowelizacją ustawy o świadczeniach rodzinnych z 2013 r. utraciły prawo do świadczenia pielęgnacyjnego (w związku z wygaśnięciem decyzji przyznającej prawo do niego), a jednocześnie nie spełniły kryterium dochodowego dla przyznania specjalnego zasiłku opiekuńczego.

Ustawa z dnia 6 października 2016 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. 2016 poz. 1940) pozwala opiekunom rodzinnym, których podopieczny zmarł, a którzy przed tym faktem nie pracowali, na pobieranie zasiłku dla bezrobotnych, a po jego ustaniu świadczenia przedemerytalnego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480) określa zakres i dostępność usług medycznych dla osób niesamodzielnych. Dla opiekunów nieformalnych szczególne znaczenie mają zapisy dotyczące świadczeń realizowanych w warunkach domowych, a także pomocy w dostępie do sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego oraz kształcenia opiekunów w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Kodeks Pracy (Dz.U. 2018 poz. 108) – jako zbiór przepisów regulujących prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników – nie odnosi się bezpośrednio do sytuacji opiekunów nieformalnych. Jednak dla godzenia kariery opiekuna z karierą pracownika, szczególne znaczenie mają zapisy uelastyczniające system czasu pracy (elastyczne rozłożenie czasu pracy w ramach 40-godzinnego tygodnia pracy), możliwość pracy w niepełnym wymiarze czasu oraz opisane w kodeksie zatrudnienie w formie telepracy.

Z tego samego powodu użyteczne dla opiekunów mogą być elastyczne formy zatrudnienia regulowane przez inne akty prawne:

- Umowy o dzieło i umowy zlecenie (Kodeks cywilny Dz.U. 2017 poz. 459),
- Praca tymczasowa (Ustawa z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnianiu pracowników tymczasowych Dz.U. 2003 nr 166 poz.1608),
- Praca nakładcza (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą Dz.U. 1976 nr 3 poz. 19).

Dokumenty strategiczne i programowe umożliwiające realizację działań na rzecz opiekunów osób starszych

Istnieje szereg dokumentów strategicznych i programowych, zarówno na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym, które w swej treści w sposób mniej lub bardziej bezpośredni odnoszą się do podejmowania działań na rzecz opiekunów osób starszych. Przedstawione zostaną te fragmenty zawarte w dokumentach, które odnieść można do planowania wsparcia dla opiekunów osób starszych. Należy podkreślić, że wśród wybranych znalazły się zarówno zapisy odnoszące się wprost do sytuacji osób realizujących karierę opiekuna rodzinnego jak i takie, które nie definiują bezpośrednio grupy opiekunów rodzinnych jako podmiotu oddziaływań, ale również przekładają się na ich sytuację.

Wśród dokumentów obowiązujących na szczeblu krajowym, w których zawarto zapisy odwołujące się do działań umożliwiających wsparcie realizacji kariery opiekuna rodzinnego, znajdują się: Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (ASOS), Rządowy Program „Senior+”, Rządowy Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+” i Rządowy Program „Opieka 75+”. Na poziomie regionalnym, do najważniejszych dokumentów zawierających zapisy dotyczące sytuacji opiekunów osób starszych można zaliczyć: Strategię Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2020, Strategię w zakresie Polityki Społecznej 2020, Plan Przeciwdziałania Depopulacji w Województwie Łódzkim 2020 oraz Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030, jest dokumentem określającym ramy strategicznego rozwoju Polski. Opisano w nim min. główne trendy, wyzwania i scenariusze rozwoju społeczno-gospodarczego kraju do 2030 roku. W kontekście sytuacji opiekunów rodzinnych kluczowe są tu zapisy kładące nacisk na:

- Promocję elastycznych form zatrudnienia, które wprost określone są jako środek do pogodzenia kariery opiekuna z karierą zawodową,
- Rozwój usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych (poprawa dostępności, opracowanie standardów i katalogu usług),
- Dostosowanie infrastruktury i kadr służby zdrowia do potrzeb opieki nad osobami starszymi.

Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 zawiera zapisy odnoszące się do osiągnięcia celu jakim jest umożliwienie uczestnictwa w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym jak najszerszym grupom obywateli, na wszystkich etapach ich życia. W strategii wprost promo-

wana jest opieka środowiskowa nad osobami niesamodzielnymi przez opiekunów rodzinnych. Podkreślona jest konieczność dostarczenia odpowiednich usług opiekuńczych i konieczność wsparcia merytorycznego i sprzętowego opiekunów rodzinnych oraz refundacji kosztów opieki. Strategia nie mówi bezpośrednio o środkach umożliwiających godzenie kariery opiekuna z innymi karierami. Pośrednio zapisów takich można się dopatrywać w obszarach traktujących o aktywności zawodowej i społecznej osób starszych (jw. biorąc pod uwagę fakt, że opiekunowie rodinni to najczęściej osoby w wieku 50+).

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 określają ramy i kierunki działań w obszarze polityki senioralnej na najbliższe lata. Dokument ten podobnie jak inne, opisywane wyżej, porusza wprost kwestię konieczności rozwoju usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych, zwłaszcza w miejscu zamieszkania (co odciąża opiekunów). Zakłada konieczność wsparcia opiekunów, zarówno merytorycznego, jak i wytchnieniowego; zawiera wręcz stwierdzenia o konieczności wypracowania całego systemu wsparcia opiekunów rodzinnych.

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (ASOS), jest drugim, obok Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej, dokumentem określającym ramy polityki senioralnej w Polsce. W odniesieniu do sytuacji opiekunów program zakłada ich kształcenie (w zakresie sprawowanej opieki), wsparcie rodzin w opiece przez wolontariuszy, rozwój usług opiekuńczych. W szerszym zakresie program skupia się na zapewnieniu partycypacji społecznej i aktywności osób starszych, co pośrednio może mieć znaczenie dla opiekunów osób starszych.

Rządowy Program „Senior+” obejmuje dofinansowanie dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie tworzenia infrastruktury placówek dziennego pobytu dla osób starszych. Natomiast *Rządowy Program „Opieka 75+”* oferuje wsparcie finansowe dla gmin w zakresie rozwoju usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych w wieku 75+. Oba programy mają potencjał do odciążenia opiekunów rodzinnych w zakresie ich obowiązków opiekuńczych.

Rządowy Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”, zgodnie z nazwą, służy promowaniu aktywności zawodowej osób w wieku 50+. Znajdują się w nim zapisy bezpośrednio podkreślające konieczność podjęcia działań na rzecz umożliwienia osobom w wieku 50+ godzenia kariery opiekuna i kariery zawodowej. Do tego celu mają prowadzić m.in.: upowszechnienie rozwiązań z zakresu elastycznej organizacji czasu pracy, rozwój usług opiekuńczych (w tym dziennych ośrodków wsparcia dla osób starszych), edukacja opiekunów osób starszych, promowanie pracy i edukacji na odległość.

Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne – określa wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia do roku 2020. Jej istotnym elementem jest konieczność dostosowania kadr i infrastruktury systemu ochrony zdrowia do wymogów opieki nad osobami starszymi. Ma się to odbywać min. przez rozwój opieki długoterminowej, rozwój geriatry, poprawę dostępności i jakości usług zdrowotnych na rzecz osób starszych. Są to zapisy, które oznaczają działania nakierowane zarówno na starsze osoby niesamodzielne, jak i pośrednio, na poprawę stanu zdrowia i sprawności opiekunów rodzinnych, którymi, jak to było już podkreślane, często są osoby w wieku 50+.

Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji – ma na celu zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Wśród kategorii osób, na które nakierowana jest interwencja, znajdują się seniorzy. W kontekście potrzeb opiekunów osób starszych, program postuluje: rozwój środowiskowych usług opiekuńczych i usług medycznych a także wsparcia wytchnieniowego i merytorycznego dla opiekunów rodzinnych (dienne domy pomocy, placówki całodobowe

okresowego pobytu, szkolenia dla opiekunów, wypożyczalnie sprzętu medycznego, teleopieka medyczna).

Wojewódzka Strategia w zakresie Polityki Społecznej 2020 – określa kluczowe kierunki polityki społecznej uwzględniając potrzeby regionu. Szeroka grupa działań odnosi się do poprawy sytuacji osób starszych, ich zdrowia i sprawności, aktywności w różnych obszarach życia i ogólnego dobrostanu. Dla opiekunów osób starszych szczególne znacznie mają jednak działania zapisane w dziale „Osoby z niepełnosprawnościami”. Zapisane są tam wprost działania nakierowane na poprawę dostępności i jakości usług opiekuńczych i medycznych dla osób niesamodzielnych, a także na wsparcie opiekunów nieformalnych (informowanie o możliwym wsparciu, edukowanie z zakresu opieki, wsparcie wytchnieniowe).

Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020 zawiera dziewięć priorytetów, które wyznaczają kierunek działań mających na celu ograniczenie zjawiska depopulacji w województwie łódzkim. Jednym z nich jest *Aktywność na rynku pracy*, w ramach której zawarty został cel szczegółowy *III.2. Większa dostępność usług opiekuńczych*. W tej części *Planu* wyraźnie i bezpośrednio podkreślana jest potrzeba zapewnienia wysokiej dostępności i jakości usług opiekuńczych m.in. dla osób zależnych, starszych i niepełnosprawnych. Autorzy dokumentu odnoszą się wprost do zjawiska starzenia się populacji i rosnącego w związku z tym zapotrzebowania na różnego rodzaju formy wsparcia, ułatwiające aktywność zawodową dzieciom/opiekunom osób starszych.

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego wytycza pożądane kierunki rozwoju w sferach spójności gospodarczej, spójności społecznej oraz spójności przestrzennej. Strategia zakłada realizowanie polityki rozwoju zarówno w odniesieniu do całego województwa, jak i w ujęciu terytorialno-funkcjonalnym, uwzględniającym specyfikę obszarów miejskich, wiejskich i funkcjonalnych.

Bezpośrednio w zakresie opieki nad osobami starszymi strategia przewiduje rozwój środowiskowych usług opiekuńczych i środowiskowych usług medycznych. Podobnie jak inne przywołane tu dokumenty, strategia zakłada także szeroką aktywizację osób starszych w sferze zawodowej i społecznej, co pośrednio można powiązać z potrzebami opiekunów nieformalnych osób starszych.

Analizując zapisy przywołanych aktów prawnych i dokumentów strategicznych można wskazać, w jaki sposób w polskim ustawodawstwie, ale i kontekście kulturowym rysuje się podział odpowiedzialności w obszarze opieki między rodziną a państwem. Podział ten, który w pewnej części udało się odtworzyć na podstawie zgromadzonych danych, nie opiera się na wspieraniu rodzin w ich indywidualnych potrzebach, ale raczej jest zakorzeniony w interesach politycznych i ekonomicznych. Podstawowe założenia tego podziału opierają się na kompensacyjnym modelu hierarchicznym, którego elementy można było w sposób pośredni lub bezpośredni odnaleźć w analizowanych dokumentach, co przedstawiono w adekwatnych rubrykach tabeli znakiem X. Stosowana w analizowanych dokumentach strategicznych i aktach prawnych retoryka, opierająca się na pojęciach takich jak „wsparcie rodzinne” czy „wsparcie nieformalne” dostarcza niejasnych i nieostrych kategorii, które uniemożliwiają uchwycenie różnorodnych doświadczeń osób starszych i ich potrzeb, zaciemnia też istotne różnice w sytuacji ich opiekunów. Również w dokumentach wskazujących na potrzebę zindywidualizowanego wsparcia (np. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego) także nie ma jasnych i precyzyjnych definicji, które pozwalałyby wskazać, na czym dokładnie opierać miałyby się indywidualizacja wsparcia. Uproszczona retoryka opieki rodzinnej i nieformalnej, która stanowi podstawę retoryki systemu opiekuńczego nad osobami starszymi, nie pozostawia także miejsca na podejmowanie wątków zagrożeń i nadużyć, które mogą się kryć w relacjach rodzinnych.

W analizowanych dokumentach można było odnaleźć liczne sformułowania wskazujące na przyjmowanie przez ich autorów hierarchicznego kompensacyjnego modelu wsparcia, który

zakłada kluczową rolę rodziny i nieformalnych sieci wsparcia w świadczeniu opieki, co najlepiej obrazuje zapis w art. 50.2. Ustawy o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm.: „Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić”.

Analizowane dokumenty rzadko odnosiły się do wspierania opiekunów rodzinnych włączeniu sprawowania opieki z innymi rolami. W przypadku nielicznych zapisów, które traktowały o tym zagadnieniu, wskazywano na łączenie kariery zawodowej z rolą opiekuna. W sposób pośredni lub bezpośredni kwestie te zawarte były w następujących dokumentach: Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030, Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020, Rządowy Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”. W analizowanych dokumentach jedynie w 19 zapisach bezpośrednio odwoływano się do sytuacji opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych, w pozostałych przypadkach odniesienia miały charakter pośredni. Szczegółową analizę zapisów odnoszących się do opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych przedstawiono w tabeli 4. Tabela wskazuje także związki między przedstawionymi w niniejszym raporcie rekomendacjami a zapisami w analizowanych dokumentach.

Tabela 4. Zapisy w aktach prawnych i dokumentach strategicznych odnoszące się do sytuacji opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia opiekuńczej z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r. (Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm.)	art. 42	Opłacanie składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za opiekuna.	poziom ogólnokrajowy	bezpółśrednio	bezpółśrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie finansowe opiekunów	brak	brak
	art. 50, art. 51, art. 52	Usługi opiekuńcze min. dla osób starszych (świadczone w miejscu zamieszkania ośrodka wsparcia lub rodzinnym domu pomocy).	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	bezpółśrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne opiekunów	brak	A, P
Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046)	art. 10 c, e, f	Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych (w tym osób starszych) przez udział w turnusach rehabilitacyjnych.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne opiekunów	brak	I
	art. 8, art. 10 a, b, g	Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne opiekunów, partycypacja społeczna	brak	Pośrednio: J

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255)	art. 16	Zasilek pielęgnacyjny przyznawany osobie niesamodzielnej (w tym starszej) na pokrycie kosztów pomocy i opieki innej osoby.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie finansowe opiekunów	brak	brak
	art. 16a	Specjalny zasiłek opiekuńczy dla opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie finansowe opiekunów	brak	brak
Ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. 2014 poz. 567)	cała ustawa	Zasilek dla opiekuna dorosłej osoby niepełnosprawnej.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie finansowe opiekunów	brak	brak
Ustawa z dnia 6 października 2016 r.o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. 2016 poz.1940)	art. 1	Zasilek dla bezrobotnych dla byłego opiekuna.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie finansowe opiekunów	brak	brak
	art. 2	Świadczenie przedemerytalne dla byłego opiekuna.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie finansowe opiekunów	brak	brak

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z Dnia 22 listopada 2013 r.w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480)	§6 §7 ust.2 §9 ust.1	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompensacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne opiekunów	brak	F, I
	§9 ust.1 pkt. 6	Pomoc w pozyskaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego.	poziom ogólnokrajowy	bezpśrednio	pośrednio	kompensacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne opiekunów	brak	H
	§4 ust.2 pkt 9 §9 ust.1 pkt. 2, 4	Kształcenie opiekunów.	poziom ogólnokrajowy	bezpśrednio	pośrednio	kompensacyjny hierarchiczny	wiedza i umiejętności	brak	E

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuację opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Kodeks Pracy (Dz.U. 2018 poz 108)	a) art. 135 b) art. 139 c) art. 140 d) art. 142 e) art. 143 f) art. 144 g) art. 145	Elastyczny system czasu pracy: a) równoważony czas pracy, b) zmienne godziny rozpoczynania i kończenia pracy (system przerywanego czasu pracy), c) zadaniowy system pracy, d) indywidualny rozkład czasu pracy, e) skrócony tydzień pracy, f) praca w systemie piątki, soboty, niedziele i święta, g) praca w niepełnym wymiarze czasu pracy.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	K
	Dział I, Rozdział II b	Elastyczne formy pracy: telepraca.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	K
	Księga trzecia. Zobowiązania a) Tytuł XV b) Tytuł XXI	Elastyczne formy pracy – umowy cywilnoprawne: a) umowy o dzieło, b) umowy zlecenie.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	K
Kodeks cywilny (Dz.U. 2017 poz. 459)									

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienie sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Ustawa z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnianiu pracowników tymczasowych (Dz.U. 2003 nr 166 poz.1608)	Cały dokument	Elastyczne formy pracy: praca tymczasowa.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	K
Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowników innych osób wykonujących pracę nakładczą (Dz.U. 1976 nr 3 poz. 19)	Cały dokument	Elastyczne formy pracy: praca nakładczą (chatupnicza).	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	K

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030	Cel 6 Kierunek 3	Rozwój elastycznych form zatrudnienia, wsparcie dla godzenia życia rodzinnego z pracą.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna	łączenie kariery opiekuna z karierą zawodową	K
	Cel 6 Kierunek 8	Upowszechnienie i poszerzenie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym opracowanie minimalnych standardów usług opiekuńczych.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	Odciążenie rodzin opiekujących się osobami niesamodzielnymi	F, P
	Cel 6 Kierunek 12	Rozwój infrastruktury i zasobów kadrowych – medycznych w obszarach opieki nad osobami starszymi.	poziom ogólnokrajowy	bezpokośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	F

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020	Cel szczegółowy 2	Poprawa dostępności do ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	Brak (w rekomendacji F mowa o usługach medycznych świadczonych w miejscu zamieszkania)
		Wsparcie aktywności zawodowej i społecznej osób starszych (edukacja, wolontariat).	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna	brak	K, J (pośrednio)
		Rozwój systemu usług adresowanych do osób niesamodzielnych i ich rodzin, w tym rozwój opieki długoterminowej.	poziom ogólnokrajowy	bezppośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne, wiedza i umiejętności	brak	Zapis ogólny, może się łączyć z wieloma rekomendacjami. Biorąc uszczegóławiające zapisy w dziale 6.5 „Starość”, mogą to być rekomendacje: D, C, E, F, P, G, H, I.

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020	Priorytet 3, Cel 1	Rozwój usług społecznych na rzecz osób starszych.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna, wsparcie instytucjonalne	brak	I
	Priorytet 3, Cel 2	Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych oraz kształcenie opiekunów rodzinnych.	poziom ogólnokrajowy	bezpśrednio (kształcenie)	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	E, F, P, I
	Priorytet 3, Cel 3	Teleopieka i inne innowacyjne formy opieki nad osobami starszymi.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	F, P
	Priorytet 3, Cel 4	System wsparcia dla opiekunów nieformalnych.	poziom ogólnokrajowy	bezpśrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wiedza i umiejętności, wsparcie instytucjonalne, partycypacja społeczna	łączenie roli opiekuna z aktywnością na rynku pracy	G, E, I, K

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienie sytuacji opiekunów starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2014-2020	Priorytet I	Kształcenie opiekunów.	poziom ogólnokrajowy	bezpółśrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wiedza i umiejętności	brak	E
	Priorytet II	Wolontariat i przeciwdziałanie e-wykluczeniu.		pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wiedza i umiejętności	brak	E
	Priorytet III	Aktywna obecność w procesie tworzenia i funkcjonowania grup obywatelskich oraz organizacji pożytku publicznego.		pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna	brak	L
	Priorytet IV	Wiedza i umiejętności, wolontariat, samopomoc, rozwój usług.		bezpółśrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wiedza i umiejętności, wsparcie instytucjonalne	Rozszerzenie dostępności do usług społecznych	A, N, E, J
Rządowy Program Senior +	Cały dokument	Rozwój infrastruktury placówek dziennego pobytu dla osób starszych.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	A, I
Rządowy Program Opieka 75+	Cały dokument	Wsparcie finansowe dla gmin w zakresie rozwoju usług opiekuńczych.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	A, I

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Rządowy Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”	Priorytet 3.3	Działania na rzecz aktywności zawodowej osób 50+, przy uwzględnieniu ich sytuacji rodzinnej (w tym opieki nad osobami starszymi), w tym min.: - promowanie elastycznej organizacji czasu pracy, - rozwój usług opiekuńczych (dzienne ośrodki wsparcia, opiekunów starszych), - promowania pracy i edukacji na odległość.	poziom ogólnokrajowy	bezpłatnie średnio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne, wiedza i umiejętności, paracytacja społeczna	łączenie roli opiekuna z aktywnością na rynku pracy	A, E, P, I, K
	Cały dokument (poza omawianym wyżej priorytetem 3.3)	Promowanie zatrudnienia osób w wieku 50+ (i 45+), przez szereg działań odnoszących się do: - kwalifikacji i kompetencji pracowników, - kultury i organizacji pracy, - aktywizacji zawodowej osób 50+, - promowania zdrowego i aktywnego starzenia się,	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	nie dotyczy	nie dotyczy	partycypacja społeczna, wsparcie instytucjonalne	brak	Pośrednio: K, L

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Rządowy Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”		- międzysektorowej współpracy instytucji na rzecz aktywności osób 50+, - transferów społecznych.							
Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne	Cel 2	Dostosowanie kadr i infrastruktury służby zdrowia do potrzeb osób starszych min. przez: - poprawę zdrowia i sprawności osób starszych, - rozwój geriatrji, - rozwój opieki długoterminowej.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	F
	Priorytet IV, Działanie IV.2	Nowy system opieki nad osobami niesamodzielnymi i w podeszłym wieku, w tym min.: - rozwój placówek opieki i ich usług (dzienne domy pomocy, placówki całonocowego pobytu krótkookresowego), - wprowadzenie orzecznictwa o niesamodzielnosci,	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenzacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne, wiedza i umiejętności	brak	A, E, F, P, I

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienie sytuacji osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji	Priorytet IV, Działanie IV.2	- wprowadzenie standardów usług dla osób niesamodzielnych, - systemy szkolenia dla opiekunów osób starszych/niesamodzielnych.							
	Priorytet IV, Działanie IV.3	Opieka medyczna i rehabilitacja zdrowotna osób starszych, w tym: - rozwój geriatrii, - wsparcie dla dziennych domów opieki, - szkolenia dla opiekunów osób starszych, wypożyczalnie sprzętu medycznego, rozwój teleopieki medycznej.	poziom ogólnokrajowy	bezpśrednio	pośrednio	kompenacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne, wiedza i umiejętności	brak	F, E
	Priorytet IV, Działanie IV.1	Promocja aktywności zawodowej i społecznej seniorów.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna	brak	Pośrednio: K
	Priorytet IV, Działanie IV.4	Aktywność seniorów: wolontariat, środowiskowe formy pomocy i samopomocy.	poziom ogólnokrajowy	pośrednio	pośrednio	kompenacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna	brak	Pośrednio: J

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuację opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Wojewódzka Strategia w zakresie Polityki Społecznej 2020	Osoby starsze Obszar oddziaływania 3 Działanie 2	Działania na rzecz zdrowia osób starszych, w tym poprawa usług zdrowotnych, a dalej wystandardyzowanie usług opiekuńczych i poprawa dostępu do nich w warunkach domowych.	poziom regionalny	pośrednio	pośrednio	kompenacyjny hierarchiczny	partycypacja społeczna, wsparcie instytucjonalne	brak	A, P, I
	Osoby z niepełnosprawnościami Obszar oddziaływania 3 Działanie 1	Dezynstytucjonalizacja usług dla osób niesamodzielnych, w tym: - rozwój opiekuńczych i medycznych usług środowiskowych, - wsparcie merytoryczne i wytychnieniowe dla opiekunów, - diagnoza sytuacji osób niesamodzielnych.	poziom regionalny	bezpśrednio	pośrednio	kompenacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne, wiedza i umiejętności	brak	A, C, E, F, I
Wojewódzka Strategia w zakresie Polityki Społecznej 2020	Osoby z niepełnosprawnościami Obszar oddziaływania 3 Działanie 2	Poprawa jakości usług dla osób niesamodzielnych, w tym: - standaryzacja usług opiekuńczych, - informowanie o dostępnym wsparciu medycznym i socjalnym dla osoby bnie samodzielnej i jej rodziny,	poziom regionalny	bezpśrednio	pośrednio	kompenacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne, wiedza i umiejętności	brak	D, P, F, I

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Wojewódzka Strategia w zakresie Polityki Społecznej 2020	Osoby z niepełnosprawnościami Obszar oddziaływania 3 Działanie 2	- rozwój telemedycyny i teleopieki.							
Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020	Cel operacyjny 2 Kierunek 2.2.2	Upowszechnianie modelu „silver economy”; wspieranie aktywności zawodowej osób starszych.	poziom regionalny	pośrednio	Nie dotyczy	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	Pośrednio: K
	Cel operacyjny 4 Kierunek 4.1.1	Wspieranie aktywności osób starszych.	poziom regionalny	pośrednio	Nie dotyczy	nie dotyczy	partycypacja społeczna	brak	Pośrednio: J
Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020	Cel operacyjny 5 Kierunek 5.2	Rozwój usług sektora zdrowia, w tym: - ośrodków dziennego pobytu i innych alternatywnych form opieki dla osób przewlekle chorych i starszych,	poziom regionalny	pośrednio	pośrednio	kompensacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	A, F, I

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienia sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Strategia Rozwoju Województwa łódzkiego 2020	Cel operacyjny 5 Kierunek 5.2	- rozwiązań teleinformatycznych w obszarze zdrowia publicznego – rozwój e-usług ochrony zdrowia.							
	Cel operacyjny 6 Kierunek 6.2.2	Reintegracja społeczna grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem, min. przez: - rozwój instytucji wspierających osoby starsze, - rozwój instytucji zapewniających opiekę i terapię osobom niesamodzielnym.	poziom regionalny	pośrednio	pośrednio	kompensacyjny hierarchiczny	wsparcie instytucjonalne	brak	Przepis zbyt ogólny, by to określić
Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020	Priorytet III, Cel III.2	Rozwój sektora usług opiekuńczych dla osób zależnych, starszych, niepełnosprawnych, w tym: - placówek pobytu dziennego, - opieki ciągłej, zapobiegających przedwczesnemu odpływowi opiekunów z rynku pracy.	Poziom regionalny	bezpśrednio	pośrednio	kompensacyjny hierarchiczny	Wsparcie instytucjonalne	łączenie roli opiekuna z aktywnością na rynku pracy	A, D, F, I, J, K

dokument	Identyfikacja działań, paragrafów z kluczowymi zapisami	Wskazane obszary oddziaływania	Zakres oddziaływania dokumentu	Uwzględnienie sytuacji opiekunów osób starszych	Sposób prezentacji modelu opieki w dokumencie	Typ modelu opieki	Zapisy dot. realizacji kariery opiekuna	Zapisy dot. łączenia kariery opiekuna z innymi karierami (jakimi)	Zapisy uwzględniono w rekomendacji
Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020	Priorytet III, Cel III.2	Stworzenie systemu informacji o potencjalnych opiekunach dziennych dla osób starszych wraz z potwierdzeniem kompetencji i certyfikacją jakości usług w ramach niezinstytucjonalizowanych form opieki.							

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kodeks Cywilny, Kodeks Pracy, Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1705); Ustawa z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm.); Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1518 z późn. zm.); Ustawa o zmianie niektórych ustaw związanych z systemami wsparcia rodzin z dnia 7 lipca 2017 r. (Dz.U. 2017 r. poz. 1428); Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2016 r., poz. 1990 z późn. zm.); Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004r. (Dz.U. z 2004 r. nr 64. poz. 593, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2017 r. w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach opryznanie świadczeń rodzinnych oraz zakresu informacji, jakie mają być zawarte we wniosku, zaświadczeniach i oświadczeniach; Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030; Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020; Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020; Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014–2020; Rządowy Program Senior+; Rządowy Program Opieka 75+; Rządowy Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”; Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020; Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020; Nowy wymiar aktywnej integracji; Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego; Strategia Województwa Łódzkiego w zakresie polityki społecznej, Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020.

Kontekst demograficzno-ekonomiczny kariery opiekuna rodzinnego osób starszych

W pierwszej części analiz skupiono się przede wszystkim na danych dotyczących wskaźników związanych z procesami demograficznymi oraz sytuacją ekonomiczną, stanowiącymi kontekst dla funkcjonowania opiekunów rodzinnych osób starszych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji województwa łódzkiego⁴⁷.

Procesy demograficzne

Zmiany w strukturze i wielkości rodziny sprawiają, iż możliwości świadczenia opieki nad osobami starszymi stają się coraz bardziej ograniczone. W ciągu ostatnich dziesięcioleci obserwuje się tendencję zmniejszania się liczby członków rodziny, co jest jedną z przyczyn wyzwań w obszarze zapewnienia odpowiedniej opieki nad osobami starszymi. Zjawisko to związane jest z procesem demograficznym starzenia się społeczeństw⁴⁸. Coraz częściej zdarzają się sytuacje, w których w tym samym okresie opieki wymaga więcej niż jedna osoba w rodzinie, co zwiększa obciążenia w konwojach opiekuńczych. Znaczący wpływ na sytuację rodziny w kontekście opieki nad osobami w wieku 60 lat i więcej mają również migracje zarobkowe (zwłaszcza osób w wieku mobilnym⁴⁹). Jak słusznie zauważa P. Błędowski *miejsce zamieszkania często zmieniają jedyne osoby w rodzinie, zdolne dopełnienia roli opiekuna osób starszych*⁵⁰.

Tabela 5. Podstawowe dane demograficzne dla lat 1990-2016

Wyszczególnienie	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ludność ogółem (w tys.)	38 073	38 254	38 157	38 530	38 538	38 533	38 496	38 479	38 437	38 433
Przyrost rzeczywisty ⁵¹ (w tys.)	85	-9	-17	33	9	-5	-37	-17	-41	-4

Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Ludność w 2016 r.*

Jak obrazują dane zawarte w tabeli 5, od pięciu lat notuje się w Polsce spadek liczby ludności. W 2012 roku populacja generalna kraju liczyła 38 533 tysięcy osób, natomiast w 2016 roku było to już 38 433 tysięcy osób. Od 2000 r. odnotowuje się ujemny przyrost rzeczywisty (z wyjątkiem lat 2010-2011), największy spadek wystąpił w 2015 roku. Ujemny przyrost rzeczywisty z jednej strony i wydłużające się średnie trwanie życia z drugiej strony, to procesy, które powodują wyraźnie obserwowalny proces starzenia się populacji.

⁴⁷ Osoby starsze na potrzeby niniejszego badania zdefiniowane zostały jako osoby w wieku 60 lat i więcej, w niektórych z analizowanych w tej części materiałów źródłowych określenie to odnosi się do populacji osób w wieku 65 lat i więcej a poziom agregacji danych nie zawsze umożliwia wyodrębnienie grupy osób w wieku 60 lat i więcej, co każdorazowo zostanie oznaczone w niniejszym rozdziale.

⁴⁸ Por.: GUS, *Prognoza Ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014.

⁴⁹ Grupa wieku produkcyjnego obejmująca ludność w wieku 18-44 lata.

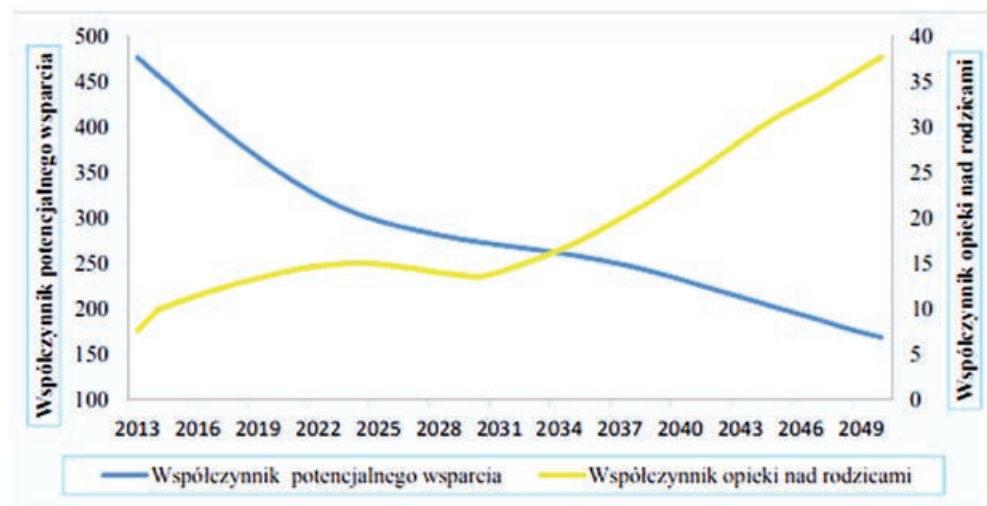
⁵⁰ Błędowski P., „PolSenior” – *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 452-453.

⁵¹ Suma przyrostu naturalnego ludności oraz salda migracji wewnętrznych i zagranicznych (stałych i czasowych).

Dla lepszego zobrazowania relacji między starszymi i młodszymi generacjami wykorzystuje się dwa wskaźniki obrazujące zależności ilościowe między nimi, których wartości prezentuje wykres 1:

- Współczynnik potencjalnego wsparcia (*potential support ratio*) oznacza liczbę osób w wieku 16-64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 65 lat i więcej;
- Współczynnik opieki nad rodzicami (*parents support ratio*) wskazuje liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50-64 lata⁵².

Wykres 1. Generacyjne współczynniki wsparcia; 2013-2050



Źródło: GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050.

Główny Urząd Statystyczny prognozuje obniżenie współczynnika potencjalnego wsparcia z 458 do 169, natomiast współczynnik potencjalnej opieki nad rodzicami wzrośnie z 8 do 38. Wynika z tego, że w przyszłości będzie mniej osób w wieku 16-64 lata mogących świadczyć wsparcie osobom 65 lat i więcej. Zwiększy się za to liczba osób w wieku 50-64 lata pełniących opiekę nad rodzicami w wieku 85 lat i więcej.

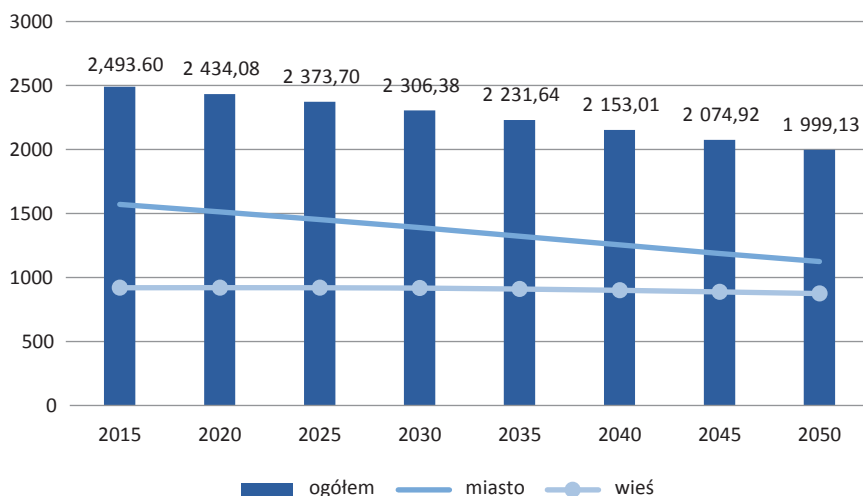
⁵² GUS, *Prognoza Ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014, s.141., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> [dostęp 13.11.2017].

Sytuacja demograficzna w województwie łódzkim

W województwie łódzkim prognozowany jest nabierający dynamiki z roku na rok spadek liczby mieszkańców, co obrazują dane na poniższym wykresie.

Wykres 2. Prognozowana liczba ludności województwa łódzkiego w latach 2015-2050 (w tys.)

Rok 2015 - rzeczywista liczba ludności województwa łódzkiego⁵³



Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-dla-powiatow-i-miast-na-prawie-powiatu-oraz-podregionow-na-lata-2014-2050-opracowana-w-2014-r-,5,5.html> [dostęp 13.11.2017].

Do roku 2050 r. w województwie łódzkim utrzymywać się będzie ujemny przyrost naturalny. Wystąpią również niekorzystne zmiany w strukturze ludności – spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym, przy jednoczesnym wzroście liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. W latach 2024-2025 prognozowane jest pogłębienie zmniejszenia się liczby ludności miast, a niekorzystne zmiany demograficzne na wsi wystąpią począwszy od 2025 r. Prognozuje się, że liczba ludności miast w województwie łódzkim w 2050 r. będzie o 27,4% mniejsza niż w 2017 r., natomiast na wsi – o 5%⁵⁴. Według przywoływanych w tym miejscu wyników – prognozy ludności Polski na okres 2014-2050, w okresie 2017-2050 r. – w miastach województwa łódzkiego najbardziej zmniejszy się liczba osób w wieku 30-34 lata o 55,7%, a na wsi w wieku 20-24 lata o 31,2%. Największy wzrost liczby ludności zarówno w miastach, jak i na wsi wystąpi natomiast wśród osób w wieku 85 lat i więcej (odpowiednio o 133,6% w miastach i o 119% na terenach wiejskich) oraz w wieku 70-74 lata (odpowiednio o 29,4% w miastach i o 85,4% na wsiach)⁵⁵.

⁵³ Rocznik Statystyczny województwa łódzkiego 2017, <https://lodz.stat.gov.pl/dane-o-wojewodztwie/wojewodztwo-887>.

⁵⁴ Obliczenia własne na podstawie aneksu „Województwa” do Prognozy Ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>.

⁵⁵ Obliczenia własne na podstawie aneksu „Województwa” do Prognozy Ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>.

Ruch naturalny ludności

W województwie łódzkim, podobnie jak w całym kraju, prognozowane są pogłębiające się negatywne zmiany dotyczące ruchu naturalnego. W roku 2016 jego wartość (liczona na 1 000 ludności) dla miast wyniosła -3,0, a dla wsi -2,2. Spadek wskaźnika przyrostu naturalnego w latach 2017-2050 – wynoszący -3,0 – będzie jednak najmniejszy wśród wszystkich województw⁵⁶.

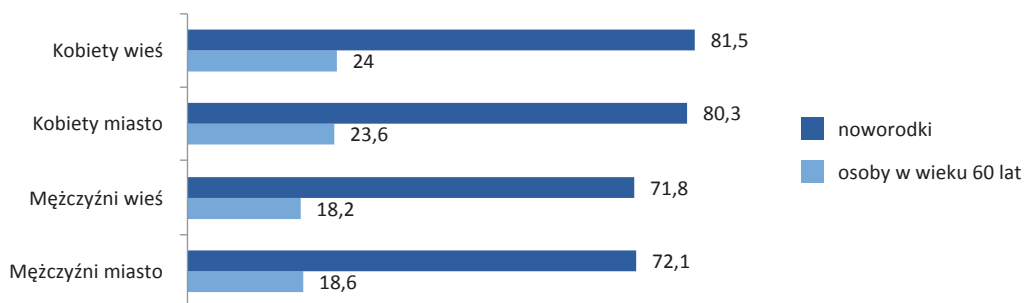
Proces starzenia się społeczeństwa

Intensywność procesu starzenia się ludności będzie zróżnicowana w skali kraju. W części miejskiej województwa dolnośląskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, pomorskiego i wielkopolskiego spodziewany jest znaczny przyrost ludności starszej (65 lat i więcej) tylko w latach 2014-2020 i po 2035 r., podczas gdy w miastach pozostałych województw tendencja wzrostowa utrzyma się przez cały okres objęty prognozą, czyli do 2050 roku. Zmiany odsetka osób starszych w miastach będą przybierały wartość z przedziału od 4,2 do 6,4 p. proc. w latach 2014-2020, od 3,4 do 8,4 p. proc. w latach 2021-2035 oraz od 7,8 do 10,0 p. proc. po 2035 r.

W 2050 r. w porównaniu z rokiem 2015 przyrost odsetka ludności powyżej 64 roku życia na wsi w poszczególnych województwach będzie zawierał się w przedziale od 15,0 (łódzkie) do 19,2 p. proc. (opolskie)⁵⁷. W 2016 r. osoby w wieku 15-64 lat stanowiły od 67,4% (mazowieckie) do 70,0% (warmińsko-mazurskie) ogółu ludności województw. W województwie łódzkim w roku 2016 osoby w wieku 15-64 lat stanowiły 67,6%⁵⁸. Implikacją obserwowanego od lat spadku liczby urodzeń oraz starzenia się roczników z powojennego wyżu urodzeń, które sukcesywnie będą zasilają grupę 65 lat i więcej, będzie stopniowe zmniejszanie się populacji osób wieku 15-64 lat.

Zgodnie z danymi GUS przeciętne dalsze trwanie życia w 2016 roku w województwie łódzkim wynosiło ogółem dla noworodków 72 lata w grupie mężczyzn i 80,8 w grupie kobiet⁵⁹. Przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na miasto i wieś w województwie łódzkim w roku 2016 przedstawia poniższy wykres.

Wykres 3. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie łódzkim w 2016 r



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych GUS.

⁵⁶ *Prognozy Ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html>.

⁵⁷ Obliczenia własne na podstawie aneksu do *Prognozy Ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html>.

⁵⁸ Obliczenia własne na podstawie *Rocznika Demograficznego 2017*, GUS, Warszawa 2017, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2017,3,11.html>.

⁵⁹ Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Wydłużanie się przeciętnego trwania życia w połączeniu z ujemnym przyrostem naturalnym będzie odpowiadać za pogłębiający się proces starzenia społeczeństwa na terenie województwa łódzkiego. Zależność między liczebnością grupy najmłodszych i najstarszych członków populacji mierzy indeks starości. Jego wartość to liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 0-14 lat. Na terenie województwa prognozuje się jego zmianę ze 130 w 2016 r.⁶⁰, przez 221 w 2035 r., do 296 w 2050 r. Oznacza to, że do 2050 r. prognozuje się ponad 2-krotny wzrost indeksu starości, przy czym proces starzenia się społeczeństwa będzie przebiegać w równym stopniu w miastach i na wsi⁶¹.

Proces starzenia się społeczeństwa w województwie łódzkim przebiegać będzie nieco wolniej niż w skali całego kraju. Z drugiej strony, w 2050 r. notowany tu wiek środkowy (mediana wieku) – 53,9 roku będzie jednak wciąż wyższy (o 1,4 roku) niż dla Polski ogółem. Oznacza to, że połowa ludności w województwie będzie w wieku powyżej 53,9 lat, podczas gdy druga połowa będzie poniżej tego wieku⁶². Zgodnie z danymi najbardziej aktualnej prognozy demograficznej, w latach 2013-2050, liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 64% do 684 tys., a osób w wieku 80 lat i więcej – o 97% do 218,0 tys.⁶³ Szczegółowe dane dotyczące prognozowanych zmian w liczbie ludności w latach 2015-2050 dla województwa łódzkiego prezentuje poniższa tabela.

Tabela 6. Prognozowana liczba ludności dla województwa łódzkiego w latach 2015-2050

ogółem		65+	80+	Miasto			wieś		
				ogółem	65+	80+	ogółem	65+	80+
2015	2 491 311	439 319	113 819	1 570 939	291 368	71 937	920 372	147 951	41 882
2020	2 434 078	508 106	115 336	1 513 587	342 598	74 065	920 491	165 508	41 271
2025	2 373 697	562 578	113 481	1 453 609	377 546	74 723	920 088	185 032	38 758
2030	2 306 378	576 189	151 781	1 389 807	379 045	103 590	916 571	197 144	48 191
2035	2 231 642	580 856	192 715	1 322 580	372 098	132 526	909 062	208 758	60 189
2040	2 153 010	779 333	219 210	1 254 320	375 960	147 985	898 690	226 276	71 225
2045	2 074 920	640 468	217 741	1 187 910	392 789	141 682	887 010	247 679	76 059
2050	1 999 131	684 186	218 281	1 124 640	412 820	136 085	874 491	271 366	82 196

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa łódzkiego*, GUS.

Analiza zawartych w tabeli danych pokazuje jak dynamiczny charakter będzie miał proces starzenia się i podwójnego starzenia się na terenie województwa łódzkiego.

Podwójne starzenie się

Podwójne starzenie się to wzrost udziału osób bardzo starych (w polskich warunkach utożsamiane są z osobami w wieku powyżej 80 lat) w ramach populacji osób starszych. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2016 roku na terenie województwa łódzkiego udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji wynosił 18,29%, a udział osób w wieku 80

⁶⁰ Wartość indeksu dla roku 2016 r. obliczono na podstawie *Rocznika Demograficznego 2017*, GUS, Warszawa 2017.

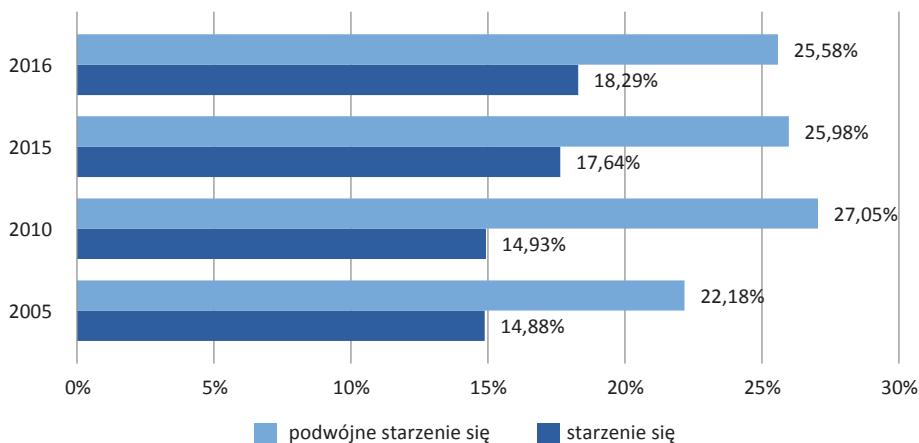
⁶¹ *Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa łódzkiego*, GUS 2014.

⁶² *Prognoza demograficzna na lata 2014-2050...*, op. cit.

⁶³ *Ibidem*.

lat i więcej w grupie najstarszej ludności (czyli w wieku 65 lat i więcej) wynosił 25,58%. Zmiany wartości obrazujących proces starzenia się⁶⁴ i podwójnego starzenia w województwie łódzkim na przestrzeni lat 2005-2016 zaprezentowano na poniższym wykresie.

Wykres 4. Starzenie się i podwójne starzenie się w województwie łódzkim w latach 2005-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Przewiduje się, że zjawisko podwójnego starzenia się społeczeństwa będzie narastało. W województwie łódzkim udział osób wieku 80 lat i więcej w populacji osób starszych zwiększy się zarówno w miastach – z 17,6% w 2015 r. do 33,0% w 2050 r., jak i na wsi odpowiednio z 28,3% do 30,3%. Dla całego województwa udział osób wieku 80 lat i więcej w populacji osób w wieku 65 lat i więcej zmieni się z 25,9% w roku 2015 do 31,9% w roku 2050⁶⁵.

Sytuacja ekonomiczna

Sytuacja materialna osób starszych jest determinowana rodzajem aktywności zawodowej we wcześniejszych fazach życia tj.: liczbą przepracowanych lat, wysokością opłacanych składek na ubezpieczenia społeczne, okresami przerw w pracy, wysokością uzyskiwanych dochodów. Są to najistotniejsze czynniki wpływające na wysokość świadczenia emerytalno-rentowego. Czynniki różnicującymi dochody uzyskiwane w starości są: płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie⁶⁶.

Polityka społeczna powinna, z jednej strony, interweniować w tych przypadkach, kiedy sytuacja materialna gospodarstwa domowego nie pozwala starszemu człowiekowi na zaspokojenie jego potrzeb, a z drugiej strony – tworzyć podstawy dla prewencji, rozumianej jako likwidowanie lub neutralizowanie zagrożeń i zaspokajanie pewnych rodzajów potrzeb przez odpowiednio skonstruowany system świadczeń społecznych. Większość osób starszych utrzymuje się jedynie z tego typu świadczeń; przeważnie emerytalnych.

W wyniku przedłużonego rodzicielstwa i chęci pomagania dorosłym dzieciom następuje zużycie w okresie późnej dojrzałości, które tak naprawdę rozpoczyna się znacznie wcześniej, gdyż rodziny nie mają możliwości zaoszczędzenia środków materialnych przed przejściem na

⁶⁴ Definiowanego jako wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji.

⁶⁵ Prognoza ludności Polski na lata 2014-2050, GUS: Warszawa.

⁶⁶ Szveda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, op. cit., s. 35.

emeryturę. Ze względu na udzielanie pomocy dorosłym dzieciom i ich rodzinom, *osoby starsze w okresie emerytalnym nie mają komfortu stabilizacji ekonomicznej, przez co określają swoją sytuację materialną jako niekorzystną*⁶⁷.

Instytut Spraw Publicznych⁶⁸ przeprowadził badania na temat samooceny dochodów osób starszych⁶⁹. Respondenci dokonywali subiektywnej oceny dochodów poprzez odpowiedź na pytanie: „*Jak Pan/i ocenia swoje obecne dochody?*”, udzielanej według pięciostopniowej skali: „*1 – wystarczają mi na dostatnie życie, nie muszę sobie niczego odmawiać; 2 – wystarczają mi na życie bez szczególnych ograniczeń; 3 – wystarczają mi na skromne życie, muszę liczyć się z wydatkami; 4 – wystarczają mi na bardzo skromne życie, muszę ograniczać nawet niezbędne wydatki; 5 – nie wystarczają mi na życie*”. Rozkład odpowiedzi ukazuje, że najwięcej, 42% ankietowanych, wybrało możliwość trzecią, a następnie – czwartą (34%). Przeważająca część (75%) respondentów określa zatem swoją sytuację materialną jako skromną i bardzo skromną. Identyczna liczba osób (po 11%) stwierdziła, że ich dochody pozwalają na życie bez specjalnych ograniczeń oraz że nie wystarczają im na życie, natomiast tylko 2%, czyli 20 respondentów spośród 1 000, oceniło swoje dochody jako *pozwalające na dostatnie życie*⁷⁰. Poniższa tabela prezentuje różnice w subiektywnej ocenie dochodów kobiet i mężczyzn w przywoływanym badaniu.

Tabela 7. Subiektywna ocena dochodów wśród kobiet i mężczyzn

Ocena dochodów	Mężczyźni	Kobiety
Wystarczają na życie bez szczególnych ograniczeń	13,8	8,8
Wystarczają na skromne życie	44,4	40,9
Wystarczają na bardzo skromne życie	29,4	36,5
Nie wystarczają na życie	8,8	12,6

Źródło: Pączkowska M., *Sytuacja materialna ludzi starszych*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce: społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 35.

Analizując sytuację ekonomiczną grupy ludności w wieku poprodukcyjnym w Polsce, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na wysokość emerytur, które stanowią dla niej podstawowe źródło dochodu. Zgodnie z danymi rejestrowanymi przez Główny Urząd Statystyczny można zauważyć, że wartość przeciętnej miesięcznej emerytury i renty wypłacanej przez ZUS z roku na rok jest w Polsce coraz wyższa. W ciągu 7 lat zwiększyła się o ponad 500 zł brutto⁷¹. Przeciętna miesięczna emerytura i renta w województwie łódzkim, analogicznie do Polski, z roku na rok jest coraz wyższa. W 2015 r. średnia miesięczna wypłata w Polsce wynosiła – 1 980,96 zł, natomiast w województwie łódzkim – 1 843,94 zł⁷².

⁶⁷ Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Monografie i Opracowania 510, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2002, s. 131-133.

⁶⁸ Pączkowska M., *Sytuacja materialna ludzi starszych*, [w:] Halik J. (red.), *Starzy ludzie w Polsce: społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.

⁶⁹ Badanie zrealizowano na losowej próbie 1 000 mieszkańców Polski liczących 65 lat i więcej, *Ibidem*, s. 30-31.

⁷⁰ Pączkowska M., *Sytuacja materialna ludzi starszych...*, op. cit., s. 33.

⁷¹ Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2016 r., ZUS, Warszawa 2017, www.zus.pl/documents/10182/167633/Wa%C5%BCniejsze+informacje+z+zakresu+ubezpiecze%C5%84+spo%C5%82ecznych+2016+r.pdf/fe3d90c9-eb97-43f5-a572-db3735db0195 [dostęp: 26.12.2017].

⁷² *Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2016*, s. 170, <http://lodz.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-wojewodztwa-lodzkiego-2016,6,18.html> [dostęp: 26.12.2017].

Tabela 8. Świadczenia emerytalne i rentowe brutto w województwie łódzkim (2005, 2010, 2014, 2015)

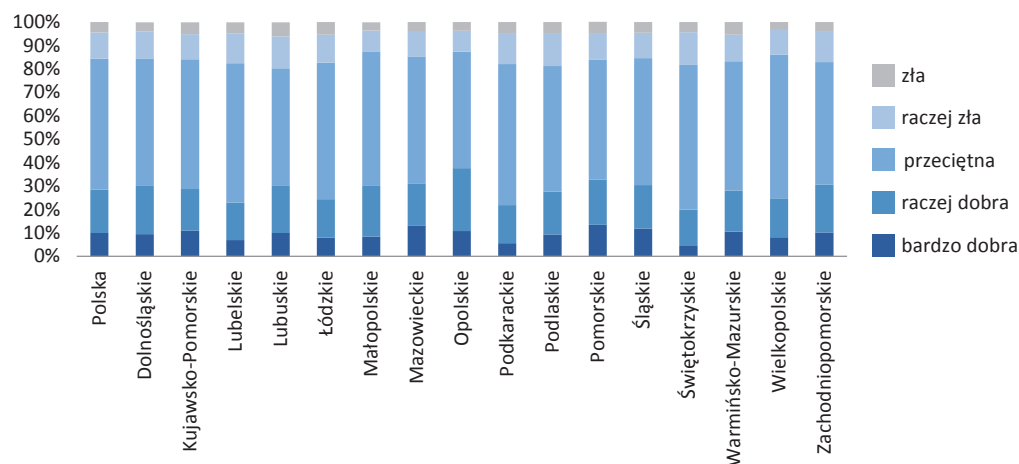
Lata	Przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto (zł)
2005	1 049,42
2010	1 481,17
2014	1 789,61
2015	1 843,94

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2016.

W tym miejscu warto podkreślić, że zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w okresie styczeń – wrzesień 2017 r. wzrost przeciętnych nominalnych emerytur i rent brutto w obu systemach (rolniczym i pozarolniczym) był słabszy niż wynagrodzeń w sektorze przedsiębiorstw. Siła nabywcza emerytur i rent z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych była nieco wyższa od notowanej przed rokiem, a rolników indywidualnych – obniżyła się⁷³.

Na podstawie danych zgromadzonych przez Główny Urząd Statystyczny (wykres 5) można wskazać, że ocena sytuacji materialnej przez mieszkańców województwa łódzkiego lokuje się poniżej ocen uśrednionych dla całego kraju. W Polsce ogółem 28,5% badanych oceniało swoją sytuację jako raczej dobrą lub bardzo dobrą, podczas gdy w województwie łódzkim tylko 20,4%. W województwie łódzkim swoją sytuację jako raczej złą lub złą oceniło łącznie 17,3% badanych, podczas gdy dla Polski ogółem wskazań takich udzieliło 15,7%. Dane te nie dotyczą bezpośrednio populacji osób starszych, stanowią jednak kontekst obrazujący ogólną samoocenę sytuacji materialnej mieszkańców województwa łódzkiego na tle Polski i innych województw.

Wykres 5. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w podziale na województwa w 2015 roku

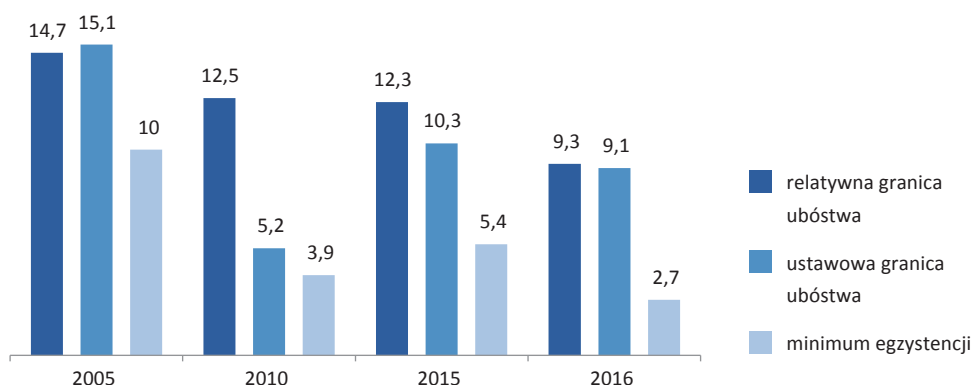


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Budżety gospodarstw domowych w 2015 r., Warszawa 2016.

⁷³ Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju I-III kwartał 2017 r., GUS, Warszawa 2017.

Analizując sytuację ekonomiczną w województwie łódzkim należy także zwrócić uwagę na wartości wskaźników zagrożenia ubóstwem. Opierając się na wynikach badań budżetów gospodarstw domowych, GUS w sposób regularny oblicza i publikuje wskaźniki dotyczące zasięgu ubóstwa ekonomicznego w Polsce. Prezentowane wskaźniki stanowią dane średnioroczne. W obliczeniach uwzględniane są różne granice ubóstwa. Przyjęcie granicy ubóstwa na poziomie minimum egzystencji pozwala na oszacowanie skali ubóstwa skrajnego. Uwzględnienie tzw. granicy ustawowej wskazuje na grupę osób, które zgodnie z obowiązującymi przepisami są uprawnione do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z pomocy społecznej. Z kolei zastosowanie relatywnej granicy ubóstwa na poziomie 50% kwoty, którą przeciętnie miesięcznie wydają gospodarstwa domowe w Polsce, umożliwia wyodrębnienie tych, których poziom konsumpcji znacząco odbiega od poziomu przeciętnego. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w województwie łódzkim ulegał systematycznemu zmniejszaniu na przestrzeni 2005-2016, co prezentują dane na poniższym wykresie 6.

Wykres 6. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w latach 2005-2016 w województwie łódzkim



Źródło: opracowane własne na podstawie danych GUS.

Świadczenia wypłacane opiekunom osób starszych

Jednym z podstawowych świadczeń, z jakich mogą korzystać opiekunowie osób starszych, jest świadczenie pielęgnacyjne. Przysługuje ono osobom, na których ciąży obowiązek alimentacyjny, jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności. Kwota świadczenia jest regularnie waloryzowana. Od 2014 roku jego wartość wzrosła z 620 zł miesięcznie (styczeń – kwiecień 2014 roku) do 1300 zł miesięcznie w roku 2016⁷⁴.

W 2016 roku w województwie łódzkim udzielono blisko 84,1 tysięcy świadczeń pielęgnacyjnych na łączną kwotę niespełna 108,8 mln zł. Liczba udzielonych świadczeń była zatem wyższa o niecałe 4 tys. niż w roku 2015 i ponad 9 tys. niż w roku 2014. W roku 2016 nastąpił dalszy wzrost liczby przyznanych świadczeń pielęgnacyjnych po znacznym spadku tej liczby obserwowanym w roku 2014, związanym ze zmianą kryteriów przyznawania świadczenia opiekunom osób niepełnosprawnych, wprowadzonych znowelizowaną w 2013 roku ustawą o świadczeniach rodzinnych⁷⁵.

⁷⁴ Na podstawie: <https://rodzina.gov.pl/swiadczenia/swiadczenia-opiekuncze> [dostęp: 25.10.2017].

⁷⁵ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2016, Wydział ds. Badań i Analiz Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2017, s.43.

Kolejnym typem świadczenia jest specjalny zasiłek opiekuńczy funkcjonujący od 1 stycznia 2013 roku, przyznawany osobom w 1. i 2. stopniu pokrewieństwa oraz współmałżonkom, jeżeli niepodejmują zatrudnienia lub rezygnują z pracy zarobkowej w celu sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Przyznanie świadczenia zależne jest od dochodu.

W 2016 wysokość specjalnego zasiłku opiekuńczego wynosiła 520 zł miesięcznie. W analizowanym okresie w województwie łódzkim udzielono blisko 21,4 tys. tych świadczeń na łączną kwotę blisko 11 mln zł⁷⁶.

Świadczeniem udzielanym w związku ze sprawowaniem opieki nad osobami niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi jest również zasiłek dla opiekuna, którego wysokość jest taka sama, jak w przypadku specjalnego zasiłku opiekuńczego (520 zł). W 2016 roku w województwie przyznano 20,1 tys. tych świadczeń na łączną kwotę 10,5 mln zł.

Opiekunowie osób starszych, poza świadczeniami przeznaczonymi specjalnie dla nich, w zależności od indywidualnych uwarunkowań, mogą także korzystać ze świadczeń, które adresowane są do szerszej grupy odbiorców.

Świadczenia i formy wsparcia kierowane do osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów to:

1. Świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, specjalny zasiłek opiekuńczy, świadczenie pielęgnacyjne.
2. Zasiłek dla opiekuna.
3. Świadczenie integracyjne dla uczestników CIS.

W 2016 roku w województwie łódzkim najwięcej – spośród powyższych świadczeń – udzielono zasiłków pielęgnacyjnych przyznawanych w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. W 2016 roku wartość zasiłku pielęgnacyjnego wynosiła 153 zł miesięcznie. Zgodnie z danymi z Oceny zasobów pomocy społecznej, w 2016 roku w całym województwie udzielono blisko 619,5 tys. świadczeń na łączną kwotę niespełna 94,8 mln zł. Wielkość ta jest zbliżona do wartości obserwowanych w latach poprzednich.

W przekroju powiatowym najwięcej zasiłków pielęgnacyjnych zostało przyznanych w Łodzi (152,5 tys.), w powiecie tomaszowskim (blisko 41 tys.) i zgierskim (ok. 35 tys.) oraz kutnowskim (34,7 tys.), zaś najmniej – w powiatach skierniewickim (8 tys.) oraz brzezińskim (8,5 tys.).

W strukturze zasiłków pielęgnacyjnych przyznanych w 2016 roku w województwie łódzkim dominują zasiłki dla osób niepełnosprawnych w wieku powyżej 16. roku życia o znacznym stopniu niepełnosprawności – osobom tym przyznano 43% ogółu zasiłków pielęgnacyjnych. Około 30% zasiłków przyznanych zostało osobom niepełnosprawnym w wieku powyżej 16. lat o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, w przypadku których niepełnosprawność powstała do ukończenia 21. roku życia, kolejne 23% – niepełnosprawnym dzieciom, a jedynie około 4% zasiłków udzielono osobom w wieku powyżej 75 lat.

Ostatnim świadczeniem skierowanym do osób niepełnosprawnych jest świadczenie integracyjne dla uczestników Centrów Integracji Społecznej. W 2016 roku w województwie łódzkim świadczeniem tym objęto zaledwie 126 osób, wyłącznie w dwóch gminach województwa, na terenie których funkcjonują – w Łodzi (50 osób) oraz w Opocznie (76 osób). Łączna kwota świadczeń wyniosła niewiele ponad 938 tys. zł.

⁷⁶ Ocena zasobów pomocy społecznej..., op. cit., s. 44.

Najwięcej usług opiekuńczych oferowanych było w 2016 roku (podobnie jak w 2015 r.) w Łodzi (objęto nimi blisko 3,8 tys. osób), a także w powiatach: zgierskim (426 osób), pabianickim (452) i radomszczańskim (400 osób), natomiast najmniej klientów skorzystało z usług opiekuńczych w powiatach: skierniewickim (20 osób) oraz wieruszowskim (25 osób). Zdecydowanie mniej osób objęto specjalistycznymi usługami opiekuńczymi – zaledwie 171 osób (niewiele ponad 22 tys. świadczeń) w jedynie dwóch powiatach (bełchatowskim i kutnowskim) oraz w jednym mieście (Łódź).

W województwie łódzkim wskaźnik obrazujący odsetek osób w wieku poprodukcyjnym korzystających z tego rodzaju usług jest znikomy – w 2016 roku wyniósł 1,1%. W przekroju powiatowym osoby w wieku poprodukcyjnym w największym zakresie zostały objęte wsparciem w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w Łodzi (1,8% ogółu osób w wieku poprodukcyjnym) i Piotrkowie Trybunalskim (1,5%) oraz w powiatach radomszczańskim, rawskim i pabianickim (po około 1,5%)⁷⁷.

Osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych, pomoc społeczna zobowiązana jest świadczyć poradnictwo specjalistyczne. Według danych zgromadzonych w formularzu Oceny zasobów pomocy społecznej, w łódzkich ośrodkach pomocy społecznej (usługa świadczona na poziomie gminnym) w 2016 roku tego rodzaju wsparcie oferowano ponad 5,5 tys. rodzinom, a tym samym niewiele ponad 14,5 tys. osobom w tych rodzinach, co stanowi około 7% wszystkich rodzin, które uzyskały pomoc w formie świadczeń pomocy społecznej i 0,6% ogółu mieszkańców województwa.

Osoby posiadające oświadczenie o niepełnosprawności niezależnie od wieku mogą korzystać ze wsparcia jakimi są rehabilitacje zawodowa i społeczna. Zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych realizowane są przez samorząd powiatowy. Rehabilitacje zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych są dofinansowywane ze środków PFRON oraz środków własnych powiatów. W 2016 roku kwota tego dofinansowania wyniosła w województwie łódzkim ok. 49 mln zł i była wyższa niż w roku poprzednim o nieco ponad pół miliona.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776 z późn. zm.) wskazuje, że likwidowanie barier architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, a także tych związanych z komunikowaniem się i dostępem do informacji przyczynia się do umożliwienia osobom niepełnosprawnym uczestnictwo w życiu społecznym. Liczba osób, które w 2016 roku w województwie łódzkim otrzymały dofinansowanie związane z likwidacją barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się wyniosła ponad 1,2 tys. Liczba ta pozostaje od 2014 roku na względnie stałym poziomie⁷⁸.

Pieniężna wielkość dofinansowania na likwidację barier od 2014 roku systematycznie wzrasta. Wartość dofinansowania likwidacji barier w powiatach województwa łódzkiego wyniosła łącznie w 2016 roku 4,3 mln zł, z czego prawie 40% łącznej sumy dofinansowań przyznano w Łodzi. Najmniejszą kwotą dofinansowania dysponował powiat brzeziński – 30 tys. zł (niecały 1% całkowitej kwoty dofinansowania).

Wartość dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych w województwie łódzkim w 2016 roku wyniosła 4,9 mln zł i była wyższa niż w roku poprzednim o prawie pół miliona zł. Zgodnie z przewidywaniami, wartość ta miała wzrosnąć o ok. 15% (o ponad 700 tys. zł) w roku 2017.

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny są kolejną składową rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami, na którą możliwe jest uzyskanie dofinansowania. W 2016 roku wartość tego dofinansowania

⁷⁷ Ocena zasobów pomocy społecznej..., op. cit., s. 45.

⁷⁸ Ocena zasobów pomocy społecznej..., op. cit., s. 45.

wyniosła ponad 11 mln zł, a skorzystało z niego prawie 15 tys. osób. Wartość dofinansowania spadła o 12%, a liczba osób, które uzyskały dofinansowanie zmniejszyła się o 10% w porównaniu z rokiem 2015⁷⁹.

Preferencje mieszkaniowe osób starszych

Mieszkalnictwo osób starych jest ważnym tematem, gdyż to miejsce zamieszkania stanowi główne miejsce pobytu w ciągu doby. Dlatego ważnym dla warunków mieszkalnictwa osób starszych jest dostosowanie pomieszczeń do ich potrzeb, w tym zwłaszcza likwidacja barier fizycznych. Jak wskazują badania, osoby starsze niezależnie od różnic indywidualnych chcą zostawać w swoich dotychczasowych mieszkaniach tak długo, jak to możliwe⁸⁰. Starają się również żyć samodzielnie, dopóki pozwala im na to stan zdrowia.

Z badań „Polacy wobec własnej starości” przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2012 roku wynika, że dorośli Polacy uważają, że osoby starsze najczęściej chciałyby pozostać jak najdłużej samodzielnie we własnym mieszkaniu lub zamieszkać z rodziną⁸¹. Związane jest to z silnymi więziami rodzinnymi i emocjonalnymi oraz kulturowo definiowanym nakazem opieki dzieci nad osobami starszymi⁸².

Przeprowadzenie się do domu opieki traktowane jest jako ostateczność. Jest to trudna decyzja, która często odbija się na zdrowiu, w tym na stanie psychicznym i samopoczuciu starszej osoby, która zmienia miejsce zamieszkania. Powodem niechęci do przeprowadzki są, między innymi, konieczność zmiany otoczenia, w tym utrata dawnych znajomych oraz brak rozeznania w nowym miejscu i rozkładzie pomieszczeń⁸³.

W codziennym życiu wyposażenie mieszkania w podstawowe instalacje jest niezwykle istotne. Mieszkanie bez dostępu do wody czy ogrzewania stanowi utrudnienie, zwłaszcza dla seniorów. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w województwie łódzkim zimnej wody nie posiada 2,9% gospodarstw domowych osób starszych (w wieku powyżej 60 lat), ustępu spłukiwanego aż 9,4% gospodarstw, prysznic lub wanny 10,6%, bieżącej wody 10,8%. W gaz nie jest wyposażonych 6,5% gospodarstw. Liczby te są znacznie wyższe, aniżeli w przypadku gospodarstw domowych młodszych grup wieku⁸⁴.

Kolejnym elementem warunków mieszkaniowych jest wyposażenie mieszkania w podstawowe instalacje, sprzęty i urządzenia. Gospodarstwa domowe osób starszych przeciętnie są gorzej wyposażone w instalacje wodno-kanalizacyjne i ciepłownicze od innych gospodarstw⁸⁵. Podobnie wygląda sytuacja odnośnie wyposażenia mieszkań w tzw. dobra trwałego

⁷⁹ Ocena zasobów pomocy społecznej..., op. cit., s. 45.

⁸⁰ Pytel S., *Osiedla mieszkaniowe dla seniorów w przestrzeni miast*, „Prace Komisji Kulturoznawstwa”, 25 2014; Spyрка-Chlipała R., *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, „Roczniki Teologiczne”, 61 (1) 2014; Strączkowski Ł., *Postawy mieszkaniowe klientów seniorów w świetle badań lokalnego rynku mieszkaniowego*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2013.

⁸¹ Omyła-Rudzka M., *Polacy wobec własnej starości*, Komunikat BS/94/2012, CBOS, Warszawa 2012.

⁸² Titkow A., Duch-Krzystoszek D., Budrowska B., *Nieodpłatna praca kobiet: mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2004.

⁸³ Groeger L., Szczerek A., *Mieszkalnictwo ludzi starych*, [w:] A. Janiszewska (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space-Society-Economy”, 14, Wydawnictwo Uniwersytetu łódzkiego, Łódź 2015, s. 187-211.

⁸⁴ Śmitowska T., Włodarczyk J., *Wybrane aspekty warunków życia osób starszych w świetle badań GUS*, Urząd Statystyczny w Łodzi, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu łódzkiego, Łódź 2010.

⁸⁵ *Ibidem*.

użytkowania⁸⁶. Jak wskazują autorki opracowania „Mieszkalnictwo ludzi starych”, podczas gdy w Polsce ogółem w komputer i drukarkę z podłączeniem do Internetu wyposażonych było 55% gospodarstw domowych, wśród osób w wieku powyżej 60 lat – w takie sprzęty wyposażonych było zaledwie 20% gospodarstw domowych, a kolejne 20% chciałoby takim wyposażeniem dysponować, lecz z powodów finansowych jest to niemożliwe. Zmywarkę posiada 12% przeciętnych gospodarstw domowych, a w przypadku seniorów odsetek ten wynosi 5%. Osoby stare przodują jedynie w wyposażeniu mieszkania w telefony stacjonarne, gdyż znaczna część z nich nie potrafi się posługiwać telefonem komórkowym. Bardzo często zdarza się, że osoby starsze wraz z wiekiem nabywają niepełnosprawność lub następuje pogłębienie jej stopnia. Pod względem wyposażenia mieszkania/domu w urządzenia ułatwiające życie osobom niepełnosprawnym, polskie gospodarstwa domowe wypadają najgorzej wśród krajów europejskich i Izraela. Jedynie niewielki odsetek gospodarstw domowych osób w wieku 65+ jest wyposażonych w: podjazd i dźwig dla osób niepełnosprawnych, a także szerokie drzwi (3,8%), poręcze i uchwyty w łazience (3,9%), w urządzenia domowe do ćwiczeń i rehabilitacji (3,7%), podłogę antypoślizgową (2,4%)⁸⁷.

Kontekst społeczno-kulturowy kariery opiekuna rodzinnego osób starszych

W drugiej części opracowania zaprezentowane zostały dane dotyczące zapotrzebowania na opiekę wynikającą ze stanu zdrowia osób starszych i możliwości zaspokojenia tych potrzeb przez zapewnienie opieki. Najpierw zaprezentowano dane dotyczące stanu zdrowia i tych obszarów, gdzie opieka jest potrzebna, a następnie przedstawiono dane dotyczące wsparcia formalnego i nieformalnego udzielanego osobom starszym.

Zapotrzebowanie na opiekę

W Polsce ogółem w grupach ludności w wieku do 39. roku życia występuje przewaga liczby mężczyzn nad liczbą kobiet, natomiast w starszych grupach wieku relacja jest odwrotna. Przewaga liczebna kobiet wzrasta w starszych grupach wiekowych i wśród osób w wieku 70 lat i więcej wynosi już 30 pkt. proc. (65% kobiety, 35% mężczyźni)⁸⁸. W przypadku województwa łódzkiego w 2016 roku przewaga liczby mężczyzn nad liczbą kobiet utrzymywała się w grupach ludności do 44. roku życia. Wśród osób w wieku 70 lat i więcej udział kobiet wynosił 65,5%⁸⁹. Odsetek kawalerów/panien w Polsce i w województwie łódzkim zmniejsza się wraz z wiekiem i wśród osób sześćdziesięcioletnich i starszych stanowi około 3%. Odwrotną tendencję można zauważyć wśród osób owdowiałych, gdzie ponad 80% to osoby po sześćdziesiątce⁹⁰. Wskazuje to jak dużą część populacji osób starszych stanowią kobiety (feminizacja starości) oraz osoby owdowiałe (zarówno kobiety i mężczyźni), co powinno być uwzględnione przy planowaniu działań zapewniających opiekę osobom starszym.

Równie istotne przy ocenie zapotrzebowania na opiekę jest określenie stanu zdrowia populacji osób starszych. Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (*European Health Interview*

⁸⁶ GUS w badaniach budżetów gospodarstw domowych mierzy wyposażenie w dobra trwałego użytkowania i nieruchomości, które określane jest jako ilość wybranych dóbr trwałego użytkowania (np. samochody osobowe, zmywarki do naczyń, kuchenki mikrofalowe, komputery osobiste) i nieruchomości (garaż, działka rekreacyjna, domek letniskowy) użytkowanych przez gospodarstwo domowe.

⁸⁷ Groeger L., Szczerek A., *op. cit.*, s. 187-211, 201-202. Autorki powołują się na opracowania z lat 2010-2015.

⁸⁸ *Rocznik Demograficzny 2017*, GUS, Warszawa 2017.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ *Ibidem*.

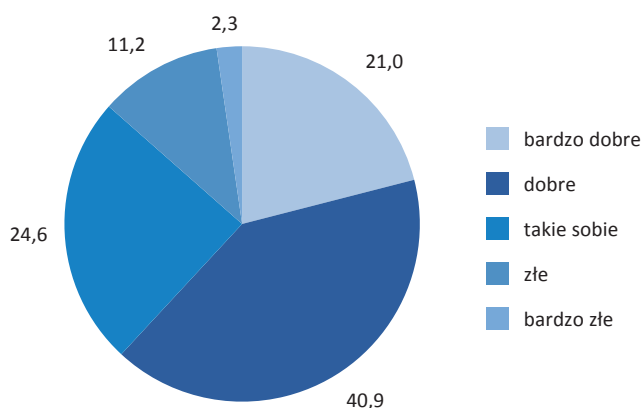
Survey – EHIS) to kluczowe narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego. Badanie realizowane jest cyklicznie w krajach UE i obejmuje takie aspekty jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia. Wyniki badania umożliwiają poznanie aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania⁹¹.

Zgodnie z wynikami badania, w 2014 roku mimo poprawy subiektywnej oceny stanu zdrowia, częściej niż u co drugiego mieszkańca Polski (52%) wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. O ile wśród osób do 30 roku życia długotrwałe problemy zdrowotne występowały niezbyt często (u co 4-5 osoby), o tyle wśród osób po ukończeniu 60 roku życia – bardzo często. Ponad 70% pięćdziesięciolatków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród sześćdziesięciolatków odsetek ten wyniósł już 85%, a w grupie osób w wieku 80 lat i więcej – ponad 90%. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, czy chorób przewlekłych (odpowiednio 47% mężczyzn i 57% kobiet)⁹².

Województwo łódzkie charakteryzowało się jednym z najwyższych (zaraz po województwie śląskim) w skali kraju udziałem ludności z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w populacji. W roku 2014 udział ten wyniósł 57,4% w populacji ogólnej, a w starszych grupach ludności odpowiednio: 80,2% w grupie ludności w wieku 50-69 lat i 95% w grupie ludności 70 lat i więcej⁹³.

Warto zwrócić uwagę, że w województwie łódzkim w 2014 roku odnotowano najwyższy udział wskazań samooceny stanu zdrowia poniżej dobrego – 38,1%. Najmniej takich wskazań zanotowano w województwie wielkopolskim – 27,8%, a uśredniony wynik dla Polski wyniósł 32,6%. Szczegółowe dane dotyczące samooceny stanu zdrowia w województwie łódzkim w 2014 roku przedstawia poniższy wykres.

Wykres 7. Procentowy rozkład samooceny stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego (N=2,38 mln)



Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych GUS (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.).

⁹¹ W poniższej części o ile nie zaznaczono inaczej źródło danych stanowią dane zgromadzone na potrzeby raportu: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016.

⁹² *Ibidem*.

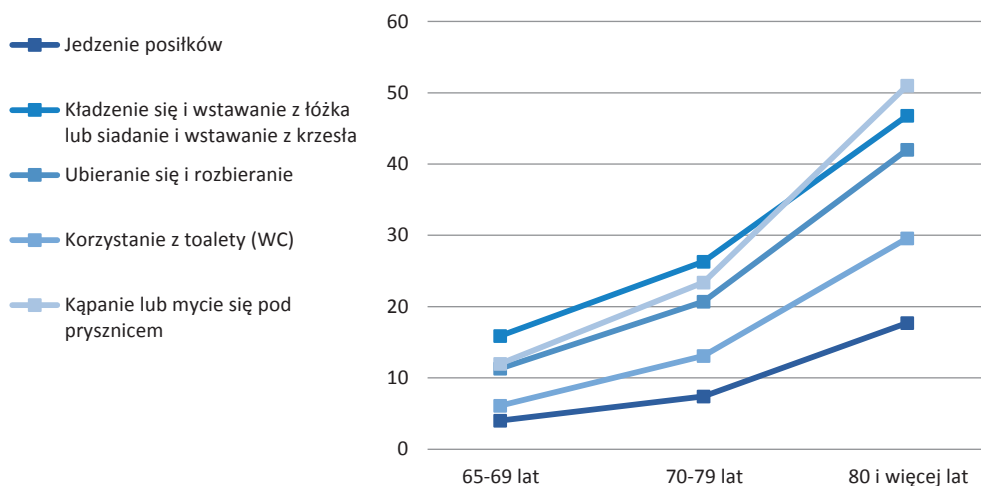
⁹³ *Ibidem*.

W miarę upływu kolejnych lat zmniejsza się sprawność narządów zmysłu i ruchu. W Polsce w 2014 r. 50% osób w wieku 15 lat i więcej, używało okularów lub szkieł kontaktowych z powodu ograniczenia zdolności widzenia z bliska lub daleka. Pomimo korzystania z tych urządzeń pomocniczych 25% wciąż miało problemy z widzeniem. Kłopoty z widzeniem najczęściej miały osoby 70-lletnie i starsze, tj. blisko 50% 70-latków i niemal 67% osób w wieku 80 lat i więcej, w tej ostatniej grupie 20% miało duże trudności z widzeniem lub wogóle nie widziało⁹⁴.

W 2014 r. wśród mieszkańców Polski blisko 5% osób w wieku 15 lat i więcej używało aparatu słuchowego lub miało implant ślimakowy. Z tego urządzenia korzystali głównie ludzie starsi, co najmniej 70-lletni. Źle słyszał blisko co 11. dorosły Polak. 14% 60-latków nie słyszało rozmowy odbywanej w cichym pomieszczeniu, wśród 70-latków – 33%, a wśród osób w wieku 80 lat i więcej – 50% nie słyszało rozmowy dobrze. Ponad 13% osób w wieku 15 lat i więcej zgłosiło w wywiadzie, że ma trudności w przejściu 500 m bez użycia specjalnych pomocy i urządzeń (laski, kuli, balkoniku), z tego prawie 33% osób stwierdziło, że przejdzie ten dystans, ale z dużą trudnością, a kolejne 2% nie było w stanie tego zrobić. Problemy z samodzielnym przejściem na odległość 500 m dotyczyły najczęściej osób 70-lletnich i starszych. W tej grupie wiekowej mniejsze lub większe problemy z przemieszczaniem się miało 50% osób 70-lletnich i prawie 75% osób w wieku 80 lat i więcej. Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro i bez żadnej pomocy) miało blisko 14% osób w wieku 15 lat i więcej, ale już 33% osób 60-lletnich, 50% 70-lletnich i prawie 80% osób wieku 80 lat i więcej.

W badaniu pytano również o zdolność do samoobsługi, tj. czy badana osoba może wykonać czynności, które każdy człowiek dorosły wykonuje codziennie, czyli samodzielne spożycie posiłków, kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, ubranie się i rozebranie, korzystanie z ubikacji oraz umycie całego ciała. Na pytania te odpowiadała wybrana populacja osób, tzn. osoby w wieku 65 lat i więcej oraz osoby mające ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności życiowych (tj. osoby niepełnosprawne biologicznie). Trudności w samoobsłudze w grupie osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce w 2014 roku prezentuje poniższy wykres.

Wykres 8. Odsetek osób deklarujących trudności w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą wśród wszystkich mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej (N=5,88 mln)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Stan zdrowia ludności Polski w 2014r.).

⁹⁴ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., op. cit.

W badanej populacji mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej 55,2% osób deklaruowało korzystanie z pomocy innej osoby lub urządzeń przy wykonywaniu czynności zaprezentowanych na powyższym wykresie. W grupie osób 65-69 lat było to 38,3%, w grupie osób 70-79 lat 45,3% a w grupie osób w wieku 80 lat i więcej – 71,6%.

Ponad 50% mieszkańców Polski w wieku 15 lat i więcej deklaruowało, że w okresie 4 tygodni przed realizacją wywiadu odczuwało ból lub dyskomfort fizyczny, najczęściej średni (19%) lub łagodny (11%). Na silny lub wyjątkowo silny ból skarżyło się prawie 12% badanych. Odczuwanie bólu lub dyskomfortu wzrasta wraz z wiekiem respondentów. Cierpienie fizyczne deklaruowała więcej niż połowa osób w grupie 40-49 lat. Taką informację podawało 61% 50-latków, ponad 65% 60-latków oraz 75% osób w grupie 70-79 lat. Natomiast wśród osób w wieku 80 lat i więcej blisko 90% cierpiało z powodu różnego rodzaju bólu.

Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 40 roku życia. W grupie 70-lletnich i starszych mieszkańców Polski blisko co druga osoba była niepełnosprawna. W poniższej tabeli zaprezentowano charakterystykę osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim, gdzie w roku 2014 odnotowano 389,9 tysięcy osób niesprawnych zgodnie z kryterium statystycznym⁹⁵.

Tabela 9. Udział osób niepełnosprawnych w populacji województwa łódzkiego w podziale na wieś i miasto (w %)

ogółem	województwo	miasto	wieś
	15,8	17,2	13,2
niesprawni prawnie i biologicznie	3,9	4,0	3,7
kryterium prawne	7,4	8,6	5,2
kryterium biologiczne	4,5	4,6	4,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.).

Z zaprezentowanych danych wynika, że odsetek osób niesprawnych w miastach jest wyższy niż na wsiach, zarówno w przypadku kryterium biologicznego, jak i prawnego. Należy jednak zwrócić uwagę na wyraźnie wyższy odsetek osób, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności i zamieszkują w miastach. Niezbędnym uzupełnieniem powyższych danych jest analiza niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku w województwie łódzkim zaprezentowana w tabeli 10.

⁹⁵ Warto zwrócić uwagę, że system orzekania o niepełnosprawności osób w Polsce jest zawity i mało czytelny. Obowiązujące przepisy prawne, w zależności od tego, kiedy się ukazały, używają różnego nazewnictwa w stosunku do tych samych osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów. Ponadto wydane orzeczenia o niepełnosprawności nie są względem siebie równorzędne. Z tego względu posłużono się definicją niepełnosprawności wg kryterium statystycznego: definicja ta obejmuje zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna).

Tabela 10. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku w województwie łódzkim według kryterium niepełnosprawności (w %)

ogółem	0-14 lat	15-29 lat	30-49 lat	50-69 lat	70 lat i więcej
	4,7	5,0	8,0	22,1	50,8
niesprawni prawnie i biologicznie	0,2	0,8	2,4	5,0	14,5
kryterium prawne	3,1	2,8	3,9	11,1	19,7
kryterium biologiczne	1,4	1,5	1,7	6,0	16,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Stan zdrowia ludności Polski w 2014r.).

Uwzględniając wiek można powiedzieć, że pomocy medycznej/lekarza najczęściej potrzebują dwie grupy osób. Pierwsza to dzieci, zwłaszcza do 4 roku życia, a druga to osoby dojrzałe i starsze (co najmniej 50-letnie)⁹⁶.

Prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący opieki zdrowotnej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie doświadczył opóźnień w dostępie do niej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę. Takie sytuacje dotyczyły głównie osób dorosłych (w przebadanej grupie osób w wieku 60 lat i więcej opóźnienia takie deklarowało 30% badanych)⁹⁷ oraz osób przewlekłe chorych. Bardzo rzadko powodem opóźnień była zbyt duża odległość od placówki czy problemy z transportem. Ten powód wskazało około 4% badanych, głównie seniorzy lub osoby niesprawne (7 % w przypadku grupy osób w wieku 60 lat i więcej)⁹⁸. Brak możliwości sfinansowania opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza) deklarowało 7% ogółu badanych mieszkańców Polski (w grupie osób w wieku 60 i więcej: 11%)⁹⁹. Wśród objętych badaniem Polaków 8,5% osób deklarowało, że w 12 miesięcznym okresie poprzedzającym badanie zdarzyło się, że nie było ich stać na wykupienie leków przepisanych na receptę (w grupie osób w wieku 60 lat i więcej deklarację taką złożyło niemal 14%)¹⁰⁰.

W przypadku województwa łódzkiego 33% badanych w wieku 50-69¹⁰¹ lat oraz 28,3% w wieku powyżej 70 lat deklarowało, że doświadczyło opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę. Z kolei 12,9% badanych w wieku 50-69 lat i 11,9% badanych w wieku 70 lat i więcej deklarowało, że nie było w stanie sfinansować opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza). W grupie badanych w wieku 50-69 lat 17,7% deklarowało, że w 12 miesięcznym okresie poprzedzającym badanie zdarzyło się, że nie było ich stać na wykupienie leków przepisanych na receptę. Takiej deklaracji udzieliło też 20,5% badanych w wieku 70 lat i więcej¹⁰².

W ciągu 5 lat dzielących ostatnie edycje badania EHIS (2009 i 2014) subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski nieznacznie się poprawiła. O ile w 2009 r. ponad 34% zbadanych osób oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego (tj. jako takie sobie, złe lub bardzo złe), to pod koniec 2014 r. takie opinie sformułowało mniej niż 33% ludności Polski. Zmniejszenie odsetka negatywnie oceniających stan zdrowia dotyczyło prawie wszystkich grup wieku, z wyjątkiem dzieci w wieku 0-4 lat, 10-14 lat i osób 80-letnich i starszych. W przypadku województwa łódzkiego samoocena stanu zdrowia poniżej dobrego była najwyższa w Polsce i

⁹⁶ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., op. cit.

⁹⁷ 2,29mln z 7,454mln osób, które potrzebowały opieki zdrowotnej i udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

⁹⁸ 0,497mln z 7,384mln osób, które potrzebowały opieki zdrowotnej i udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

⁹⁹ 0,827 mln z 7,337 mln osób, które potrzebowały opieki zdrowotnej i udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

¹⁰⁰ 1,013 mln z 7,381 mln osób, które potrzebowały opieki zdrowotnej i udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

¹⁰¹ Poziom agregacji danych na poziomie wojewódzkim uniemożliwia prezentację wyników dla grupy badanych w wieku 60 lat i więcej.

¹⁰² Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., op. cit.

wynosiła 38%. W grupie osób w wieku 50-69 lat¹⁰³ – 5,6% oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre, 33,2% jako dobre, 40,6% jako takie sobie, 17,6% jako złe i 3% jako bardzo złe. W grupie osób w wieku 70 lat i więcej¹⁰⁴ – 0,5% badanych oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre, 11,9% jako dobre, 34,8% jako takie sobie, 41,1% jako złe i 11,7% jako bardzo złe.

Długotrwałe problemy zdrowotne w populacji mieszkańców Polski w wieku 30 lat i mniej występują stosunkowo rzadko (poniżej 30%), jednak wśród osób w wieku 60 lat i więcej odsetki te wyraźnie rosną. Ponad 70% osób w wieku 50-59 lat sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród osób w wieku 60-69 lat już 85% oraz ponad 90% wśród osób w wieku 85 lat i więcej.

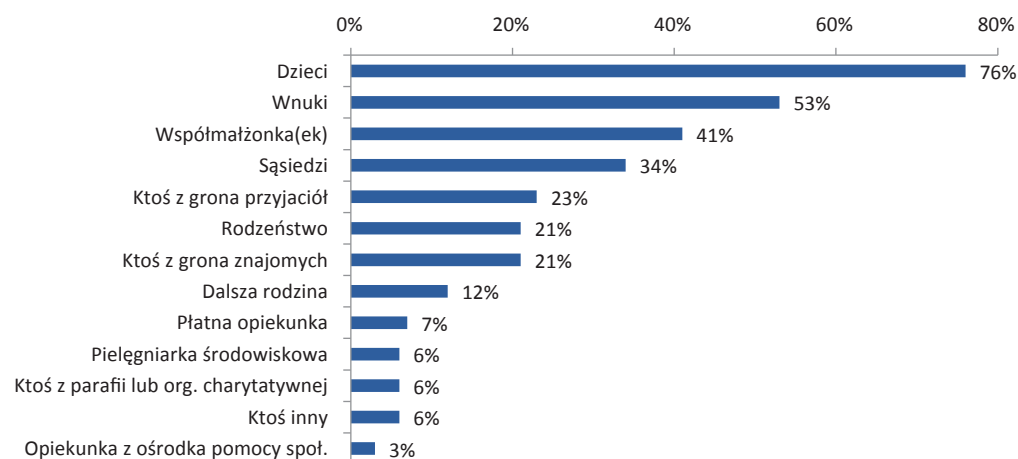
W województwie łódzkim w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie nieco ponad 13% badanych deklaroowało konieczność pobytu w szpitalu z noclegiem. W grupie badanych w wieku 50-69 lat było to 16,6%, a w grupie badanych w wieku 70 i więcej lat: 26%.

Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa dotyczy osób przewlekle i obłożnie chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w możliwości samodzielnego zadbania o siebie, uniemożliwiających chorym niezależne, samodzielne funkcjonowanie w swoich domach. Osoby te wymagają codziennej, a nieraz całodobowej, profesjonalnej opieki, pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Opieka długoterminowa świadczona jest zarówno przez osoby formalnie zobowiązane do świadczenia takiej pomocy (lekarze, pielęgniarki, terapeuci, pracownicy socjalni), jak i przez opiekunów nieformalnych (członków rodziny, przyjaciół i sąsiadów).

Według Komunikatu z badań Centrum Badania Opinii Społecznej z roku 2016, osobom w wieku 60 lat i więcej w Polsce w wykonywaniu codziennych czynności najczęściej pomagają dzieci, wnuki, sąsiedzi, współmałżonkowie i przyjaciele.

Wykres 9. Odsetek mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej, które korzystają z pomocy poszczególnych grup osób



Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBOS, Komunikat z badań NR 162/2016¹⁰⁵.

¹⁰³ 678,2 tys. osób.

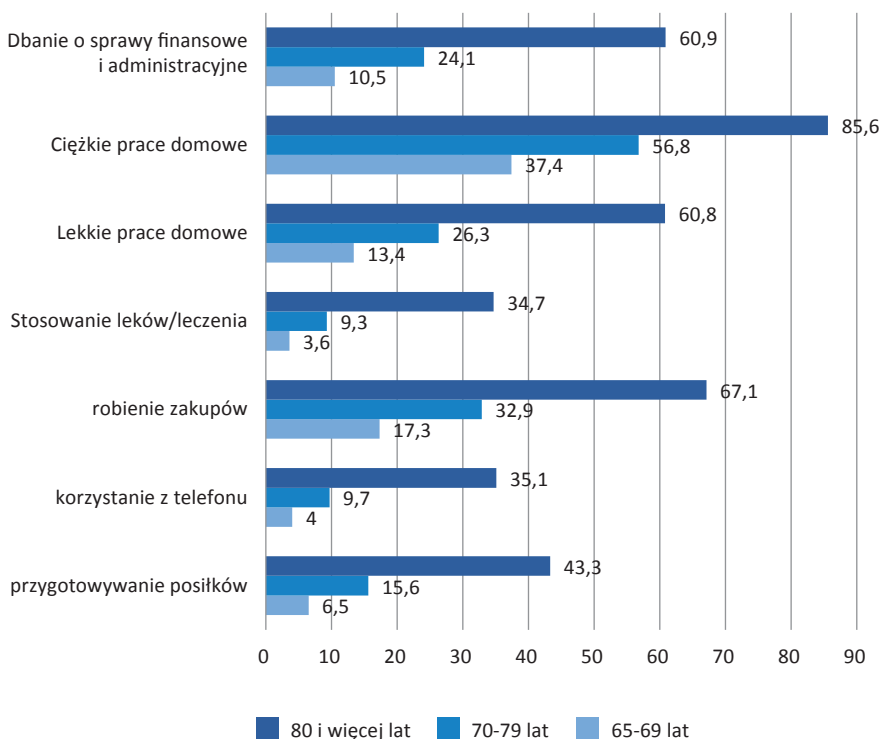
¹⁰⁴ 260,9 tys. osób.

¹⁰⁵ Połączono dane z dwóch badań CBOS „Aktualne problemy i wydarzenia”: nr 314, 30 czerwca – 7 lipca 2016 r. (N=983) i nr 315, 17-25 sierpnia 2016 roku (N=1033), reprezentatywne próby losowe mieszkańców Polski.

Badani mieszkańcy Polski w wieku 60+ mający problemy z wykonywaniem podstawowych czynności zapytani zostali o to, kto im na ogół pomaga. Wśród badanych 76% odpowiedziało, że są to dzieci. Ponad połowa wskazała na wnuki (53%). Najmniej, 3% ankietowanych deklaro- wało, że otrzymuje pomoc od opiekunów z ośrodka pomocy społecznej¹⁰⁶. Wskazuje to na silną dominację substytucyjnego modelu opieki.

Warto podkreślić, że wraz z wiekiem, zwłaszcza w grupie osób powyżej 80. roku życia, wzra- sta zapotrzebowanie na pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa do- mowego, co obrazują dane na wykresie 10.

Wykres 10. Odsetek mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej, którzy deklarują trudności w wykonywaniu poszczególnych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa do- mowego według grup wiekowych (N= 5,88 mln)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.).

¹⁰⁶ CBOS, *Komunikat z badań nr 162/2016*, Warszawa 2016: www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_162_16.PDF, s. 5 [dostęp: 02.12.2017].

Opieka formalna

Wśród dostępnych form wsparcia jakie oferują mieszkańcom ośrodki pomocy społecznej, znajdują się usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze (zadanie własne gminy) kierowane do osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innych przyczyn¹⁰⁷. W 2016 roku tego rodzaju usług udzielono łącznie 7 035 osobom (ponad 2 mln świadczeń na łączną kwotę 24,9 mln zł)¹⁰⁸.

Domy pomocy społecznej

Na terenie województwa łódzkiego, w roku 2016 ogółem znajdowało się 56 domów pomocy społecznej (o jedną placówkę mniej niż w roku 2015). Wśród nich 47 jednostek prowadzonych było przez jednostki samorządu terytorialnego, natomiast 9 przez inne podmioty. Łącznie w całym województwie domy pomocy społecznej oferowały w 2016 roku 6 252 miejsca, z których skorzystały w ciągu całego roku 7 104 osoby. Średnio w 2016 roku na jeden dom pomocy społecznej przypadało 112 miejsc. W 2016 roku w domach pomocy społecznej w województwie łódzkim umieszczonych było 1 114 osób. Prognozy na rok 2017 wykazywały wzrost wskaźnika liczby korzystających z domów pomocy społecznej o 1,6% (112 osób), a osób w nich umieszczonych – o blisko 7% (76 osób)¹⁰⁹.

Wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w domach pomocy społecznej (stosunek liczby osób umieszczonych do ogółu osób wymagających umieszczenia w domu pomocy społecznej, tj. osób umieszczonych oraz oczekujących na umieszczenie) osiągnął w województwie łódzkim wartość 55%, co oznacza, iż w 2016 roku 45% osób wymagających umieszczenia w domach pomocy społecznej nie otrzymało miejsca w istniejących placówkach. Należy zaznaczyć, że sytuacja w tym zakresie ulega poprawie – w 2012 roku wartość wskaźnika wynosiła niespełna 30% (70% miejsc mniej w stosunku do potrzeb). W roku 2017 przewidywano wzrost wskaźnika zaspokojenia miejsc w domach pomocy społecznej do 60%¹¹⁰. Warto zwrócić uwagę na to, że zaprezentowane dane z obszaru stanu zdrowia i zachodzących procesów demograficznych (dłuższe trwanie życia, zmiany wzorów życia rodzinnego) będzie sprzyjać dalszemu zwiększaniu się zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej osób w wieku 60 lat i więcej.

Dzienne domy pomocy

Zgodnie z danymi wykazanymi przez jednostki pomocy społecznej, w 2016 roku w całym województwie łódzkim funkcjonowały 34 dzienne domy pomocy, 32 z nich prowadził samorząd terytorialny, a 2 podmioty zewnętrzne. Dzielne domy pomocy dysponowały łącznie 1 636 miejscami, z których skorzystało w 2016 roku 1 949 osób. Dzielne domy pomocy wspierane są w ramach projektu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Senior-WIGOR”¹¹¹.

Inne formy pomocy dzienniej

Wśród innych form dzienniej pomocy skierowanej do osób starszych, w województwie łódzkim w 2016 r. funkcjonowało 214 klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów. Jednocześnie w województwie nie odnotowano istnienia żadnego rodzinnego domu pomocy, którego usługi

¹⁰⁷ Należy zaznaczyć, że z usług świadczonych przez domy pomocy społecznej korzystają osoby przewlekłe somatycznie chore, psychicznie chore, osoby niepełnosprawne intelektualnie i fizycznie raz uzależnione od alkoholu – w różnych grupach wiekowych.

¹⁰⁸ *Ocena zasobów pomocy społecznej...*, op. cit., s. 44.

¹⁰⁹ *Ocena zasobów pomocy społecznej...*, op. cit., s. 44.

¹¹⁰ W momencie opracowania raportu dane za rok 2017 nie były jeszcze dostępne.

¹¹¹ *Ocena zasobów pomocy społecznej...*, op. cit., s. 68.

adresowane są do osób starszych oraz niepełnosprawnych, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu ich zamieszkania¹¹².

Kluby samopomocy

W województwie łódzkim w 2016 r. działały 4 ośrodki wsparcia – kluby samopomocy – w Bełchatowie, Witoni (powiat łęczycki) oraz w Łodzi. Kluby samopomocy prowadzone były głównie przez organizacje pozarządowe. W 2016 r. kluby samopomocy oferowały łącznie 285 miejsc, z których skorzystało 246 osób.

Przytoczone dane wskazują na to, jak wyraźna jest potrzeba „wzmacniania” opieki formalnej na terenie województwa łódzkiego. Obserwowana jest niewielka liczba dostępnych placówek opieki formalnej oraz ich nierównomierne rozmieszczenie na terenie województwa z wyraźnie uprzywilejowaną pozycją Łodzi i niekorzystną sytuacją w powiatach ościennych (np. rawskim).

Opieka nieformalna

Zgodnie z diagnozą zawartą w opracowaniu „Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje”, w Polsce najczęściej opiekę nad osobami niesamodzielnymi sprawują kobiety. Wpływ na to ma, między innymi, praca kobiet i odległość zamieszkania, a także migracja zarobkowa¹¹³. Zgodnie z literaturą przedmiotu jedną z głównych zasad polityki społecznej wobec osób starszych jest zasada subsydiarności. Zasada ta przyjmowana jako podstawa działań polityki społecznej w Polsce określa, że *w pierwszej kolejności wsparcia udziela seniorowi rodzina, następnie nieformalne, nierodzinne sieci wsparcia, organizacje pozarządowe, a ostatnim szczeblem w hierarchii podmiotów udzielających pomocy jest samorząd terytorialny*¹¹⁴.

Rodzina zapewnia poczucie bezpieczeństwa oraz pełni funkcję wychowawczą, edukacyjną, ekonomiczną oraz opiekuńczą (ochronną). Jak podkreśla P. Szukalski, realizacja funkcji ekonomicznej oraz opiekuńczej wymaga wsparcia dla rodziny ze strony instytucji polityki społecznej. Dotyczy to na przykład świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń emerytalnych, zagwarantowania odpowiedniego poziomu świadczeń służby zdrowia, pomocy rodzinie w rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych czy odpowiednich świadczeń w przypadku doraźnych problemów materialnych lub społecznych¹¹⁵.

Z danych Polskiego Generalnego Sondażu Społecznego wynika, że w Polsce ponad 90% osób w wieku starszym ma lub miało dzieci. Wydłużenie się przeciętnego trwania życia, a zwłaszcza dożywanie zaawansowanego wieku przez kobiety, powoduje, że coraz więcej jest rodzin wielopokoleniowych. Warto jednak podkreślić, że w tych rodzinach pokoleniami współwystępującymi będą coraz częściej osoby z najstarszych grup wieku.

W polskich rodzinach istnieją silne więzi międzypokoleniowe. Podtrzymywanie więzi rodzinnych odbywa się w różnych formach, zazwyczaj jest to pomoc finansowa i rzeczowa, wzajemne świadczenie usług, dzielenie się mieszkaniem. Największy wpływ na wewnątrzrodzinną solidarność ma średnie pokolenie. Głównie są to 40- i 50-lętnie kobiety, które zapewniają

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ Augustyn M., *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, 2010, dostępny online: <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/kierunki/ODzielona.pdf> [dostęp: 2.12.2017 r.], s. 81-88.

¹¹⁴ Rossa A., *Wprowadzenie do gerontometrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012, s. 99.

¹¹⁵ Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2002, s. 148-149.

opiekę i zaspokajają zróżnicowane i wzrastające wraz z wiekiem potrzeby osób starszych¹¹⁶. Jak zauważa Z. Szweda-Lewandowska *wraz z postępującym procesem starzenia się populacji i zwiększaniem się zapotrzebowania na wsparcie, maleć będzie liczba potencjalnych opiekunów, którymi są najczęściej kobiety w wieku 45-64 lata*¹¹⁷. Zmniejszać będzie się nie tylko liczba rodzinnych opiekunów, lecz także osób mogących pełnić profesjonalnie rolę opiekuna osoby niesamodzielnej.

Tabela 11. Współczynniki potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału opiekunów w Polsce w latach 2012-2035

Rok	Potencjalne wsparcie	Wsparcie rodziców	Potencjał pielęgnacyjny
2012	498,6	7,1	386,3
2015	443,7	8,5	354,4
2016	425	9,0	344,5
2020	359,2	10,4	323,4
2025	305,8	11,4	330,2
2030	287,5	10,3	271,2
2035	276,6	13,1	219,2

Źródło: Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi, Wspierający i wspierani*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s.32.

Współczynnik potencjalnego wsparcia – czyli liczba osób w Polsce w wieku 15-64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat – zmaleje z 498,6 w 2012 roku do 276,6 w 2035 roku. W tym samym okresie współczynnik wsparcia rodziców obrazujący liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50-64 lata wzrośnie z 7,1 do 13,1. Liczba kobiet w wieku 50-64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 80 lat i więcej (czyli potencjał pielęgnacyjny) spadnie z 386,3 do 219,2 w ostatnim roku prognozy¹¹⁸.

Jak zauważa Z. Szweda-Lewandowska zmienia się przypisana osobom starszym rola społeczna babci i dziadka. Niektórzy chcąc kontynuować pracę zawodową lub w dalszym ciągu się rozwijać, nie sprawują opieki nad wnukami. Również zmiany w systemie żłobkowo-przed-szkolnym oraz procesy migracyjne i odległość geograficzna sprawiają, że taka opieka jest niemożliwa. „*W konsekwencji bardziej możliwa staje się sytuacja, w której osoba starsza wymagająca pomocy, nie uzyska jej ze strony rodziny, a na znaczeniu będą zyskiwać nieformalne, nierodzinne grupy wsparcia (tj. sąsiedzi, znajomi, przyjaciele, czy też znajomi z klubu seniora lub Uniwersytetu Trzeciego Wieku)*”¹¹⁹.

Główna oś podziału w zakresie pomocy osobom starszym przebiega pomiędzy sferami nieformalnego i formalnego wsparcia. Do sfery nieformalnego wsparcia zalicza się pomoc udzielaną osobie starszej przez rodzinę, dalszych i bliższych krewnych, powinowatych oraz osoby niespokrewnione, ale zaliczające się do bliskich osoby starszej, tj. sąsiadów, znajomych, przyjaciół, kolegów z pracy¹²⁰. Elementy wsparcia formalnego przedstawiono w poprzednim podrozdziale, w tym miejscu uwaga skoncentrowana zostanie na opiece nieformalnej.

¹¹⁶ CBOS, *Kontakty rodzinne dorosłych Polek. Komunikat z badań*, Warszawa 1993.

¹¹⁷ Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s. 32-33.

¹¹⁸ Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi...*, op. cit., s. 32.

¹¹⁹ *Ibidem*, s. 33-36.

¹²⁰ *Ibidem*, s. 63.

W Polsce ponad 80% opiekunów niesamodzielnych osób starszych stanowią ich krewni. Pierwszymi osobami udzielającymi wsparcia w momencie pojawienia się niesamodzielności są współmałżonkowie, następnie dzieci i dalsi krewni¹²¹. W przypadku niewystarczającej opieki lub braku możliwości wsparcia rodziny w codziennym funkcjonowaniu, pomoc społeczna i jej instytucje stają się źródłem wsparcia dla osoby starszej.

Twórca koncepcji sieci społecznych John Barnes podważał zasadność teorii uznających, że najważniejsze relacje związane są z systemem pokrewieństwa, miejscem zamieszkania i klasą społeczną. Odwołując się do modelu sieci, należy brać pod uwagę: jej strukturę i relacje pomiędzy osobami wchodzącymi w jej skład, wielkość sieci, stopień i rodzaj zależności jednego uczestnika sieci od drugiego, charakter sieci (np. sąsiedztwo, miejsce pracy), częstość bezpośrednich i pośrednich kontaktów uczestników sieci, wielkość wsparcia społecznego przekazywanego przez uczestników sieci, okres jej trwania¹²².

B. Tobiasz-Adamczyk podkreśla, że częste są dwa typy schematów tworzenia/utrzymywania sieci relacji społecznych w wieku starszym: sieci z przeszłości bywają niezmiennie kontynuowane lub bywają zrywane z powodu osiągnięcia wieku starszego. Osoby starsze częściej ponoszą straty w związku z istniejącymi sieciami, rzadziej budują nowe. Przyglądając się sieciom relacji społecznych w wieku starszym, trzeba przede wszystkim odwołać się do teorii konwoju społecznego (*convoytheory*), gdyż większość istniejących relacji jest kontynuacją już wcześniej istniejących więzi (często pochodzących nawet z dzieciństwa lub wczesnej młodości)¹²³.

Ludzie wchodzący w wiek starszy, z powodu problemów zdrowotnych zaczynają ograniczać swoje wcześniej istniejące więzi społeczne. Dzięki teorii konwoju społecznego można spojrzeć na sieć relacji społecznych z wcześniejszych etapów życia i zastanowić się, które więzi przetrwały od najmłodszych lat. Brak sieci społecznych identyfikuje się z izolacją społeczną i samotnością, którą uważa się za jeden z najważniejszych problemów osób starszych.

W przeprowadzonym w 2014 roku badaniu EHIS (*Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia*) badanym zadano pytania o świadczenie nieformalnej długoterminowej opieki lub pomocy osobom chorującym przewlekłe, niesprawnym, w podeszłym wieku. Pytania nie obejmowały pomocy świadczonej w ramach pracy zawodowej respondenta. Z danych zgromadzonych w ramach tego badania wynika, że nieformalną opiekę lub pomoc sprawowało regularnie w Polsce co najmniej jeden raz w tygodniu blisko 16% badanych – 4 621,6 tys. osób w wieku 15 lat i więcej. Częściej były to kobiety, niż mężczyźni (odpowiednio 18% i 13%) oraz osoby w wieku 50-59 lat – 24,5%. Jeżeli chodzi o czas poświęcany na opiekę to 57,8% badanych przeznaczało na nią mniej niż 10 godzin w tygodniu, 16,8% między 10 a 20 godzin tygodniowo, a 25,3% ponad 20 godzin w tygodniu.

Pomoc i opieka najczęściej świadczone były wyłącznie w obrębie rodziny, wskazało tak 76,4% badanych, 21,1% deklaroowało, że świadczy pomoc lub opiekę osobom spoza rodziny a niespełna 3%, że opiekę i pomoc świadczą zarówno osobom z rodziny, jak i osobom niespokrewnionym.

Zgodnie z wynikami badania Eurofamcare¹²⁴ średni wiek opiekunów rodzinnych rośnie wraz z wiekiem podopiecznych. łączy się to również ze wzrostem ich niesprawności. W porównaniu z europejskimi opiekunami, polscy są o kilka lat młodszy w odwołaniu do każdej ka-

¹²¹ Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi...*, op. cit., s. 64.

¹²² Tobiasz-Adamczyk B., *Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IX, nr 2/2011, Kraków 2012, s. 119.

¹²³ Ibidem., s. 120.

¹²⁴ Błędowski P., Pędich W., *National Background Report for Poland*, dostępny online: www.monitoringris.org/documents/tools_nat/nabare/nabare_poland_rc1_a4.pdf [dostęp: 1.12.2017].

tegorii sprawności. Wraz ze wzrostem niesprawności podopiecznego wzrasta udział opiekunów w wieku 65 lat lub starszych — od 18% w grupie o nieznacznej niesprawności do 27% w grupie poważnie niesprawnych w Polsce, zaś zmniejsza się udział najmłodszych opiekunów.

Wraz z zaawansowaniem niesprawności zmniejsza się udział współmałżonków jako opiekunów, w grupie osób poważnie niesprawnych stanowią oni 18%. W Polsce dzieci podejmują się tego obowiązku — od 54% w grupie poważnie niesprawnych do 44% w najmniej niesprawnej. Odsetek opiekunów czynnych zawodowo spada wraz z poziomem niesprawności podopiecznego. Łączenie pracy zawodowej z opieką sprawowaną nad osobą starszą wpływa na stan psychiczny opiekuna. U większości nadmierny wysiłek wynikający z konieczności pogodzenia różnych obowiązków życiowych powoduje stres, poczucie zmęczenia, stany depresyjne, poczucie przygnębienia, osamotnienia. Obserwuje się pogorszenie stanu zdrowia u wielu opiekunów, szczególnie tych, którzy już są starsi, ale jeszcze są aktywni zawodowo.

Zajmowanie się osobą starszą może też wpływać ujemnie na subiektywną ocenę stanu zdrowia opiekuna, a także na inne sfery życia opiekunów, takie jak relacje z rodziną, czas wolny, możliwość relaksu i odpoczynku, czy udział w życiu towarzyskim.

IV. WYNIKI ANALIZY INDYWIDUALNYCH WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH

Na komponent jakościowy badania składały się indywidualne wywiady pogłębione, realizowane w okresie 1-13 XII 2017. W związku z założeniami badawczymi, dążono do odtworzenia potrzeb opiekunów osób starszych w ujęciu wielostanowiskowym – uwzględniając różne perspektywy wszystkich uczestników konwoju¹²⁵. Z tego względu analizą objęto nie tylko opiekunów rodzinnych, ale i inne osoby w konwojach opiekuńczych osób starszych (w wieku 60 lat i więcej). W czwartym rozdziale raportu zaprezentowano wyniki analiz indywidualnych wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z mieszkańcami województwa łódzkiego, którzy zaangażowani byli w konwoje opiekuńcze osób starszych. W pierwszej części przedstawiono podstawowe charakterystyki oddające strukturę próby badawczej. W kolejnych częściach zaprezentowano: skalę obciążenia opiekunów opieką, potrzeby opiekunów związane z możliwością łączenia kariery opiekuna z karierą zawodową, potrzeby opiekunów związane z łączeniem kariery opiekuna i podtrzymywaniem kontaktów społecznych oraz potrzeby opiekunów w zakresie usług społecznych oferowanych przez podmioty publiczne.

Charakterystyka materiału źródłowego

W związku z tym, że logika badania zakładała podejście bazujące na studiach przypadku, charakterystyka badanej populacji przedstawiona zostanie w ramach poszczególnych przypadków. Chcąc zapewnić anonimowość uczestnikom badania, zdecydowano o użyciu jedynie kodu oznaczenia płci (K – kobieta, M – mężczyzna), wariantu (np. A2) i roli badanego w ramach danego przypadku (np. OS), gdzie zastosowano następujące oznaczenia:

OS – osoba starsza otrzymująca opiekę,

OR – opiekun rodzinny,

FF – osoba bliska opiekuna rodzinnego,

OF – opiekun formalny,

PS – pracownik socjalny decydujący o przyznaniu opieki formalnej.

Oznaczenia wariantów przypadków przedstawione zostały w tabeli 3 w rozdziale II.

W tabeli 12 zaprezentowano podstawowe dane dotyczące analizowanych przypadków.

Tabela 12. Charakterystyka analizowanych przypadków

oznaczenie przypadku	miejsce zamieszkania osoby objętej opieką	relacje opiekuna z osobą objętą opieką	zamieszkiwanie opiekuna z osobą objętą opieką	sytuacja zawodowa opiekuna rodzinnego	liczba miesięcy sprawowania opieki przez opiekuna rodzinnego
A1	łódź	dziecko	wspólnie	zatrudnienie w niepełnym wymiarze	168
A2	łódź	dziecko	osobno	zatrudnienie w pełnym wymiarze	24
A3	łódź	dziecko	wspólnie	zatrudnienie w pełnym wymiarze	48

¹²⁵ Falzon, M. (2009). *Multi-sited ethnography : Theory, praxis and locality in contemporary research*. Farnham, England ; Burlington, VT: Ashgate.

oznaczenie przypadku	miejsce zamieszkania osoby objętej opieką	relacje opiekuna z osobą objętą opieką	zamieszkiwanie opiekuna z osobą objętą opieką	sytuacja zawodowa opiekuna rodzinnego	liczba miesięcy sprawowania opieki przez opiekuna rodzinnego
A4	miasto powyżej 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	zatrudnienie w pełnym wymiarze	48
A5	miasto do 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	48
A6	wieś	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	120
A7	Łódź	współmałżonek	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	60
A8	miasto powyżej 40 tysięcy	wnuk	wspólnie	zatrudnienie w pełnym wymiarze	120
B1	Łódź	dziecko	osobno (w jednym bloku)	nie podejmuje aktywności zawodowej	36
B2	Łódź	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	48
B3	Łódź	powinowactwo	wspólnie	prace dorywcze	33
B4	miasto powyżej 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	3
B5	miasto do 40 tysięcy	dziecko	osobno	prace dorywcze	120
B6	wieś	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	60
B7	miasto powyżej 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	zatrudnienie w pełnym wymiarze	48
B8	miasto do 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	120
C1	Łódź	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	5
C2	Łódź	dziecko	osobno	zatrudnienie w pełnym wymiarze	24
C3	Łódź	powinowactwo	osobno	nie podejmuje aktywności zawodowej	24

oznaczenie przypadku	miejsce zamieszkania osoby objętej opieką	relacje opiekuna z osobą objętą opieką	zamieszkiwanie opiekuna z osobą objętą opieką	sytuacja zawodowa opiekuna rodzinnego	liczba miesięcy sprawowania opieki przez opiekuna rodzinnego
C4	miasto powyżej 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	24
C5	miasto do 40 tysięcy	sąsiad	osobno (w jednym bloku)	zatrudnienie w pełnym wymiarze	9
C6	wieś	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	60
C7	miasto do 40 tysięcy	wnuk	osobno	zatrudnienie w pełnym wymiarze	60
C8	miasto do 40 tysięcy	dziecko	wspólnie	nie podejmuje aktywności zawodowej	48
D1	Łódź	dziecko	osobno	nie podejmuje aktywności zawodowej	60
D2	Łódź	dziecko	osobno	nie podejmuje aktywności zawodowej	24
D3	Łódź	dziecko	osobno	nie podejmuje aktywności zawodowej	72
D4	miasto powyżej 40 tysięcy	dziecko	osobno	zatrudnienie w niepełnym wymiarze	120
D5	miasto do 40 tysięcy	rodzeństwo	osobno	nie podejmuje aktywności zawodowej	8
D6	wieś	powinowactwo	osobno (przybudówka)	zatrudnienie w pełnym wymiarze	108
D7	miasto do 40 tysięcy	dziecko	osobno	zatrudnienie w niepełnym wymiarze	54
D8	miasto powyżej 40 tysięcy	dziecko	osobno	zatrudnienie w pełnym wymiarze	36
D_p	wieś	dziecko	osobno	zatrudnienie w pełnym wymiarze	84

Źródło: opracowanie własne, w przypadkach A2,A3, A7, C3, C8, D5, D6 i D7 w związku ze stanem zdrowia osoby otrzymującej opiekę perspektywa osoby starszej nie mogła zostać uwzględniona w analizach.

Analizą objęto łącznie 33 przypadki konwojów opiekuńczych, na które składało się 109 wywiadów pogłębianych. Dodatkowo, poza przypadkami wymienionymi w tabeli powyżej, w próbie znalazły się również pojedyncze wywiady (12), które nie były połączone w przypadki

(oznaczane jako Bw). Ostatecznie analizą objęto 121 wywiadów pogłębionych, z czego 37 było przeprowadzonych z opiekunami rodzinnymi, 29 z osobami objętymi opieką, 19 z osobami bliskimi opiekunów rodzinnych oraz 18 z opiekunami formalnymi i 18 z pracownikami socjalnymi decydującymi o przyznaniu opieki.

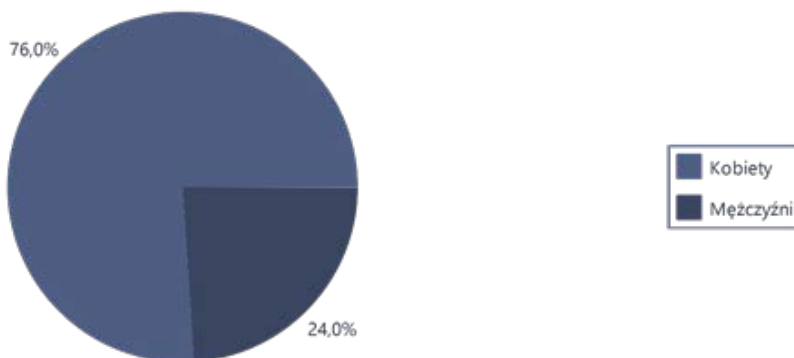
Wykres 11. Struktura próby ze względu na rolę badanych w konwoju opiekuńczym



Źródło: opracowanie własne, N=121.

W przebadanej próbie zdecydowaną większość stanowiły kobiety. Łącznie było ich 92, co stanowiło 76% badanych, podczas gdy mężczyzn było 29, co stanowiło 24% próby.

Wykres 12. Rozkład próby ze względu na płeć

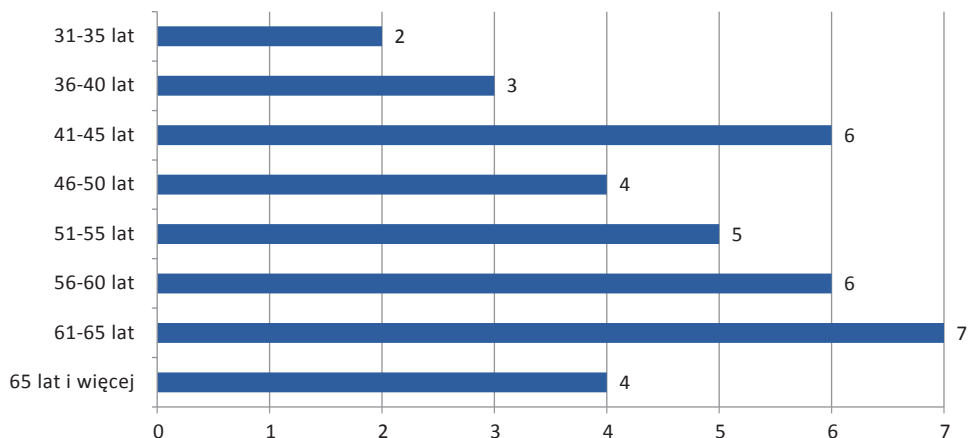


Źródło: opracowanie własne, N=121.

Warto zwrócić uwagę, że przewaga kobiet w roli opiekunów, którzy objęci zostali badaniem, była równie znacząca. Wśród osób świadczących opiekę znalazło się 28 kobiet i 9 mężczyzn. Wśród osób objętych opieką było 21 kobiet i 8 mężczyzn. Wśród pracowników socjalnych i opiekunów formalnych nie było żadnego mężczyzny. W grupie osób bliskich opiekunów rodzinnych znalazło się 12 mężczyzn i 7 kobiet. Mężczyźni sprawujący opiekę najczęściej byli dziećmi osób objętych opieką – było tak w 7 przypadkach, jeden mężczyzna był mężem osoby objętej opieką, a jeden bratem. Kobiety również najczęściej były dziećmi osób objętych opieką – było

tak w 20 przypadkach, w trzech przypadkach były to wnuczki, w trzech osoby spowinowacone, dwa pojedyncze przypadki objęły odpowiednio: osobę z dalszej rodziny i sąsiadkę. Jeżeli chodzi o wiek opiekunów to w próbie dominowały osoby w wieku powyżej 50 lat, najwięcej – 7 osób było w przedziale wieku 61-65 lat, najmniej (2 osoby) w przedziale 31-35 lat (wykres 13).

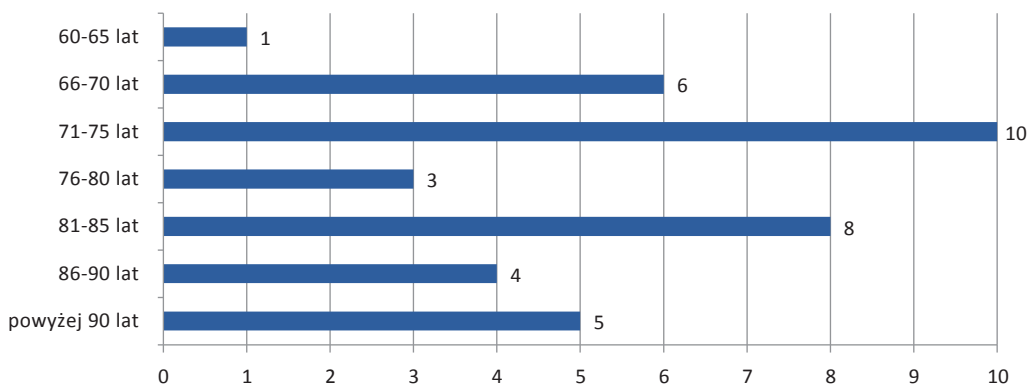
Wykres 13. Wiek badanych opiekunów rodzinnych



Źródło: opracowanie własne, N=37.

W realizowanym badaniu opiekunowie najczęściej (w 10 przypadkach) świadczyli opiekę osobom w wieku 71-75 lat. W najmłodszej uwzględnionej w badaniu grupie podopiecznych w wieku 60-65 lat znalazł się tylko jeden przypadek. Warto zwrócić uwagę na bardzo dużą liczbę osób w wieku powyżej 80 lat – w badaniu było to łącznie 17 przypadków, w tym 5 obejmowało świadczenie opieki osobie w wieku powyżej 90 lat¹²⁶.

Wykres 14. Wiek osób otrzymujących opiekę od opiekunów uczestniczących w badaniu

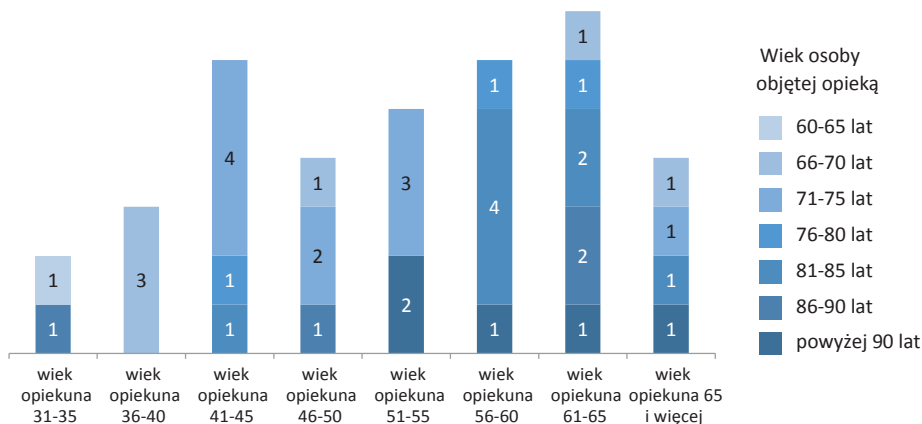


Źródło: opracowanie własne N=37.

¹²⁶ Dane pochodzą z wywiadów z opiekunami nieformalnymi, nie wszystkie osoby objęte opieką mogły zostać objęte badaniem, stąd różnice w liczbie osób otrzymujących opiekę od opiekunów objętych badaniem i liczbie osób w wieku 60 lat i więcej objętych badaniem.

Kształtowanie się relacji między wiekiem osoby otrzymującej opiekę a wiekiem opiekuna rodzinnego w badanej populacji zaprezentowano na wykresie 15.

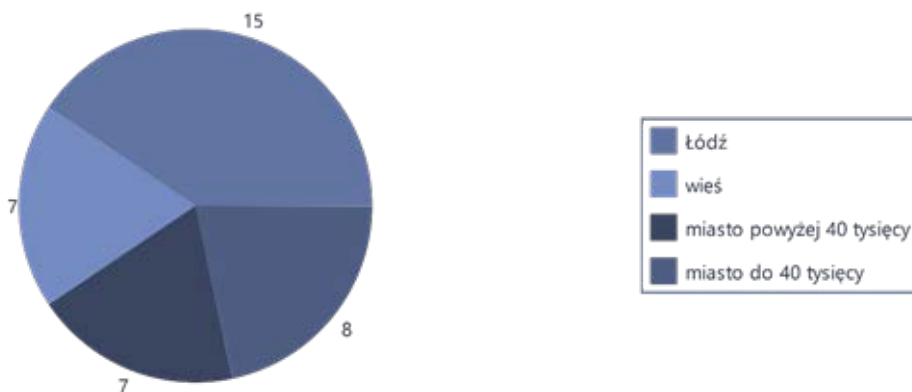
Wykres 15. Wiek osób otrzymujących opiekę w zależności od wieku opiekunów rodzinnych



Źródło: opracowanie własne, N=37¹²⁷.

W realizowanych przypadkach dążono do zachowania różnorodnych perspektyw, z tego względu wywiady realizowane były z osobami zamieszkującymi różne typy miejscowości w obrębie województwa łódzkiego. W próbie przeważały wywiady realizowane z mieszkańcami Łodzi – było ich 46 (38%), wśród respondentów z obszarów wiejskich zrealizowano 23 (19%) wywiady, w miastach do 40 tysięcy mieszkańców 28 (23%), a w miastach liczących powyżej 40 tysięcy mieszkańców 24 (20%) wywiadów. W próbie dominowali opiekunowie świadczący opiekę na terenie Łodzi – było to 15 osób, 8 opiekunów świadczyło opiekę na terenie miast liczących do 40 tysięcy mieszkańców, a po 7 na terenie miast liczących powyżej 40 tysięcy mieszkańców i na wsiach.

Wykres 16. Rozkład próby opiekunów rodzinnych ze względu na miejsce świadczenia opieki

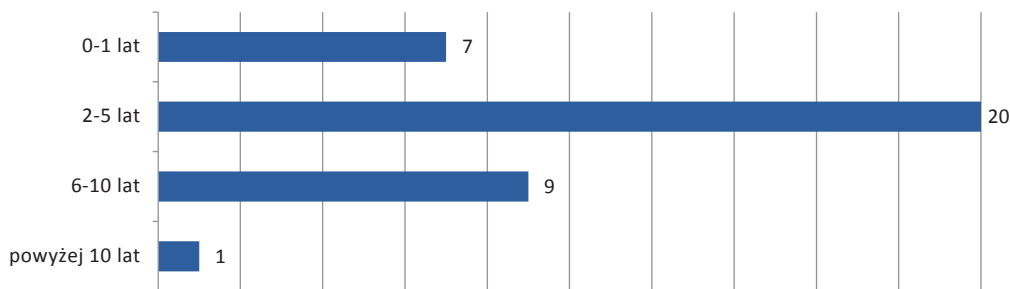


Źródło: opracowanie własne, N=37.

¹²⁷ Dane pochodzą z wywiadów z opiekunami nieformalnymi, nie wszystkie osoby objęte opieką mogły zostać objęte badaniem, stąd różnice w liczbie osób otrzymujących opiekę od opiekunów objętych badaniem i liczbie osób w wieku 60 lat i więcej objętych badaniem.

Pod względem długości świadczenia opieki w próbie dominowały osoby, które zajmowały się bliskimi w przedziale od 2 do 5 lat. Tylko jedna osoba świadczyła opiekę dłużej niż 10 lat. 9 osób świadczyło opiekę w okresie od 6 do 10 lat, a 7 osób świadczyło opiekę krócej niż rok.

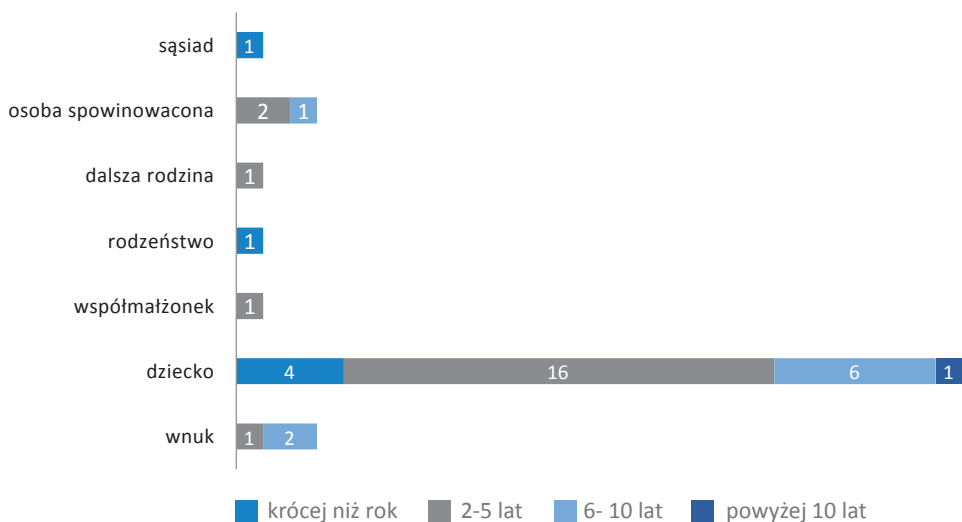
Wykres 17. Rozkład próby badanych opiekunów rodzinnych ze względu na okres sprawowania opieki



Źródło: opracowanie własne, N=37.

Interesującą informacją dostarcza rozkład próby ze względu na relacje łączące opiekuna rodzinnego z osobą otrzymującą opiekę i czasem świadczenia opieki, co zaprezentowano na wykresie 18. Zaprezentowane dane wskazują, że w realizowanym badaniu w przypadku dzieci osób objętych opieką czas sprawowania opieki był najbardziej zróżnicowany i obejmował zarówno osoby świadczące opiekę krócej niż rok, jak i osoby świadczące opiekę w okresie dłuższym niż 10 lat. Warto jednak podkreślić, że w grupie opiekunów nieformalnych to właśnie dzieci stanowiły najliczniejszą grupę.

Wykres 18. Czas sprawowania opieki w zależności od relacji łączących opiekuna rodzinnego z podopiecznym

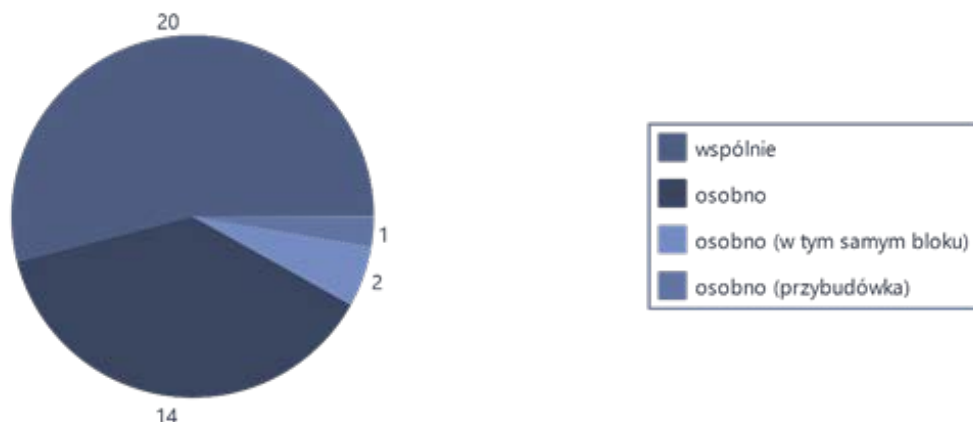


Źródło: opracowanie własne, N=37.

Rodzeństwo (jedna osoba) i osoba niespokrewniona (sąsiad) w realizowanym badaniu świadczyły opiekę krócej niż rok. Wnuki (trzy osoby) pojawiały się w grupie osób świadczących opiekę co najmniej od dwóch lat, z czego 2 osoby świadczyły ją już powyżej 5 lat. Trzy osoby spowinowacone z osobą objętą opieką świadczyły opiekę w okresie powyżej 2 lat, w tym jedna – powyżej lat 5. Wśród respondentów znalazła się tylko jedna osoba opiekująca się współmałżonkiem i jedna osoba świadcząca opiekę członkowi dalszej rodziny. Ci opiekunowie świadczyli opiekę w okresie od 2 do 5 lat. W próbie znalazła się jedna osoba, która świadczyła opiekę jednemu z rodziców powyżej 10 lat.

W realizowanym badaniu ponad połowa opiekunów zamieszkiwała wspólnie z osobami objętymi opieką (20 przypadków). W trzech przypadkach opiekunowie i osoby objęte opieką zamieszkiwały osobno, ale w bezpośredniej bliskości umożliwiającej stałe sprawowanie opieki. W 14 przypadkach opiekunowie i osoby otrzymujące opiekę zamieszkiwały w niezależnych gospodarstwach domowych.

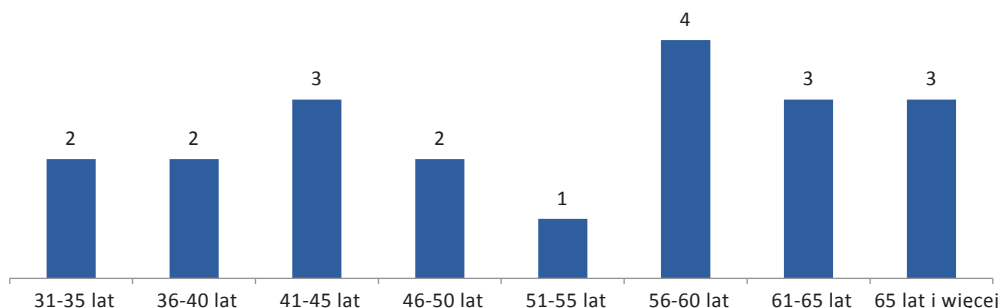
Wykres 19. Sposoby zamieszkiwania opiekunów rodzinnych i osób, którym była świadczona opieka



Źródło: opracowanie własne, N=37.

Wśród opiekunów zamieszkujących wspólnie z podopiecznymi najwięcej było osób w przedziale wieku 56-60 lat – 4 respondentów. Oba przypadki opiekunów z najmłodszej grupy wieku (31-35 lat) należały do grupy osób zamieszkujących wspólnie z osobą otrzymującą opiekę.

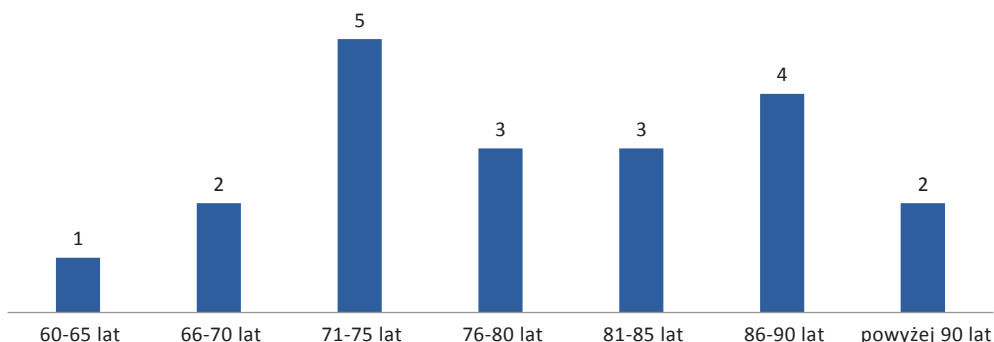
Wykres 20. Wiek opiekunów zamieszkujących wspólnie z podopiecznymi



Źródło: opracowanie własne, N=20.

W realizowanym badaniu opiekunowie świadczący opiekę osobom niesamodzielnym w trzech grupach wieku: 60-65, 76-80 oraz 86-90 zamieszkiwali zawsze wspólnie z osobami objętymi opieką. Opiekunowie, którzy świadczyli opiekę osobom w wieku 71-75, w połowie przypadków zamieszkiwali wspólnie z osobami otrzymującymi opiekę. W grupie opiekunów świadczących opiekę osobom w wieku 81-85 lat, 3 z 8 mieszkało wspólnie z osobą objętą opieką; w grupie opiekunów świadczących opiekę osobom w wieku 90 lat i więcej – 2 spośród 5. Jedynie w grupie opiekunów świadczących opiekę osobom w wieku 66-70 wspólne zamieszkiwanie było rozwiązaniem rzadszym niż zamieszkiwanie osobne – 2 z 6 przypadków.

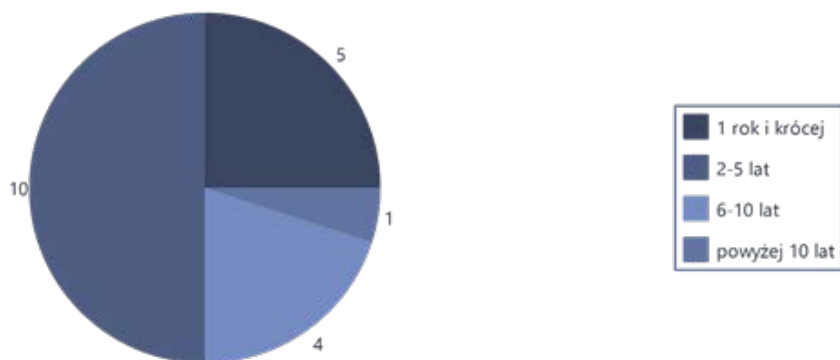
Wykres 21. Wiek osób objętych opieką w grupie osób zamieszkujących wspólnie z opiekunem rodzinnym



Źródło: opracowanie własne, N=20.

W grupie osób zamieszkujących wspólnie z osobami otrzymującymi opiekę dominowały przypadki, w których opieka świadczona była w okresie od 2 do 5 lat (wykres 22).

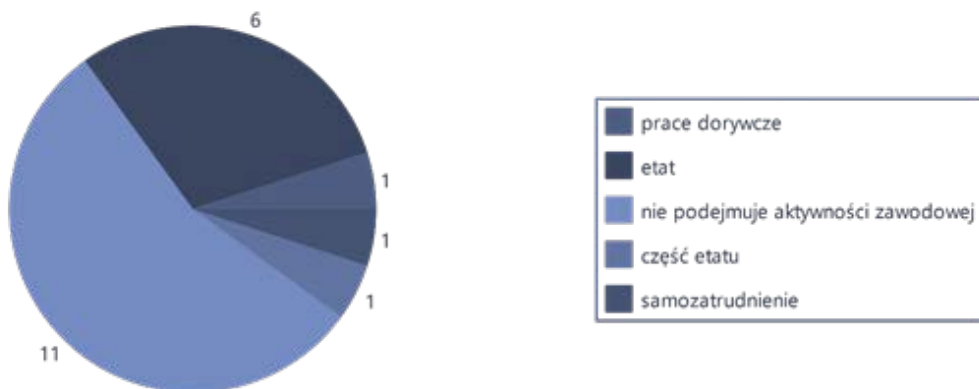
Wykres 22. Okres sprawowania opieki w grupie osób zamieszkujących wspólnie z osobą objętą opieką



Źródło: opracowanie własne, N=20.

W przypadku opiekunów zamieszkujących wspólnie z osobami otrzymującymi opiekę, przeważały osoby nie podejmujące pracy zawodowej w pełnym wymiarze godzin – było tak w 13 przypadkach (wykres 23). W pełnym wymiarze czasu pracy pracowało 6 osób, jedna prowadziła własną działalność gospodarczą.

Wykres 23. Sytuacja zawodowa opiekunów rodzinnych zamieszkujących wspólnie z osobami objętymi opieką



Źródło: opracowanie własne, N=20.

Zakres obciążenia opiekuna opieką

Zakres obciążenia opiekunów opieką można rozumieć jako wypadkową czasu poświęcanego na wykonywanie czynności związanych z rolą opiekuna (świadczenie opieki, czas przeznaczony na dojazdy i dodatkowe działania wiążące się z zaspokojeniem potrzeb osoby objętej opieką), rodzaju czynności wykonywanych przez opiekuna w związku z pełnieniem opieki, rodzaju wsparcia jakie opiekun otrzymuje ze strony innych członków konwoju opiekuńczego i zmęczenia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, odczuwanego w związku z realizowaniem roli opiekuna.

Ze względu na jakościowy charakter badania dążono do odtworzenia znaczeń, jakie badani nadawali sprawowaniu opieki. Na podstawie narracji o opiece, zgromadzonych od osób objętych opieką, osób bliskich opiekunom, opiekunów formalnych, pracowników socjalnych i opiekunów rodzinnych, przedstawiono dane dotyczące czasu poświęcanego na opiekę przez opiekunów rodzinnych, następnie odtworzono katalog czynności podejmowanych przez głównych¹²⁸ opiekunów rodzinnych. W kolejnej części omówiono czynniki sprzyjające włączaniu się innych opiekunów (formalnych i nieformalnych) w opiekę w konwojach rozbudowanych (obejmujących osobę objętą opieką, opiekunów formalnych i opiekunów nieformalnych) i czynniki ograniczające to zaangażowanie w konwojach ograniczonych (obejmujących osobę objętą opieką i opiekunów nieformalnych). Następnie zaprezentowano psychiczne i fizyczne koszty świadczenia opieki, jakich doświadczali badani opiekunowie rodzinni.

Czas poświęcany na opiekę w ciągu tygodnia

Informacje dotyczące czasu poświęcanego przez głównego opiekuna rodzinnego na opiekę nad niesamodzielną osobą starszą gromadzono głównie z perspektywy opiekunów rodzinnych i osób objętych opieką. W przypadkach, w których było to możliwe, włączano również

¹²⁸ W związku ze zróżnicowaną strukturą poszczególnych konwojów opiekuńczych, opiekunów rodzinnych mogło być w danym konwoju więcej, z tego względu zastosowano termin główny opiekun rodzinny, aby wskazać tego, który w ramach konwoju wskazywany jest jako podstawowa osoba świadcząca opiekę nieformalną.

perspektywę przedstawicieli pozostałych grup objętych badaniem, którzy byli zaangażowani w dany konwój¹²⁹.

Na podstawie narracji badanych można wskazać, że czas poświęcany na opiekę w ciągu tygodnia różni się w zależności od wieku i potrzeb osoby otrzymującej opiekę. W przypadku osób mieszkających wspólnie z osobą wymagającą opieki, czas ten najczęściej definiowany był jako opieka ciągła, całodobowa, co dobrze obrazuje poniższa wypowiedź:

To jest niepoliczalne, nie jestem w stanie tego stwierdzić, bo to jest co chwilę [...] zrób mi herbatę, a jeszcze byś mi wody gorącej dołała, wiesz, skończyła mi się herbata, doleję mi wody. Teraz bym coś przegryzła, bo mi tutaj coś spadło, coś mi się w telefonie zrobiło i ścisza się i nie chce głośniej, tylko chwilkę, nie zajmie długo. Jest to niepoliczalne, ale więcej czasu poświęcam jej niż moim dzieciom, zdecydowanie tak. Z pełną odpowiedzialnością to mówię.

K_B3_OR

W wypowiedzi tej zaznacza się również wątek podejmowany w kolejnej części, dotyczący zmian jakie świadczenie opieki wywiera na życie rodzinne opiekunów. W tym wypadku osoba Badana zwraca uwagę na trudność, jaka wiąże się z łączeniem roli opiekuna i roli rodzica w związku z konkurowaniem partnerów jej ról o zasoby czasowe jakimi dysponuje.

Opiekunowie zamieszkujący wspólnie z osobami objętymi opieką wykonywali także najwięcej czynności i częściej niż opiekunowie niezamieszkujący z osobami objętymi opieką deklarowali zmęczenie psychiczne i fizyczne. W grupie opiekunów mieszkających wspólnie z osobami otrzymującymi opiekę szczególnie wyraźne było podporządkowanie całego przebiegu dnia potrzebom niesamodzielnej osoby starszej, nawet w sytuacji realizowania innych karier¹³⁰ niż kariera opiekuna rodzinnego. W związku z silnie zakorzenioną w polskim kontekście normą społeczno-kulturową dotyczącą roli rodziny i obowiązków, jakie spoczywają na jej członkach względem siebie¹³¹, kariera zawodowa najczęściej traktowana jest jako drugorzędna w stosunku do karier rodzinnych obejmujących, z jednej strony, karierę rodzicielską i małżeńską, a z drugiej strony, karierę opiekuna osoby starszej.

No to jak przychodzę z pracy, bo teraz wcześniej chodzę do pracy, tak, że jak przychodzę z pracy, przed pójściem do pracy też jest szykowanie leków dla mamy, codziennie rano, później po pracy to niecodziennie, ale są dni, co muszę zrobić zakupy, czy jakieś sprawy finansowe dla mamy, jakieś opłaty czy tam coś muszę uczynić, po przyjeździe do domu to wiadomo, jakieś tam porządki w domu, naszykowanie obiadu, nieraz pomoc dla mamy przy naszykowaniu tego obiadu, podanie, no to już nie, bo mama już potrafi sobie podejść do kuchni i wziąć ten obiad, jeżeli jakaś jest ewentualnie zupa, no to też muszę ją, tą mamę do łóżka, że tak powiem, podać. Nieraz, że tak powiem, czy tam zmierzenie ciśnienia następuje, czy podłączenie inhalatora do inhalacji i później, że tak powiem, jest troszeczkę odpoczynku do jakiejś godziny 17, 18. Później kolacja, na noc nie zawsze, ale nieraz bywa tak, że muszę mamie pomóc zmienić pampersa, bo mama niestety moja już musi być w pampersach, no i pomoc tam ewentualnie przypomnienie,

¹²⁹ Badani nie zawsze (zwłaszcza w przypadku grupy pracowników socjalnych i opiekunów formalnych) dysponowali wystarczającą wiedzą, aby móc udzielić informacji w tym obszarze.

¹³⁰ Definiowanych jako zbiór jednorodnych z punktu widzenia przedmiotowego zdarzeń mających miejsce w życiu jednostki.

¹³¹ Wóycicka I., *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym: Raport z badań*, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008.

jakie leki trzeba wziąć na wieczór, bo nieraz bywa tak, że mama troszeczkę zapomni, że jakiś tam lek dodatkowy, jeżeli tym bardziej jest wprowadzony nowy lek. No to nieraz bywa tak, że po prostu muszę mamie przypomnieć, mama, mówię, czy wzięłaś ten lek, bo musisz go wziąć, że tak powiem, na noc[...].

K_A1_OR

W przypadku opiekunów niemieszkających z osobami wymagającymi opieki, czas poświęcany na opiekę w ciągu tygodnia wahał się od kilku do kilkudziesięciu godzin. Warto jednak podkreślić, że czas poświęcany na opiekę powinien zostać uzupełniony także o kwestie związane z dojazdem, co badani z różnych grup uwzględniali w swoich wypowiedziach dotyczących sprawowania opieki nad osobą starszą:

[...]bo zazwyczaj wstajemy 4:00 rano, przynajmniej ja wstaję o 4:00 rano w nocy, tak żeby na 6:00 jakoś tam dotrzeć i tak dalej...

M_B5_FF

Kwestia odległości dzielącej miejsce zamieszkania opiekunów rodzinnych i osób objętych opieką oraz konieczności dojazdów nabiera szczególnego znaczenia w przypadku opiekunów łączących sprawowanie opieki z pracą zawodową, co obrazuje poniższa wypowiedź:

Znaczy nie jest przyjemne dla mnie ze względu na te dojazdy. Bo tam sama praca jako taka no to mi nie przeszkadza i mnie to nie męczy. Tylko te dojazdy codzienne, trzy razy wtę i z powrotem jest męczące, nie? Ale tak to ogólnie nie, nie, nie ma problemu.

K_D4_OR

W przypadku opiekunów dojeżdżających do osób objętych opieką sporym wyzwaniem staje się nie tylko czas poświęcany na dojazdy, ale i koszty z nim związane oraz zapewnienie odpowiednich środków transportu. Poniższy cytat obrazuje trudności wynikające z braku samochodu i konieczność polegania na publicznych środkach transportu, co wydłuża czas podróży.

R – Ona pracuje, to no to musi przyjeżdżać, nie ma samochodu...

Pr – Autobusem dojeżdża?

R – No. Ona mieszka na górze...

Pr – I jak daleki jest dojazd?

R – No nie wiem, że 40 minut chyba... samochodem to wiadomo, szybciej.

K_D8_OF

Warto także zwrócić uwagę na znaczenie, jakie dla sprawowania opieki ma miejsce zamieszkania osoby otrzymującej opiekę. Wyzwaniem dla opiekuna może być nie tylko odległość i brak dogodnych środków transportu, ale także warunki geograficzne (przede wszystkim ukształtowanie terenu).

[...] No wrócić później jeszcze, no też tam, no to nawet licząc 45 minut, no bo wiadomo, później też, później pod górkę, to prawie cały czas rower prowadzę. Bo ciężko podjechać[...]

K_bw_OR_J

Kwestia miejsca zamieszkania osoby wymagającej wsparcia nie pozostaje bez wpływu na możliwość otrzymywania świadczeń od instytucji publicznych. Lokalizacja miejsca zamieszkania

osoby starszej, u której ma być sprawowana opieka, może utrudniać otrzymywanie opieki, co obrazuje poniższa wypowiedź:

Nie widzieliśmy się z tymi paniami, więc ciężko mi powiedzieć, jakie były argumenty, po prostu były umówione na konkretny dzień i godzinę i ich nie było. I potem tylko z pracownikiem MOPS-u rozmowa – a, że pani coś tam, jedna powiedziała, że daleko, druga nie wie jak tam dojechać, więc z wcześniejszymi paniami się nawet na oczy nie widzieliśmy, bo żadna nie dotarła, w dniu wyznaczonym.

M_bw_FF_K

Respondent podkreśla, że opiekunowie formalni przydzieleni do sprawowania opieki w miejscu zamieszkania niesamodzielnej osoby starszej objętej opieką nie zjawiali się w umówionym miejscu i czasie właśnie ze względu na lokalizację miejsca zamieszkania.

Wykonywane czynności

Zakres wykonywanych czynności wynika z indywidualnych charakterystyk danego konwoju (między innymi jego struktury, stanu zdrowia opiekunów i osób objętych opieką), różni się głównie w zależności od stanu zdrowia osoby otrzymującej opiekę. Do najczęściej wymienianych przez wszystkich badanych czynności związanych ze świadczeniem opieki można zaliczyć te, które zorientowane są na: przestrzeń, w której sprawowana jest opieka, na osobę otrzymującą opiekę, na reprezentowanie interesów osoby otrzymującej opiekę na zewnątrz oraz na zapewnienie środków niezbędnych do realizowania opieki.

- **Zorientowane na przestrzeń, w której sprawowana jest opieka:**
 - Bieżące prace domowe (pranie, sprzątanie, zmywanie)
 - Bieżące naprawy w domu
 - Generalne porządki
 - Remonty
- **Zorientowane na osobę otrzymującą opiekę:**
 - Zapewnianie i podanie posiłku
 - Podawanie lekarstw
 - Dotrzymywanie towarzystwa (wspólne rozmowy, czytanie, oglądanie telewizji)
 - Zabiegi kosmetyczne (obcinanie paznokci, włosów)
 - Pomoc przy ubieraniu
 - Pomoc w czynnościach higienicznych (korzystanie z toalety i kąpiele, zmiana pieluchy-majtek)
 - Zabiegi medyczne (wykonywanie zastrzyków, masaży)
 - Zabiegi pielęgnacyjne (smarowanie odleżyn, oparzeń, zmiana opatrunków)
 - Pomoc w poruszaniu się
 - Zmienianie pozycji w łóżku
- **Zorientowane na reprezentowanie interesów osoby otrzymującej opiekę na zewnątrz:**
 - Umawianie/dowożenie na wizyty lekarskie
 - Załatwianie spraw urzędowych
 - Zarządzanie finansami osoby objętej opieką
- **Zorientowane na zapewnienie niezbędnych środków do sprawowania opieki:**
 - Dokonywanie zakupów
 - Przygotowywanie lekarstw
 - Przynoszenie opału i palenie w piecu

Analizując katalog czynności wykonywanych w związku ze świadczeniem opieki, odtworzony na podstawie narracji wszystkich badanych grup, można wskazać na pojawiające się w konwojach różnice między kobietami i mężczyznami. Badani wskazywali, że w przypadkach, gdzie możliwy jest podział zadań w obrębie konwoju to kobiety częściej wykonują zabiegi pielęgnacyjne i kosmetyczne oraz świadczą pomoc w czynnościach higienicznych, co dobrze obrazują poniższe wypowiedzi:

[...] więc sama muszę jej farbować włosy i sama muszę jej obcinać.

K_B6_OR

Umyję ją, ubiorę czy paznokcie obcinam, pomasuję ją, umyję, przyprowadzę, oni posilek szykują, babcia sobie tam zjada.

K_bw_OF_K

[opiekunka rodzinna] przebiera ją, obcinana jej paznokcie u rąk i nóg.

K_D7_OF

W przypadku czynności określanych jako typowo kobiece można wskazać i te dotyczące wsparcia emocjonalnego i bliskości:

[kobiety] są bardziej czułe, że mają po prostu percepcję biologiczną taką, z natury jesteście inne, kobiety. No macie w sobie tą opiekę, opiekuńczość. A mężczyźni, my jesteśmy od stworzenia życia, od zarobienia, od organizacji, ja przynajmniej takie podejście mam. Ja całe życie pracowałam, no żeby było co do garnka włożyć, jak ubrać i tak dalej. A kobiety od tego, żeby bliżej. No przynajmniej może to jest tradycjonalistyczne moje podejście konserwatywne, ale takie jest, no.

M_D2_FF

Mężczyźni z kolei częściej angażują się w załatwianie spraw urzędowych i organizowanie transportu na wizyty lekarskie.

Mówię, najwięcej to ja mam spraw tak zwanych urzędowych. Mniej tutaj takich, żeby przyjść, tego. Bo wcześniej jak przyjeżdżałam, nie było załatwione na przykład, opieka, soboty, niedziele, weekendy, opiekunki przychodziły w tygodniu, no to ja musiałam te właśnie dni, ja, wykonywać w te dni te zabiegi, u brata tam.

M_D5_OR

Osoby otrzymujące opiekę również zwracały uwagę na czynności w ich rozumieniu typowo męskie i kobiece oraz podkreślały te obszary, w których swobodniej czują się zarówno one same, jak i ich opiekunowie.

Do czynności określanych jako męskie zaliczano te wymagające siły i sprawności fizycznej oraz związane z organizowaniem zakupów czy transportu i reprezentowaniem interesów osoby objętej opieką na zewnątrz, co obrazują poniższe wypowiedzi:

to mężczyzna, bym musiała poprosić mężczyznę, żeby mi mamę po prostu dźwignął, no

K_B2_OR

Może też od siebie zacznę, mimo że jestem mężczyzną, bo jakby podkreślam, no właśnie zakupy jeszcze tutaj, no to też są na mojej głowie, bo ja wiem najlepiej co, a kontakt

z panią opiekunką, to na przykład... to nawet tak ustaliliśmy, że jak pani opiekunka zauważy... bo na przykład mama lubi bardzo płatki na wodzie, nie na mleku, to... Kończą się... na przykład jeszcze tam na tydzień są, to pani zostawia mi karteczkę i... Papier toaletowy kończy się, nie zauważa, ale zwykle...

Pr – Czyli jakby w Pana zakresie obowiązków są też zakupy...

R – Tak.

Pr – ... a Pani opiekunka już takich rzeczy nie...

R – Nie, zdecydowanie.[...] Śniadanie... To samo jest na kolację... No i pewnie te obowiązki dodatkowe, czyli... Bo pani jest 3 godziny, jest do południa 2 godziny, wieczorem 1 godzinę, to myślę, że ten pozostały czas, oprócz tego co już wcześniej powiedziałem, to pani poświęca na jakieś prace porządkowe, prawda, no tam w toalecie, w kuchni, jakieś zmywanie, jakieś odkurzanie... Także... No tego typu sprawy tutaj, to... Myślę, że tutaj, no... Ja jestem zadowolony, jeśli chodzi o utrzymanie czystości, także...

Pr – I wspominał Pan, że małżonka też, tak, jest zawsze wieczorami?

R – Tak.

Pr – Czyli żona przychodzi i wieczorem zajmuje się...

R – Położeniem mamy spać.

Pr – Spać... Tak, położeniem mamy spać.

R – Tak jest. No i pomoc tam jeszcze w toalecie [...] Jak na przykład mama się pobrudziła, no to jakie wyjście? No ja jestem mężczyzną, prawda?[...] Telefon, żona przychodziła. No i... Ale to też jest rozwiązanie.

M_D7_OR

Powyższy cytat dobrze obrazuje podział zakresów czynności w ramach konwojów opiekuńczych, dodatkowo odzwierciedla podział na czynności męskie i kobiece.

W tym miejscu należy także zwrócić uwagę na specyfikę czynności opiekuńczych wiążących się z przekraczaniem granic intymności drugiej osoby. Tu duże znaczenie odgrywał wstyd przypisywany wzajemnie opiekunom i osobom otrzymującym opiekę:

[...] ciężko, tak, począwszy od higieny, gdzie to jest mężczyzna i mój tata się krępował i ja [...]

K_D1_OR

R – Bo dla mnie to nie jest wstyd. Przecież wiesz, to jest mój tata. I poczekaj, co tam jeszcze?

Pr – Ja tylko powiem, bo to mogło się nie nagrać, że tata się wstydzi. Bo tak cichutko powiedziałaś.

R – Tak. Wiem. Bo wiesz, to jest jednak facet.

Pr – Jasne

R – Ja jestem dziewczyną [...] i córką. No wiesz o co chodzi. Że nie chcę widzieć taty rozebranego. Ale czasem jest taka sytuacja, nie?

K_A4_OR

Dyskomfort wynikający z występowaniem wstydu przy wykonywaniu czynności higienicznych wskazywany był przez opiekunów rodzinnych w konwojach, gdzie nie występowały inne osoby, które mogłyby świadczyć ten rodzaj wsparcia, jako jedna z barier, którą opiekunowie, niezależnie od płci muszą przezwyciężyć:

Musiałam pokonać i wstyd, i... Może nie... Może źle to powiedziałam... No dobrze, wstyd, no taki swój jakiś taki lęk i wstyd przed tym, żeby ją wykopać, żeby jej pomóc się rozebrać, do tej wanny, żeby weszła, żeby usiadła. To dla mnie było takie ciężkie.

K_A8_OR

No tak jak dla faceta? No to trzeba mieć jednak... no ciężko jest. Samo psychicznie. Nie to, że siła. Tutaj siła to nic nie gra do rzeczy. To psychicznie. Tak jak, no nie wiem, no niektórzy może, no są ludzie, którzy, nie przeszkadza im to, tak. Bo ja musiałem się przyzwyczaić na przykład wynosić, no kupy, nie, mocz. No to niestety, no to ładnie nie pachnie, nie. I to jak człowiek spojrzy, no to raczej, kurde, próbowałem nie patrzeć, no ale to nie da rady się nie patrzeć i tego, nie. Bo to trzeba i później umyć i wszystko. No to musiałem przywyknąć, oj to ciężko było.

K_A5_OR

Często opiekunowie sami nie podnoszą tych wątków, jednak są one widoczne dla ich otoczenia:

No myślę, że jak dla faceta, dla większości facetów, zabiegi higieniczne przy osobie, przy mamie, bo głównie to o tym się zawsze słyszy, że najbardziej to im sprawia problem.

K_D7_PS

Wypowiedzi badanych opiekunów i ich osób bliskich sugerują, że kwestią problemową i źródłem dyskomfortu w sprawowaniu opieki jest także dla niektórych badanych odwrócenie się relacji władzy w relacji rodzic – dziecko, co obrazują poniższe wypowiedzi:

Już nie przyjadę, już nie mogę na mnie liczyć dziewczyny. One też mają dzieci, a ja mam swoje „dziecko”. Duże [...]Taka odpowiedzialność trochę jak za dziecko, nie? Tak mi się wydaje.

K_A4_OR

To prowadzenie domu dla jeszcze jednej osoby, która wymaga zainteresowania, i w tym wieku to zainteresowanie nie inaczej, schodzi się do poziomu dziecka 10 letniego. To jest taki kłopot, trzeba wiele rzeczy powtarzać, czynności powtarzać.

M_B3_FF

[...] no traktuję mamę w pewnym sensie już jak dziecko, czasem nawet jak złośliwe dziecko [...], bo przecież to nie jest partner do kłótni, do jakiejś tam dyskusji,

M_B2_FF

Zgromadzone dane wskazują, że różnice w ilości czasu poświęcanego na opiekę i zakresu wykonywanych czynności wynikają przede wszystkim z indywidualnych charakterystyk konwojów opiekuńczych. Wśród tych charakterystyk najbardziej istotny jest stan zdrowia osoby otrzymującej opiekę, który związany jest z zakresem wykonywanych czynności i czasem poświęcanym przez opiekunów na świadczenie opieki. Zakres wykonywanych czynności jest negocjowany w obrębie konwojów opiekuńczych. W przypadkach, gdzie struktura konwoju na to pozwala, niektóre obowiązki mogą być delegowane na innych członków konwoju (np. zabiegi higieniczne przejmowane przez tych opiekunów, którzy mają mniejsze trudności w przełamywaniu wstydu, zabiegi rehabilitacyjne wykonywane przez wykwalifikowany personel). W przypadkach, gdy struktura konwoju uniemożliwia delegowanie obowiązków na innych członków,

opiekunowie zmuszeni są realizować czynności, które sprawiają im trudność (czy to ze względu na ograniczenia natury fizycznej czy psychicznej). W dalszej części przedstawiono charakterystykę rozbudowanych i ograniczonych konwojów opiekuńczych.

Rozbudowane konwoje opiekuńcze

W koncepcji konwoju społecznego dużą rolę odgrywają relacje społeczne. Z tego względu w prowadzonym badaniu istotne było zidentyfikowanie osób zaangażowanych w konwój opiekuńczy oraz określenie zakresu ich zaangażowania. Na tej podstawie wyodrębnić można ograniczone konwoje opiekuńcze składające się z osoby objętej opieką i nieformalnych opiekunów (czasami tylko jednego) oraz rozbudowane konwoje opiekuńcze, których struktura jest zróżnicowana, zawsze jednak poza osobą objętą opieką i opiekunem/ami nieformalnymi uwzględnia także opiekuna/ów formalnych.

Osoby starsze najczęściej, w pierwszej kolejności wskazywały na swoich opiekunów rodzinnych jako na osoby, na które zawsze mogą liczyć. Obrazuje to silne społeczne przekonanie o roli opieki sprawowanej w nieformalnych sieciach wsparcia, które typowe jest dla hierarchicznego modelu kompensacyjnego zakładającego, że wsparcie instytucjonalne jest wtórne w stosunku do wsparcia nieformalnego. Najczęściej – w kontekście działań podejmowanych przez opiekunów – osoby starsze wymieniały: dotrzymywanie towarzystwa i pomaganie w wykonywaniu codziennych czynności, w robieniu zakupów, utrzymaniu mieszkania w czystości i porządku. Katalog czynności podejmowanych przez opiekunów nieformalnych, niebędących podstawowymi opiekunami rodzinnymi wyglądał dość podobnie.

Czynniki, które skłaniają głównych i dodatkowych opiekunów nieformalnych do świadczenia opieki i włączania się do konwoju opiekuńczego to przede wszystkim: bliskie relacje emocjonalne, wynikające z nich poczucie obowiązku, lub poczucie obowiązku będące konsekwencją zinternalizowanych norm etycznych i moralnych. Istotnym czynnikiem motywującym do angażowania się opiekunów nieformalnych w konwoje opiekuńcze jest także przekonanie o niskiej jakości wsparcia instytucjonalnego. Poniżej przedstawiono poszczególne grupy czynników motywujących do angażowania się w opiekę, które uporządkowano w zależności od częstości ich występowania w narracjach wszystkich badanych grup.

Bliskie relacje z osobą wymagającą opieki i/lub opiekunem rodzinnym

Najczęściej jako czynnik motywujący do podejmowania roli opiekuna badani wskazywali na bliską więź emocjonalną. W przypadku głównych opiekunów rodzinnych była to bliska więź z osobą wymagającą opieki, natomiast w przypadku dodatkowych opiekunów nieformalnych mogła to być bliska więź zarówno z osobą wymagającą opieki, jak i z głównym opiekunem rodzinnym. Z bliskiej więzi często wynika poczucie obowiązku, które badani potrafili nazwać, choć o swoich uczuciach i emocjach nie zawsze umieli mówić wprost.

Ja to nic, co ja tu mogę, ja uważam, że wie pani... uważam, że jako my, rodzina i tak dalej, to powinna się wspierać, tak że powinno się pomagać, jedno z drugim, a co ja tu mogę więcej... to co uważam, że pomogło czy pomoże to ja z żoną wszystko robię tak, żeby [osoba objęta opieką] była zadowolona... I myślę, że jest. Tak mi się wydaje.

M_D8_FF

Uważam, że to byłoby moim obowiązkiem, zająć się mamą. Dlatego chociażby, że... no żeby mamie zapewnić komfort na te ostatnie lata jej życia, komfort psychiczny, uczuciowy, moralny.

K_C2_OR

Jest to takie okazanie serca starszej osobie, z tego co wiem, to [opiekunka nieformalna] miała też mamę, która też dużo chorowała, też się nią opiekowała, to wychodzi z kwestii wychowania, że pomaga ludziom.

K_C5_OF

Mamy babcię blisko, możemy sobie pogadać, jak ja jestem sam, bo [imię opiekunki rodzinnej] już gdzieś ruszy coś robić, to jest do kogo otworzyć usta. Takie dość oczywiste, że osoba, która blisko z nami jest, przez wcześniejsze lata i kiedy potem się starzeje, no to wypadałoby się nią zaopiekować.

M_Bw_FF_K

Przytoczony powyżej fragment wypowiedzi pochodzi w wywiadu z mężczyzną, który w związku z realizacją kariery opiekuna rodzinnego przez bliską mu osobę zdecydował się także na podjęcie roli opiekuńczej i znajduje w niej satysfakcję. Początkowo zatem motywacja wynikała z bliskiej relacji emocjonalnej z opiekunem i zinternalizowaną normą dotyczącą transferów międzygeneracyjnych. Natomiast podczas realizacji roli opiekuńczej rozwinęła się także emocjonalna więź z osobą otrzymującą opiekę. Wskazuje to na dynamiczną strukturę konwojów opiekuńczych oraz potencjalnie złożone i wielowymiarowe motywacje innych osób zaangażowanych w opiekę. Poczucie obowiązku skłaniające do włączenia się w konwój opiekuńczy nie zawsze jednak wyrasta z osobistych relacji. Wynikać może również z szeroko pojmowanych norm etycznych lub religijnych:

Dla mnie to jest normalne, naturalne, nie wyobrażam sobie, żeby się nie opiekować. Mi się wydaje, że dla żony tak samo [...] to wynika z naszych wierzeń, z naszych zasad, które wyznajemy.

M_B6_FF

Z kolei wypowiedź przytoczona poniżej odnosi się do silnie zakorzenionych kulturowo norm etycznych, a dodatkowo podkreśla także typowe dla hierarchicznego modelu kompensacyjnego przekonanie o podstawowej roli usług opiekuńczych realizowanych przez nieformalne sieci wsparcia. Poglądy takie pojawiały się w wypowiedziach badanych ze wszystkich grup:

R – Myślę, że raczej rodzina powinna pomagać mi.

Pr – Dlaczego rodzina jest odpowiedzialna za opiekę?

R – No wszystko wiedzą o mnie, wiedzą, jak mnie pomagać, co mi pomagać, gdzie ze mną pójść na spacer, czy gdzieś... To także... Mi się wydaje, że najbardziej to dzieci by mi... dziecko by mi pomogło, bo mam tylko już jedno jedyne.

K_D2_OS

Nie, no raczej jest rodzinna [imię opiekuna rodzinnego] i, no wiedziała, że ktoś to musi zrobić. A tym bardziej, że on [osoba otrzymująca opiekę] wołał być w domu, nie? Bo on nawet nie myślał, żeby iść do, gdzieś tam do jakiejś innej instytucji, bo mówi, że nawet ptaszek może w złotej klatce też umrzeć, to woli między rodziną, między swoimi. Tym bardziej, że tyle lat mieszka tutaj, nie, mieszka, no.

M_Bw_W_FF

K D6 PS

*Z takiego poczucia człowieczeństwa, no takiego... dla mnie to jest oczywiste, że naj-
pierw są dzieci, rodzice się nimi opiekują, a potem dzieci się opiekują rodzicami.*

K C2 OR

Bo chyba lepiej, żeby rodzina została opiekunką, tak? I tak dalej, bo lepiej rodzina, niż ten, no i lepiej, żeby się, no tak mi się wydaje, lepiej jest, żeby to, żeby się ktoś z rodziny zajął niż, nie wiem, obca osoba, bo raz przyjdzie, raz nie przyjdzie, a bo to, a bo tamto[...] Bardziej się mnie wstydził, że tak powiem [...] No już teraz to już tam bierze przez pół albo ćwierć teraz, no ale, no na początku, no mnie jako tego to po prostu to się, no miał wstyd. Ja się mu nie dziwię. Tu się nie ma po prostu czego dziwić [...]

M B6 FF

Wypowiedź ta wskazuje na silne przywiązanie do hierarchicznego kompensacyjnego modelu sprawowania opieki, w którym wsparcie w pierwszej kolejności powinno być świadczone przez rodzinę i dopiero w przypadku braku możliwości zapewnienia go w strukturach nieformalnych następuje zwrot ku wsparciu formalnemu udzielanemu poza obrębem rodziny i nieformalnych sieci wsparcia.

Rzadziej wyrażanym wprost, jednak obecnym w narracjach badanych wątkiem, który pojawia się w kontekście czynników skłaniających do opieki nieformalnej i rezygnowania ze wsparcia formalnego, było głęboko zakorzenione poczucie obowiązku i obawa przed złamaniem norm nakazujących świadczenie opieki swoim bliskim:

Ale jego żona by powiedziała na przykład wiesz, przyszedł [sąsiad]i patrzył, że jakaś kobieta przyszła i że coś tam robi przy tacie na przykład. [...] I dopiero by było, że wiesz, taka młoda a ona [Respondentka mówi sama o sobie] jeszcze kogoś sobie wynajęła. Może pojechała gdzieś? Takie, co ludzie powiedzą, co powiedzą sąsiedzi?

K A4 OR

Chęć niesienia pomocy

W rozbudowanych konwojach opiekuńczych znajdowały się także osoby, które nie miały bliskich związków emocjonalnych ani poczucia obowiązku w stosunku do osoby wymagającej opieki, angażowały się jednak we wspieranie opiekunów rodzinnych ze względu na pobudki altruistyczne.

No sąsiad przychodzi, zagląda do mamy i czasami pyta się, czy czegoś jej nie potrzeba, co jakiś czas podgrzeje zupę, która była przygotowana, jest na piecyku, no i w razie potrzeby dzwoni do nas, kontaktuje. Tak że tak to wygląda.[...] to nie należy do ich ani obowiązków, to oni to robią z dobrego serca, tak że jesteśmy im wdzięczni za tą pomoc.

K_Dp_FF

Inne niż główni opiekunowie rodzinni osoby zaangażowane w opiekę często są źródłem nie tylko wsparcia w wykonywaniu czynności związanych ze świadczeniem opieki, ale także wiedzy i wzorców zachowań niezbędnych do realizacji roli opiekuna, co obrazują poniższe wypowiedzi:

No i w dużej mierze właśnie pielęgniarki mnie nauczyły robić jakichś opatrunków, czy zmieniać pampersy, czy jakieś tam oklepywanie pleców, takich rzeczy czy nawet podłączanie takiego inhalatora do nebulizacji, to już takich rzeczy nauczyłam się właśnie od pielęgniarek.

K_A1_OR

To przebieganie z tych pampersów, no bo to mówię, ja 20 lat pracuję, to ja jestem przyzwyczajona, mnie to nie przeszkadza, ale takim osobom, które nie miały styczności, to będzie przeszkadzać. I to musi jakiś czas minąć, żeby one doszły do wprawy i po prostu nie zwracały uwagi, że tak musi być, muszą przyjść, zrobić i nie ma dyskusji [...]

K_Dp_OF

Ograniczone konwoje opiekuńcze

W przypadku tych konwojów opiekuńczych, w których skład wchodziło niewielu członków i które obejmowały wyłącznie opiekunów nieformalnych i osoby otrzymujące opiekę, jako dodatkowe potencjalne źródła wsparcia opiekunowie wymieniali przede wszystkim innych członków rodziny. Wśród czynników, które identyfikowali jako przyczyny braku zaangażowania wskazanych osób, wymieniano najczęściej (zarówno z perspektywy opiekunów, osób starszych, pracowników socjalnych jak i opiekunów formalnych): dystans geograficzny, stan zdrowia, brak więzi emocjonalnej i powiązany z nim brak zainteresowania angażowaniem się w konwój opiekuńczy, obowiązki zawodowe i/lub obowiązki względem innych członków rodziny, a także niechęć osób objętych opieką/opiekunów do angażowania innych w konwój opiekuńczy. Poniżej, w kolejności oddającej częstość ich występowania w narracjach wszystkich badanych, zaprezentowano poszczególne grupy czynników ograniczające zaangażowanie dodatkowych osób w konwoje opiekuńcze.

Duży dystans geograficzny

Najczęściej pojawiającą się w wypowiedziach badanych przyczyną braku zaangażowania innych opiekunów nieformalnych w konwój opiekuńczy był dystans geograficzny. Warto podkreślić subiektywne nadawanie znaczenia odległościom, które dzieliły potencjalnych opiekunów i niesamodzielne osoby starsze wymagające opieki. W wypowiedziach respondentów wymieniane dystanse miały zarówno zasięg lokalny (w obrębie województwa), krajowy, jak i międzynarodowy.

W poniższej wypowiedzi zaznacza się nie tylko rola dystansu geograficznego dzielącego osobę wymagającą opieki z potencjalnymi dodatkowymi opiekunami nieformalnymi, ale również istotny wątek podziału władzy w obrębie konwoju opiekuńczego. To główny opiekun rodzinny wyznacza możliwe obszary działań i zakres czynności podejmowanych przez tych członków konwoju, których zaangażowanie ma charakter epizodyczny.

[...]to jest rodzina, która za daleko po prostu mieszka, nie ma takiej możliwości, żeby, na co dzień czy, jakby to powiedzieć, z większym zaangażowaniem przyjeżdżała i pomagała mojej mamie. Bo nawet, nie powiem, brat mojej mamy, jeżeli przyjedzie, też jest osobą taką, która też mamę wspomaga, wspiera czy nawet już mnie w tym momencie, jakby odciąży mnie z zakupów czy z takich rzeczy, ale to jest raczej sporadycznie, bo jak przyjedzie dwa razy do roku to jest maksimum, bo też daleko mieszka w [nazwa miejscowości]. [...] Tak samo moja siostra, jeżeli przyjedzie to jest te parę dni, założmy 2-3 dni; to też stara mi się w tych domowych sprawach pomóc, bo już nie mówię przy mamie, no bo przy mamie to czy moja siostra, czy ktoś tam z rodziny przyjedzie, to już też nie pomoże, bo też nie ma takiego rozeznania, co, jak, że tak powiem, zrobić i pomóc, nawet przy takich opatrunkach, to już na mojej głowie.

K_A1_OR

Analizując dystans geograficzny jako czynnika ograniczającego skład konwojów opiekuńczych, warto podkreślić znaczenie procesów migracyjnych, które w coraz większym stopniu wpływają na możliwości rodziny w zakresie zorganizowania opieki nieformalnej:

Nie, w tej chwili nie, bo znaczy, córka jest w Anglii, syn jest w Anglii. Ale tam pracują, na razie ich nie ma. Także dlatego żeśmy wzięli teściową, bo jesteśmy sami z żoną i...

M_B6_FF

Badacze wskazują¹³², że nasilające się procesy migracyjne będą wywierać coraz większy wpływ na procesy świadczenia opieki i w znaczący sposób będą zmieniać strukturę konwojów opiekuńczych. Równie ważnym czynnikiem wpływającym na strukturę konwojów opiekuńczych jest stan zdrowia potencjalnych opiekunów nieformalnych, który badani wskazywali jako drugi najczęściej występujący czynnik ograniczający zaangażowanie w konwój opiekuńczy.

Stan zdrowia

Stan zdrowia innych potencjalnych opiekunów w obrębie sieci nieformalnych, stanowił przyczynę braku zaangażowania, która po dystansie geograficznym wymieniana była najczęściej. W tym miejscu warto podkreślić, że w związku z przybliżonymi wcześniej procesami demograficznymi należy się spodziewać, że zarówno wiek, jak i stan zdrowia potencjalnych opiekunów może w coraz większym stopniu stanowić czynnik wyłączający osoby z konwojów opiekuńczych. Wypowiedzi badanych z wszystkich grup wskazywały, że zły stan zdrowia potencjalnych opiekunów jest wystarczającym uzasadnieniem ograniczenia zaangażowania w ramach konwoju opiekuńczego.

¹³² Krzyżowski Ł., *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice. Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013; Krzyżowski Ł., Mucha J., *Opieka społeczna w migranckich sieciach rodzinnych - polscy migranci w Islandii i ich starzy rodzice w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo” 56(1) 2012: s. 191-217.

[...] jeszcze wcześniej każda córka, każda siostra mówiła: tatuś, na starość to ja cię wezmę, tatuś ja na starość cię wezmę, a teraz? One nie mają siły, się nie nadają po prostu.

M_B8_OR

Siostra mieszka w [nazwa miejscowości], też jest schorowaną osobą, starszą ode mnie o 6 lat. Rzadko przyjeżdża do mamy.

M_D7_OR

Wydaje mi się, że gdyby moja siostra była sprawna, być może że by mi pomogła, być może nie – trudno mi powiedzieć. Ale naprawdę ona nie chodzi [...]. Była na operacji teraz na kolana.

K_D8_OR

Brak więzi emocjonalnej

W wypowiedziach badanych, które odnosiły się do braku więzi emocjonalnej między potencjalnymi opiekunami nieformalnymi, którzy pozostawali niezaangażowani w opiekę, a osobami starszymi wymagającymi wsparcia, duże znaczenie miał wątek zawieszenia normy kulturowej dotyczącej międzygeneracyjnych transferów opieki¹³³. Gdy osoby wymagające opieki postrzegane były jako te, które pierwsze złamały kontrakt społeczny, nie świadcząc należytej opieki potencjalnym opiekunom w przeszłości – w okresie ich dzieciństwa, wówczas, po usamodzielnieniu się, owi potencjalni opiekunowie nie włączali się w konwój opiekuńczy. Zjawisko to obrazuje poniższa wypowiedź:

Poza tym teściowie należeli do takich ludzi, którzy byli bardzo wygodni. U mnie na przykład, naszymi dziećmi się w ogóle nie zajmowali. Teściowa stwierdziła, że ona nie ma predyspozycji, a teść był posłusznym mężem. Nie to nie i koniec, no. I w związku z tym ja się na przykład nie dziwię wnukom, że one, jakby nawet mogły, to tego bagażu wdzięczności w sobie nie mają. Nie mają, bo nie mają, nie było kontaktu babci z wnukami, jak one były małe.

M_D2_FF

W narracjach badanych opiekunów rodzinnych z ograniczonych konwojów opiekuńczych jako czynnik ograniczający zaangażowanie w konwój innych – potencjalnych opiekunów nieformalnych pojawiał się także brak zainteresowania, chęci. Badani nie zawsze byli w stanie wskazać przyczyny wystąpienia tego czynnika, udzielając dość zdawkowych odpowiedzi:

[...] mogłyby, ale po prostu nie chcę, nie chce się im.

K_B5_OR

Ja jestem jedynym w tej chwili opiekunem. Bo żona tak, rodzeństwo się nie interesowało w ogóle. Ani nią, ani chorobą.

M_A7_OR

Badani wskazywali także na możliwy brak zainteresowania angażowaniem się w rolę opiekuna, który może wynikać z przekonania o definiowanym społecznie podziale na role męskie i kobiece, gdzie sprawowanie opieki nie jest łączone z rolami męskimi, co dobrze obrazuje poniższa wypowiedź:

¹³³ Szukalski P., *Wewnątrz rodzinne przepływy międzypokoleniowe jako kategoria analityczna*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 8.

[...] No on [brat osoby sprawującej opiekę] mówi, że on jest facetem i on... No właśnie, on jest facetem i on nie będzie się opiekował, tak?

K_A8_OR

Dystansowanie się mężczyzn do ról opiekuńczych w konwojach ograniczonych wynikać mogło także z chęci ucieczki przed obciążeniami fizycznymi i psychicznymi, jakie wiążą się z realizacją roli opiekuna. Wskazuje na to poniższa wypowiedź:

On [brat osoby sprawującej opiekę] dużo też za granicą lata po całym... W Japonii był na miesiąc na przykład, to już przez cały miesiąc nie przyjechał. On się mniej zajmuje. On ucieka, nie?

K_A4_OR

Powyższe wypowiedzi, podchodzą z dwóch różnych przypadków konwojów ograniczonych, jednak obrazują bardzo podobne sytuacje: podejmowanie roli głównego opiekuna rodzinnego przez kobietę i brak zaangażowania braci głównych opiekunek rodzinnych. W bliskich relacjach badanych łatwiej jest zidentyfikować przyczyny nieuczestniczenia potencjalnych opiekunów w konwoju opiekuńczym. Brak zainteresowania jest jednym z tych czynników, który był łatwy do zidentyfikowania także przez przedstawicieli instytucji formalnych, co obrazuje poniższa wypowiedź:

Nigdy się nie interesował ojcem także wie pan, no. W normalnych relacjach, nawet jak ktoś za granicą przebywa, to zadzwoni i zapyta, tak? Tak to się odbywa. Natomiast tutaj nie.

K_C6_PS

Obowiązki zawodowe

Kolejną grupą czynników wskazywaną przez badanych jako ograniczające zaangażowanie w konwoj opiekuńczy są inne obowiązki potencjalnych opiekunów rodzinnych. Kategoria ta obejmuje różne zobowiązania, które zostały pogrupowane na zobowiązania dotyczące kariery zawodowej oraz dotyczące kariery rodzicielskiej.

Obowiązki zawodowe wymieniane były najczęściej w połączeniu z obowiązkami rodzinnymi oraz dystansem geograficznym.

[...] tu dwie osoby nie są potrzebne, tak. A on by musiał zrezygnować z pracy znowu. Bo to on mieszka [nazwa miejsca], no to. Prowadzi sklep jeszcze to, taki mały, no to tam siedzi, kurde, no tam od 5-tej do 6-tej na wieczór siedzi. No od 5-tej rano do 6-tej na wieczór, nie. No to.

M_A5_OR

W wypowiedziach badanych niepodejmujących aktywności zawodowej często można było odnaleźć usprawiedliwienia dla osób niezaangażowanych w konwoje opiekuńcze właśnie ze względu na to, że znajdowały się one w wieku aktywności ekonomicznej.

Tak, syn pracuje, córka pracuje, także ja muszę sama, no bo co.

K_BW_OR_B

Obowiązki rodzinne

Opiekunowie rodziny, którzy nie podejmowali aktywności zawodowej ani nie angażowali się lub angażowali się w bardzo ograniczonym zakresie w role rodzicielskie, przedstawiali charakterystyczną narrację dotyczącą niezaangażowania potencjalnych opiekunów rodzinnych, którzy angażowali się w karierę zawodową i rodzinną w większym zakresie. W ich wypowiedziach zaznaczała się akceptacja i zrozumienie dla braku zaangażowania w konwój opiekuńczy.

I dom i żona, dwie córeczki, także on uważa się za rozgrzeszonego na pewno, jeszcze szczególnie, że ma mnie.[...] on też jeździ, teraz nawet gorzej, bo po Polsce za czymś tam jeździ, tak ci młodzi mają pracę i będzie miał na dniach drugie dzieciątko, drugiego synka, więc też, w tym momencie go rozgrzeszam, znowu.

K_D2_OR

[...] bo wie pani, jest co innego, pani [imię opiekuna rodzinnego] jest samotną osobą, więc może ma więcej trochę czasu poświęcić mamie, bo jak ktoś ma rodzinę to wiadomo, rodzina, mąż, dzieci, to trzeba ogarnąć, a pani [imię opiekuna rodzinnego], no... jest samotna, więc ma większy taki czas dla mamy, tak z tego co ja widzę.

K_C2_OF

W przytoczonych wypowiedziach ujawnia się także hierarchiczność, która dotyczy sprawowania opieki. Osoby, które nie są zaangażowane w konwoje opiekuńcze osób starszych są zaangażowane w role rodzicielskie lub role opiekuńcze w stosunku do współmałżonków, co wskazywać mogłoby na większe znaczenie nadawane rolem podejmowanym w rodzinie prokreacji niż w rodzinie pochodzenia, co najlepiej oddaje poniższa wypowiedź:

[...] siostra była w małżeństwie, wiadomo mieszkała z mężem, no na mnie spadł obowiązek przejścia do mamy i pomoc mamie.

K_A1_OR

Niechęć osób objętych opieką/opiekunów do angażowania innych w konwój opiekuńczy

Opiekunowie i osoby starsze rzadko wskazywały na potrzebę zaangażowania w pomoc osób niespokrewnionych lub przedstawicieli instytucji. W sporadycznych sytuacjach, gdy sygnalizowana była potrzeba włączenia w konwój osób niespokrewnionych, wskazywani byli lekarze i pracownicy pomocy społecznej. Opisana prawidłowość sygnalizuje zinternalizowanie norm wyznaczających wiodącą rolę opieki realizowanej w nieformalnych sieciach wsparcia. Przystosowanie wspomnianych norm implikuje przekonanie, że potrzeby związane ze świadczeniem opieki powinna w pierwszej kolejności zaspokajać najbliższa rodzina:

W moim wieku nie wszystkie osoby się do tego nadają, młodsze osoby się uczą lub pracują. Bliskiej rodziny nie mam, tylko wśród znajomych. Ale „nie daj Boże” ktoś złapie mamę i uszkodzi kręgosłup.

K_C4_OR

Powyższa wypowiedź obrazuje proces poszukiwania sieci wsparcia zgodny z założeniami hierarchicznego kompensacyjnego modelu. Badana, poszukując możliwych form wsparcia, myśli w pierwszej kolejności o rodzinie, następnie o znajomych, nie wskazując zupełnie na wsparcie formalne. W kolejnej wypowiedzi można zauważyć także występujący często wątek braku zaufania w stosunku do opieki sprawowanej przez osoby spoza nieformalnej sieci wsparcia:

Ale boi się mama pomocy innej [spoza rodziny] osoby. Że sobie ta druga osoba nie da rady. My mamy już wyćwiczone jakieś swoje mechanizmy, czynności, jak wstajemy, jak siadamy, jak się przesuwamy, przekręcamy, cokolwiek. I jeżeli to by miała zrobić inna osoba, mama by była wtedy totalnie spięta i by nic z tego nie wyszło.

K_A6_OR

Z wypowiedzi badanych wskazujących na potrzebę zaangażowania dodatkowych osób w konwój opiekuńczy można wyodrębnić te działania, które w ich opinii mogłyby (lub powinny) być podejmowane przez te dodatkowe osoby:

- bieżąca pomoc w codziennych sprawach,
- przygotowanie i podanie posiłku,
- zapewnienie transportu,
- spotkania towarzyskie,
- profesjonalna opieka (rehabilitacja, terapia zajęciowa),
- wsparcie finansowe.

Warto w tym miejscu podkreślić, że wskazania dotyczyły zarówno osób spokrewnionych (wszystkie działania z wyjątkiem profesjonalnej opieki) jak i niespokrewnionych (wszystkie z powyżej wymienionych działań).

Zakres zmęczenia fizycznego i psychicznego

Rodzaj obciążeń fizycznych i psychicznych, jakim poddani są opiekunowie różni się przede wszystkim w zależności od czasu sprawowania opieki i rodzaju wykonywanych czynności. Bardzo ważnym czynnikiem różnicującym poziom deklarowanego zmęczenia fizycznego i psychicznego jest także struktura konwoju opiekuńczego i stan zdrowia głównego opiekuna rodzinnego. Największy zakres zmęczenia fizycznego i psychicznego deklarowali opiekunowie w ograniczonych konwojach opiekuńczych, którzy sprawowali opiekę w okresie 2 – 5 lat, co obrazują poniższe wypowiedzi:

Psychicznie to jest wszystko trudne. No niestety. Bo to jak Pan z domu wyjdzie, tak jak teraz w piecu się pali, no to już jest strach. A jak się przewróci, nie daj Boże, kurde, się zamknie [...] Nie to, że siła. Tutaj siła to nic nie gra do rzeczy. To psychicznie. Tak jak, no nie wiem, no niektórzy może, no są ludzie, którzy, nie przeszkadza im to, tak. Bo ja musiałem się przyzwyczaić na przykład wynosić, no kupy, nie, mocz. No to niestety, no to ładnie nie pachnie, nie. I to jak człowiek spojrzy, no to raczej, kurde, próbowałem nie patrzeć, no ale to nie da rady się nie patrzeć i tego, nie. Bo to trzeba i później umyć i wszystko. No to musiałem przywyknąć, oj to ciężko było.

M_A3_OR

Ja jestem bardzo zmęczony proszę Pani. A przecież ja też jestem chory proszę Pani. Ja po radioterapii. Ja w ogóle się nie powinienem... Mój lekarz onkolog powiedział tak, proszę Pana, niech Pan to wszystko zostawi. Panu nie wolno się opiekować tymi ludźmi. Ja mówię, Panie doktorze, co Pan mówi?

M_A7_OR

[...] żebym kota nie dostał to muszę tak zrobić, że muszę go oddać do hospicjum, bo nie ma kto pomóc. W koło wszystko chore[...]

M_B8_OR

Warto zwrócić uwagę, że powyższe cytaty dotyczące obciążeń psychicznych pochodzą z wywiadów z mężczyznami. To właśnie opiekunom było łatwiej mówić wprost o kosztach psychicznych, jakie wiążą się z realizacją ról opiekuńczych. Kobiety nie zawsze chętnie ujawniały napięcia i sytuacje konfliktowe, do których dochodziło między nimi i osobami otrzymującymi opiekę. Dopiero w relacjach osób bliskich pojawiały się wątki wskazujące na istniejące napięcia, co dobrze oddaje poniższa wypowiedź:

[...] no, bo wiadomo jak się mama różnie zachowa, nawet jak wczoraj, to wiadomo tu się ktoś stara, serce daje, no a ten ktoś odburknie opryskliwy, coś, no, ale też, no niby ma prawo ten człowiek do swoich emocji, tylko coś tam, no trudna jest ta opieka, bo to mama czasem nie jest taką wdzięczną staruszką. Języczek to ona ma, to jeszcze pokłócić to się dobrze potrafi, czy tam coś, czy tam właśnie jak siostra przyjdzie żony, to się tam, tamta siostra pewnie coś wyciągnie, jak zacznie mamę krytykować, to mama oczywiście wet za wet, no koloryt jest, oczywiście.

M_B2_FF

Może to świadczyć, z jednej strony, o powszechnie występującym w badaniach społecznych problemie dostosowywania odpowiedzi badanego do zakładanych przez niego oczekiwań osoby prowadzącej wywiad. W związku z sygnalizowaną wcześniej, silnie kulturowo zakorzenioną normą dotyczącą sprawowania opieki przez kobiety¹³⁴, temat niechęci do pewnych aspektów tej roli mógł być dla kobiet wrażliwy.

Badani, którzy deklarowali niższy poziom zmęczenia psychicznego realizowaniem opieki, wskazywali na duże znaczenie i efektywność wsparcia emocjonalnego i funkcjonalnego (związane z wykonywaniem różnych czynności) jakiego dostarczali im inni członkowie konwojów opiekuńczych:

Pr – A jak sobie panie radzi w takich momentach, kiedy dopadnie pani takie zmęczenie? Taka niemoc?

R – Nie wiem. Wspieramy się razem wspólnie i już.

K_D6_OR

To [świadczenie opieki przez żonę Badanego] wpływa na was?

To znaczy nie, nie, bo my jesteśmy życia nauczeni, wie pani i czym jest gorzej tym bardziej się wspieramy, tak powiem.

M_D8_FF

Zaraz dostałam opiekunkę, panią [imię opiekuna formalnego] – wspaniałą osobę. Powiem pani, że traktuję ją jak członka rodziny, zawsze mogę na nią liczyć, zawsze. Także [opiekun formalny] przejęła część obowiązków, bo ja pracuję [...]

K_D8_OR

W przypadku odczuwanego przez opiekunów rodzinnych zmęczenia, struktura konwoju nie działała jako czynnik mediujący. Kluczowy był stan zdrowia opiekuna rodzinnego i osoby objętej opieką, a także czas sprawowania opieki. Należy zwrócić uwagę na to, że osoby dłużej sprawujące opiekę łatwiej nazywają swoje wyczerpanie i konflikty z osobą, którą się opiekują, podczas gdy osoby dopiero podejmujące opiekę albo nie uświadamiają sobie skali obciążeń, albo

¹³⁴ Titkow A., Duch-Krzyszczak D., Budrowska B., *Nieodpłatna praca kobiet: mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2004.

bagatelizują ten rodzaj kosztów. Poniższa wypowiedź – kobiety zaangażowanej w karierę opiekunką od kilku miesięcy, obrazuje taką postawę:

Pr – A jesteś zmęczona?

R – Nie. Jakoś...

Pr – Ani fizycznie, ani psychicznie?

R – Jakoś na razie chwilowo nie. Nie jestem tak. Może dlatego że jeszcze mama funkcjonuje, nie jest z nią aż tak źle, żeby nie można było z nią porozmawiać. Rozluźnić się czasami. To, na razie, dzięki Bogu nie. Że na przykład, tak jak mówię, jak mąż tam przyjdzie z pracy i mogę gdzieś iść. No jestem szczęśliwa, bo odpocznę trochę, bo się wyrwę z tego domu, tak?

K_B4_OR

Bagatelizowanie kosztów świadczenia opieki zdarza się także opiekunom z dłuższym stażem, co dobrze obrazuje poniższa wypowiedź – opiekuna sprawującego opiekę od ponad 4,5 roku:

Pr – Nie czuje się Pan zmęczony z tego powodu?

R – Nie... Absolutnie...

Pr – Obciążony psychicznie czy fizycznie?

R – Absolutnie

M_D7_OR

W większości przypadków, w których kobiety podejmowały się opieki nad osobami nie-sprawnymi, istotną kwestią było zmęczenie fizyczne, wiążące się z koniecznością asysty w czynnościach wymagających siły, na przykład związanych ze zmianą pozycji ciała podopiecznego. Równie dużym wyzwaniem były kwestie dotyczące przemęczenia organizmu, wynikające z wyraźnie zmniejszonej liczby godzin snu.

Właściwie jedno i drugie, bo fizyczne tak, ponieważ jak mówię te noce nieprzespane powodują to, że no jednak w pewnym momencie organizm no już jest zwyczajnie zmęczony fizycznie, niewyspana, dźwigająca, bo no tutaj szczególnie jeśli chodzi o mamę każda czynność wiąże się z wysiłkiem fizycznym, więc to zmęczenie właściwie takie notoryczne i niewyspanie notoryczne. Psychicznie natomiast chyba z tytułu takiej odpowiedzialności dużej, bo wiem, że jak czegoś nie dopilnuję to może nie tyle zrobię krzywdę, ale no zadzieje się coś, co później będzie wymagało podwójnego zaangażowania, żeby wyjść z danej sytuacji.

K_BW_OR_T

Psychicznie ona zmęczona, no bo takie napady ciągłe[...]. Fizycznie ona tak, bardzo zmęczona też. Psychicznie ona zmęczona może, że niewyspana.

K_C1_OF

Kolejnym wątkiem, który podnoszony jest już od dawna w badaniach dotyczących opiekunów osób starszych¹³⁵ i równie wyraźnie zarysował się w niniejszym badaniu, jest zaniedbywanie przez opiekunów ich własnych potrzeb:

¹³⁵ Zarit S.H., Reeve K.E., Bach-Peterson J., *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. Gerontologist 20/1980: s. 649-655; Ong H.L. i in., *Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support*, „BMC Psychiatry” 2018, t. 18, nr 1.

Tak byłam przyzwyczajona do niej, do jej leków, do jej życia, że gdzieś tam się zgubiło moje w międzyczasie.

K_D8_OR

Zaniedbywanie własnych potrzeb wydaje się szczególnie niebezpieczne w sytuacji, kiedy są one związane z ochroną zdrowia opiekuna.

Proszę Panią, ja nie mam czasu na to powiem Pani prawdę. Ja nie mam czasu złożyć sobie wniosku proszę Panią do sanatorium, żeby pojechać. No bo proszę Panią, jak pojedę na te 28 dni. Proszę Panią, mnie się należy po radioterapii, bo to szpitalne było proszę Pani. Bo ja miałem 27 jednostek proszę Pani. Przez 27 dni. Ja proszę Panią organizm miałem tak wyniszczony proszę Panią.

M_A7_OR

Przytoczone dane wskazują na zróżnicowanie doświadczeń opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych. Sytuacja opiekunów rodzinnych różni się w zależności od tego, jaki jest stan zdrowia osoby objętej opieką, jakie czynności związane ze świadczeniem opieki są realizowane przez opiekunów rodzinnych (począwszy od wsparcia związanego z zapewnieniem posiłków i leków, na czynnościach higienicznych kończąc) i jakie znaczenia opiekunowie rodinni nadają sytuacji, w której się znaleźli. To wewnętrzne zróżnicowanie zbiorowości opiekunów i struktur konwojów opiekuńczych powinno przekładać się na projektowanie takich sposobów wsparcia, które będą w stanie odpowiedzieć na zróżnicowane potrzeby tej heterogenicznej zbiorowości. Z tego względu szczególnie istotna wydaje się diagnoza potrzeb nie tylko niesamodzielnej osoby starszej, ale także całego konwoju opiekuńczego, którego jest częścią. Analizując doświadczenia opiekunów rodzinnych wynikające z zakresu obciążenia opieką, należy zwrócić uwagę na zróżnicowanie ich odczuwania w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu zdrowia. Kobiety częściej wskazywały na zmęczenie fizyczne związane w wykonywaniem czynności wymagających siły i wynikające z braku snu. Miejsce zamieszkania może wpływać na poziom zmęczenia – zwiększając go przez konieczność uwzględnienia uciążliwości dojazdów w przypadku opiekunów zamieszkujących w oddaleniu od osób objętych opieką. W przypadku wspólnego zamieszkiwania poziom zmęczenia może być również odczuwany jako większy w związku z poczuciem ciągłego pozostawania w roli opiekuńczej. Zaprezentowane powyżej dane wskazują, że badani (ze wszystkich grup) w nadawaniu znaczeń świadczeniu opieki wykorzystują obecne w polskim kontekście kulturowym normy dotyczące definicji tradycyjnych ról męskich i kobiecych oraz regulujące międzygeneracyjne transfery opieki. Duże znaczenie nadają również zasadom hierarchicznego kompensacyjnego modelu opieki. Badani w ograniczonych konwojach opiekuńczych podkreślali znaczenie, jakie w sprawowaniu opieki ma poczucie obowiązku i bliska więź emocjonalna z osobą objętą opieką. Z drugiej strony zwracali także uwagę na niechęć do angażowania osób niespokrewnionych, „obcych”, bez związków z osobą objętą opieką, ze względu na przekonanie, że najlepsze wsparcie może zapewnić najbliższa rodzina.

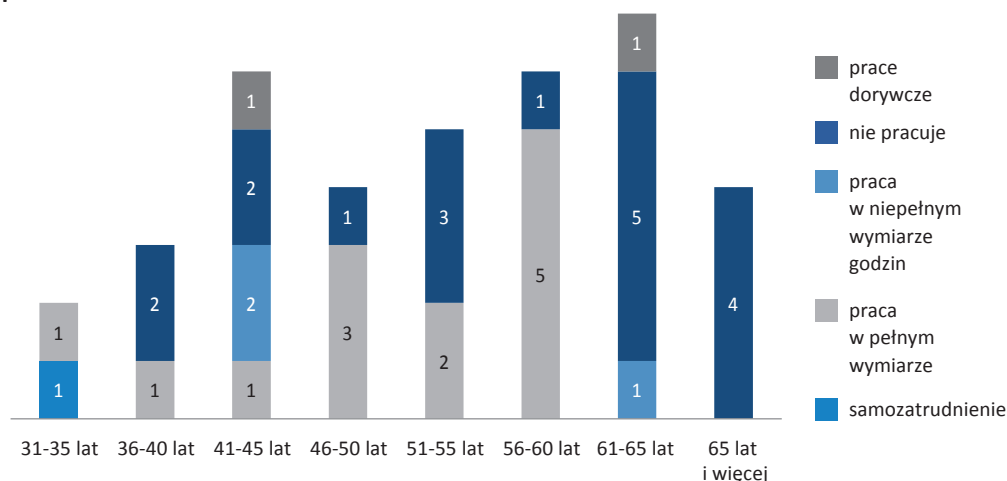
Potrzeby związane z możliwością łączenia kariery opiekuna z karierą zawodową

W Polsce odsetek osób, które jednocześnie podejmują zatrudnienie i świadczą opiekę nad bliskimi osobami starszymi, jest wyższy niż w innych krajach europejskich¹³⁶. Zachodzące procesy demograficzne pozwalają przypuszczać, że w związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zapotrzebowanie w obszarze opieki nad osobami starszymi będzie wzrastać. Tendencje do wydłużania aktywności zawodowej pozwalają z kolei przypuszczać, że w przypadku braku systemowych rozwiązań instytucjonalnych, opiekunowie rodzinni będą łączyć karierę zawodową z karierą opiekuna. Z tego względu szczególnie istotne staje się poddanie analizie strategii przyjmowanych przez badanych opiekunów rodzinnych, łączących życie zawodowe ze sprawowaniem opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia. Na początku opisano wpływ świadczenia opieki na życie zawodowe opiekunów rodzinnych. Następnie wyodrębniono czynniki ułatwiające i utrudniające zatrudnienie opiekunów rodzinnych. W kolejnej części odtworzono charakterystyki idealnego miejsca i stanowiska pracy z perspektywy opiekunów rodzinnych osób starszych. W ostatniej części przytoczono zidentyfikowane w relacjach badanych istniejące i potencjalne usługi społeczne umożliwiające mniej konfliktowe współwystępowanie ról pracownika i opiekuna rodzinnego.

Wpływ świadczenia opieki na życie zawodowe

W zrealizowanym badaniu większość opiekunów nie podejmowała pracy zawodowej w pełnym wymiarze zatrudnienia. Warto w tym miejscu podkreślić, że często osoby niepracujące pobierały świadczenia emerytalne lub rentowe. W przypadku osób podejmujących zatrudnienie (19 osób) najczęściej (13 osób) była to praca etatowa w pełnym wymiarze godzin. W badanej grupie opiekunów rodzinnych zatrudnienia w żadnej formie nie podejmowało 18 osób (8 mieszkało w Łodzi, 2 w miastach liczących powyżej 40 tysięcy mieszkańców a po 4 na wsiach i w miastach liczących poniżej 40 tysięcy mieszkańców).

Wykres 24. Sytuacja zawodowa opiekunów rodzinnych osób starszych w poszczególnych grupach wieku

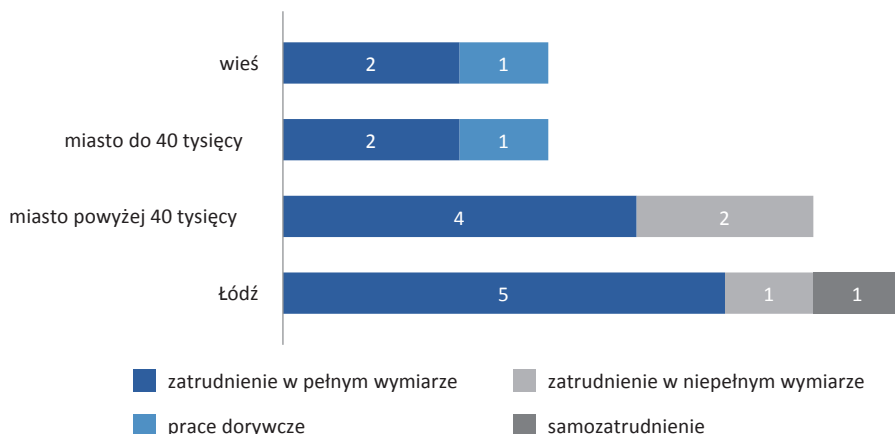


Źródło: opracowanie własne, N=37.

¹³⁶ Lamura G., Döhner H., Kofahl Ch. (red.), *Supporting Family Carers of Older People in Europe – The Pan-European Background Report*, 2008

Wśród opiekunów łączących karierę zawodową z karierą opiekuna rodzinnego 7 opiekunów mieszkało w Łodzi, 6 w miastach liczących powyżej 40 tysięcy mieszkańców, 3 w miastach liczących poniżej 40 tysięcy mieszkańców, a 3 na terenach wiejskich.

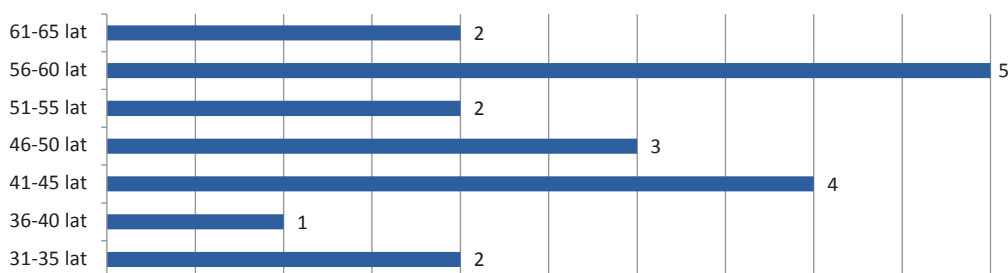
Wykres 25. Miejsce zamieszkania i sposoby zarobkowania opiekunów łączących sprawowanie opieki z karierą zawodową



Źródło: opracowanie własne, N=19.

Warto zwrócić uwagę na wiek respondentów łączących karierę opiekuna z życiem zawodowym. W badanej populacji opiekunów łączących karierę zawodową ze sprawowaniem opieki było najwięcej w przedziale wieku 56-60 lat, a najmniej w grupie wiekowej 36-40 lat.

Wykres 26. Liczba opiekunów łączących sprawowanie opieki z karierą zawodową w poszczególnych grupach wieku



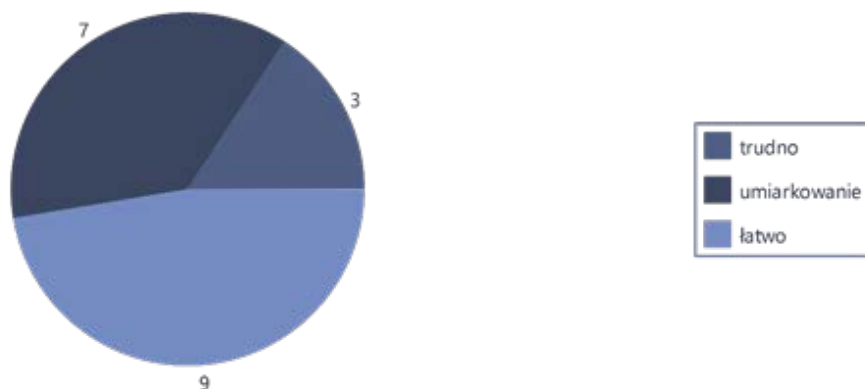
Źródło: opracowanie własne, N=19.

Wszyscy badani w najmłodszej grupie wieku łączyli karierę zawodową ze sprawowaniem opieki, podczas gdy w grupie opiekunów w wieku powyżej 65 lat nikt nie podejmował zatrudnienia. Pięciu z sześciu badanych opiekunów w wieku 56-60 lat łączyło sprawowanie opieki z pracą zawodową. Pokrywa się to z wynikami badań EUROFAMCARE, według których w Polsce

najczęściej opiekunami osób starszych są kobiety w wieku od 50 do 69 lat, zajmujące się rodzicami lub teściami¹³⁷.

Osoby łączące karierę opiekuna rodzinnego z karierą zawodową deklarowały w badaniu, że nie nastęrcza im to zbyt wielu trudności. Można zatem przypuszczać, że w sytuacji, kiedy łączenie kariery opiekuńczej z karierą zawodową jest trudne, któraś z nich nie jest podejmowana.

Wykres 27. Ocena łatwości wiązania pracy zawodowej ze świadczeniem opieki osobie starszej w ocenie badanych podejmujących zatrudnienie



Źródło: opracowanie własne, N=19.

Analizując wypowiedzi tych opiekunów, którzy deklarowali, że łączenie kariery zawodowej ze sprawowaniem opieki przychodzi im łatwo, można wskazać, że w tej grupie:

- znalazło się 7 mężczyzn i 2 kobiety;
- 6 osób sprawowało opiekę od 2 do 5 lat, a 3 osoby sprawowały opiekę od 6 do 10 lat;
- 4 osoby świadczyły opiekę w łodzi, 4 w mieście liczącym powyżej 40 tysięcy mieszkańców, a jedna osoba na obszarach wiejskich;
- 6 osób mieszkało wspólnie z osobą wymagającą opieki, a 3 mieszkały osobno;
- 4 osoby podejmowały pracę etatową w pełnym wymiarze godzin, 3 osoby podejmowały zatrudnienie w niepełnym wymiarze, 1 osoba była samozatrudniona, a 1 podejmowała prace dorywcze.

Badani łączący karierę zawodową z karierą opiekuna rodzinnego wskazywali na różne czynniki wynikające z charakterystyk konwojów, ułatwiające im łączenie tych dwóch karier. W przypadku konwojów ograniczonych najczęściej wskazywano na elastyczny czas pracy:

No to będę pracował tak pół godziny dłużej, okay? Okay. Także teraz wiadomo, że jestem, prawnie wychodzę o godzinie 10, wychodzę ze spółdzielni, przychodzę do mamy, wracam. Mam na to pół godziny.

M_A3_OR

¹³⁷ Perek-Białas J., *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, [w:] Raciaw M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 64.

[...] to mi to ułatwia, dlatego że ja nie mam pracy od godziny 7 do godziny 15 czy 16 [...] za zgodą dyrekcji, ja mogłam sobie zrobić w tej sytuacji takie trochę krótsze, troszkę te dni niektóre.

K_A2_OR

R – Jak tam się źle poczuje, słabiej jej, czy coś, to wtedy zadzwoni.

Pr – I możesz wtedy wyjść z pracy?

R – Mogę. Mam taką możliwość, więc wychodzę.

K_A8_OR

W przypadku konwojów rozbudowanych wskazywano na podział obowiązków w obrębie konwoju, który ułatwiał łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuna rodzinnego:

Bo jeszcze może [dodatkowy opiekun nieformalny 1] na tyle sobie przy tym wzroku słabym, pójdzie do sklepu i robi te zakupy. Dostanie listę co ma kupić, dostanie pieniądze od mamusi, która je trzyma. I idzie na zakupy, tak? Także no na takiej zasadzie to jest. [...]

Także dobrze, że jeszcze jest [dodatkowy opiekun nieformalny 2], który pomaga, starszy syn, który pomaga. Więc ile potrzebują, że tak powiem, oni tej pomocy tyle dostają. [...]

[...] miałam możliwość załatwić jej pomoc [opiekuna formalnego], no to oczywiście dlatego z tego nie skorzystać. Po to są te organizacje, żeby pomagały.

K_D4_OR

Badani, bez względu na swoją sytuację zawodową, proszeni byli o ocenę możliwości łączenia pracy zawodowej z realizacją kariery opiekuna rodzinnego starszych osób niesamodzielnych. W zdecydowanej większości dominowały wypowiedzi podkreślające trudności wynikające z podziału czasu między dwiema karierami:

To znaczy, zawsze musi być druga osoba, która będzie się opiekować tą osobą, bo przecież pracując, osoba przebywa poza domem kilkanaście godzin, trzeba dać posiłki, trzeba przebrać, ktoś powinien zajrzeć, czy się nic nie dzieje z taką osobą, no to jedna osoba, która pracuje zawodowo i opiekuje się osobą leżącą, całkowicie niepełnosprawną, to są małe szanse, żeby to funkcjonowało tak jak należy.

K_C3_OR (nie podejmuje aktywności zawodowej)

To jest, opieka nad osobami starszymi to jest praca zawodowa. Więc tu jeszcze wracając do tej poprzedniej odpowiedzi, ja łączę to, ale mam cały czas oczywiście wrażenie jak bym pracowała na dwa etaty. I to łączy się z kolei z tym, że czuję takie ciągłe zmęczenie. Bo jak się pracuje na dwa etaty to jest się zwyczajnie zmęczonym. Na razie funkcjonuję pół roku w takim wydaniu. Ja nie wiem jak długo mój organizm jeszcze będzie w stanie oczywiście łączyć te dwa etaty ze sobą. A komfortową sytuacją, i wręcz powinno tak być, aby taką opiekę sprawowała osoba, która nie pracuje. Dlatego właśnie te moje starania i wysiłki nad znalezieniem kogoś, kto by zamieszkał z rodzicami i się nimi opiekował. Nie wiąże się to wcale z tym, z takim nie wiem, jakimś poczuciem zrzucenia opieki na kogoś innego, bo nie wyobrażam sobie, żebym każdego dnia nie weszła tutaj do rodziców po pracy, tak jak to robiłam przez kilka lat wcześniej, pomimo późnej godziny zakończenia pracy, to ja i tak zawsze po pracy wieczorem u rodziców byłam i mówię, teraz takie znalezienie osoby, która by się zajmowała tylko i wyłącznie moimi rodzicami byłoby

komfortowym rozwiązaniem. No ale zwyczajnie nie znalazłam takiej osoby w związku z tym dzielimy się tymi obowiązkami. Ale jak mówię, tak naprawdę to dwa etaty to są.

K_Bw_OR_T (pracuje w pełnym wymiarze godzin)

Trudność w łączeniu kariery zawodowej ze sprawowaniem opieki jest niejednokrotnie przyczyną do rozbudowania konwoju opiekunów o przedstawicieli instytucji formalnych, co dobrze obrazuje poniższa wypowiedź:

Później jej stan zdrowia się pogorszył i rodzina się zgłosiła, ponieważ oni pracują, nie są w stanie zapewnić tej opieki, są jeszcze młodymi ludźmi, nie są w stanie całkowicie zabezpieczyć potrzeb pani [imię]. Jej stan zdrowia się bardzo pogarszał na tyle, że ona po prostu potrafiła wyjść, straciła pamięć. Finalnie musieli ją zamykać w domu, drzwi zamykać, furtkę zamykać, nie mogli jej zostawić na tyle godzin od 8 do 13 jak dzieci przyszły ze szkoły, aby ona mogła być sama.

K_D6_PS

Niepracujący badani w odpowiedzi na pytanie dotyczące potrzeb i chęci w zakresie łączenia pracy zawodowej z karierą opiekuna rodzinnego najczęściej nie byli zainteresowani podejmowaniem pracy zawodowej. Wynika to przede wszystkim z wysiłku związanego ze świadczeniem opieki oraz wieku opiekunów. W przypadku starszych opiekunów, którzy pracowali, często pojawiały się deklaracje, że praca jest dla nich wysiłkiem i z niecierpliwością wyczekiwali na emeryturę, na przykład:

[...] a jestem przed emeryturą mam 58 lat, więc już niedługo [...], wie pan, nie było pracy, tamtą pracę straciłam w domu się robiło, później dostałam tą pracę do emerytury dotrwam, jak „Bozia da zdrowie” to jeszcze się dorobię. Myślę, że tak będzie.

K_C5_OR

Oj, do emerytury to jeszcze... nie wiem czy dożyję. Tak, nie wiem, bo to wszystko... ten stres... nie jest to dobre, nie jest. Leczę się na nadciśnienie, mam wysokie ciśnienie, cały czas jestem na lekach. Wiadomo, po pięćdziesiątce to już nie ma tak, że człowiek jest idealnie zdrowy.

K_D8_OR

Pr – Czy miałyby jeszcze pani potrzebę pracować zawodowo?

R – Nie, dlatego że za dużo tej opieki [...]. Nie, nie mam takiej potrzeby. Za dużo.

K_D2_OR

Warto zwrócić uwagę, że w niektórych sytuacjach badani wyrażali opinie o chęci/potrzebie podejmowania aktywności zawodowej w związku z dużymi kosztami finansowymi, jakie wiążą się z realizowaniem kariery opiekuna rodzinnego.

Nie widzę możliwości, żebym siedziała i nic nie robiła pod względem zarabiania jakichkolwiek pieniędzy, bo byśmy po prostu nie dali rady, szczególnie teraz, kiedy jeszcze te potrzeby [związane z opieką] są dużo większe.

K_B3_OR

Z drugiej strony, można wskazać także na motywacje dotyczące rezygnacji z pracy zawodowej ze względu na otrzymywane świadczenia związane z realizacją kariery opiekuna rodzinnego, co obrazuje poniższa wypowiedź:

R – Jak miałam przez opiekę płacone pieniądze, ja nie mogłam [pracować], bo od razu padło pytanie, jak ja pójdę do pracy, kto się zajmie ojcem, więc, no nie szukałam, no dla..., to było 500 tam, żebym Pana nie skłamała, 520 czy 530 złotych.

Pr – Miesięcznie?

R – Tak, ale to był tam jakiś pewny, stały dochód, że ten dzień przyjdzie i są te pieniądze, tak, nieważne, co ja robiłam u rodziców i jak ja robiłam, oni se przychodzili, tylko sprawdzali, czy moja praca jest wykonana.

K_B5_OR

Przytoczone wypowiedzi uczestników badania wskazują, że łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuna rodzinnego osoby starszej nastroczać może wielu trudności, jednak nie zawsze musi powodować rezygnację z kariery zawodowej. W kolejnej części przedstawiono te czynniki, które w opinii badanych ułatwiają i utrudniają łączenie kariery zawodowej ze sprawowaniem opieki nad starszą osobą.

Czynniki ułatwiające i utrudniające zatrudnienie

Na podstawie analizy zgromadzonych wypowiedzi opiekunów rodzinnych starszych osób niesamodzielnych, opiekunów formalnych i pracowników socjalnych, można dokonać podziału wymienianych przez wszystkie wskazane grupy czynników – ułatwiających i utrudniających łączenie kariery opiekuna rodzinnego osób starszych z karierą zawodową – na wewnętrzne i zewnętrzne w stosunku do konwoju opiekuńczego (czy samego opiekuna) Ich przegląd zaprezentowano w tabeli 13.

Tabela 13. Czynniki wymieniane przez Badanych jako ułatwiające i utrudniające podjęcie/kontynuację zatrudnienia przez opiekunów osób starszych

czynniki:	Ułatwiające zatrudnienie	Utrudniające zatrudnienie
wewnętrzne	- wysoki poziom kompetencji i umiejętności zawodowych pracownika – opiekuna - rozbudowany konwój opiekuńczy - możliwość sfinansowania opieki prywatnej dla osoby wymagającej opieki podczas wykonywania pracy przez pracownika-opiekuna - niski poziom obciążenia opieką (dobry stan zdrowia osoby objętej opieką) - młodszy wiek pracownika – opiekuna (grupa młodych opiekunów to osoby w wieku mobilnym, którym na rynku pracy jest stosunkowo najłatwiej znaleźć zatrudnienie) - dobry stan zdrowia pracownika – opiekuna - gotowość do podjęcia pracy na własny rachunek	- niski poziom kompetencji i umiejętności zawodowych pracownika – opiekuna - ograniczony konwój opiekuńczy - brak możliwości zapewnienia prywatnych usług opiekuńczych dla osoby wymagającej opieki podczas wykonywania pracy przez pracownika-opiekuna - wysoki poziom obciążenia opieką (duże zapotrzebowanie na opiekę podopiecznego) - starszy wiek pracownika – opiekuna - zły stan zdrowia pracownika – opiekuna - brak gotowości do podjęcia pracy na własny rachunek - brak chęci do zmiany kwalifikacji - niska motywacja do pracy pracownika – opiekuna

wewnętrzne	▪ gotowość do zmiany kwalifikacji ▪ wysoka motywacja do pracy pracownika – opiekuna ▪ posiadanie samochodu	
zewnętrzne	▪ chłonny rynek pracy ▪ zamieszkiwanie w dużym mieście ▪ otwarta/wspierająca postawa pracodawcy w stosunku do pracowników sprawujących opiekę	▪ ograniczony rynek pracy ▪ zamieszkiwanie w małej miejscowości ▪ uwarunkowania prawne (specjalny zasiłek opiekuńczy przysługujący opiekunom, którzy nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej albo rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej) ▪ uprzedzenia pracodawcy w stosunku do pracowników sprawujących opiekę

Źródło: opracowanie własne.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że nie zidentyfikowano zależności między poszczególnymi typami konwojów a wymienianymi rodzajami czynników ułatwiających i utrudniających podejmowanie/ kontynuację zatrudnienia przez opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych. Wśród czynników ułatwiających łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuna rodzinnego w opinii opiekunów największe znaczenie mają: wysoki poziom motywacji jednostkowych opiekuna (osoba ma chęci i niezbędne zasoby do łączenia kariery zawodowej i opiekuńczej) oraz wspierające środowisko pracy, co obrazują poniższe wypowiedzi:

Jakoś sobie radzę, jestem szybka, jak nie pracuję to nie pracuję, ale jak już się wezmę za coś i uprę, to ja to muszę zrobić i radzę sobie z tym wszystkim.

K_C5_OR

Mi się wydaje, że raczej tak. Jeżeli tylko po prostu będzie jakaś większa chęć osoby, która się opiekuje chorą i mi się wydaje troszeczkę może z jakiejś większej chęci pomocy osoby chorej, osobie sprawnej to mi się wydaje, że jest to możliwe. Może, tak jeszcze wtrąć jedno słowo, może nie do końca jest to jakby rzeczą lekką, ale na pewno mi się wydaje, że idzie to wszystko pogodzić i tak dopasować, że i w pracy będzie wszystko w porządku i w życiu takim jakby codziennym, domowym będzie też w porządku.

K_A1_OR

Ideał miejsca i stanowiska pracy z perspektywy opiekunów

Większość opiekunów w realizowanym badaniu deklarowała, że łączenie pracy zawodowej ze sprawowaniem opieki nad niesamodzielną osobą starszą nie jest przez nich traktowane jako najbardziej pożądane rozwiązanie. Na podstawie zebranych wypowiedzi udało się jednak odtworzyć listę cech idealnego miejsca pracy z perspektywy opiekuna rodzinnego osoby starszej. Miejsce takie powinno spełniać następujące warunki w odniesieniu do poszczególnych obszarów zaprezentowanych w tabeli 14.

Tabela 14. Opis idealnego stanowiska pracy z perspektywy opiekunów rodzinnych osób starszych

Lokalizacja	nieduża odległość miejsca pracy od domu, łatwy dojazd do miejsca pracy, przyjazna przestrzeń, która stwarza warunki do odpoczynku od obowiązków (roli) opiekuna
Wynagrodzenie:	adekwatne do zakresu odpowiedzialności i obowiązków, umożliwiające zapewnienie godziwych warunków życia pracownikowi – a tym samym zaspokojenie potrzeb opiekuna i jego rodziny
Zakres obowiązków:	adekwatny do możliwości, kwalifikacji i wykształcenia
Forma zatrudnienia:	elastyczne godziny pracy, możliwość zwalniania się z pracy w trakcie dnia, zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy, samozatrudnienie
Pracodawca:	życzliwy, wykazujący zrozumienie dla sytuacji pracownika-opiekuna, zapewniający mu dostęp do szkoleń i możliwość podnoszenia kompetencji zawodowych
Współpracownicy:	życzliwi, wykazujący zrozumienie dla sytuacji pracownika-opiekuna
Dodatkowe świadczenia:	zapewnienie opieki formalnej dla osoby objętej opieką, zapewnienie opieki dla dzieci

Źródło: opracowanie własne.

Bazując na opiniach opiekunów rodzinnych można wskazać, że w opisie idealnego miejsca pracy umożliwiającego łączenie kariery zawodowej z rolą opiekuna rodzinnego, najważniejsza i najczęściej wymieniana jest forma zatrudnienia, zapewniająca elastyczne godziny pracy i przerwy w trakcie dnia na wykonanie czynności związanych z rolą opiekuna. Opisując idealne miejsce pracy, umożliwiające łączenie obu karier, badani koncentrowali się na zarządzaniu czasem, co może wskazywać, że w ich percepcji rozwój zawodowy ma niższy priorytet niż warunki pracy umożliwiające łączenie jej z karierą opiekuńczą. Przedkładanie czynników wiążących się z możliwością sprawowania opieki nad wymagającym tego członkiem rodziny nad czynniki wiążące się z zaspokajaniem ambicji zawodowych, dowodzi istnienia w świadomości badanych normy nakazującej świadczenie opieki nad członkami rodziny, którzy jej wymagają. Jest to kolejny dowód na silnie zinternalizowaną normę nakazującą świadczenie opieki wobec członków rodziny, których stan tego wymaga.

Metody wspierania opiekunów przez pracodawców (stosowane i preferowane)

Pracujący opiekunowie przedstawiając stosowane przez pracodawców formy wsparcia ich w roli opiekunów najczęściej wskazywali na nieformalne sposoby (zgody na przerwy w pracy, pobłażliwe traktowanie spóźnień lub przerw w pracy wynikających z realizowania roli opiekuna). Badani odnosili się więc do metod wsparcia wynikających z kompetencji „miękkich” pracodawców, a nie do systemowych rozwiązań. W związku z tym, narracje badanych wskazują, że sukces lub porażka w łączeniu ról zawodowych z rolami opiekuńczymi często zależy od indywidualnych cech przełożonych i ich dobrej woli. Badani podkreślali znaczenie dobrych relacji łączących ich z przełożonymi, jako czynnika ułatwiającego otrzymywanie nieformalnego wsparcia z ich strony.

Do najczęściej wykorzystywanych i preferowanych form wsparcia należał elastyczny czas pracy lub organizacja czasu pracy w taki sposób, który ułatwiał podejmowanie ról opiekuńczych. Badani zwracali uwagę przede wszystkim na możliwość opieki nad starszymi osobami niesamodzielnymi w ciągu dnia, możliwość aranżowania przerw w czasie pracy i możliwość

zwalniania się z pracy w razie nagłych i nieprzewidzianych okoliczności, wynikających z sytuacji osoby objętej opieką.

No powiem szczerze, teraz to mi się bardziej udaje godzić, bo po prostu mam pracę, którą wykonuję bardzo wcześnie rano. Bo zaczynam pracę od godziny 3 rano i tak maksimum do jakiejś godziny 9 czy do 9:30 jestem w pracy. Tak że już w domu, jeżeli nie muszę jakichś tam większych zakupów, czy innych rzeczy związanych z jakimiś tam opłatami, czy z załatwieniem jakiegoś tam lekarza, czy wizyty lekarskiej zrobić, no to w tym momencie jestem na godzinę 10 już w domu, jeżeli tam muszę jeszcze po pracy zrobić, załatwić, no to ten czas się troszeczkę wydłuża, no ale praktycznie tak do południa, już do godziny 12, raczej jestem w domu.

K_A1_OR

Mam dobrą, jak to się mówi, prezesową, w czasie godzin pracy mam pół godziny dla mamy, także mogę tutaj przyjechać, a że niedaleko, bo w [nazwa miejsca pracy] pracuję tutaj 10 minut drogi stąd[...]

M_A3_OR

Znaczy, no tak jak ja powiedziałam, że ja mam dobrą dyrektorkę i ona wie, jaka jest sytuacja, i zawsze jak tam potrzeba, mogę wziąć ten dzień wolny. Nie, ja nie mam takiego problemu łączenia tego. Jakoś to tak samo wyszło, że jest dobrze.

K_A8_OR

Opiekunowie mówiąc o ułatwieniach w łączeniu pracy zawodowej z karierą opiekuna wskazywali także na możliwości, jakie w tym obszarze stwarza praca na własny rachunek lub podejmowanie prac dorywczych. Kluczowe znaczenie miała tu możliwość niepodporządkowywania się sztywnym regułom i samodzielne ustalanie charakteru, a także zakresu pracy i takie organizowanie czasu pracy, aby nie kolidował z obowiązkami i działaniami wynikającymi z roli opiekuna:

Nie myślałam nad tym. Po stronie pracodawcy... Jak się dorywczo pracuje, to raczej..., no co innego, gdybym pracowała w czasie, gdzieś na stałe, ale jak dorywczo się pracuje, to już samemu się organizuje tą pracę.

K_B6_OR

Opiekunowie, niezależnie od tego czy podejmowali zatrudnienie czy nie, często zwracali uwagę, że potrzeby osób objętych opieką nie zawsze dają się przewidzieć. W związku z tym, konieczna jest zdolność do natychmiastowej reakcji na niespodziewane okoliczności. Duże znaczenie ma w tym kontekście możliwość tymczasowego zaprzestania świadczenia pracy, jeżeli będzie tego wymagała nagła sytuacja wynikająca ze świadczenia opieki nad osobą starszą.

[...] miała tutaj miejsce sytuacja jak siedzę w pracy i nagle okazuje się, że jest telefon, właśnie od pani z opieki [...] nie może się dopukać do środka, nie ma kluczy, nie może wejść. Puka, puka, puka i coś jej nie pasuje, że jest cisza, że nikt nie reaguje, nikt do tych drzwi nie podchodzi, no i wtedy, pani [imię opiekuna rodzinnego] za ile pani będzie? Taki telefon na przykład, bo tak się zdarzyło. Kurczę, no mówię, no nie mogę, nie mogę zostawić wszystkiego [...], to jest straszna odpowiedzialność finansowa i materialna, bardzo duże konsekwencje grożą za coś takiego. Muszę to oficjalnie zgłosić, ktoś powinien [...] przejąc i tak dalej. Takie względy formalne. Ale okazało się, że w ciągu 15 minut udało

mi się wezwać taksówkę, dojechać tutaj, to już było pogotowie tu, była straż pożarna, wystawili okno, weszli przez okno, takie sytuacje są uciążliwe.

K_C7_OR

Warto zwrócić uwagę, że zarówno wśród badanych opiekunów i ich bliskich panuje przekonanie, że niewiele jest działań, które przełożeni mogliby wdrożyć, aby ułatwić łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuna. Wynika to przede wszystkim ze złożoności kontekstów, w których role opiekuna i pracownika funkcjonują. Dobrze obrazują to poniższe wypowiedzi, wskazujące z jednej strony na wyzwania wynikające z charakteru samego konwoju opiekuńczego, a z drugiej strony z postrzegania sytuacji na rynku pracy.

Z tego co wiem to w ciągu dnia zawodowego realizowała, przerwę miała od pracy, wychodziła z pracy, opiekowała się ojcem tam przez 2 godziny i wracała do pracy, żeby dokończyć obowiązki swoje, więc było to bardzo skomplikowane, biorąc pod uwagę, że w tym czasie córka, starsze dziecko, zostawało samo w domu, no więc to było takie... bardzo trudne, ale w Polsce to nikogo nie dotyczy, zawsze jest to trudne do pogodzenia, bo w tym przypadku [imię opiekuna rodzinnego] musi wybrać, musiała wybrać między opieką nad ojcem a opieką nad dzieckiem. Każdy z wyborów jest błędem, bo tak naprawdę trzeba by to łączyć, ale jak – szczerze mówiąc nie wiem.

M_D1_FF

Raczej nie, no bo tak jak mówię – Mama do południa potrzebuje tej pomocy. Po południu jest mąż – ale w poobiednich godzinach gdzie tą pracę znaleźć? No nie ma takiej pracy żeby po południu. Pracować.

K_BR_OR

Pierwsza z wypowiedzi wskazuje dodatkowo na obecność w polskim kontekście kulturowym normy dotyczącej międzygeneracyjnych transferów opieki, które prowadzą do napięć w obrębie zestawu statusów. Główna opiekunka rodzinna, będąc jednocześnie matką i córką, staje w obliczu oczekiwań przypisanych do roli matki (opieka nad dzieckiem) i roli córki (opieka nad wymagającym wsparcia ojcem). Nie dysponuje systemowymi rozwiązaniami ułatwiającymi pogodzenie tych społeczno-kulturowych oczekiwań z realizacją kariery zawodowej. Nie jest w stanie bezkonfliktowo łączyć ról rodzinnych i zawodowej.

Druga wypowiedź odnosi się do postrzegania sytuacji na rynku pracy. W opinii badanej nie jest ona w stanie zaspokoić potrzeb w zakresie łączenia roli opiekuna rodzinnego z karierą zawodową i wskazuje na przedkładanie roli opiekuna nad rolę pracownika. Badana na pierwszym miejscu stawia potrzeby osoby wymagającej opieki podkreślając, że czas, w którym mogłaby pracować, to właśnie czas, kiedy sprawuje opiekę. Zwraca uwagę, że nie znajduje ofert pracy, które mogłaby realizować w czasie, w którym nie świadczy opieki.

Usługi społeczne umożliwiające mniej konfliktowe współwystępowanie ról pracownika i opiekuna rodzinnego

Analizując wypowiedzi badanych dotyczące usług społecznych umożliwiających mniej konfliktowe współwystępowanie ról pracownika i opiekuna rodzinnego warto zwrócić uwagę, że narracje prowadzone przez badanych z wszystkich grup można podzielić na dwa typy. Pierwsze – prowadzone z perspektywy roli opiekuna – koncentrują się głównie na zapewnieniu opieki niesamodzielnej osobie starszej. Drugie – prowadzone z perspektywy roli pracownika – koncentrują się na możliwościach, jakie opiekunowie mają na rynku pracy.

W narracjach pierwszego typu silny nacisk kładziony był na usługi świadczone w miejscu zamieszkania osoby wymagającej opieki. W związku ze wspomnianą wcześniej nieprzewidywalnością roli opiekuna osób starszych, opiekunowie często podkreślali zainteresowanie takimi usługami społecznymi, które byłyby dostosowane do zmieniających się potrzeb, zarówno osoby objętej opieką, jak i opiekuna-pracownika. Chodziło więc przede wszystkim o zapewnienie należytej opieki niesamodzielnej osobie starszej podczas wykonywania przez opiekunów obowiązków zawodowych.

W narracjach drugiego typu badani zgłaszali zapotrzebowanie na usługi wsparcia, które byłyby adresowane bezpośrednio do opiekunów niesamodzielnych osób starszych.

Respondenci zwracali uwagę na następujące potencjalne obszary działań instytucji publicznych, które pozwoliłyby godzić roli opiekuna rodzinnego i osoby aktywnej na rynku pracy:

- pomoc w znalezieniu pracy dostosowanej do kwalifikacji opiekunów rodzinnych i umożliwiającej łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuńczą,
- wsparcie finansowe w okresie poszukiwania pracy,
- wsparcie w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych,
- dostarczanie informacji opiekunom rodzinnym w zakresie możliwych form wsparcia oferowanych przez instytucje społeczne, które umożliwiałaby łączenie kariery zawodowej z karierą opiekuńczą.

Szerzej kwestie dotyczące zakresu usług preferowanych przez opiekunów rodzinnych omówione zostaną w części dotyczącej potrzeb opiekunów w zakresie usług społecznych oferowanych przez podmioty publiczne. Dyktowane jest to faktem, że zakres tych usług przekładał się na wsparcie zarówno w realizacji roli opiekuna, jak i łączenia tej roli z innymi wymiarami życia (w tym także z rolą pracownika).

Potrzeby opiekunów związane z możliwością realizacji kariery opiekuna i podtrzymywania kontaktów społecznych

Gęsta sieć relacji społecznych zapewnia jednostkom nie tylko poczucie przynależności, co przyczynia się do ich lepszego samopoczucia, ale także stanowi sieć nieformalnego wsparcia, która ma znaczenie zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych. Możliwość podtrzymywania kontaktów społecznych przez opiekunów rodzinnych osób starszych ma znaczenie nie tylko z punktu widzenia jednostek, ale całych konwojów opiekuńczych. Jak wskazano we wcześniejszej części, we wszystkich konwojach opiekuńczych uczestniczą osoby, z którymi opiekun i/lub osoba objęta opieką ma bliskie relacje. Z tego względu w tej części zaprezentowano wyniki dotyczące potrzeb i możliwości opiekunów rodzinnych w zakresie podtrzymywania kontaktów społecznych. Kontakty te podzielono na obszar relacji rodzinnych, kontaktów towarzyskich oraz sposoby spędzania czasu wolnego. Najpierw omówiono wpływ, jaki świadczenie opieki wywiera na relacje rodzinne, kontakty towarzyskie oraz czas wolny opiekunów rodzinnych. Następnie odtworzono potrzeby opiekunów w tych obszarach.

Wpływ świadczenia opieki na życie rodzinne

Opiekunowie niechętnie mówili wprost o konfliktach pojawiających się w ich relacjach rodzinnych. Na podstawie analizy narracji o opiece można jednak wskazać, że napięcia jakie pojawiały się w rolach złożonych¹³⁸ opiekunów rodzinnych wynikały przede wszystkim z rozproszonych i konfliktowych oczekiwań w obrębie ról rodzinnych. Owe oczekiwania dotyczyły:

¹³⁸ Definiowanych jako zespół ról związanych z wieloma różnymi statusami danej jednostki.

- podziału czasu w obrębie ról złożonych opiekuna rodzinnego,
- podziału zaangażowania w obrębie ról złożonych opiekuna rodzinnego,
- definicji i sposobu realizacji roli opiekuna rodzinnego,
- delegowania obowiązków w obrębie ról złożonych opiekuna rodzinnego, co najlepiej obrazują poniższe wypowiedzi:

Doba się trochę za krótka okazała nagle. No czas dla siebie mam między północą, a 2-3 nad ranem. Już nauczyłam się spać 3 do 4 godzin, i to musi wystarczyć, tak. Ewentualnie w sobotę jest troszkę dłużej zawsze. No i jakoś to idzie do przodu. Ale czas, jak dla siebie, nie, no raz mniej, raz gorzej, no ale trzeba, tak samo dla dzieci. Ktoś musi z nimi lekcje odrobić, ktoś musi je czegoś gdzieś tam nauczyć, przychodzą ze szkoły, tego nie rozumiem, tu trzeba wypracowanie, no ktoś musi to zrobić...

K_C7_OR

Wypowiedź wskazuje na trudności w podziale czasu i zaangażowania w obrębie ról: matki i opiekuna rodzinnego. Badana zwraca także uwagę na fakt, że przy podziale czasu na role opiekuna rodzinnego i matki, czas, który pozostaje do jej dyspozycji jest bardzo ograniczony.

W przypadku niektórych konwojów opiekuńczych pojawiały się napięcia wynikające z definicji ról i zakresu obowiązków opiekuna rodzinnego, które mogły być różnie definiowane przez partnerów ról. Poniższa wypowiedź wskazuje na różnice w definiowaniu zakresu zaangażowania w rolę opiekuna między opiekunką rodzinną a jej mężem:

Pr – Pomiędzy wami zdarzają się konflikty na tym tle?

R – Rzadko, ale tak, no wiele razy staram się ją uspokoić, wyhamować, bo ona musi do mamusi zadzwonić, musi pojechać. Ja mówię, na spokojnie, no przecież byliśmy niedawno.

M_D2_FF

Zdarza się także, że w związku ze sprawowaniem opieki dochodzi do konfliktów i zaburzeń w obrębie konwoju opiekuńczego, w relacjach z innymi krewnymi:

R – Ta sytuacja zaburzyła mocno relację pomiędzy mną a moim bratem.

Pr – Naprawdę?

R – Bardzo, my się porozumiewamy za pomocą SMS-ów.

Pr – Dlaczego?

R – Bo w momencie, kiedy na przykład, brat założył mamie konto, bo mama emerytury nie może dostawać i ja powiedziałam, że, no powinien... bierze całe te pieniądze mamy, „słuchaj powinieneś się rozliczać”, więc padły słowa, że ja dybię na matki pieniądze. Ja chciałam też gotować, brat powiedział, że nie, a ja na siłę tego nie będę robiła, poza tym powiedział, że mama nie wyraziła zgody na to żebym ja miała pieniądze, więc brat bierze całe pieniądze mamy, robi zakupy, to się samo przez się rozumie, w takiej sytuacji, powiedział mi, że on sobie nie życzy żebym ja robiła zakupy, on będzie mamie robił zakupy, efekty są takie, że wysyłam mu SMS-y, że tego brakuje, tego brakuje, tego brakuje, bo czasami tych zakupów po prostu nie robi.

K_A2_OR

Realizowanie kariery opiekuna osoby starszej wpływa także na definiowanie oczekiwań w obrębie ról złożonych i delegowanie obowiązków. Poniższa wypowiedź obrazuje sposób, w jaki świadczenie opieki przeddefiniowało podział obowiązków w relacji małżeńskiej Badanej:

Jak już tu się tak wyeksploatuje [w związku ze świadczeniem opieki], to już się w domu nie chce robić i często mąż gotuje właściwie obiady. To mam jakąś pomoc.

K_B1_OR

Powyższa wypowiedź wskazuje w jaki sposób przededefiniowanie zakresu obowiązków jednej z ról w obrębie ról złożonych opiekunów rodzinnych przyczynia się do delegowania obowiązków na partnerów roli. Warto podkreślić, że w realizowanym badaniu zarówno opiekunowie rodzeni, jak i ich osoby bliskie wskazywały na redefiniowanie zakresu obowiązków w obrębie rodziny prokreacji w taki sposób, że współmałżonkowie często w większym zakresie (niż przed zaangażowaniem się ich współmałżonka w rolę opiekuna) włączali się w opiekę nad dziećmi i/lub wypełnianie obowiązków domowych (sprzątanie, przygotowywanie posiłków), aby umożliwić realizowanie kariery opiekuna. Widoczne jest to zwłaszcza w przypadku współmałżonków, którzy rozumiejąc sytuację opiekuna, zmieniają zakres swoich oczekiwań w stosunku do niego. Tym samym można stwierdzić, iż sprawowanie opieki wyraźnie wpływa na zakres oczekiwań formułowanych przez partnerów ról rodzinnych i małżeńskich¹³⁹. Wskazuje to na duże znaczenie nadawane pełnieniu opieki¹⁴⁰. Jest to także szczególnie widoczne w przypadku tych opiekunów, którzy niezależnie od płci i wieku, zawieszali lub rezygnowali z kariery rodzicielskiej i/lub małżeńskiej, na przykład:

Że tutaj wszystko, żeby tak się, żeby wszystko było w porządku, dopięte tak na ostatni guzik, że tak powiem no. No na przykład jak by się człowiek ożenił czy coś, no to wiadomo, gdzie by człowieka ciągnęło? No i to się wiąże, dzieci, tak, no i nie każda chce na przykład ze swojego domu odejść. Wiadomo jak to jest, tak, żeby u niej mieszkać. No i to są takie właśnie, no i no gdzie, nie ma takiej opcji na razie. Raczej odpada. Ale mi tak jest dobrze...

M_C6_OR

Teraz mieszkam cały czas. Do żony chodzę, dzień dobry, co drugi dzień albo co trzeci, albo raz na tydzień. Cały czas tu już jestem, bo już taki człowiek opieki cały czas potrzebuje [...] Nie wiem jak to dalej będzie, czy rozwodu nie będzie. Bo wiadomo jak jakiś tam sąsiad albo jakiś tam mój...przyjaciela se znajdzie, no wiadomo?

M_B8_OR

Zresztą miałam, zawsze miałam tyle obowiązków, że nie myślałam o tym. Ale ona 95 lat, ta mama, ja ją już się staram jak najdłużej przy życiu utrzymać i jak najdłużej mieć zdjęcia przy niej, ale patrzę i nie mam dziecka, ja nie będę miała wnuków, to moi już rówieśnicy mają wnuki. Ja nie mam przyszłości, my z mężem właściwie, no nie mamy przyszłości, tak, nie mamy rodziny, jak nam ta mama zejdzie.

K_B2_OR

W narracjach badanych opiekunów rodzinnych można wyodrębnić także nieliczne wypowiedzi wskazujące, że realizowanie kariery opiekuna rodzinnego osób starszych może mieć też pozytywny wpływ na realizowanie kariery rodzicielskiej. Wiąże się to z realizowaniem funkcji wychowawczej poprzez włączanie dzieci opiekuna w konwój opiekuńczy. W takich wypadkach

¹³⁹ W badaniu nie udało się poznać opinii młodszych dzieci, które mogą nie wykazywać takiego stopnia zrozumienia sytuacji jak osoby dorosłe spokrewnione z opiekunem. W kontekście analizowania wpływu realizacji kariery opiekunów rodzinnych na role rodzicielskie wydaje się to istotnym wątkiem badawczym.

¹⁴⁰ Zgodnie z koncepcją J. Gooda to system wartości definiuje, które obowiązki nie mogą być delegowane.

widoczna jest socjalizacja do ról opiekuńczych i wpajanie norm dotyczących transferów międzygeneracyjnych, co dobrze oddaje poniższa wypowiedź:

Nasze dzieci, córka i syn, przychodzi wcześniej ze szkoły, idzie zobaczyć, czy jest wszystko w porządku, czasem trzeba jej dać jeść, zrobić coś do picia. My też musimy czasami pojechać na zakupy, wtedy wiadomo dzieci idą i się opiekują babcią. Trzeba ją nakarmić, my musimy gdzieś jechać, nie ma problemu, żeby ją nakarmili. Mam nadzieję, że wpoimy im taką opiekę nad starszymi ludźmi i kiedyś będziemy ją mieć od nich.

K_D6_OR

Badani, którzy deklarowali pozytywny wpływ realizowania kariery opiekuna osoby starszej na karierę małżeńską, podkreślali wpływ wspólnych doświadczeń, które łączą małżonków w czasie sprawowania opieki. Wskazuje to także na duże znaczenie roli współmałżonków w zapewnianiu emocjonalnego wsparcia nieformalnym opiekunom osób starszych:

[...] lubimy sobie wyjechać z żoną, gdzieś tam nad wodę czy coś, do lasu, weekendy wszystkie zajęte były, całe lato. I widzi pani, w tygodniu nie pojedziemy. A mówię, akurat pasowało –weekend, no to dyżur tu. No żona tam rozumie to, bo miała matkę chorą, też miała dyżury, to ona wie co to jest, mówi no musisz bratu pomóc, bo kto mu tam pomoże...

M_D5_OR

Wpływ świadczenia opieki na życie towarzyskie i czas wolny opiekunów rodzinnych

Realizowanie kariery opiekuna rodzinnego wiąże się najczęściej z szeregiem zmian w obrębie życia towarzyskiego i czasu wolnego opiekunów.

Opiekunowie w swoich wypowiedziach zwracali uwagę przede wszystkim na zmiany dotyczące możliwości gospodarowania czasem, które wynikają z konieczności świadczenia opieki niesamodzielnym osobom starszym. Zakres tych zmian zależał przeważnie od rodzaju udzielanego wsparcia i czasu przeznaczanego osobie wymagającej opieki. W przypadku opiekunów zamieszkujących wspólnie z osobami objętymi opieką i/lub wymagających stałej opieki zakres zmian jest największy. Opiekunowie ci bardzo często rezygnują z własnych potrzeb, nawet najdrobniejszych:

Już dawno zrezygnowałam z oglądania czegoś co jest w programie, bo to się nigdy nie udaje, nigdy w czasie kiedy coś leci w TV co chciałabym zobaczyć, nie udaje się tego zrobić, bo zawsze coś jest do zrobienia innego, więc tak jest, mój dzień jest pracowity.

K_B3_OR

W przypadku opiekunów zamieszkujących wspólnie z osobami starszymi wymagającymi ciągłej opieki, bardzo wyraźnie zaznaczało się zmęczenie i związane z nim brak czasu wolnego oraz wynikająca z niego rezygnacja z życia towarzyskiego.

Natomiast nie ma spotkań takich właśnie ze znajomymi, z przyjaciółmi. Po prostu na to zwyczajnie nie ma czasu. Bo kiedy ja tu w tygodniu mieszkam, a na weekend wpadam do domu to po to, żeby odgruzować dom, zrobić porządek, wykonać te prace, które jakby zalegają ciągle, no bo te zaległości są na okrągło są, kiedy się nie jest na stałe w domu,

więc nadrabiam wtedy no i już tak trochę brakuje mi nawet czasu na to, żeby realizować jakieś tam swoje pasje. Zmęczenie może też.

K_Bw_OR_T

No powiem tak, życie towarzyskie nie istnieje. Jestem ciągle, jak to się mówi, zmęczony, ciągle jestem niewyspany.

M_A3_OR

Pr – A życie towarzyskie jakieś pani ma?

R – Ograniczone jest bardzo.

Pr – Ograniczone bardzo?

R – W porównaniu z tym, co było.

Pr – A co się zmieniło.

R – No na przykład ja nie mam czasu i nie mam możliwości znajomymi, my żeśmy w góry jeździli dużo, my żeśmy w wakacje jeździliśmy w góry, na ferie zimowe czasami się zdarzało wyjechać i to z ludźmi ze szkoły. Teraz, co prawda, są emerytami, no ale dalej ten kontakt utrzymujemy, teraz jest to niemożliwe.

K_A2_OR

W przypadku opiekunów zamieszkujących wspólnie z osobami wymagającymi opieki, ale będącymi w lepszym stanie zdrowia, zakres zmian w obszarze życia społecznego i spędzania czasu wolnego nie jest tak dogłębny, jak w przypadku poprzedniej grupy. Nadal jednak pozostaje odczuwany. Ograniczenia dotyczą przede wszystkim wyjazdów całonocnych i wakacji, nie wpływają natomiast na codzienne aktywności.

Nie pod tym względem to, powiem szczerze, że nie. Bo nie jest tak, że ja już muszę non-stop siedzieć z mamą, jeżeli chcę do koleżanek czy do znajomych wyjść, no to nie ma, że tak powiem, z tym problemu, bo wiadomo, że ja wyjdę na jakieś 4 maksimum 5 godzin i ja wracam z powrotem do domu. Ale jeżeli, tak jak mówię, nawet jakbym chciała z jakimiś znajomymi czy nawet koleżankami gdzieś wyjechać na jakieś 2-3 dni, no to w tym momencie już robi się problem.

K_A1_OR

Czy na kawę iść do sąsiada, czy tam gdzieś nawet iść do miasta z kimś, tam to nie ma problemu żadnego. To raczej nie.

M_C6_OR

[...] Rzadziej się spotykamy ze znajomymi, rzadziej jeździmy do kina. Jest problem z wyjazdami, zawsze musimy myśleć co należy zrobić, żeby zapewnić opiekę i dopiero wtedy, nie ma już spontaniczności takiej, jak przedtem.

K_D5_FF

Powyższa wypowiedź pochodzi z wywiadu z osobą bliską opiekuna i wskazuje na jeszcze jeden istotny wątek, który wyłonił się w trakcie badań, tj. koncentrowanie się opiekunów przede wszystkim na potrzebach osób starszych objętych opieką i zmianę sposobów spędzania czasu, wcześniej typowych dla opiekunów. Kolejny cytat pokazuje zmianę zwyczajów związanych ze spędzaniem wolnego czasu. Respondent wyjaśnia, że gospodarowanie ograniczonymi zasobami czasu wolnego może przekładać się na rezygnację z życia towarzyskiego na rzecz odpoczynku:

Odcieśliśmy się bardzo od znajomych, od wszystkich, bardzo, bardzo się odcieśliśmy, pomimo że zaproszenia są wszędzie, żeby przyjść, zawsze tam w niedzielę, wie Pan, czy na kawę, na ciasto, czy w sobotę se przyjść posiedzieć, no niestety nie dają rady na to, nie dają, bo fakt, jak bym miała iść do kogoś, to wolę tą godzinkę sobie cofnąć i odpocząć spokojnie też tak, ten spokój, cisza, telewizor, coś dla siebie, tak że odcieśliśmy się bardzo od tego.

K_B5_OR

W przypadku opiekunów zamieszkujących osobno oraz świadczących opiekę osobom starszym charakteryzującym się stosunkowo lepszym stanem zdrowia, a zatem mniejszymi potrzebami opiekuńczymi, zmiany w obrębie czasu wolnego i życia towarzyskiego były najmniejsze.

Opiekunowie ci nie rezygnują całkowicie z życia towarzyskiego i czasu wolnego, jednak poddają te sfery modyfikacjom, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów zmieniających się na bieżąco okoliczności sprawowania roli opiekuna rodzinnego. Strategie zmian obejmują najczęściej czas trwania, miejsce i godziny spotkań, co najlepiej obrazują poniższe wypowiedzi:

No to już na siłę jest zorganizowane, typu imieniny, to robię właśnie i to znowu jest dla mnie zbyt męczące, a staram się jeszcze trzymać kontakt ze znajomymi starymi, to imieniny urządzę czy coś, ale to kosztem swojego wysiłku. Bardzo mało takich wyjść jest fajnych, mało już [...] to znowu tak się wybrać daleko na wieczór, no to wiem, że to mnie też zmęczy i zabierze taką energię i potem jej nie będę miała na następny dzień, więc oszczędzam tą energię.

K_D2_OR

nie mamy możliwości wyjść [...] Jeśli już to ktoś [może przyjść] do nas, nie mamy czasu, jakbyśmy chcieli wyjść to dopiero o 21.

K_D6_OR

[...] spotkania ze znajomymi. Czy wychodzimy do kogoś, czy znajomi przyjeżdżają do mnie, no to ja w pewnym momencie, powiedzmy, wstaję, przepraszam bardzo, za półtorej godziny jestem, czy nawet za godzinę, co nie? W ten sposób.

M_Dp_OR

W przypadku rozbudowanych konwojów opiekuńczych strategie zmian dotyczących życia towarzyskiego i spędzania czasu wolnego opiekunów rodzinnych osób starszych opierają się dodatkowo na wykorzystaniu wsparcia innych członków konwoju, formalnych i/lub nieformalnych, co obrazuje poniższa wypowiedź:

Mam jedyną przyjaciółkę i teraz byliśmy właśnie na jednym balu karnawałowym, teraz idziemy na drugi bal. Do kina, to już bezwzględnie, jak jest jakiś polski film – jesteśmy fankami polskich filmów, więc jest organizowana pani [opiekun formalny] i ja wychodzę do kina. Także no tutaj na takim życiu towarzyskim, to tak bardzo nie. Ale właśnie na takiej swobodzie, że budzę się w niedzielę: kurcze, dzisiaj nie muszą gotować, jedziemy. A tutaj nie można mamy zostawić, nie...

K_D8_OR

Potrzeby opiekunów w zakresie życia rodzinnego, towarzyskiego i czasu wolnego

Opiekunowie mieli trudność w bezpośrednim nazwaniu swoich potrzeb w zakresie życia rodzinnego, towarzyskiego i czasu wolnego. Łatwiej przychodziło im opisywanie zmian, jakie pojawiały się w tych obszarach w związku ze sprawowaniem opieki, niż określanie swoich potrzeb w tych obszarach. Na podstawie opisu zmian i zaobserwowanego stosunku do nich, możliwe jednak było wyciągnięcie pewnych wniosków.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na różnice między opiekunami w młodszych i starszych grupach wiekowych. W grupie opiekunów w wieku powyżej 55 lat sieć relacji społecznych rzadko wykraczała poza konwój opiekuńczy i opiekunowie podkreślali brak potrzeby i chęci ich rozbudowywania:

Nie mam czasu [na spotkania towarzyskie], ale też pewnie bym sobie znalazła czas, ale chyba już też mi się nie chce.

K_B1_OR

Razem z mężem byliśmy introwertykami, wystarczało nam nasze towarzystwo. Mając mamę nic się nie zmieniło.

K_B7_OR

W przypadku opiekunów młodszych najczęściej pojawiały się wypowiedzi wskazujące na sprawne zarządzanie swoimi potrzebami w zakresie życia towarzyskiego i czasu wolnego, opierające się na racjonalizacji zaistniałej sytuacji, co dobrze obrazuje wypowiedź:

Szłam do babci, robiłam co miałam do zrobienia... w sensie nie wiem, zagrzałam jedzenie i też siedziałyśmy, odpoczywałyśmy, rozmawiałyśmy, więc żeby to było jakoś mega obciążające to nie, aczkolwiek no tak, na pewno zdarzały się sytuacje, że umówiłam się z kimś, a musiałam przesunąć spotkanie o 3 godziny na przykład, albo nie wiem, wiedziałam że piątek wieczór jeżeli spędzę u babci do 22, to już nie wyjdę ze znajomymi się spotkać, aczkolwiek nic takiego przez co bym płakała po nocach.

K_bw_OR_M

W przypadku grupy opiekunów sprawujących opiekę w okresie powyżej 2 lat oraz mieszkających wspólnie z osobą objętą opieką, wyraźnie zaznacza się potrzeba zmiany otoczenia i chęć spędzania czasu poza domem, który przestaje być definiowany w kategoriach sfery odpoczynku, a zaczyna być postrzegany jako miejsce świadczenia opieki¹⁴¹. Potrzeba nie dotyczy więc zaangażowania w życie towarzyskie, tylko spędzenia czasu poza domem. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na ciekawy proces, który dotyczy opiekunów mieszkających wspólnie z osobą wymagającą opieki i pracujących. W tym wypadku miejsce pracy definiowane jest, z jednej strony, jako miejsce, w którym można odpocząć od realizowania działań związanych z opieką, a z drugiej strony, także jako platforma do podejmowania kontaktów społecznych wykraczających poza konwój opiekuńczy:

¹⁴¹ Martin-Matthews A., Cloutier D.S., *Houlsldoh spaces of ageing: when care comes home*, [w:] M.W. Skinner, D. Cloutier, G.J. Andrews, *Geographies of ageing. Progress and possibilities after two decades of change*, Routledge, New York 2018.

Mam poczucie, dlatego że człowiek, kiedy pracuje to się tak wycisza, odpocznie, potem jest lepszym opiekunem. Tak mi się wydaje. Odpocznie od tej sytuacji domowej i potem potrafi być... inaczej spojrzeć na wiele spraw.

K_B6_OR

Także jak pan mówi o życiu towarzyskim, moje życie towarzyskie opiera się na [nazwa miejsca pracy badanej], to jest bardzo mała placówka, bardzo lubiana, z bardzo wąskim gronem ludzi, każdy czuje się tam jak w domu. Tam ludzie nie przychodzą na [nazwa miejsca pracy badanej], tylko przychodzą do [imię badanej] po prostu, to jest moje życie towarzyskie.

K_C7_OR

[w pracy] No też mnie na duchu podtrzymują dziewczyny, nie? Przecież to jest tylko rozmowa, ale to jest naprawdę bardzo dużo, nie? A to jest tylko rozmowa przecież. O wszystkim, o pierdołach, o niczym. O dzieciach. Opowiadają mi coś śmiesznego. A wiesz, moje tego. No nie wiem jak ci to wytłumaczyć, że to jest takie... zapominasz, nie? Zajmiesz się pracą. Ja mam też kontakt z ludźmi w sklepie, z klientkami, nie? Bo mamy bezpośrednią sprzedaż. Wiesz o co chodzi.

K_A4_OR

W narracjach większości opiekunów osób starszych można było zaobserwować zmiany w definiowaniu czasu wolnego. Badani, którzy zwracali uwagę na te zmiany w swoich wypowiedziach, podkreślali rolę towarzyszącego im niepokoju związanego z osobą objętą opieką. Uczucie to wraz z poczuciem obowiązku uniemożliwiało postrzeganie czasu jako czasu wolnego. Nawet jeżeli był to czas, który opiekunowie spędzali zgodnie ze swoimi oczekiwaniami, nie był on postrzegany w kategorii jaką znali z okresu przed podjęciem roli opiekuna:

No nie mam czasu takiego długiego, spokojnego na czytanie. Lubię bardzo czytać [...] no a tutaj, no tego nie ma czytania spokojnego, bo chociażby właśnie jest, to się tak wydaje, no bo niby nie jestem ciągle tutaj [...] ale ten czas, kiedy nawet jestem sama w domu, no to też jest tak, trzeba zrobić duże zakupy, przemyślane, żeby po prostu to ugotować potem.

K_D2_OR

Co warto podkreślić, koncentrowanie myśli na zadaniach związanych z realizowaniem opieki i sytuacją osoby objętej opieką dotyczyło zarówno opiekunów, którzy świadczyli opiekę kilka razy w tygodniu i mieszkali osobno – których stopień obciążenia mierzony za pomocą ilości czasu poświęcanego na opiekę mógł wydawać się niższy, jak i opiekunów zamieszkujących wspólnie z osobą objętą wsparciem i świadczących opiekę całodobową. Duże znaczenie odgrywa tu towarzyszące opiekunom bezustannie poczucie obowiązku i odpowiedzialności za osobą objętą opieką. Z tego względu, najczęściej opisując swoje potrzeby w zakresie czasu wolnego badani wspominali o wakacjach czy wyjazdach do sanatorium, które mogłyby im stworzyć okazję do zdystansowania się (w wymiarze geograficznym i symbolicznym) do roli opiekuna. Niezależnie od tego, czy rzeczywiście mieli możliwość zrealizowania tych potrzeb, artykułowali je wskazując na chęć psychicznego i fizycznego odseparowania się od roli opiekunów. W przypadku osób, którym udawało się te potrzeby realizować, wyraźne było wskazywanie na towarzyszący niepokój i brak pewności co do jakości opieki sprawowanej przez innych, na przykład:

Przyjechała żona z Belgii, chciała iść na pielgrzymkę. No więc trzeba coś zrobić z mamą. To jest tydzień czasu. No i załatwiłem dom opieki, no to znaczy to jest Zakład Specjalistycznej Opiekuńczo – Rehabilitacyjnej. Lekarz całodobowy, rehabilitant od 8 do 16, full pielęgniarek, opiekunów, a jakże. No zapłaciłem, no i mama była 26 dni, tak jest. Tam mamę odwiedzałem mniej więcej co drugi, co trzeci dzień przed pielgrzymką. Zwracałem uwagę pielęgniarkom, że materac jest niedobry, że nie działa, no ale „wie pan, to jest taki typ proszę pana”. Okej. Miała zapalenie płuc [...], byłem strasznie zdziwiony i proszę panią, odleżyny. Po 26 dniach mamę odebrałem w stanie praktycznie agonalnym, bo na następny dzień przyszedł lekarz i stwierdził zapalenie płuc i ja to leczyłem.

M_A3_OR

Powyższy cytat zwraca także uwagę na możliwe braki w obecnie funkcjonujących systemach opieki osób starszych i niską jakość świadczonych usług¹⁴².

Opiekunowie przyjmowali różne strategie radzenia sobie ze zmianami w życiu społecznym i towarzyskim, w związku z pełnieniem roli opiekuna rodzinnego osoby starszej. W najbardziej skrajnej wersji rezygnowali całkowicie z życia towarzyskiego, ograniczając swoje relacje społeczne do konwoju opiekuńczego. Gdy udawało im się łączyć swoje potrzeby z obszaru życia towarzyskiego i kontaktów społecznych z pełnieniem roli opiekuna, przyjmowana strategia zależała przede wszystkim od rodzaju wsparcia, jakiego wymagała osoba objęta opieką. W przypadku osób wymagających mniej zaangażowania, napięcia między realizacją kariery opiekuna a sposobami spędzania czasu wolnego i podtrzymywania kontaktów społecznych były mniej widoczne. Zmiana zakresu i częstotliwości kontaktów towarzyskich oraz innowacyjne sposoby realizowania ról w konwoju opiekuńczym i poza nim np. przez organizowanie spotkań towarzyskich w miejscu sprawowania opieki lub w odległości umożliwiającej szybki powrót, w razie, gdyby pojawiła się taka potrzeba – to rozwiązania najczęściej wskazywane przez uczestników badania.

Potrzeby opiekuna w zakresie usług społecznych oferowanych przez podmioty publiczne

W związku z zachodzącymi procesami demograficznymi należy przypuszczać, że zapotrzebowanie na usługi społeczne oferowane przez podmioty sfery publicznej i sektora pozarządowego, w zakresie opieki i wsparcia opiekunów rodzinnych osób starszych, będzie wzrastać. Z tego względu szczególnie istotne jest poznanie poglądów i potrzeb opiekunów na temat wsparcia ze strony podmiotów publicznych. Jakie widzą mocne strony; jakie ograniczenia funkcjonujących usług; jakie są preferowane przez nich działania, które pomogłyby im w realizowaniu kariery opiekuńczej oraz w łączeniu tej kariery z innymi sferami życia. W związku z powyższym, w niniejszym rozdziale uwaga skoncentrowana zostanie na określeniu potrzeb opiekunów w zakresie usług oferowanych przez podmioty publiczne. Na początku, określony zostanie zakres wiedzy i umiejętności posiadany przez opiekunów rodzinnych osób starszych a niezbędny do realizacji roli opiekuna. Następnie uwaga zostanie skoncentrowana na zakresie znajomości przez opiekunów oferty usług wspomagających świadczonych przez podmioty publiczne. W kolejnej części określony zostanie stopień zadowolenia z wykorzystywanych form wsparcia, udzielanych opiekunowi rodzinnemu oraz wskazane zostaną niezaspokojone potrzeby opiekunów i preferowane przez nich sposoby ich zaspokojenia.

¹⁴² W celu poznania rzeczywistej jakości usług, a nie tylko jej oceny odtworzonej z narracji badanych, należałoby podjąć dalsze analizy wykraczające swoim zasięgiem poza ramy niniejszego opracowania.

Zakres wiedzy i umiejętności opiekunów w zakresie wykonywania opieki

Opiekunowie zazwyczaj rzadko poddawali refleksji poziom posiadanej wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizowania kariery opiekuna. Nie potrafili również jasno opisać sposobów nabywania wiedzy niezbędnej do jej realizacji. Najczęściej traktowali to jak proces naturalny, opierający się na zdobywaniu informacji w miarę pojawiających się potrzeb. W swoich wypowiedziach podkreślali dynamiczny aspekt procesu świadczenia opieki i zdobywania wiedzy oraz kompetencji wraz ze zmieniającą się sytuacją (stan zdrowia i zakres potrzeb osób objętych opieką) i strukturą konwoju opiekuńczego. Trudności w określeniu zakresu wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji kariery opiekuna wynikają z tego, że nie istnieje uniwersalny, precyzyjnie wyznaczony zakres zadań opiekuna. Podlega on zmianom, negocjacom i za każdym razem jest osadzony w indywidualnym kontekście konwoju opiekuńczego:

Pr – A ma pani poczucie, że brakuje pani czasami umiejętności i wiedzy?

R – Tak, bardzo często.

Pr – I co pani w takich sytuacjach robi?

R – Albo działam intuicyjnie, wydaje mi się, że dobrze to robię, albo zwyczajnie coś robię źle. Mama się nie skarży. Także myślę, że dobrze robię.

K_B7_OR

To samo przychodzi z siebie, tak samo myślę, że i tutaj, z osobami starszymi, z dnia na dzień ten stan zdrowia się pogarsza, z dnia na dzień przejmujemy jakieś kolejne obowiązki i to przychodzi, to życie uczy.

K_C2_PS

W przypadkach, gdy wymagana jest wiedza specjalistyczna, do konwojów opiekuńczych włączani są specjaliści (rehabilitanci, pielęgniarki itp.). W przypadkach, gdy zakres świadczonej przez opiekuna pomocy jest niewielki w związku z wysokim poziomem samodzielności osoby starszej, informacji na temat wymaganej wiedzy i umiejętności opiekunów oraz zakresu ich zadań łatwiej dostarczały same osoby objęte opieką.

Osoby starsze wyrażają się zazwyczaj pozytywnie o jakości uzyskiwanej od bliskich opieki. Szczególnie wyraźne jest to w przypadku osób wymagających opieki stałej.

Wszystko zrobi, wszystko umie, i ja się nie martwię. Wczoraj mówi – mamo, ty się nie martw, upiekła, kawałek ciasta przywiozła, że wnuki przyjdą, żeby miały co zjeść, no nad czym ja się będę martwić, potrzebne mi 10 złotych czy ile to mówię [imię opiekuna rodzinnego]... Mamo, przecież masz tam odłożone...

K_D8_OS

Ona zawsze przecież w sobotę to już mi głowę umyje i tego. I teraz to mnie umalowała nawet, bo ja pani doktor, ja nie mogę patrzeć w siebie w lusterko długo. I mdleję. I ostatnio zemdlałam u fryzjerki i powiedziałam, że nie pójdę. Ty umiesz, zrób mi. I zrobiła mi. Włosy mi obcięła trochę, bo miałam dłuższe.

K_B6_OS

Warto jednak podkreślić, że nie zawsze te deklaracje muszą być zgodne z rzeczywistymi odczuciami osób starszych. Duże znaczenie ma tu wspomniane wcześniej odwrócenie relacji władzy, w których osoby objęte opieką czują się zależne od opiekunów nieformalnych udzielających im wsparcia. W wypowiedziach niesamodzielnych osób starszych również wyraźnie

obecny był negatywny stosunek do instytucjonalnych form otrzymywania opieki. Najczęściej, mówiąc o zakresie umiejętności opiekunów, osoby otrzymujące opiekę podkreślały ich gotowość do podejmowania działań w odpowiedzi na pojawiające się potrzeby. W związku z tym otrzymywane opinie dotyczyły znaczenia, jakie osoby starsze nadawały otrzymywanej opiece:

Ja to jestem jej bardzo wdzięczna, że ma mną się kto opiekować i wszystko i tak jest, jak jest.

K_A8_OS

Muszę pani powiedzieć, że w niektórych sprawach, to lepiej coś potrafi zrobić niż obca osoba.

K_A1_OS

Sami opiekunowie też podkreślali swoją gotowość przystosowywania się do zmieniających się warunków i potrzeb, które pojawiają się w cyklu sprawowania opieki. Warte podkreślenia jest przekonanie wyrażane przez samych opiekunów, że wiedzę i umiejętności niezbędne do realizowania kariery opiekuna zdobywali metodą „prób i błędów” podczas świadczenia opieki.

Czego musiałam się nauczyć? Przede wszystkim tego masowania. Tych maści, które były, bo kupowałam różne. To było metodą prób i błędów.

K_A4_OR

Nie wiem. To tak naturalnie, metodą prób i błędów. Jak na początku się uczyliśmy żyć z tą chorobą, z tą niepełnosprawnością mamy. To tak po prostu.

K_A6_OR

Osoby rozpoczynające świadczenie opieki deklarowały chęć zdobywania nowych informacji, jednak nie zawsze wiedziały, gdzie ich poszukiwać. Na uwagę w tym kontekście zasługuje także wiek opiekunów. W przypadku opiekunów w wieku mobilnym, świadczących opiekę w Łodzi, pojawiały się deklaracje dotyczące zdobywania wiedzy i umiejętności za pośrednictwem Internetu.

Bo wiadomo, no pielęgniarka jakby nawet niech nie będzie, że tak powiem, z tej dziedziny, co mama ma daną chorobę, ale według mnie ma większe rozeznanie w takich jakby opatrunkach czy w leczeniu takich spraw niż ja. Staram się, no w miarę możliwości nawet w internecie sprawdzić, to doczytać, to dopytać się nieraz lekarza, nie zawsze to się udaje, z lekarzem, coś dopytać, ale w takim właśnie komputerze, Internecie, zaczynam ostatnio takie rzeczy wertować i sprawdzać na temat stanu zdrowia mojej mamy, co tam ewentualnie by mogło lepiej zadziałać, poskutkować w danej sytuacji dla mojej mamy.

K_A1_OR

Nie odnotowano podobnych deklaracji ani w grupie opiekunów w wieku niemobilnym, ani w przypadku opiekunów świadczących opiekę w środowisku wiejskim, którzy podkreślali znaczenie zdobywania wiedzy i umiejętności poprzez nieformalne sieci wsparcia i nabywanie doświadczeń metodą „prób i błędów”.

Opiekunowie zwracali także uwagę na braki w wiedzy specjalistycznej i kierowanie się wcześniejszymi doświadczeniami w ocenie potrzeb osób objętych opieką, co mogło powodować rozdzźwięk między podejmowanymi przez nich działaniami a rzeczywistymi potrzebami osoby objętej opieką. Na przykład:

Ponieważ przeszła kilka razy zapalenie płuc, to miałam wrażenie, bo tata był po zapaleniu płuc, po obozie, to tata miał, to się nazywała, przez cały czas odpływał z płuc, oczyszczał płuca, prawda, i mi się wydawało, że mama też po tym zapaleniu dostała, że jej się ta wydzielina niestety, te pęcherzyki i przez cały czas jej się zbiera i odpływa. No to okazało się, że nie, że to jest po prostu refluks.

K_B2_OR

Pracownicy socjalni pytani o zakres wiedzy i umiejętności opiekunów rodzinnych wskazywali na nieformalny przepływ wiedzy i informacji między opiekunami formalnymi a opiekunami rodzinnymi. Dostrzegali jednocześnie potrzebę sformalizowania sposobu przekazywania czy poszerzania wiedzy opiekunów rodzinnych:

Wydaje mi się... powiem tak, no kurs dotyczący pielęgnacji, no może tak. Tylko że tak naprawdę kurs pielęgnacji... przechodzą u nas opiekunki, które te osoby, które dołączają do tego opiekuna rodzinnego i tak naprawdę one wiele rzeczy w trakcie tych wspólnych działań na rzecz osoby wymagającej opieki... to nie jest tak, że opiekunka mówi do pana [imię] żeby wyszedł, bo ona właśnie coś musi zrobić i całą tę wiedzę pozostawia dla siebie, więc myślę sobie, że nie ma niczego lepszego niż sama praktyka, jeżeli są połączone te siły profesjonalnej opiekunki, która jest do tego przygotowana i osoby, która jest zaangażowana emocjonalnie, to po prostu... jak nie ma gdzieś osobowościowych przeszkód, że na przykład do tego jest jeszcze jakaś doza sympatii to nie ma bata żeby się tego nie nauczyć, nie przekazać. Więc wydaje mi się, że takie sztuczne pompowanie wiedzy... nie, no nie. Być może nawet mogłoby być na tej zasadzie, że mogłby się czuć urażony, że ktoś uważa, że robi coś źle. Myślę, że to nie jest też ten czas, żeby korygować pewne ich przyzwyczajenia, bo one też stanowią o ich poczuciu bezpieczeństwa...

K_C8_PS

Poziom wiedzy opiekunów zmieniał się w trakcie świadczenia opieki, wraz z rozbudowywaniem konwojów opiekuńczych pojawiały się okazje do zdobywania wiedzy w praktyce, dzięki wskazówkom udzielanym przez pielęgniarki środowiskowe, rehabilitantów czy opiekunów formalnych. Warto jednak podkreślić, że nie jest to obszar objęty formalnymi regulacjami i za każdym razem zależy od indywidualnych relacji między członkami konwoju opiekuńczego. Do najczęstszych sposobów zdobywania wiedzy opiekunowie zaliczali: gromadzenie własnych doświadczeń, poszukiwanie informacji u innych członków konwoju opiekuńczego i znajomych, czy w instytucjach publicznych, zdobywanie wiedzy poprzez czytanie książek lub poszukiwanie informacji w internecie.

Znajomość przez opiekunów zakresu dostępnych usług wspomagających – oferowanych przez podmioty publiczne

Pomoc i opieka rodziny nad osobami starszymi jest w Polsce bardzo silnie zakorzenioną normą kulturową, prowadzi często do odrzucania przez krewnych opiekujących się osobami starszymi możliwości skorzystania z oferty istniejących w środowisku instytucji – nawet jeżeli sami nie mają warunków, aby taką opiekę świadczyć¹⁴³. W efekcie prowadzi to często do braku zainteresowania ofertą usług świadczonych przez podmioty publiczne a możliwych do wykorzystania przez opiekunów osób starszych:

¹⁴³ Raćław M., Rosochacka-Gmitrzak M., Sobiesiak P., Zalewska J., *Zakończenie – wnioski i rekomendacje*, [w:] M. Raćław (red.), *Publiczna troska prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Warszawa 2011, s. 295.

Pr – A interesowaliście się, na przykład, państwo jakąś, jakimś takim ofertą pomocową ze strony instytucji?

R – Nie, nigdy żeśmy nie myśleli. Myśleliśmy tylko o tym, że to nasz obowiązek, no.

M_B6_FF

Nawet nie wiem czy... nie interesowałam się w sumie. Bo wiem, że mama, jak mówię, nieprzyjęłaby myślę pozytywnie i tak otwarcie osoby, która tu by się nią, inna obca, tutaj opiekowała, prawda? Więc też nie szukałam może takich rozwiązań. A dom opieki społecznej – absolutnie nie myślę.

K_A6_OR

Osoby, które potrafiły wskazać instytucje udzielające wsparcia opiekunom nieformalnym, najczęściej na pierwszym miejscu wymieniały Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, rzadziej Centrum Pomocy Rodzinie czy organizacje kościelne (głównie Caritas), NFZ lub PEFRON. Opiekunowie korzystający z różnych form wsparcia łatwiej wymieniali podmioty świadczące wsparcie i rodzaj oferowanego wsparcia, wskazując przede wszystkim na usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, wsparcie finansowe (zasiłki, dofinansowania) i rzeczowe (użyczanie specjalistycznego sprzętu).

Badani, którzy nie korzystali z tego rodzaju wsparcia, nie poszukiwali również informacji o nim. Pytani o możliwe źródła informacji o dostępnych formach pomocy, w pierwszej kolejności wskazywali na pozyskiwanie informacji od członków rodziny. Świadczy to o wysokim stopniu zaufania do własnych, nieformalnych sieci wsparcia i przekonaniu, że w pierwszej kolejności pomoc, także w obszarze poszukiwania informacji, najlepiej realizowana jest w gronie rodziny. Wskazywanie na sieci nieformalne jako pierwsze źródło pozyskiwania informacji (niezależnie od rzeczywistego stopnia wiedzy, którymi jednostki we wspomnianych sieciach dysponują) świadczyć może o roli rodziny i najbardziej zaufanych osób z własnego otoczenia w obszarze zapewniania opieki (w tym także pozyskiwania informacji na temat możliwych form wsparcia). Zinternalizowanie norm dotyczących sprawowania opieki nad członkami rodziny przekładało się wyraźnie na zaniechanie przez opiekunów rodzinnych poszukiwania informacji na temat możliwych form wsparcia i niechęć do korzystania z oferowanych usług do momentu, w którym zaczęli odczuwać, że nie są już w stanie samodzielnie sobie poradzić z realizowaniem opieki:

Wie pani, ja to bym się najlepiej angażował, dopóki sobie dawałem radę świetnie, no to, jeszcze jakieś trzy lata temu, to ojciec trochę pokucharzył, garnków przypilnował i mimo że też miał jakieś lata, nie? A teraz to wie pani jak to jest [...] Najlepiej to bym chciał, żeby, o, mi to pani, bo jeszcze za tym się nie oglądałem, ale najprawdopodobniej, że bym „kota nie dostał” to muszę tak zrobić, że muszę go oddać do hospicjum, bo nie ma kto pomóc.

M_B8_OR

Analizując wypowiedzi badanych w obszarze znajomości usług i instytucji wspierających opiekunów nieformalnych w podziale na płeć, nie ujawniają się znaczące różnice w poziomie wiedzy. Czynnikiem, który wydaje się różnicować zakres wiedzy na temat usług wspierających skierowanych do opiekunów, jest rodzaj wsparcia jakiego wymaga osoba objęta opieką i długość sprawowania opieki. Im niższy stopień samodzielności osoby objętej opieką i dłuższy okres sprawowania opieki, tym łatwiej opiekunowie rodinni wymieniali możliwe formy wsparcia (usługi opiekuńcze świadczone w domu, zasiłki, dofinansowania i użyczanie specjalistycznego sprzętu).

No wszystkiego, nawet poczwwszy od zmiany, dbania o odleżyny, zmiany pampersa, chodzenie na przykład po recepcję, bo nie wiedziałam takich rzeczy, że są dofinansowania do pampersów, podkładów, to się załatwia, trzeba iść do NFZ, pieczętować jakąś receptę, jakąś kartkę, nie pamiętam, i wtedy jest zniżka. No bo tych pampersów multum człowiek zużywał na początku, takich rzeczy w trakcie się człowiek dowiaduje, nie wie co może, co nie może...

K_D1_OR

Warto także zwrócić uwagę, że wiedza dotycząca dostępnych form wsparcia nie zawsze przekłada się na ich wykorzystywanie, zwłaszcza w wypadku, gdy spełnione muszą być kryteria dochodowe, aby daną formę wsparcia uzyskać:

A poza tym niestety nie, bo nie mieścimy się w widełkach, brakuje jakiś śmiesznych 50 zł czy ileś, poza tym mój mąż jeszcze jak tylko jest taka możliwość bierze też zlecone prace, jeżeli jest udźwiękowienie jakiś filmów i tak dalej, a to wszystko jest liczone, więc nie ma znaczenia, że to nie jest stały dochód, tylko... I nie mieścimy się, zresztą to są tak śmieszne kwoty tych dofinansowań różnych, że... „szkoda prądu”.

K_B3_OR

Wiedza osób niezbędna do realizacji roli opiekuna zwiększa się w miarę powstawania nowych potrzeb:

Pewnie będę musiała się postarać o wózek taki, żeby ją wywozić, bo ona nie przejdzie. A powietrza jednak, no powietrze, żeby, nie wiem czy to się wypożycza, czy to ktoś skierowanie pisze na to, żeby mieć, czy to jest refundowane, nie mam pojęcia. No ale po prostu latem będę musiała coś pomyśleć. Bo ona już, jak ona, spacerować jest jej bardzo ciężko a wziąć ją i żeby przejechać nawet do parku to jest, ona sobie oddycha tak powietrzem, jest na powietrzu.

K_D3_OR

Badani różnili się poziomem posiadanej wiedzy w zakresie dostępnych form wsparcia, oferowanych przez instytucje publiczne opiekunom rodzinnym osób starszych. W badanej grupie wyższą wiedzę w tym zakresie wykazywali się opiekunowie wykorzystujący różne formy wsparcia niż osoby, które, z różnych przyczyn, nie korzystały z żadnej z form pomocy. Warto zwrócić uwagę, że dla opiekunów wtórną rzeczą jest źródło pochodzącej pomocy (instytucja publiczna, organizacja wyznaniowa czy pozarządowa), o ile tylko spełnia ona swoje założenia. Opiekunowie nie zawsze poprawnie łączyli formy wsparcia z ich dostawcami, dla przykładu: ze strony instytucji systemu zdrowia, oczekiwali działań, które w rzeczywistości są realizowane przez system pomocy społecznej i odwrotnie.

Stopień zadowolenia z wykorzystywanych form publicznego wsparcia

Badani najczęściej korzystali ze wsparcia w postaci usług świadczonych przez opiekunów formalnych w miejscu zamieszkania oraz wsparcia finansowego w formie zasiłków i dofinansowania. Sporadycznie wykorzystywanymi formami wsparcia publicznego było wypożyczanie sprzętu ułatwiającego sprawowanie opieki i korzystanie z oferty opieki stacjonarnej. Powody korzystania z opieki formalnej wynikały głównie z pogorszenia stanu zdrowia i sprawności, postępujących kłopotów z wykonywaniem obowiązków domowych, a w nielicznych przypadkach z sytuacji losowych, np. wypadku lub choroby dziecka/współmałżonka. Opiekunami formal-

nymi były osoby przydzielane przez instytucję wspierającą. Badani deklarowali różne poziomy satysfakcji z tej formy otrzymywanego wsparcia. W przypadku osób zadowolonych z tej formy wsparcia do najczęściej wymienianych czynników należały:

- gotowość opiekuna formalnego do świadczenia pomocy w godzinach, które są najważniejsze¹⁴⁴ z punktu widzenia osoby wymagającej opieki i jej opiekuna,
- gotowość opiekuna formalnego do reagowania na bieżące potrzeby osoby starszej,
- gotowość opiekuna formalnego do dzielenia się wiedzą z opiekunem rodzinnym,
- budowanie relacji opartych na zaufaniu i życzliwości.

Czynniki przekładające się na negatywną ocenę tej formy wsparcia dotyczyły już nie tylko indywidualnych charakterystyk opiekuna formalnego, ale też procedury poprzedzającej przyznanie świadczenia. Znalazły się wśród nich:

- konieczność spełnienia formalnych warunków,
- niewystarczające umiejętności opiekunów formalnych,
- duża rotacja wśród opiekunów formalnych,
- nierzetelne podejście do wykonywanych obowiązków,
- niewystarczający zakres przyznanych świadczeń (głównie wymiar czasowy),
- niemożliwość realizacji przyznanych świadczeń w terminie najbardziej dogodnym/potrzebnym z perspektywy osoby starszej i/lub opiekuna rodzinnego.

W przypadku badanych korzystających ze wsparcia świadczonego w ramach opieki zdrowotnej¹⁴⁵ opinie badanych również były podzielone. W przypadku opinii pozytywnych najczęściej wymieniano:

- wygodę związaną ze świadczeniem usług w miejscu zamieszkania,
- przekazywanie wiedzy przez pielęgniarki środowiskowe opiekunom i osobom starszym.

Z kolei wśród negatywnych opinii dotyczących usług świadczonych przez NFZ pojawiały się takie, które wskazywały przede wszystkim na nierówne traktowanie pacjentów:

To trzeba się najeździć kurde, wyprosić tych lekarzy. I załatwiłem ten transport, zawieźliśmy go na ten, do tego lekarza, on nawet prześwietlenia nie chciał zrobić. Ja mówię panie doktorze, 10 października miał ostatnie. [...] I ten wygonił go po prostu. Mówi, że niech pan wyjeżdża, do tych ratowników, zabierajcie mówią, tu nie będzie żadnego prześwietlenia, do widzenia, no i nie zrobił.

M_D5_OR

Dodatkowo często podnoszonym argumentem była biurokracja związana z zapewnianiem dostępu do świadczeń medycznych, która stać mogła w sprzeczności z interesem pacjenta:

U nas jest tak, aby z taką osobą jechać do lekarza to jest wyprawa, musimy jechać we dwoje, po drodze różnie mama reaguje na samochód, musimy się zatrzymywać, bo mamie jest niedobrze. Mieliśmy przyznany zasiłek opiekuńczy, wtedy mogliśmy korzystać z dofinansowania na pampersy, czy tam jak jedziemy z mamą do szpitala to możemy stanąć przed szpitalem. Ale po 1, 5 roku idziemy z powrotem na komisję a pan nam mówi, że mamy za mało zaświadczeń od lekarza. A jak jest choroba udokumentowana,

¹⁴⁴ Ocena, które godziny są najważniejsze, różniła się w zależności od indywidualnych uwarunkowań świadczenia opieki, warunkowana była przez sytuację zawodową, rodzinną opiekunów, a także strukturę konwojów opiekuńczych.

¹⁴⁵ Opieka lekarska, pielęgniarska i rehabilitacyjna.

to nikt nas nie wysłał co chwila na badania głowy aby sprawdzić czy coś się pogorszyło czy polepszyło.

K_D6_OR

W przypadku korzystania ze stacjonarnych form opieki, opinie badanych były zdecydowanie negatywne:

No bo już miałem sytuację, byłem wywieziony do DPS-u do [nazwa miejscowości], no co ja miałem do powiedzenia, zgodziłem się, no ale, że tam to nie pasowało mi, tam to było bezprawie. [...] No ja bym mógł więcej powiedzieć wie pani takie przypadki, że powinni zlikwidować te DPS, tam nawet nagminnie.

M_BW_OS_F

Na negatywny wizerunek instytucji oferujących stacjonarne formy opieki składały się: brak zaufania do umiejętności i wiedzy pracowników tych instytucji, niski poziom świadczonych usług, negatywne nastawienie pracowników do osób objętych opieką (przyjmujące także formy przemocy psychicznej i fizycznej) oraz przekonanie o negatywnym wpływie przebywania osoby starszej w otoczeniu instytucjonalnym (stres, poczucie wyobcowania, samotność).

Warto podkreślić, że brak korzystania z tej formy wsparcia nie przeszkadzał badanym w formułowaniu opinii na jej temat. Wskazuje to bardzo wyraźnie na potrzebę zmiany myślenia o instytucjonalnych usługach opiekuńczych i wspierających, które obecnie traktowane są jako najgorsze z możliwych rozwiązań:

Proszę Panią, jeżeli chodzi o pobyt, bo mi nawet zasugerowała ta doktorowa. Czy do ZOL? Wie Pani, to jest zakład opieki leczniczej. Ale ona by wie Pani co, raczej by nie radziła. I pielęgniarka, która tu przychodzi [...] Mówi, niech Pan tego nie robi. Ja też pracowałam kiedyś na [nazwa miejsca]. To 2-3 miesiące, zastrzyki dają tylko. I tak. Wie Pani, żona sobie nie zasłużyła na to [...] Na poniewierkę. Bo to jest poniewierka, wie Pani. Raz dziennie karmi ją tylko. I to nawet doktorowa wie Pani.

M_A7_OR

Niezaspokojone potrzeby opiekunów rodzinnych w ramach wykorzystywanych form publicznego wsparcia

Niezaspokojone potrzeby opiekunów rodzinnych osób starszych można podzielić na dotyczące sprawowanej opieki, jednostkowego wsparcia dla opiekuna oraz możliwości łączenia kariery opiekuna z innymi karierami. Niezaspokojenie potrzeb w oczekiwanym przez opiekunów wymiarze często stanowiło przyczynę negatywnej oceny danej formy wsparcia instytucjonalnego, stąd wnioski zaprezentowane w tej części należy traktować jako uzupełnienie i rozbudowanie wątków zarysowanych w części poprzedniej.

W przypadku pierwszej z wymienionych grupy potrzeb (dotyczących sprawowania opieki) opiekunowie zwracali uwagę na brak dostępu do sprzętu rehabilitacyjnego, specjalistycznych łóżek, potrzeby dofinansowań do remontów umożliwiających dostosowanie przestrzeni do potrzeb osoby objętej opieką (w pierwszej kolejności wymieniano tu dostosowanie łazienki w taki sposób, aby można było wykonywać zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne). Podniesienie standardów mieszkaniowych (zabezpieczenie dostępu do sieci centralnego ogrzewania itp.), zapewnienie dofinansowań do specjalistycznych leków i opatrunków oraz zapewnienie wysokiej jakości usług specjalistycznych. Poniżej zebrano wypowiedzi najlepiej obrazujące poszczególne obszary niezaspokojonych potrzeb opiekunów osób starszych.

- Potrzeba zabezpieczenia środków na wydatki związane z pełnieniem roli opiekuna:

Znaczy ja myślę, że troszeczkę kulejemy, troszeczkę, chyba więcej nawet niż troszeczkę, jeśli chodzi o zabezpieczenie opieki takiej instytucjonalnej. Uważam, że mamy ogromny niedobór, niedosyt ośrodków, miejsc, w których można byłoby seniorów umieścić, gdzie mieliby pełną opiekę, bądź rozwiązanie w taki sposób, że mamy tą opiekę dochodzącą do osoby starszej. Natomiast wymiar czasowy opieki, jaką mamy, pod tytułem jedna czy dwie godziny, bo przy tych całych staraniach moich, wtedy z ośrodka opieki przydzielono moim rodzicom dwie godziny dziennie. Dwie godziny dziennie, kiedy oni potrzebują 24 godzin to jest pomoc. [...] Naprawdę niewystarczająca. No i też wiążąca się z odpłatnością. Więc tak jak mówię, przy wysokości emerytur jakie posiadają moi rodzice to jest to ogromne obciążenie. Bo wydatki głównie idą na dużą ilość leków, które przyjmują. Środki higieny osobistej, które no też nie są tanie. Wszelkiego rodzaju памpersy, podkłady. Tego idą ilości bardzo duże. Więc brak takiej rzeczywiście zewnętrznej, bo jeśli senior nie ma rodziny to jest, no wtedy myślę, że to jest dramat.

K_bw_OR_T

- Potrzeba zindywidualizowanej opieki w oparciu o rozbudowaną diagnozę potrzeb osoby wymagającej opieki:

Lekarza, który by się znał na osobach starszych, nigdy w życiu nie widziałam [...] Właśnie, geriatry i jest z nimi mega duży problem, lekarze pierwszego kontaktu nie mają żadnego pojęcia o osobach starszych, więc to jest pierwsza rzecz. Druga rzecz – ośrodki pomocy społecznej, gminne, miejskie, obojętne, powinny trochę bardziej jednak wiedzieć co się dzieje w terenie i gdzie ta osoba starsza jest, ewentualnie jak tej osobie można pomóc, nie zawsze jest to pomoc finansowa, często nie jest. To znaczy dobra, często też jest, ale czasami to by była pomoc finansowa na zasadzie pomocy rzeczowej, czyli pomocy w opale, a niekoniecznie wcale pieniędzy. Ale tak, jeżeli nawet jest rodzina, co innego, jeżeli jest to wieś, wielopokoleniowa rodzina, tych osób jest tam więcej i to się jakoś rozkłada, ale w miastach często jest tak, że faktycznie osobą starszą opiekuje się jedna osoba, jeżeli nie ma pomocy a osoba starsza jest w bardzo złym stanie, ja tym ludziom współczuję, bo można, naprawdę można zwariować.

K_Bw_OR_M

Widziałam ją dwa razy w życiu, w momencie, kiedy przejęła usługi [imię opiekuna formalnego], my przychodzimy tutaj raz na pół roku. Natomiast mówię generalnie czasami mamy kontakty z opiekunkami, które zgłaszają problem, że z czymś sobie nie radzą i zgłaszają problem, żeby zadzwonić do poradni zdrowia, załatwić jakieś konsultacje, wiadomo, że nie wszystko w każdej dziedzinie jesteśmy doinformowani.

K_C5_PS

- Potrzeba dostępu do specjalistycznych usług medycznych:

Potrzebna rehabilitacja. A mama do dzisiaj nie zaprasza nikogo. Bo trzeba płacić i ona nikogo nie zaprasza. A żeby to była państwowa rehabilitacja to trzeba 3 miesiące jak najmniej czekać.

K_C1_OF

W przypadku niezaspokojonych potrzeb jednostkowych wynikających z realizowania kariery opiekuna należy wymienić dostęp do wiedzy i informacji oraz wsparcia psychologicznego. Małgorzata Halicka zwraca uwagę na fakt, że wiele niekorzystnych zachowań towarzyszących procesowi choroby, których człowiek stary nie ujawnia w obecności opiekuna formalnego, będzie przejawiał w odniesieniu do członków rodziny (opiekunów nieformalnych)¹⁴⁶. Fakt ten dodatkowo komplikuje sytuację opiekunów nieformalnych, którzy nie zawsze mają odpowiednie kompetencje i wiedzę, aby pomóc osobie wymagającej opieki, która z różnych powodów nie zgłasza swoich potrzeb opiekunom formalnym. Z tego względu tak duże znaczenie ma przekazywanie wiedzy zarówno opiekunom, którzy nie korzystają z wsparcia formalnego, jak i tym, którzy wykorzystują wsparcie instytucjonalne. W tym miejscu na pierwszy plan wysuwają się niezaspokojone potrzeby przekazywania wiedzy w zakresie możliwych form wsparcia dotyczących sprawowania opieki, jak i w zakresie profesjonalnej opieki psychologicznej dostosowanej do potrzeb opiekunów. To drugie zagadnienie ma szczególne znaczenie w kontekście tzw. „zespołu opiekuna”, czyli wyczerpania sił biopsychicznych jednostki, który Grochmal-Bach opisuje zwracając uwagę, że składa się na niego całe spektrum objawów fizycznych, psychosomatycznych i psychospołecznych, które występują u osób długotrwale obciążonych opieką nad chorym. Zauważa też, że czynnikami wyzwalającymi ten zespół są:

- *poczucie odpowiedzialności towarzyszące opiekunom rozumiane jako: „wszelka pomoc skierowana ku osobie chorej, a dotycząca samego leczenia, całego programu rehabilitacji, a ponadto związana ze sprawami dotyczącymi wspólnego mieszkania, diety i ostatnich chwil życia bliskiego człowieka”;*
- *przewlekłe zmęczenie obowiązkami pielęgnacyjno-opiekuńczymi;*
- *zaniedbanie własnych potrzeb i obowiązków*¹⁴⁷.

Zespół opiekuna jest zjawiskiem niebezpiecznym dla opiekuna i podopiecznego. Deficyt pomocy i wsparcia na rzecz opiekuna może prowadzić do jego nadmiernego obciążenia oraz do choroby. Jak zauważa B. Szluz: *wyczerpany psychicznie, depresyjny lub przejawiający agresję opiekun nie jest w stanie prawidłowo wykonywać zadań związanych z opieką nad chorym. Zaniedbywanie własnych potrzeb i zmęczenie wykonywaną pracą może przejawiać się brakiem satysfakcji z wykonywania zadań, występowaniem licznych objawów psychosomatycznych (np. problemów ze snem, apetytem), psychospołecznych (np. poczucie osamotnienia), dystansem wobec problemów podopiecznego i utratą troski. Przejawem zespołu opiekuna jest złość na podopiecznego, na sytuację, w której się znalazł opiekun oraz niechęć do wykonywania codziennych czynności. Niepowodzenie może wywołać rozdrażnienie oraz gniew*¹⁴⁸.

W realizowanych badaniach zaznaczały się wszystkie wymienione czynniki, zwłaszcza wśród opiekunów sprawujących opiekę w okresie powyżej 2 lat, zamieszkujących wspólnie z osobą wymagającą opieki oraz sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Sami opiekunowie nie zawsze potrafili mówić o kosztach psychicznych i potrzebie wsparcia w tym obszarze, potrzeby te były jednak zauważalne dla ich otoczenia. W przypadku, gdy opiekunowie mówili o wsparciu psychologicznym, najczęściej formułowali to w sposób zakamuflowany. Na przykład:

[brakuje mi] wiedzy trochę psychologicznej jak się zachować w niektórych sytuacjach, z czego wynika na przykład ten babci upór, czy jak sobie z nim poradzić [...], żeby

¹⁴⁶ Halicka M., *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Białystok 2006, s. 250.

¹⁴⁷ Grochmal-Bach B., *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimer*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, s. 224.

¹⁴⁸ Szluz B., *Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimer*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia* [S.l.], v. 30, n. 4, 2017, s. 147-158.

mnie to nie wkurzało no i żeby nie powstawały na tym polu spięcia. Jak sobie poradzić z motywacją babci do pewnych rzeczy. I tutaj też wiedzy, tylko że mniej chodzi o wiedzę taką typowo książkową, to bardziej chodzi o to, żeby ktoś poznał trochę babcię, poznał trochę mnie, bo ja mam taki dość charakter, że dla mnie jest coś czarne albo białe i jeżeli coś mówię. [...] Więc tak, potrzebowałabym wiedzy jak sobie z tym poradzić, żebym ja była się w tym stanie spokojnie zachować a żeby do babci to dotarło na tyle, żeby to dla wszystkich miało sens. Wiedzy... tak, głównie chyba takiej.

K_Bw_OR_M

Wśród potrzeb, których usługi społeczne oferowane przez podmioty publiczne nie były w stanie zaspokoić, badani wymieniali najczęściej te, które dotyczyły łączenia kariery opiekuna z innymi karierami. Można tu wskazać przede wszystkim:

- Potrzebę podtrzymywania kontaktów społecznych (zwłaszcza w godzinach wieczornych):

Proszę Panią, żeby na przykład ktoś był te parę godzin dziennie. Czy nawet zaistniałaby taka sytuacja, że gdzieś idę do lekarza, czy nawet chce mi się do znajomych iść. Gdzieś od godziny 15.00 do 20.00. Żebym sobie wie Pani troszkę odreagował, prawda? Żeby ktoś był w tym momencie. Albo ktoś posprzątał. Ja muszę sprzątać, widzi Pani [...] Ale jak Pani powiedziałam, 5.00 godzina ja jestem padnięty.

M_A7_OR

- Potrzebę łączenia kariery zawodowej z karierą opiekuńczą w przypadku osób, których sytuacja finansowa nie uprawnia do dodatkowych świadczeń, ale jest niewystarczająca dla zapewnienia właściwej opieki:

Powiem szczerze, tutaj troszeczkę się dowiadywałam, nawet z MOPS-u się dowiadywałam o taką właśnie pomoc ewentualnie czy z Caritasu kiedyś dzwoniłam [...] te dwie organizacje wychodzą z tego założenia, że jeżeli jest osoba, która przebywa z osobą chorą, niepełnosprawną na stałe, to jej obowiązkiem jest, że tak powiem, tą osobą się zająć, nawet jeżeli ja mówiłam, że ja chodzę do pracy, [...] ale ja przychodzę o godzinie 19 do domu, to w tym momencie ja mam czas się tą osobą zająć.

K_A1_OR

- Potrzebę stabilności świadczonych usług:

Na przykład miałam takie telefony od pani, taka Kasia była z MOPS, że przepraszam, dzisiaj zachorowałam, nie przyjdę i w tym momencie, nie wiem czy ja mam... bo akurat telefon zmieniałam, bo pewnie pani z MOPS, kierowniczka powie, że tak nie było, albo nie wiem, bo to były sporadyczne, ale były takie sytuacje, że przepraszam, mam jelitówkę albo jestem chora i nie przyjdę i w tym momencie – bo tak, klucze są u tej kobiety, ja nie mam kluczy jakiś tam jeszcze zapasowych, żeby no... bo te opiekunki mają normalnie klucze do mojego ojca bo inaczej by się nie dostały, więc tak na zastępstwo już tego dnia nikt nie przychodził, więc ja musiałam zmieniać plany, jechać.

K_D1_OR

- Potrzebę łączenia kariery opiekunczej z karierą zawodową bez utraty przyznanych świadczeń:

Żeby na przykład mogła podjąć pracę. Żeby była taka możliwość, tak? Bo jestem ograniczona, nie mogę podjąć pracy. Na pewno nie na cały etat, ale chociażby na pół etatu. Nawet pracę, którą mogłabym wykonywać w domu. Bo myślę, że to by nie było żadnego problemu. To byłby duży plus dla mnie. Bo ja bym mogła wyjść też do ludzi zupełnie innych. Porozmawiać, być w towarzystwie. Na chwilę mieć taką odskocznnię. I mogłabym dorobić coś sobie do tych 520 złotych. I może to nawet nie chodzi o takie finansowe rzeczy, ale gdzieś wyjść. Móc. Bo państwo mnie ograniczyło, tak? Albo się opiekujesz, albo pójdziesz do pracy. Ale jeżeli pójde do pracy na cały etat, to wtedy muszę mieć opiekę, której muszę zapłacić. Żeby była cały dzień z mamą. A ponieważ z opowieści wiem, że opieka, która jest przyznawana przez MOPS-y czy tam GOPS-y, że z tych instytucji nie jest całodniowa i nie jest codzienna. No więc jestem tu postawiona pod ścianą. A pójść na cały etat do pracy tylko po to, żeby tę całą moją pensję, ten mój zarobek zapłacić opiekunce, to wolę ten czas spędzić z mamą. I mieć też czas na to, żeby spędzić ten czas z dzieckiem. Żeby pomóc mu w lekcjach, żeby spędzić z nim po prostu czas. Takie mam przemyślenia.

K_A6_OR

- Potrzebę zaufania do opiekunów formalnych:

Jest taka możliwość, bo panie z miejskiego ośrodka pomocy społecznej przychodzą, tylko, że jak ja pracuję 8 godzin to ja bym musiała komuś zawierzyć i dać klucz do mieszkania, zawierzyłam mojej sąsiadce, ale boję się zawierzyć innym. Fizycznie nie było takiej możliwości, aby pani z opieki społecznej przychodziła do mnie.

K_B7_OR

- Potrzebę przerwy w pełnieniu roli opiekuna:

Niemożliwe jest, nie, bo taka osoba potrzebuje dużo, żeby jej dużo czasu poświęcić, jest jak dziecko. No ja sobie nie wyobrażam zostawić teściową na dłuższy czas. Ona musi wiedzieć, gdzie jesteśmy i kiedy wrócimy, bo jak nas o tej porze nie ma, to już wydzwania, już panikuje. I już wtedy się martwimy, że może do piwnicy schodzić, prawda, było tak kiedyś. Zeszła do piwnicy, spadła i pogotowie trzeba było wzywać.

M_B6_FF

Wie pan co, no tak, taki dom, gdybyśmy mieli na terenie gminy, ale u nas jest taka specyfika, że musiałyby być dwa domy. Dlatego, że właśnie takie domy może pod kątem jak w [nazwa miejscowości] jest dom seniora, tam sobie ludzie przychodzą, świetnie sobie czas spędzają, ale u nas po pierwsze, że nie ma na terenie gminy takiego domu, po drugie ta terytorialnie gmina jest tak rozłożona, że trzeba się, żeby się dostać na drugą część gminy trzeba się przedostać przez w [nazwa miejscowości] i pojechać dopiero tam w [nazwa miejscowości]. To jest zupełnie w innym końcu, więc u nas to nie wiem czy w jednym miejscu, po jednej części gminy czy po drugiej, jak by był taki dom, czy by się sprawdził, czy musiały by być ewentualnie dwa takie domy.

K_C6_PS

Osobną kategorię stanowią potrzeby tych opiekunów, którzy formalnie nie kwalifikują się do otrzymania wsparcia od instytucji publicznych, mimo iż realnie tego wsparcia potrzebują. Najlepiej obrazuje to poniższy przypadek:

Więc fundusz alimentacyjny nie od października, 500+ nie, teraz wróciłam do pracy z nowym rokiem po podwyżce, dokładnie 2 475 brutto, na rękę, w tym dwójka dzieci, no i pani z opieki mówi, że musi przeprowadzić wywiad alimentacyjny, chodzi o to, że opieka, babcia płaci usługi opiekuńcze, 12,60 groszy za godzinę, to, że ta opiekunka do niej przychodzi, to nie jest takie friko, nie. [...]. A byłam u nich przy okazji odwołania się właśnie od funduszu, który mi właśnie zabrali, dokładnie 24,90 moje zarobki przekroczyły, a fundusz alimentacyjny mi się nie należy, więc byłam przy tej okazji odwołania się, no i padła, no chyba jakieś kpiny. Ja tutaj fundusz zostaje mi wstrzymany, znaczy, no zabrany, a panie się pyta czy ja mogę finansować teraz jeszcze babcię, z tego jednego wynagrodzenia, które jest na te 3 osoby? [...], żeby coś babci tutaj na ciepło jeszcze, no ja średnio raz w tygodniu jakiś obiad podrzucam, ale nie częściej, więc kombinowałyśmy jeszcze z [nazwa], tutaj jest taki ośrodek dziennego pobytu, żeby stamtąd obiady jeszcze wykupić, ale to jest kwestia następnych 120 złotych, to też nie wiadomo jak to jeszcze wyjdzie, czy to nie będzie za duże obciążenie, tak? No i ktoś jeszcze musi je dostarczyć około południa. Tu się robi dramat. Pani, która tu przychodzi, ta pani opiekunka powiedziała, że nie, bo ona, no logistycznie nie da rady akurat w tej porze z tym obiadem być. Więc kombinowałyśmy tak, że może moja córka, która kończy 14:30 lekcje, gdyby ona mogła taki obiad odebrać, ale to jest wszystko w takiej wersji jeszcze wstępnej, na razie dogadujemy. No i tyle...

K_C7_OR

Potrzeby opiekunów, które w obecnym momencie nie są zaspokajane przez instytucje publiczne, dotyczyły przede wszystkim stworzenia możliwości ograniczenia czasu przeznaczanego na działania związane z realizacją kariery opiekuna rodzinnego: poczynając od pomocy w zdobywaniu informacji, gromadzeniu niezbędnej dokumentacji, poprzez zwiększanie wolumenu czasowego usług opiekuńczych świadczonych w domu, na zapewnieniu wsparcia w placówkach stacjonarnych dziennego lub stałego pobytu kończąc. Należy jednak podkreślić, że w wielu przypadkach opieka sprawowana była przez osoby w wieku powyżej 50 lat, które same zaczynały doświadczać problemów ze zdrowiem. Wiele niezaspokojonych potrzeb, które dotyczyły tej grupy, wynikało nie tylko z braku wystarczającego wsparcia ich przez instytucje publiczne w roli opiekunów, ale także z braku wsparcia w roli pacjentów. Nakładanie się na siebie niekorzystnych czynników, takich jak zły stan zdrowia czy zaawansowany wiek opiekuna rodzinnego, brak dostępu do usług publicznych, zamieszkiwanie obszarów zdegradowanych powoduje, że zakres niezaspokojonych potrzeb opiekunów i ich podopiecznych zachodzą na siebie, tworząc wielowymiarowy i skomplikowany obraz procesów prowadzących do wykluczenia społecznego osób starszych, zarówno w rolach opiekunów, jak i osób objętych opieką.

Na zakończenie warto także zwrócić uwagę na ograniczenia w możliwości zaspokajania potrzeb opiekunów rodzinnych, które wynikają z regionalnego kontekstu, w którym funkcjonują instytucje wspierające, na co zwracają uwagę poniższe wypowiedzi:

Zmniejszona ilość godzin, odgórnie, to były takie zarządzenia dyrekcji, to wtedy jeszcze ta odpłatność była niższa, ale to się z tym nic nie dało zrobić, bo to były takie odgórne zarządzenia, tak...

K_C2_PS

Należy też podkreślić, że zarówno sami opiekunowie formalni i pracownicy socjalni decydujący o przyznaniu wsparcia w postaci usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby starszej wskazywali na obszary potrzeb, których usługi te w obecnym kształcie, nie są w stanie zaspokoić. Przedstawiciele tych grup zwracali uwagę na rozbieżność między zapisami zawartymi w formalnie określonych zakresach usług opiekuńczych a rzeczywistymi działaniami opiekunów formalnych:

To znaczy się, opiekunka ma swój zakres. Natomiast wiem, że od siebie stara się wykonywać dodatkowe obowiązki, jeżeli jest je w stanie wykonać, na przykład opłaca rachunki, jest upoważniona na pocztę, do odbioru poczty. Jeżeli [imię osoby starszej objętej opieką] trafi do szpitala, ona sama z siebie zajmuje się psem, który jest na posesji. Także jeżeli jest w stanie wykonać jakieś obowiązki, to je wykonuje, a jeżeli nie, to informuje o tym [opiekuna rodzinnego] i zostawia to już do jego decyzji, czy coś zostało zrobione czy nie.

K_bw_PS_I

Formalnie jest zakres, ale wiadomo, że już każdy się dogaduje w miarę powiedzmy potrzeb, tak?

K_C1_PS

Istotnym wątkiem w tym obszarze było także wskazywanie na konieczność zachowania elastyczności działań opiekunów formalnych, którzy w określonym czasie powinni wykonać usługi pozostające w zakresie czynności.

Wie pan, to się tylko tak wydaje, że [osoba starsza objęta opieką] ma od tego roku 2,5 godziny dziennie, w ubiegłym roku miał 2 godziny dotychczas, teraz ma po 2,5 godziny dziennie. I to się wydaje teoretycznie, że to jest dużo czasu. Ale wbrew pozorom to nie jest dużo czasu. No trzeba zrobić obiad, w międzyczasie posprzątać, później po tym obiedzie pozmywać, wykopać. No tam nie wiem, czy raz w tygodniu mają ustaloną kąpiel, wtedy już powiedzmy tego obiadu [opiekun formalny] nie robi.

K_C6_PS

Regulacje dotyczące pracy opiekuńczej świadczonej w domu podkreślają jej praktyczny wymiar, koncentrując się na działaniach takich jak kąpiel, ubieranie czy przygotowanie posiłku. Wykaz zadań można podzielić na standardowe, mierzalne jednostki pracy, możliwe do wykorzystania jako podstawa rozliczenia czasu pracy. Jest to przykład obecnie szeroko stosowanej praktyki, określanej przez niektórych autorów mianem zarządzania przemysłowego w sferze opieki¹⁴⁹. W rzeczywistości jednak świadczenie usług opiekuńczych w domu nie poddaje się tak łatwo standaryzacji, a opiekunowie nieustannie muszą dostosowywać swoje działania do indywidualnych potrzeb i sytuacji klientów.

¹⁴⁹ Schmid H., Hasenfeld Y., *Organizational Dilemmas in the Provision of Home Care Services*, *Social Service Review* 67, 1993.

Preferowane przez opiekunów działania instytucji publicznych, które pozytywnie wpływają lub wpłynęłyby na ich czas wolny, życie zawodowe, rodzinne i społeczne

Informacje zaprezentowane w poprzedniej części pozwoliły na odtworzenie listy potrzeb niezaspokajanych przez aktualnie dostępne usługi wspierające opiekunów nieformalnych, finansowane ze środków publicznych. W tej części uwaga skoncentrowana zostanie na określeniu takich sposobów wsparcia, które z perspektywy opiekunów i innych członków konwojów opiekuńczych byłyby w stanie przyczynić się do zaspokojenia tych potrzeb oraz pozytywnie wpłynąć na spędzanie czasu wolnego, życie zawodowe, rodzinne i społeczne opiekunów rodzinnych.

- Wsparcie finansowe jako preferowany sposób działania wymieniany był najczęściej przez opiekunów z terenów wiejskich i mniejszych miast. Było ono tym sposobem wspierania, który umożliwiałby opiekunom zabezpieczenie warunków niezbędnych do sprawowania opieki. Forma ta sprowadza się przede wszystkim do umożliwienia lub ułatwienia zakupu niezbędnych leków i dostosowania przestrzeni mieszkalnej do potrzeb i możliwości osób wymagających opieki.

Jeżeli państwo nie zabezpiecza środków do funkcjonowania i do życia takiej osobie niepełnosprawnej, bo nie zabezpiecza, bo te renty, które dostają, na przykład renta socjalna dla młodych osób, które nigdy nie pracowały, to bez pomocy członków rodziny ta osoba by nie przeżyła. Więc jeżeli państwo nie zapewnia godnego życia osobie niepełnosprawnej, to powinno państwo przyjąć, przyjąć taki program, który wspierałby opiekunów, ale finansowo, głównie finansowo, tak żeby opiekunowie nie musieli się martwić o to, czy im wystarczy na komorne, czy nie dostaną eksmisji, czy będzie co zjeść. Gdyby teraz było tak, że mnie nie ma, to kto [imię osoby objętej opieką] da jeść?

K_C3_OR

Tu tylko pieniądze są potrzebne.

K_C1_OR

Należy jednak zwrócić uwagę, że wsparcie finansowe w formie zasiłków dla osób rezygnujących z pracy ze względu na świadczenie opieki, nie było traktowane przez opiekunów jako wystarczająca forma zabezpieczenia potrzeb własnych i osób objętych opieką:

Nie pracować [...] tak się nie da. No mama któregoś dnia mi powiedziała, że najlepiej to, jak by ktoś był na stałe. Ja mówię, mamusiu, no to jak chcesz tak, no to ja rezygnuję z pracy i mieszkamy, żyjemy razem, za twoją po prostu emeryturę, prawda? Ale niestety, tak się nie da.

M_D5_OR

- Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania to forma wsparcia instytucjonalnego, którą zarówno opiekunowie, jak i pracownicy socjalni wskazywali najczęściej jako rozwiązanie, które najskuteczniej umożliwia lub pozwoliłoby na łączenie kariery opiekuna i innych ról:

A wiadomo, że, bo ta pani [imię opiekuna formalnego] jest potrzebna. No tak jak mówię, [imię] do mnie zadzwoni, jest fucha no to nie odmawiam, jadę. Najpierw rano

kontrol, wszystko okej z cukrem, jadę. I sam dzwonię na przykład o 12, jest okej, jest pani [imię opiekuna formalnego], jest ugotowane, to wiem, że jest najedzony, że cukier nie spadnie, jest okej. I to w ten sposób. A 500 złotych na miesiąc to nie są znowu kolosalne pieniądze, prawda? Bo ja nieraz taki wyjazd mam i co tu dużo gadać, nieraz taki wyjazd mam to jak jest dobra robota to i 500 złotych jest tygodniowo, znaczy w jeden dzień na pile. Mieliliśmy taką fuchę też, któryś rok temu, to powiem szczerze przez tydzień zarobiłem 2 tysiące. To już mogłem coś pomóc.

M_C6_OR

Zdajemy sobie sprawę, że w dzisiejszych czasach, to są młodzi ludzie z peselem 70 z przodu a więc muszą zawodowo pracować. Nikt się nie zwolni z pracy, aby opiekować się mamą za 520 złotych, mając jeszcze wtedy, kiedy państwo po raz pierwszy przyszli mieli 2 dzieci na utrzymaniu. W tej chwili mają jedną uczącą się córkę. Zdajemy sobie sprawę, że w pierwszej kolejności powinna to rodzina zabezpieczyć, ale forma tych usług jest też jakimś wsparciem dla tej rodziny, że oni jakby nie było, zabezpieczają popołudniu tą opiekę, weekendy, my tylko 1,5 godziny w zasadzie w ciągu dnia, od poniedziałku do piątku.

K_D6_PS

Opieka świadczona w miejsce zamieszkania pozwala na uwolnienie zasobów czasu opiekuna, który może je przeznaczyć na inne role oraz zapewnia odpowiedni komfort psychiczny zarówno opiekunowi, jak i osobie objętej opieką. Nie naraża na stres związany z pobytem osoby starszej w obcym miejscu czy zwiększone koszty świadczenia opieki stacjonarnej.

W tym miejscu, warto podkreślić także preferowane przez opiekunów i osoby starsze usługi wykraczające poza aktualnie zdefiniowany zakres w wymiarze jakościowym. Podkreśla się znaczenie zaangażowanego współtowarzyszenia i aktywizacji, bazującej na wspólnocie zainteresowań, których potrzeba dostrzegana jest także przez opiekunów formalnych i pracowników socjalnych:

Jak by ta opiekunka mogła spędzać z nimi więcej czasu, bo na to przede wszystkim ci ludzie narzekają, oni by potrzebowali, u nas nie ma czegoś takiego nawet, żeby opiekunka wyszła na spacer, nie ma tego w zakresie, a czasami przychodzą do nas osoby i mówią, że nie chcą sprzątnięcia, gotowania, one chcą, żeby po prostu ktoś do nich przyszedł i z nimi porozmawiał, napił się herbaty i porozmawiał, a czegoś takiego nie ma. Albo po prostu wyszedł z nimi na spacer, posiedział w parku. Także coś takiego jak by było.

K_C2_PS

Może też więcej, nie wiem, tak mi się wydaje, żeby miała więcej godzin na przykład, nie? Tylko wiadomo, teraz tak, jak ktoś ma niską emeryturę i dostanie więcej godzin to wiadomo, że musi za to zapłacić. To też ludzie też, no nie decydują się na przykład, żeby było więcej godzin. Bo znam osoby, że chciałyby, a no wiadomo, że nie stać ich, tak? I więcej godzin na przykład, jak by co dzień po godzinie i wpadać do takiej osoby i po prostu rozmawiać. Na zasadzie rozmowy też, nie? Już nie mówię, żeby cokolwiek tutaj robić. Tylko po prostu usiąść z nią i porozmawiać.

K_D3_OF

Najprostszą formą to jest właśnie taki asystent, który nawet przyjdzie na te 2 godziny, to ja sobie w tym momencie wyjdę nawet do sklepu, gdzieś tam, czy w ogóle na miasto czy coś. I uważam, że to jest już odciążenie. I ja nie myślę już wtedy, że aha, on

tam został sam i nie wiadomo co się dzieje i co wyprawia, tylko, że jest już ktoś w domu zaufany, kto się zajmie i mówię, no tak mi się wydaje. No bo co im tu można w sumie jeszcze? To jest chyba taka najprostsza rzecz, gdzie ci ludzie faktycznie, tacy asystenci czy opiekunowie przychodzą i albo czasami nawet jest może taki dzień, że nawet ci w sumie zdrowi ludzie potrzebują się wygadać, że mówi Jezu, już mam dosyć po prostu, już tak marudzi, już tak zrzędzi dzisiaj czy wczoraj, czy wymyślił znowu coś tam. I mówię, chociaż pewnie to też im pomaga, bo [to] takie wyrzucenie z siebie...

K_D4_OF

Ja pamiętam jak moja pani opowiadała, jak zamawiali z domu pomocy społecznej do swojej babci pana, który mówił po francusku, starszy pan, elegancki, samotny, który nie założył rodziny i okazało się, że mieszka sobie w domu pomocy społecznej. I raz w tygodniu przyjeżdżał na kawkę do babci, no i super, sobie po prostu rozmawiali po francusku, jedno i drugie niejako... jedno zostało wyrwane z tej społeczności, w której cały czas funkcjonował, a drugie też cieszyło się, że jest ktoś, z kim można sobie swobodnie pokonwersować i myślę, że są takie potrzeby wśród osób starszych, które są opiekowane, o których one nawet chyba nie bardzo mogą powiedzieć albo chcą powiedzieć, natomiast myślę sobie, że człowiek jest istotą, która, mimo wszystko, swobodnie i dobrze się czuje w grupie i jeśli stan zdrowia radykalnie uniemożliwia ten kontakt z drugim człowiekiem, ból, czy ztrata świadomości, to potrzebujemy tak naprawdę drugiego człowieka i nie zawsze chodzi o to, żeby ktoś przyszedł, posprzątał, ugotował, umył, ale żeby po prostu był, żeby nawet może wspólnie obejrzeć serial albo coś skomentować, po prostu. Ja mam takie poczucie, że coraz więcej osób starszych nie ma do kogo mówić.

K_C8_PS

Ten rodzaj wsparcia, który najlepiej opisuje angielski termin befriending¹⁵⁰ czyli „bycie przyjacielem”, świadczony osobom wymagającym opieki pozwoliłby częściowo odciążyć psychicznie opiekunów, którzy te dodatkowe zasoby czasu mogliby przeznaczyć na realizowanie swoich potrzeb w zakresie życia społecznego, rodzinnego czy zawodowego.

W kontekście usług opiekuńczych świadczonych w domu, duże znaczenie z perspektywy opiekunów odgrywa stabilność i jakość relacji łączących opiekunów z podopiecznym. Świadomość opiekuna, że pozostawia osobę wymagającą opieki w towarzystwie kogoś, kogo darzy zaufaniem i sympatią pozwala na uwolnienie się od poczucia winy towarzyszącego opiekunom często podczas realizowania karier innych niż opiekuńcza. Wartość więzi budowanej z opiekunem formalnym dobrze ilustruje poniższa wypowiedź:

Opiekunka jest tyle lat, że ona już pewne rzeczy wie, poza tym jest z [imię osoby objętej opieką] bardzo zżyta, [imię osoby objętej opieką] z nią i [imię osoby objętej opieką] się przy niej czuje bezpiecznie, więc nawet jeżeli byłyby jakieś tam mankamenty, to ze względów humanitarnych, etycznych ta opiekunka dobrze, żeby była jak najdłużej.

K_C3_OR

¹⁵⁰ Rozumiany jako związek między przyjacielem – wolontariuszem a przyjacielem – podopiecznym, funkcjonujący w ramach strukturalnie określonych granic (*structuralframework*). Zwykle jest to czasowo ograniczona relacja, która umożliwia podopiecznemu poszerzenie sieci relacji społecznych, zwiększenie niezależności i dokonywanie świadomych wyborów, umożliwiając im pełniejsze korzystanie z życia. por. <http://alone.ie/what-we-do/befriending> [dostęp: 13.11.2017].

- Usługi opiekuńcze świadczone w ośrodkach stacjonarnych, zapewniających wsparcie w większym wymiarze czasu, wskazywane były głównie przez osoby bliskie opiekunów i pracowników socjalnych:

Byłoby dobrze, aby mogła zostawić ją dłuższy okres, na przykład aby mogła wyjechać na kilka dni aby odpocząć psychicznie [...]Od jednostajności, powtarzalności czynności, dobrze by było, że by każdy mógł wyjechać raz na jakiś czas. Dobrze by było, żeby miała tylko poczucie, że w domu jest wszystko w porządku.

K_C4_PS

Sami opiekunowie, w większości przypadków nie byli skłonni do deklarowania chęci korzystania z tej formy wsparcia, ponieważ wyrażali przekonanie o niskiej jakości usług świadczonych w takich placówkach oraz, jak już wspomniano, ich poglądy warunkowane były normą dotyczącą sprawowania opieki w kręgu rodziny:

[...] o pielęgniarce, o żadnej takiej instytucji... Moja babcia się bro... Znaczą, broni... Ja bym w życiu nigdzie jej nie oddała i ona cały czas mi powtarza, że dobrze, że jesteś, bo nie wiadomo, czy bym w jakimś tam domu starców nie wylądowała, a tam wiadomo co się dzieje. Bo ogląda telewizję na okrągło, więc... No ja bym nie pozwoliła jej nawet dać, nie wiem, na tydzień gdzieś.

K_A8_OR

W tym miejscu warto zwrócić uwagę jak silnie norma kulturowa dotycząca sprawowania opieki głównie w kręgu rodzinnym wyraża się nie tylko w postawach opiekunów, ale i wyobrażeniach przedstawicieli instytucji publicznych:

W sensie opieki społecznej, że będzie ktoś przychodził, pomagał, nie w sensie zakładu opiekuńczego, tylko bardziej widziałabym tu jako pomoc dzieci i pomoc rodziny, o. W ten sposób. Rodziny, partnera, siostry, bliskich, no pomoc rodziny.

K_C7_OR

Wiadomo, jak teraz w ogóle młodzi podchodzą do starszych ludzi. Najchętniej to by, albo DPS, albo wyrzucić i koniec. Taka prawda. Mamy na okrągło, tu, nagminnie, że przychodzi osoba, ręce w kieszeni, zrobiła coś, weźta babkę albo matkę. Bo on nie będzie się zajmował, nie będzie dupy wycierał. No taka prawda jest. Ale że jemu matka, jemu wycierała dupę, za przeproszeniem, karmiła go i naprawdę dbała o niego, to się nie liczy, tylko babka jest niepotrzebna, matka niepotrzebna, to po co, niepotrzebna. Mnie to przeraża teraz, co się dzieje. Jeszcze to jest dobre, że jeszcze jest ten obowiązek alimentacyjny, że można za wszelką cenę ich postraszyć, że sprawa może trafić do sądu, jeżeli oni nie chcą się zajmować opieką, to niech płacą alimenty i za DPS. Nie jest tak? I to jest właśnie dobre. To trzeba dużo krwi, nerwy też psuje, no ale, no niestety z takimi ludźmi trzeba niestety krótko rozmawiać. Bo tak nie może być, żeby ktoś mówił, że to jest przedmiot, który można sobie rzucać albo przestawiać. A niech sobie przypomni, że czy matka czy babka czy ojciec zawsze było śniadanko, obiad, kolacja, wyprane, posprzątane, zadbane, dziecko wyuczone, wykształcone, no nie jest tak?

K_C7_PS

- Zapewnienie wsparcia psychicznego opiekunom jako sposób na rozbudowanie sieci społecznych i zwiększenie dobrostanu psychicznego opiekunów:

choćby rozmowy takie, jak inni sobie radzą w opiece. Psychicznie, fizycznie. Myślę, że każdy opiekun gdzieś tam jest w swoim domku, w swoim kręgu. Ale może wymienić się doświadczeniami. Że można coś dołożyć do tego dnia. Że można sobie zorganizować ten dzień troszkę inaczej, żeby nie było tak monotonna. Jakies nie wiem wyjścia. No, myślę, że tak.

K_A6_OR

- Wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych w ramach obowiązujących procedur biurowo-kratycznych jako sposób na zwiększenie zasobów czasu wolnego było kolejnym obszarem działań, który wskazywany był głównie przez opiekunów rodzinnych i ich osoby bliskie:

Pomoc nie o którą ta rodzina musi walczyć, prosić się, poświęcać jeszcze swój czas, którego już nie ma na załatwianie 1500 różnych rzeczy, tylko powinno iść to w drugą stronę.

K_BW_OR_M

ułatwić, osobom, które się opiekują osobami starszymi, ułatwić cokolwiek załatwianie [...] Nie-chodzenie od jednych drzwi do drugich, proszenie, błaganie się, o tą pomoc [...] żeby nie musiała załatwiać za każdym razem transportu, wozić po szpitalach, to ja muszę iść najpierw do rodzinnego, załatwić skierowanie, polecieć, na przykład to się mieści u nas w [nazwa miejscowości], oddział opieki paliatywnej, muszę iść tam złożyć wszystkie papiery, a to uważam, że osoba, która wychodzi na przykład tak jak moja mama ze szpitala, powinna dostać od razu bezpośrednio skierowanie i powinno to być załatwione, A nie żeby człowiek musiał całe dni poświęcić latać od jednego do drugiego.

K_B4_OR

Preferowane przez opiekunów działania instytucji publicznych, które pozytywnie wpływałyby na możliwość łączenia kariery opiekuna rodzinnego osób starszych z innymi karierami, można sprowadzić do działań, których celem będzie uwolnienie ich zasobów czasowych i zapewnienie jak najwyższej jakości opieki świadczonej osobie starszej. Opiekunowie nie zawsze posiadają wiedzę dotyczącą możliwych form wsparcia. Z tego względu, opisując preferowane formy działań instytucji publicznych nierzadko opisywali rozwiązania już istniejące. Wskazuje to na potrzebę budowania bazy wiedzy i odpowiednich kanałów jej dystrybucji jako priorytetowe go działania w procesie wspierania opiekunów rodzinnych przez instytucje publiczne.

Strategie realizowania kariery opiekuna rodzinnego osób starszych – wnioski z analizy danych

Zgromadzone dane wskazują jak zróżnicowana jest zbiorowość opiekunów osób starszych. Potrzeby osób, którym udzielana jest pomoc, również różnią się między sobą i zmieniają się z biegiem czasu (w związku ze zmieniającym się stanem zdrowia). Sam proces świadczenia opieki jest dynamiczny i zależny od wielu czynników, zarówno wewnętrznych (struktura konwoju opiekuńczego, stan zdrowia osoby objętej opieką), jak i zewnętrznych wobec konwoju opiekuńczego (dostępność wsparcia instytucjonalnego, przepisy prawne stanowiące kontekst formalny realizowania roli opiekuna). Wobec powyższego, diagnoza potrzeb opiekunów rodzinnych osób starszych staje się zadaniem skomplikowanym i wielowymiarowym. Na podstawie analizy zgromadzonych danych jakościowych można zaproponować typologię strategii realizowania opieki przez opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych. Opiera się ona na połączeniu

koncepcji R. K. Mertona w zakresie indywidualnych strategii przyjmowanych przez jednostki w stosunku do wyznaczanych kulturowo celów i środków ich osiągnięcia¹⁵¹ oraz koncepcji E. Litwaka w zakresie zależności między opieką formalną i nieformalną¹⁵².

Zgromadzone dane jednoznacznie wskazują na dominację hierarchicznego modelu kompensacyjnego¹⁵³ w sprawowaniu opieki w polskim kontekście kulturowym. Oznacza to, że kulturowo zdefiniowanym celem jest zapewnienie niezbędnej opieki osobom starszym, a kulturowo wyznaczonym środkiem prowadzącym do jego osiągnięcia jest opieka świadczona przez rodzinę. Przyjmując założenia koncepcji R.K Mertona, możliwymi strategiami opiekuńczymi będą więc: opiekuńczy konformizm (uznawanie potrzeby sprawowania opieki nad osobami starszymi w połączeniu z działaniami ograniczającymi wsparcie do kręgów rodzinnych), opiekuńcza innowacyjność (uznanie potrzeby sprawowania opieki nad osobami starszymi w połączeniu z działaniami nieograniczającymi wsparcia do kręgów rodzinnych), opiekuńcze wycofanie (odrzućenie potrzeby sprawowania opieki nad osobami starszymi w połączeniu z działaniami nieograniczającymi wsparcia do kręgów rodzinnych). Teoretycznie możliwe, ale empirycznie niepotwierdzone w zrealizowanym badaniu, zbiory obejmowałyby opiekuńczy rytualizm (odrzućenie kulturowo wyznaczanych celów przy jednoczesnym podejmowaniu działań dążących do ich osiągnięcia) oraz opiekuńczy bunt (odrzućanie kulturowo wyznaczanych celów i środków do ich osiągnięcia przy jednoczesnym proponowaniu innych).

Opiekunowie w przeprowadzonym badaniu opisywali różnego rodzaju strategie realizowania kariery opiekuńczej. Jedną z najpopularniejszych strategii przyjmowanych w początkowej fazie opieki był **opiekuńczy konformizm**. Wyrażał się on w ignorowaniu pojawiających się obciążeń (materialnych i niematerialnych) i przekonaniu, że zadania związane z karierą opiekuna powinny być realizowane samodzielnie przez opiekuna niezależnie od kosztów, z jakimi się wiąże. Uzasadnieniem dla tego rodzaju motywacji jest silnie zinternalizowana norma dotycząca transferów międzygeneracyjnych i sprawowania opieki w obrębie rodziny. W tej strategii opiekun funkcjonuje w ograniczonym konwoju opiekuńczym. Strategia ta towarzyszy opiekunom świadczącym opiekę osobom o niskim stopniu niesamodzielności, którzy podejmują opiekę przez niedługi okres i mają silne przekonanie o zasadności sprostania normom kulturowym regulującym międzygeneracyjne transfery opieki w cyklu życia jednostki. Opiekunowie stosujący tę strategię nie zgłaszają problemów dotyczących łączenia kariery opiekuńczej z innymi karierami, co może wynikać z niechęci do ujawniania takich problemów lub z ograniczania potrzeb w innych sferach. Przykładem konwoju, gdzie realizowany był ten rodzaj strategii jest konwój B4:

R – [...] no, w tej chwili to, że w jakimś stopniu mogę odwzajemnić mamie tą miłość, to wsparcie, które mi dała, tą pomoc, że ja mogę jej teraz to oddać, w jakimś stopniu, że nie odwrócić się do niej plecami.

Pr – Kto powinien być odpowiedzialny? Za opiekę?

R – Ja uważam że właściwie rodzina.

Pr – w stu procentach?

R – Raczej tak, bo po to mamy rodzinę, po to mamy dzieci, żeby móc w jakimś stopniu na nie liczyć. Że nie że każdy najlepiej oddać na państwowy wikt.

Pr – Jeszcze szukałaś informacji na temat? Szukałaś jakiś form pomocy?

¹⁵¹ Merton R.K., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, PWN, Warszawa 2002.

¹⁵² Litwak E., *Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*, The Guilford Press, New York 1985.

¹⁵³ Cantor M.H., *Neighbours and Friends: an overlooked resource in the informal support system*, *Research on Aging*, 1 (1979), 434-63; Cantor M.H., Little V., *Aging and social care*, [w:] R.H. Binstock, E. Shanas (red.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd ed., 745-81: Van Nostrand Reinhold Company, New York 1985.

R – Nie.

Pr – A powiedz rozważałaś jakąś taką pomoc, na przykład jakiejś opiekunki, która by przychodziła, jakaś inna osoba żeby mogła tutaj...

R – No znaczy, słyszałam właśnie, że można z miejskiego ośrodka załatwić, opiekunki, żeby przychodziły na te dwie, trzy godziny tak jak tam słyszałam, ale po prostu nie starałam się w miejskim ośrodku o opiekunkę. Bo na razie uważałam, że dam sobie radę jakoś sama. To jakoś tak nie szłam, o pomoc.[...] Nie dopytywałam się. Bo na razie nie potrzebowałam aż takiej wielkiej tej pomocy, żeby mnie ktoś wyręczał.[...] tak, bym chciała, żebym zadbała o swoje zdrowie, żebym mogła jechać do lekarza. Ale jakoś tak na razie, wyłoczyłam tę myśl, swojego zdrowia, swojego jeżdżenia po lekarzach, na razie gdzieś te moje myśli się skupiły: pokój mamy, mama i mój świat – tutaj...

K_B4_OR

Kolejna strategia, która może stanowić następstwo strategii poprzedniej lub początkowo przyjętą strategię opiekuńczą, wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia osoby objętej opieką lub wynika z długiego sprawowania opieki, to **opiekuńcza innowacyjność**. W tej strategii obecna jest refleksja nad własnymi potrzebami i kwestionowanie swoich możliwości do sprawowania opieki samodzielnie lub w ograniczonym konwoju opiekuńczym. W tej strategii opiekun dąży do rozbudowania konwoju opiekuńczego i zaczyna wyraźniej dostrzegać koszty ponoszone w związku ze świadczeniem opieki. Opiekunowie zaczynają zauważać brak równowagi między różnymi obszarami życia i deklarują trudność w łączeniu kariery opiekuna z innymi rolami. Z tego względu poszukują innych, którzy mogliby się zaangażować w konwój opiekuńczy, dysponujących większym zasobem wiedzy o dostępnych formach pomocy instytucjonalnej (publicznej, prywatnej i pozarządowej). Przykładem konwoju, gdzie opiekun realizował tę strategię jest konwój A1:

Bo już też może bardziej jakimś podniesionym głosem mówię do [osoby objętej opieką], czy nieraz jak coś mi każe żebym podała, czy zrobiła to też z taką jakby większą niechęcią to wykonuję, czy w ogóle nie wykonuję, po prostu jestem taka zła na wszystko, no ale generalnie, no staram się, mimo tej jakby niechęci, tego złego dnia wykonywać to, co do moich obowiązków należy koło [osoby objętej opieką], czy [...] w samym domu zrobić [...] to mi się w życiu zaczęło zmieniać i teraz już, że tak powiem, coraz bardziej się zmienia [...] bo muszę szukać jakąś, że tak powiem, opiekę [...] to mam taką sąsiadkę z naszego bloku, z naszej klatki, co jeżeli jest potrzeba to ona przyjdzie i też coś tam pomoże. Czy miałam znajomą, w tamtym roku, w następnym bloku mieszkała, też, jeżeli ja tam, założmy, sporadycznie, maksimum dwa razy do roku na jakieś dwa, trzy, cztery dni wyjeżdżałam, to ta znajoma też potrafiła przyjść i pomóc [...] teraz mam ewentualnie taką możliwość, że proszę brata mojej mamy. Co jeżeli może, no to wiadomo też przyjedzie na ten okres czasu i się zajmie, ale to też jest bardzo, że tak powiem, czynność i sytuacja po prostu bardzo rzadka.[...] Mi się wydaje, że i rodzina i państwo [powinno świadczyć opiekę niesamodzielnym osobom starszym] w jakimś stopniu tak samo [...] Nawet nie wiem czy państwo w jakimś stopniu nie więcej, bo w tym momencie, z tego co się orientuję państwo bardzo mało wspiera takie osoby większość, że tak powiem, takich problemów związanych właśnie z opieką spada, jeżeli jest to oczywiście możliwe na domowników, rodzinę, mi się wydaje, że to powinno być takie chociaż wypośrodkowane.

K_A1_OR

W przypadku ostatniej zaobserwowanej empirycznie strategii – **opiekuńczego wycofania**, opiekun nie jest w stanie, nawet z pomocą rozbudowanego konwoju opiekuńczego, zapewnić opieki osobie wymagającej wsparcia, ani samemu właściwie funkcjonować. Wiąże się to z ciężkim stanem zdrowia podopiecznego/podopiecznej albo z bardzo niskimi możliwościami opiekuna, wynikającymi z sytuacji finansowej, stanu zdrowia, przemęczenia rolą opiekuna lub połączenia wymienionych czynników. W tej sytuacji opiekunowie dążą do zakończenia kariery opiekuna rodzinnego i przekazania komuś innemu obowiązków związanych ze świadczeniem opieki. Najczęściej angażowane są w takiej sytuacji instytucje publiczne. Przykładem konwoju, gdzie realizowana była ta strategia jest konwój B8:

No tak staram się no mówić, że ojciec nie wychował ślepego, garbatego, no to staram się mu tym samym odwdziżyć, nie no ale...to już jest, to jest ...to już jest bardzo ciężko. Nie, nie wiem jak długo to wytrzymam. Nie no, taka jest prawda. [...] No już przyszedł taki czas, że no nie wiadomo co zrobić [...] to ja przecież mogę szybciej wykorkować... [...] Generalnie się, no, rozglądam za właśnie za czymś takim...za jakimś ośrodkiem dla ojca. [...] [wcześniej] byłem, posłem, ojciec nieźle widział, a to se seriale obejrzał, a to zadzwonił, a tera wie pani, a tera jest tak, że tylko je i wydała, tak można powiedzieć. [...] Najlepiej to bym chciał, żeby, o, mi to [...] żebym „kota nie dostał” to muszę tak zrobić, że muszę go oddać do hospicjum, bo nie ma kto pomóc. W koło wszystko chore.

M_B8_OR

Wspieranie opiekunów rodzinnych powinno uwzględniać różne typy strategii przez nich stosowane i odpowiadać na potrzeby specyficzne dla każdego z typów strategii realizowania kariery opiekuna. W dążeniu do zdiagnozowania potrzeb i projektowaniu działań mających je zaspokoić, konieczne jest także uwzględnienie charakterystyk konwoju opiekuńczego. Z tego względu, zasadne wydaje się analizowanie sytuacji nie tylko osoby starszej wymagającej opieki, ale także całego konwoju opiekuńczego, którego ta osoba jest częścią. Podejście takie gwarantuje lepsze dopasowanie do potrzeb i wykorzystanie zasobów dostępnych w ramach konwoju.

Dane zgromadzone podczas badania pozwoliły zaproponować opisaną powyżej typologię strategii opiekuńczych realizowanych przez samych opiekunów rodzinnych oraz umożliwiły zarejestrowanie relacji między osobami zależnymi, opiekunami rodzinnymi i opiekunami formalnymi oraz pracownikami socjalnymi (o ile występowali w konwoju opiekuńczym). Pozwoliło to na odtworzenie podziału między wsparciem nieformalnym a instytucjonalnym.

Zarówno z perspektywy narracji opiekunów rodzinnych, jak i pracowników socjalnych decydujących o przyznaniu usług opiekuńczych, członkowie rodziny są postrzegani jako ci, którzy wypełniają swój naturalny obowiązek wobec „krewnych w potrzebie”:

Dla mnie to jest oczywiste, że najpierw są dzieci, rodzice się nimi opiekują a potem dzieci się opiekują rodzicami.

K_C2_OR

Rodzina jest w pierwszej kolejności do zabezpieczenia potrzeb.

K_D6_PS

W efekcie, instytucjonalnie zapewniane usługi opiekuńcze postrzegane są jako ostateczność i sposób na dopełnienie bezpłatnej pracy opiekuńczej osób związanych z osobą zależną (opiekunów rodzinnych), a nie jako sposób na ich zastąpienie:

Jeżeli zwróciła się do nas o pomoc, to już świadczy o tym, że tak całkowicie sobie nie radzi.

K_C2_PS

Ale boi się mama pomocy innej [spoza rodziny] osoby. Że sobie ta druga osoba nie da rady. My mamy już wyćwiczone jakieś swoje mechanizmy czynności, jak wstajemy, jak siadamy, jak się przesuwamy, przekręcamy, cokolwiek. I jeżeli to by miała zrobić inna osoba, mama by była wtedy totalnie spięta i by nic z tego nie wyszło.

K_A6_OR

V. REKOMENDACJE I PRZYKŁADY DZIAŁAŃ WSPIERAJĄCYCH OPIEKUNÓW NIESAMODZIELNYCH OSÓB STARSZYCH

W ostatniej części raportu zaprezentowano podsumowanie najważniejszych wniosków z badania oraz wynikające z nich rekomendacje. Dodatkowo przedstawiono przykłady działań wspierających opiekunów niesamodzielnych osób starszych, które stanowić mogą inspirację dla działań podejmowanych na terenie województwa łódzkiego w zakresie polityki społecznej.

Zgromadzone dane dowodzą, że sprawowanie opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi w polskim kontekście kulturowym jest postrzegane przede wszystkim jako zadanie rodziny. Wskazują na to analiza aktów prawnych, dokumentów strategicznych i wypowiedzi przedstawicieli wszystkich grup objętych badaniem: pracowników socjalnych, opiekunów formalnych, niesamodzielnych osób starszych, opiekunów rodzinnych oraz ich bliskich. Sposoby budowania narracji (w aktach prawnych, dokumentach strategicznych, wypowiedziach badanych) o opiece nad niesamodzielnymi osobami starszymi opierają się na założeniach hierarchicznego kompensacyjnego modelu opieki.

Doświadczenia i potrzeby opiekunów niesamodzielnych osób starszych są bardzo zróżnicowane, podlegają wpływom czynników wewnętrznych (stan zdrowia osoby objętej opieką, struktura konwoju opiekuńczego) i zewnętrznych (uwarunkowania prawne, dostęp do usług wspierających opiekunów na terenie gminy) w stosunku do danego konwoju opiekuńczego. Dane zgromadzone podczas badania pozwoliły zaproponować typologię strategii opiekuńczych realizowanych przez opiekunów rodzinnych i odtworzyć, w jaki sposób następuje podział zadań opiekuńczych w obrębie rodzin, nieformalnych sieci wsparcia oraz struktur formalnych, osób starszych wymagających opieki.

Z analizy materiału empirycznego wynika, że obowiązek świadczenia opieki zazwyczaj wypełniany jest przez kobiety, na co wskazują także autorzy istniejących badań¹⁵⁴ w odwołaniu do literatury przedmiotu. Analiza podziałów ról w obszarze sprawowania opieki, w obrębie rodziny ujawnia ich korzenie w procesie socjalizacji, który definiuje społeczno-kulturowe oczekiwania związane z płcią, zwłaszcza w obszarze odmiennych wzorów świadczenia opieki i uczestniczenia w rynku pracy¹⁵⁵. Internalizowanie oczekiwań społecznych, bazujących na stereotypowo postrzeganej roli kobiety i mężczyzny, stanowi uzasadnienie dla sposobu indywidualnego doświadczenia i pełnienia roli opiekuna rodzinnego przez kobiety. W przypadku kobiet częściej opieka definiowana jest w kategoriach koniecznego do spełnienia obowiązku, podczas gdy przez mężczyzn w kategoriach podejmowania decyzji i dokonywania wyboru¹⁵⁶.

Podstawy zobowiązań opiekuńczych pomiędzy małżonkami oraz pomiędzy rodzicami i dziećmi są zdecydowanie odmienne, a zdolność do świadczenia opieki starym rodzicom lub staremu małżonkowi kształtowana jest przez odmienne czynniki. Zdolność dorosłych dzieci do

¹⁵⁴ Matysiak A., *Organizacja czasu pracy i opieki*, [w:] I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Scholar, Warszawa 2007; Perek-Biafas J., Stypińska J., Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Uniwersytet Łódzki, 2010, s. 136-148; Kotowska E., Wóycicka I., *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym*, MPiPS, Warszawa 2008.

¹⁵⁵ *Analiza Instytutu Obywatelskiego 2014/2*, Marzena Haponiuk *Sytuacja kobiet na rynku pracy w Polsce*, s. 7.

¹⁵⁶ Ungerson C., *Policy is Personal: Sex. Gender and Informal Care*, Tavistock, London 1987.

świadczenia opieki starzejącym się rodzicom może być ograniczona przez karierę zawodową, karierę rodzicielską czy też dystans geograficzny. Zdolność współmałżonków do świadczenia opieki najczęściej będzie ograniczana przez ich własny proces starzenia się. Obie grupy, pozostają jednak ograniczone w świadczeniu opieki przez brak odpowiedniego przeszkolenia, umiejętności i sprzętu niezbędnego do wypełniania tego zadania. Niezależnie od różnic w zasobach emocjonalnych, finansowych i wiedzy opiekunów rodzinnych, stosowane rozwiązania lokują obowiązek opieki przede wszystkim w sferze prywatnej. Ograniczenia w świadczeniach instytucjonalnych (m.in. redukowanie godzin przyznawanych w ramach opieki domowej) przenoszą i utrwalają odpowiedzialność za realizowanie usług opiekuńczych na członków rodziny i krewnych. Koszty redukowane w ten sposób po stronie państwa, generują koszty po stronie opiekunów nieformalnych. Niektórzy badacze podkreślają, że takie praktyki stanowią przykład sposobu, w jaki kapitalizm reorganizuje rynek pracy, aby wykorzystać najpełniej nieodpłatną pracę obywateli¹⁵⁷.

W narracjach badanych wyraźne były przekonania dotyczące tego, że świadczenie opieki bliskim krewnym to naturalne i oczywiste zadanie. Podobne przekonania wyrażali opiekunowie formalni i pracownicy socjalni twierdząc, że rodzina w pierwszej kolejności powinna zabezpieczyć potrzeby niesamodzielnej osoby starszej. Taka sytuacja sprzyja niechęci do poszukiwania nie tylko wsparcia i pomocy, ale i informacji o możliwych formach wsparcia do momentu, w który, opiekunowie są już wyczerpani i mogą podlegać wypaleniu w związku z pełnioną rolą opiekuna. Zatem, do **podstawowych rekomendacji należy zaliczyć zmianę narracji¹⁵⁸ wokół wsparcia opiekunów nieformalnych** i stwarzanie warunków do wspierania ich od samego początku podejmowania przez nich ról opiekuńczych.

W dążeniu do zdiagnozowania potrzeb całego konwoju opiekuńczego i w projektowaniu działań mających je zaspokoić, konieczne jest analizowanie sytuacji nie tylko osoby starszej wymagającej opieki, ale także całego „otoczenia opiekuńczego”, którego ta osoba jest częścią. Podejście takie gwarantuje lepsze zrozumienie potrzeb przy jednoczesnym wykorzystaniu zasobów dostępnych w ramach danego konwoju. W zależności od długości i zakresu świadczenia opieki niesamodzielnym krewnym, konieczność odpowiedzi na ich potrzeby wiązać może się z różnymi kosztami, takim jak wcześniejsze odchodzenie z rynku pracy, bądź w przypadku młodych kobiet – odkładanie decyzji prokreacyjnych lub decydowanie się na posiadanie mniejszej liczby dzieci¹⁵⁹. Opieka nad starszymi krewnymi może być także przyczyną silnego stresu emocjonalnego i prowadzić do społecznej izolacji¹⁶⁰. Teza ta znalazła odzwierciedlenie także w zgromadzonym materiale empirycznym. Tego rodzaju obciążenia mogą doprowadzić do fizycznego i psychicznego wyczerpania oraz chorób. Również w wymiarze materialnym, świadczenie opieki nad osobami starszymi wiąże się z wysokimi kosztami uzależnionymi od potrzeb osoby objętej opieką. Sprawowanie opieki może także prowadzić do wycofywania się opiekunów z rynku pracy w młodszym wieku lub ograniczać ich możliwości awansu zawodowego, a w konsekwencji powodować zmniejszanie wysokości ich dochodów i świadczeń emerytalnych. Sposoby wspierania opiekunów rodzinnych powinny

¹⁵⁷ Glazer N.Y., *The Home as Workshop: Women as Amateur Nurses and Medical Care Providers*, *Gender & Society* 4 (1990), s. 479.

¹⁵⁸ Rozumianych za Chrisem Barkerem, jako opowieści skonstruowane, które stanowią próbę wyjaśnienia sposobów funkcjonowania świata. Dostarczających nam struktur rozumienia i reguł odniesienia dotyczących konstrukcji świata społecznego, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie: jak mamy żyć?, por. Baker Ch., *Studia kulturowe. Teoria i praktyka*, tłum. A. Sadza, Kraków 2005.

¹⁵⁹ Na co zwracają także uwagę badania EUROFAMCARE.

¹⁶⁰ Halicka M., *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Białystok 2006, Grochmal-Bach B. *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimer*, Kraków, Wydawnictwo WAM 2007

uwzględniać tę różnorodność możliwych do zaistnienia efektów wynikających ze sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną.

Warto zwrócić także uwagę na sytuację opiekunów formalnych, którzy stanowili jedną z grup objętych badaniem. Mimo iż, analiza ich sytuacji nie była celem niniejszego badania, należy podkreślić, że opiekunowie formalni rzadko są obecni w narracjach dotyczących świadczenia opieki w miejscu zamieszkania. O wiele częściej obecne są w nich wątki dotyczące zarządzania i organizacji ich pracy w taki sposób, aby zapewnić optymalny związek między jakością a ceną świadczonych usług. W związku z tym, raczej pomijane są wątki dotyczące sfery emocjonalnych potrzeb opiekunów formalnych, warunków zatrudnienia, niskiego prestiżu społecznego zawodów związanych ze świadczeniem opieki, negatywnych efektów zarządczych praktyk jednostek samorządowych dążących do ograniczania kosztów poprzez traktowanie usług świadczenia opieki w sposób analogiczny do wystandaryzowanych procesów produkcyjnych¹⁶¹. Świadczenie usług opiekuńczych w domu nie poddaje się tak łatwo standaryzacji, a opiekunowie formalni nieustannie muszą dostosowywać swoje działania do indywidualnych potrzeb i sytuacji klientów. Narracje opiekunów rodzinnych i osób starszych wymagających opieki ujawniły, że właśnie elastyczność i zdolność do reagowania na bieżące potrzeby jest jednym z podstawowych czynników, które przekładają się na wysoką ocenę świadczonych usług i sprzyjają budowaniu więzi między opiekunem formalnym a osobą starszą. Sprzyja to również zwiększeniu komfortu psychicznego opiekunów rodzinnych. Wskazane umiejętności i gotowość do zaangażowania wykraczającego poza wystandaryzowany opis czynności, nie znajduje formalnych sposobów rejestrowania i nagradzania, co powoduje, że wydajność i jakość pracy opiekunów formalnych nie jest przedmiotem oceny i nagrody. W związku z tym, **rekomenduje się przeprowadzenie diagnozy sytuacji opiekunów formalnych niesamodzielnych osób starszych** i wypracowanie narzędzi, które byłyby w stanie odpowiadać na ich potrzeby, motywować do pracy oraz rozwoju w obszarze realizowanej kariery zawodowej.

Rekomendacje zaprezentowane w poniższej tabeli uwzględniają instytucjonalno-prawny kontekst funkcjonowania zindywidualizowanych form wsparcia rodziny. Prezentowane rekomendacje mają charakter ogólny, kierunkowy. Przypisanie odpowiedzialności za proponowane działania do określonych instytucji możliwe będzie po przeprowadzeniu pogłębionej diagnozy potrzeb i możliwości gmin/powiatów w obszarze wspierania opiekunów osób starszych, co jest również jedną z kluczowych rekomendacji wynikającą z prezentowanego badania.

Rekomendacje przedstawiono w podziale na następujące obszary: kulturowe uwarunkowania sprawowania opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi, realizacja kariery opiekuna rodzinnego niesamodzielnych osób starszych, łączenie kariery opiekuna rodzinnego z innymi karierami (ze szczególnym uwzględnieniem kariery zawodowej) oraz wsparcie instytucjonalne nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych. Przy formułowaniu rekomendowanych działań, uwzględniono preferowane przez rodzinnych opiekunów osób starszych działania oraz oczekiwania wobec regionalnych i lokalnych podmiotów odpowiedzialnych za pomoc społeczną i politykę rynku pracy w odniesieniu do realizacji kariery opiekuna i możliwości łączenia jej z innymi karierami.

¹⁶¹ Por: Kane R., Caplan A., *Ethical Conflicts in the Management of Home Care: The Case Manager's Dilemma*, Springer Publishing, New York 1993; Schmid H., Hasenfeld Y., *Organizational Dilemmas in the Provision of Home Care Services*, *Social Service Review* 67, 1993.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
1. UWARUNKOWANIA KULTUROWE			
Silnie zakorzenione normy kulturowe (odzwierciedlające się także w przepisach prawa) wpływają na postrzeganie sprawowania opieki nad osobami starszymi, jako obowiązku rodziny	A. Zwiększenie liczby, jakości i zakresu działań wspierających opiekunów podejmowanych przez lokalne władze (przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego) i podmioty sektora pozarządowego	• Diagnoza potrzeb i możliwości gmin/powiatów w obszarze wspierania opiekunów osób starszych.	• jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej (ze szczególnym uwzględnieniem szczebla wojewódzkiego – Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi), • Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego.
		• Wzmacnianie NGO działających w obszarze wspierania osób starszych i ich opiekunów m.in. poprzez: - świadczenie usług informacyjno-konsultacyjnych, - pomoc w wypełnianiu wniosków o dofinansowanie m.in. ze źródeł europejskich.	• jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, • departamenty Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego działające w zakresie promocji i informacji dotyczącej Funduszy Europejskich, • sektor NGO.
		• Zwiększenie świadomości i promowanie wśród przedstawicieli ist dostępnych sposobów wspierania opiekunów osób niesamodzielnych m.in. poprzez: - organizację szkoleń dla przedstawicieli samorządów w obszarze możliwych sposobów (i korzyści wynikających z) wspierania opiekunów rodzinnych.	• Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, • Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, • sektor NGO.
		• Promocja dobrych praktyk w zakresie wspierania opiekunów rodzinnych m.in. poprzez: - organizację wojewódzkiego konkursu na gminę/powiat przyznającą/y opiekunom osób starszych,	• Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, • Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Silnie zakorzenione normy kulturowe (odzwierciedlające się także w przepisach prawa) wpływają na postrzeganie sprawowania opieki nad osobami starszymi, jako obowiązku rodziny	A. Zwiększenie liczby, jakości i zakresu działań wspierających opiekunów podejmowanych przez lokalne władze (przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego) i podmioty sektora pozarządowego	• Zwiększenie zakresu i jakości współpracy instytucji publicznych oraz podmiotów rynku i sektora pozarządowego działających na rzecz opiekunów m.in. poprzez: - stworzenie internetowej platformy wymiany informacji na temat wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych, - tworzenie grup roboczych służących koordynacji działań podmiotów z różnych sektorów na rzecz opiekunów nieformalnych.	• jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, • Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, • sektor NGO.
	B. Zwiększenie u opiekunów starszych osób niesamodzielnych umiejętności rozpoznawania swoich potrzeb związanych ze sprawowaniem opieki	• Edukowanie opiekunów i ich otoczenia w obszarze specyfiki opieki nieformalnej m.in. poprzez: - kampanie promujące wsparcie opiekunów, - szkolenia, warsztaty dla opiekunów.	• jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, • Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, • sektor NGO.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
2. REALIZACJA KARIERY OPIEKUNA RODZINNEGO NIESAMODZIELNYCH OSÓB STARSZYCH			
Potrzeba dostosowania form wsparcia instytucjonalnego do przyjmowanych przez opiekunów rodzinnych strażnic realizowania kariery opiekuna	C. Wszechstronna diagnoza potrzeb i możliwości danego konwoju opiekunów, wykraczająca poza diagnozę sytuacji osoby wymagającej opieki	- Opracowanie systemu łączącego odpowiednie formy wsparcia z potrzebami i możliwościami danego konwoju opiekunów: - budowa narzędzia oceny potrzeb konwoju opiekunów z perspektywy usług społecznych i ochrony zdrowia, - kompleksowa ocena potrzeb i możliwości osoby objętej opieką, opiekuna i innych zaangażowanych w konwoj opiekunów (także opiekunów formalnych i dostępu do instytucji na danym terenie), - różnicowanie form wsparcia w zależności od wyników diagnozy.	Koordinacja działania na szczeblu wojewódzkim: - Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, - Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, - Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, - Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Wdrażanie na poziomie gmin i powiatów: - jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne działające w sferze polityki społecznej, - lokalne podmioty lecznicze świadczące usługi na rzecz osób niesamodzielnych i ich opiekunów, - sektor NGO.
Opiekunowie rodzinni nie dysponują wystarczającą i uporządkowaną wiedzą w zakresie dostępnych form wsparcia	D. Zgromadzenie i rozpowszechnienie w przystępnej formie informacji o dostępnych sposobach wsparcia i uprawnieniach opiekunów osób starszych	- Przygotowanie informatora dla opiekunów niesamodzielnych osób starszych w wersji elektronicznej i drukowanej. Autorzy informatora powinni zadbać o przystępny język i układ prezentowanych treści. - Zadbanie o dystrybucję wersji drukowanej w miejscach często odwiedzanych przez opiekunów osób starszych (w instytucjach pomocy społecznej, opieki zdrowotnej, organizacjach pozarządowych, organizacjach wyznaniowych, w aptekach, przekazywanie informatora przez pracowników socjalnych podczas wywiadu środowiskowego). - Uruchomienie infolinii udzielającej informacji o dostępnych formach wsparcia i uprawnieniach opiekunów. - Stworzenie portalu internetowego dla opiekunów osób starszych, na którym zawarte będą między innymi informacje o dostępnych formach wsparcia i uprawnieniach opiekunów osób starszych.	Koordinacja działania na szczeblu wojewódzkim: - Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, - Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, - Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, - Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Zasilanie baz danych koniecznych do prowadzenia informatora/portalu/infolinii oraz lokalna dystrybucja materiałów: - jednostki samorządu terytorialnego na szczeblu gminy i powiatu oraz ich jednostki organizacyjne działające w sferze polityki społecznej, - lokalne podmioty lecznicze świadczące usługi na rzecz osób niesamodzielnych i ich opiekunów, - sektor NGO.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Opiekunowie rodzinni nie dysponują wystarczającą i uporządkowaną wiedzą w zakresie dostępnych form wsparcia	D. Zgromadzenie i rozpowszechnienie w przyszłej formie informacji o dostępnych sposobach wsparcia i uprawnieniach opiekunów osób starszych	• Stworzenie w ośrodkach pomocy społecznej stanowiska pracy asystenta opieki, który będzie pomagał w okresie przejścia z roli rodzinnej do realizowania kariery opiekuńczej (np. udzielenie informacji, planowanie budżetu, ewaluacja potrzeb osoby starszej i opiekuna, pomoc w załatwianiu formalności związanych z otrzymaniem wsparcia formalnego). • Tworzenie przestrzeni do wymiany wiedzy i nawiązywania relacji pomiędzy wszystkimi interesariuszami związanymi z opieką nieformalną nad starszymi osobami niesamodzielnymi np. poprzez: - organizację cyklicznego wydarzenia które poświęcone byłoby sytuacji opiekunów i stwarzałoby płaszczyznę do kontaktu dla wszystkich interesariuszy (przedstawiciele samorządów, opiekunowie, środowisko akademickie, lekarze itp.).	• jednostki samorządu terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne działające w sferze polityki społecznej,
			• jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, zdrowotnej, sektor NGO, • uczelnie wyższe i inne placówki oświatowe, • pozostałe podmioty – obecni i potencjalni interesariusze, związani z opieką nieformalną nad starszymi osobami niesamodzielnymi.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Opiekunowie rodzinni odczuwają potrzebę podnoszenia swoich umiejętności w zakresie sprawowania opieki	E. Kształtowanie umiejętności opiekunów niesamodzielnych osób starszych z zakresu świadczenia opieki	• Zapewnienie dostępu do informacji niezbędnych dla kształtowania umiejętności opiekunów niesamodzielnych osób starszych z zakresu świadczenia opieki np. poprzez: - przygotowanie filmów instruktażowych i umieszczenie ich na portalu internetowym (np. stworzonym we współpracy z NGO w ramach lub niezależnie od istniejącej struktury serwisu informacyjnego województwa łódzkiego). • Przygotowanie materiałów szkoleniowych oraz informacji o bezpłatnych szkoleniach i włączenie ich do informatora w wersji drukowanej. • Wspieranie opiekunów rodzinnych przez opiekunów formalnych poprzez prowadzenie bezpośredniego szkolenia w miejscu zamieszkania, dostosowanego do potrzeb i możliwości opiekuna rodzinnego i osoby starszej (w oparciu o przygotowane materiały szkoleniowe). • Cykliczna organizacja bezpłatnych szkoleń dla opiekunów z zakresu opieki i pielęgnacji osoby starszej (organizowanych np. przez NGO lub w ramach istniejącej sieci jednostek świadczących pomoc społeczną, opiekę zdrowotną na terenie województwa/gmin i powiatów).	• jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, polityki zdrowotnej. • sektor NGO.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Opiekunowie rodziny odczuwają potrzebę dostępu do specjalistycznych usług medycznych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby starszej	F. Dostęp do specjalistycznych usług medycznych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby starszej	• Zapewnienie szkoleń z zakresu geriatrii lekarzom pierwszego kontaktu i personelowi medycznemu świadczącemu usługi medyczne w domu. • Zapewnienie mechanizmów stałego podnoszenia wiedzy z obszaru geriatrii lekarzom pierwszego kontaktu i personelowi medycznemu świadczącemu usługi medyczne w domu. • Zwiększenie liczby rezydentów na specjalizacji geriatria. • Zapewnienie dostępu do informacji o specjalistycznych usługach medycznych świadczonych w miejscu zamieszkania (np. poprzez zawarcie informacji w informatorze, na portalu oraz przekazywanie tych informacji przez przedstawicieli instytucji zajmujących się opieką zdrowotną i/lub pomocą społeczną).	• Ministerstwo Zdrowia, • Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W zakresie dystrybucji informacji: • jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego na poziomie województwa, gmin i powiatów, działające w sferze polityki społecznej, polityki zdrowotnej, • lokalne podmioty lecznicze świadczące usługi na rzecz osób niesamodzielnych i ich opiekunów, • sektor NGO.
Opiekunowie rodziny wymagają wsparcia psychologicznego	G. Diagnoza stanu psychicznego opiekunów osób starszych i zapewnienie adekwatnej formy wsparcia psychologicznego	• Uwzględnienie podczas wywiadu środowiskowego oceny stanu psychicznego opiekunów rodzinnych w związku z pełnioną rolą opiekuna. • Organizacja samopomocowych grup wsparcia dla opiekunów osób starszych. • Uruchomienie infolinii zapewniającej wsparcie psychologiczne opiekunom rodzinnym. • Stworzenie miejsca do wymiany doświadczeń, wykorzystując media społecznościowe: fora dyskusyjne, grupa dyskusyjna.	• ośrodki pomocy społecznej, • ośrodki interwencji kryzysowej, • inne jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, • sektor NGO.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Opiekunowie rodzinni odczuwają potrzebę sprawowania opieki z wykorzystaniem sprzętu/narzędzi/urządzeń jej realizację	H. Powszechny dostęp do sprzętu/narzędzi/urządzeń ułatwiających sprawowanie opieki	- Stworzenie działu ogłoszeń o wymianie/ sprzedaży używanego sprzętu ułatwiającego sprawowanie opieki (np. wózki inwalidzkie, łóżka, materace przeciwoślizgowe, kule, balkoniki itp.) na portalu internetowym zawierającym informacje dla opiekunów niesamodzielnych osób starszych. - Udostępnienie informacji o wypożyczalniach urządzeń ułatwiających świadczenie opieki w informatorze dla opiekunów osób starszych. - Cykliczna organizacja giełd urządzeń ułatwiających świadczenie opieki (może być połączona ze szkoleniami umiejętności organizowanych np. przez NGO lub w ramach istniejącej sieci jednostek świadczących pomoc społeczną na terenie województwa/gmin i powiatów).	- jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, polityki zdrowotnej. - Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. ŁĄCZENIE KARIERY OPIEKUNA RODZINNEGO NIESAMODZIELNYCH OSÓB STARSZYCH Z INNYMI KARIERAMI			
Opiekunowie rodzinni odczuwają trudność w łączeniu kariery opiekuna z innymi karierami	I. Uwolnienie części zasobów czasowych opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych, którzy mogliby go wykorzystać na zaspokajanie własnych potrzeb w obszarze relacji społecznych i czasu wolnego	- Zapewnienie dostępu do usług opiekuńczych w godzinach popołudniowych i w weekendy, m. in. poprzez: - Promowanie idei wolontariatu, w tym np. w ramach relacji sąsiedzkich, - Reorganizację praktyk zawodowych studentów adekwatnych kierunków medycznych tak, aby część godzin realizowana była w ramach opieki środowiskowej. - Zapewnienie dostępu do opieki świadczonej w miejscu zamieszkania przez krótki okres w skali miesiąca – bez konieczności korzystania z opieki oferowanej w placówkach stacjonarnych. - Dowożenie posiłków do osób wymagających opieki (np. przez NGO lub w ramach istniejącej sieci jednostek świadczących pomoc społeczną na terenie województwa/gmin/powiatów).	- jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej. - sektor NGO. W obszarze kształcenia studentów kierunków medycznych: - odpowiednie uczelnie wyższe działające na terenie województwa łódzkiego, w tym wyższe szkoły zawodowe.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Opiekunowie rodzinni odczuwają trudność w łączeniu kariery opiekuna z innymi karierami	I. Uwolnienie części zasobów czasowych opiekunów rodzinnych nie-samodzielnych osób starszych, którzy mogliby go wykorzystać na zaspokajanie własnych potrzeb w obszarze relacji społecznych i czasu wolnego	• Zapewnienie i upowszechnienie usług transportowych dla niesamodzielnych osób starszych do dziennych domów pomocy, zwłaszcza gdy są poza terenem gminy (np. przez NGO lub w ramach istniejącej sieci jednostek świadczących pomoc społeczną na terenie województwa/gmin i powiatów).	
Opiekunowie rodzinni odczuwają trudność w łączeniu kariery opiekuna z innymi karierami	J. Wzmacnianie mechanizmów redukcji konfliktu w rolach złożonych	• Zapewnienie obserwowalności konfliktu w obrębie ról podejmowanych jednocześnie przez opiekunów rodzinnych poprzez opracowanie adekwatnych informacji dla partnerów określonych ról, np.: - opracowanie książeczki edukacyjnej dla dzieci dotyczącej tego, z czym wiąże się opieka nad osobą starszą i jak może wpływać na łączenie opieki z rolą rodzica, - warsztaty psychologiczne dla opiekunów będących także rodzicami (również w formie webinarów, kursów online, konsultacji z psychologami dziecięcymi), - tworzenie platform wymiany doświadczeń z innymi rodzicami w takiej sytuacji (fora internetowe, media społecznościowe), - opracowanie broszury informacyjnej dla pracodawców zawierającej rekomendowane działania w zakresie wspierania opiekunów rodzinnych,	• jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatów i gmin oraz ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej, polityki rynku pracy, • pracodawcy, • sektor NGO.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Opiekunowie rodzinni odczuwają trudność w łączeniu kariery opiekuna z innymi karierami	J. Wzmacnianie mechanizmów redukcji konfliktu w rolach złożonych	- warsztaty dla pracodawców z zakresu zarządzania personelem o różnorodnych potrzebach (w tym osobami pełniącymi rolę opiekunów), - opracowanie broszury informacyjnej dla wychowawców klas/nauczycieli nauczania przedszkolnego, zawierającej rekomendowane działania w zakresie wspierania opiekunów rodzinnych. • Tworzenie warunków i zachęcanie do zakładowania/przystępowania przez opiekunów rodzinnych osób starszych zrzeszeń, związków reprezentujących ich interesy w stosunku do pracodawców, placówek edukacyjnych, samorządów itp.¹⁶²	
Łączenie kariery opiekuna rodzinnego osoby starszej z karierą zawodową stwarza wyzwania na wielu płaszczyznach	K. Praca dostosowana do umiejętności i możliwości opiekunów rodzinnych	• Promowanie elastycznych form zatrudnienia. • Organizacja doradztwa zawodowego dla opiekunów rodzinnych (np. przez NGO lub w ramach istniejącej sieci jednostek urzędów pracy). • Opracowanie przez pracodawców we współpracy z opiekunami rodzinnymi niesamodzielnymi osób starszych alternatywnych ścieżek rozwoju kariery, dostosowanych do ich potrzeb i możliwości. • Zapewnianie dostępu do szkoleń zawodowych dla opiekunów osób starszych (np. w zakresie kompetencji cyfrowych).	• Publiczne służby zatrudnienia, • Działające w regionie stowarzyszenia pracodawców, • Sektor NGO.

¹⁶² Jest to postulat trudny do zrealizowania w związku z opisanym przez S. Nowaka zjawiskiem próżni socjologicznej opisującej niechęć do działań na poziomie wykraczającym poza jednostkowe interesy, jednak stwarzając odpowiednie warunki teraz, możliwe będzie zaspokojenie potrzeb kolejnych pokoleń opiekunów, które różnić się będą od aktualnych kohort zarówno poziomem edukacji, jak i doświadczeniami pokoleniowymi.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
Łączenie kariery opiekuna rodzinnego osoby starszej z karierą zawodową stwarza wyzwania na wielu płaszczyznach	L. Środowisko pracownicze i przełożeni otwarci na potrzeby opiekunów osób starszych	• Zachęcanie pracodawców do wspierania opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych (np. poprzez organizację konkursu na przedsiębiorstwo przyjazne opiekunom rodzinnym lub dołączenie tego kryterium do istniejących konkursów dla pracodawców promujących idee work-life balance). • Organizacja szkoleń dla pracodawców w obszarze możliwych sposobów (i korzyści wynikających z) wspierania opiekunów rodzinnych.	• Publiczne służby zatrudnienia, • Działające w regionie stowarzyszenia pracodawców, • Sektor NGO.
4. WSPARCIE INSTYTUCJONALNE OPIEKUNÓW RODZINNYCH NIESAMODZIELNYCH OSÓB STARSZYCH			
W społecznej świadomości istnieje wiele negatywnych opinii i stereotypów dotyczących wsparcia instytucjonalnego osób starszych i ich opiekunów	M. Przełamywanie negatywnych wyobrażeń i stereotypów dotyczących opieki stacjonarnej dla osób starszych	• Budowanie pozytywnego wizerunku placówek opieki stacjonarnej m. in. poprzez: - kampanie informacyjne, - identyfikację nieprawidłowości w funkcjonowaniu opieki stacjonarnej i podejmowanie działań naprawczych, - upowszechnianie i promowanie „dobrych praktyk” – przykładnie funkcjonujących podmiotów świadczących opiekę stacjonarną, - organizację wojewódzkiego konkursu na najlepszą placówkę świadczącą opiekę stacjonarną. • Podnoszenie prestiżu zawodów związanych z opieką np. poprzez: - kampanie informacyjne dotyczące roli tych zawodów, - tworzenie oferty edukacyjnej dla osób zainteresowanych realizacją kariery w obrębie tej grupy zawodów.	• Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, • jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej (ze szczególnym uwzględnieniem szczebla wojewódzkiego – Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi), • sektor NGO. W zakresie kształcenia zawodowego: • odpowiednie uczelnie wyższe działające na terenie województwa łódzkiego, w tym Wyższe Szkoły Zawodowe.

Wnioski z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
W społecznej świadomości istnieje wiele negatywnych opinii i stereotypów dotyczących wsparcia instytucjonalnego osób starszych i ich opiekunów	N. Przełamywanie negatywnych wyobrażeń i stereotypów dotyczących opieki środowiskowej dla osób starszych	• Budowanie pozytywnego wizerunku opieki środowiskowej m.in. poprzez: - kampanie informacyjne, - identyfikację nieprawidłowości w funkcjonowaniu opieki środowiskowej i podejmowanie działań naprawczych, - upowszechnianie i promowanie „dobrych praktyk” – przykładnie funkcjonujących podmiotów świadczących opiekę środowiskową, - organizację wojewódzkiego konkursu na najlepszą opiekuna formalnego niesamodzielną osób starszych w gminie/ powiecie/ województwie. • Podnoszenie prestiżu zawodów związanych z opieką np. poprzez: - kampanie informacyjne dotyczące roli tych zawodów, - tworzenie oferty edukacyjnej dla osób zainteresowanych realizacją kariery w obrębie tej grupy zawodów.	• Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego • Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne działające w obszarze polityki społecznej (ze szczególnym uwzględnieniem szczebla wojewódzkiego – Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi), • Sektor NGO. W zakresie kształcenia zawodowego: • Odpowiednie uczelnie wyższe działające na terenie województwa łódzkiego, w tym wyższe szkoły zawodowe.

Wniosek z badań empirycznych	Rekomendacja – cel	Rekomendacje ogólne i działania	Sugerowani odbiorcy rekomendacji
W społecznej świadomości istnieje wiele negatywnych opinii i stereotypów dotyczących wsparcia instytucjonalnego osób starszych i ich opiekunów	O. Przełamywanie negatywnych wyobrażeń i stereotypów dotyczących oferty i działań NFZ w obszarze sprawowania opieki nad starszymi osobami niesamodzielnymi	• Budowanie pozytywnego wizerunku usług i świadczeń z NFZ w obszarze sprawowania opieki nad starszymi osobami niesamodzielnymi m.in. poprzez: - kampanie informacyjne, - identyfikację nieprawidłowości w zakresie świadczenia usług medycznych dla osób niesamodzielnymi i podejmowanie działań naprawczych, • upowszechnianie i promowanie „dobrych praktyk” – przykładnie funkcjonujących podmiotów świadczących usługi zdrowotne, • Podnoszenie prestiżu zawodów związanych z opieką np. poprzez: - kampanie informacyjne dotyczące roli tych zawodów, - tworzenie oferty edukacyjnej dla osób zainteresowanych realizacją kariery w obrębie tej grupy zawodów.	• Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W zakresie kształcenia zawodowego: • Odpowiednie uczelnie wyższe działające na terenie województwa łódzkiego, w tym wyższe szkoły zawodowe.
Brak rozwiązań umożliwiających zapewnienie powszechnie wysokiego poziomu usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania	P. Zapewnienie jednakowego, wysokiego standardu świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania	Określenie minimalnych standardów szkolenia opiekunów formalnych i zapewnienie jednolitego systemu oceny ich umiejętności.	• Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, • Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, • Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, • jednostki pomocy społecznej, • sektor NGO.

SPIS TABEL

Tabela 1. Osoby udzielające pomocy według typu gospodarstwa domowego badanych według badania Polsernior (w %).....	6
Tabela 2. Liczba osób bardzo starych w województwie łódzkim w latach 2005-2035 (w tys. osób)	11
Tabela 3. Grupy objęte badaniem w różnych wariantach przypadków	31
Tabela 4. Zapisy w aktach prawnych i dokumentach strategicznych odnoszące się do sytuacji opiekunów rodzinnych niesamodzielnych osób starszych.....	41
Tabela 5. Podstawowe dane demograficzne dla lat 1990-2016	57
Tabela 6. Prognozowana liczba ludności dla województwa łódzkiego w latach 2015-2050	61
Tabela 7. Subiektywna ocena dochodów wśród kobiet i mężczyzn.....	63
Tabela 8. Świadczenia emerytalne i rentowe brutto w województwie łódzkim (2005, 2010, 2014, 2015)	64
Tabela 9. Udział osób niepełnosprawnych w populacji województwa łódzkiego w podziale na wieś i miasto (w %)	72
Tabela 10. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku w województwie łódzkim według kryterium niepełnosprawności (w %).....	73
Tabela 11. Współczynniki potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału opiekuńczego w Polsce w latach 2012-2035	78
Tabela 12. Charakterystyka analizowanych przypadków	81
Tabela 13. Czynniki wymieniane przez Badanych jako ułatwiające i utrudniające podjęcie/kontynuację zatrudnienia opiekunom osób starszych	114
Tabela 14. Opis idealnego stanowiska pracy z perspektywy opiekunów rodzinnych osób starszych	116

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Generacyjne współczynniki wsparcia; 2013-2050	58
Wykres 2. Prognozowana liczba ludności województwa łódzkiego w latach 2015-2050 (w tys.)	59
Wykres 3. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie łódzkim w 2016 r	60
Wykres 4. Starzenie się i podwójne starzenie się w województwie łódzkim w latach 2005-2016	62
Wykres 5. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w podziale na województwa w 2015 r	64
Wykres 6. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w latach 2005-2016 w województwie łódzkim ...	65
Wykres 7. Procentowy rozkład samooceny stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego (N=2,38 mln)	70
Wykres 8. Odsetek osób deklarujących trudności w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą wśród wszystkich mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej (N=5,88 mln)	71
Wykres 9. Odsetek mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej, które korzystają z pomocy poszczególnych grup osób	74
Wykres 10. Odsetek mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej, którzy deklarują trudności w wykonywaniu poszczególnych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego według grup wiekowych (N= 5,88 mln)	75
Wykres 11. Struktura próby ze względu na rolę badanych w konwoju opiekuńczym	84
Wykres 12. Rozkład próby ze względu na płeć	84
Wykres 13. Wiek badanych opiekunów rodzinnych	85
Wykres 14. Wiek osób otrzymujących opiekę od opiekunów uczestniczących w badaniu	85
Wykres 15. Wiek osób otrzymujących opiekę w zależności od wieku opiekunów rodzinnych ...	86
Wykres 16. Rozkład próby opiekunów rodzinnych ze względu na miejsce świadczenia opieki	86
Wykres 17. Rozkład próby badanych opiekunów rodzinnych ze względu na okres sprawowania opieki	87
Wykres 18. Czas sprawowania opieki w zależności od relacji łączących opiekuna rodzinnego z podopiecznym	87
Wykres 19. Sposoby zamieszkiwania opiekunów rodzinnych i osób, którym była świadczona opieka	88
Wykres 20. Wiek opiekunów zamieszkujących wspólnie z podopiecznymi	88
Wykres 21. Wiek osób objętych opieką w grupie osób zamieszkujących wspólnie z opiekunem rodzinnym	89
Wykres 22. Okres sprawowania opieki w grupie osób zamieszkujących wspólnie z osobą objętą opieką	89
Wykres 23. Sytuacja zawodowa opiekunów rodzinnych zamieszkujących wspólnie z osobami objętymi opieką	90
Wykres 24. Sytuacja zawodowa opiekunów rodzinnych osób starszych w poszczególnych grupach wieku	109
Wykres 25. Miejsce zamieszkania i sposoby zarabkowania opiekunów łączących sprawowanie opieki z karierą zawodową	110
Wykres 26. Liczba opiekunów łączących sprawowanie opieki z karierą zawodową w poszczególnych grupach wieku	110
Wykres 27. Ocena łatwości wiązania pracy zawodowej ze świadczeniem opieki osobie starszej w ocenie badanych podejmujących zatrudnienie	111

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Pojedyncze i złożone studium przypadku27

Rysunek 2. Analiza danych w badaniu jakościowym28

BIBLIOGRAFIA

- Analiza Instytutu Obywatelskiego 2014/2, Marzena Haponiuk Sytuacja kobiet na rynku pracy w Polsce*
- Antonucci T.C., 1985, *Personal characteristics, social support and social behaviour*, [w:] R.H. Binstock, E. Shanas (red.), *Handbook of aging and the social sciences*, 2nd ed. (94-128). Van Nostrand, New York
- Antonucci T.C., Birditt K.S., Akiyama H., 2009, *Convoys of social relations: An interdisciplinary approach*, [w:] V.L. Bengston, D. Gans, N.M. Putney, M. Silverstein (red.), *Handbook of theories and aging*, 2nd ed., Springer, New York
- Augustyn M., 2010, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, dostępny online: <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/kierunki/ODzielona.pdf> [dostęp: 2.12.2017 r.]
- Błędowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Monografie i Opracowania 510, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2002
- Błędowski P., 2012, „PolSenior” – *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań
- Błędowski P., 2012, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Poznań, <http://polsenior.iimcb.gov.pl/monografia/download>
- Błędowski P., Pędich W., *National Background Report for Poland*, dostępny online: www.monitoringris.org/documents/tools_nat/nabare/nabare_poland_rc1_a4.pdf [dostęp: 1.12.2017].
- Bojanowska E., 2008, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] Piotr Szukalski (red.), *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, Warszawa, http://www.zus.pl/documents/10182/24106/20090629_Przygotowanie_do_starosci.pdf/776c4156-0836-4ddb-8534-c619e89d907b
- Brosz M., *Komputerowe wspomaganie badań jakościowych. Zastosowanie pakietu NVivo w analizie materiałów nieustrukturyzowanych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2012, t. 8, nr 1
- Bryda G., *CAQDAS a badania jakościowe w praktyce*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2014, t. 10, nr 2.
- Cantor M.H., *Neighbours and Friends: an overlooked resource in the informal support system*. *Research on Aging*, 1 (1979), 434-63
- Cantor M.H., Little V., 1985, *Aging and social care*, [w:] R.H. Binstock, E. Shanas (red.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd ed., 745-81: Van Nostrand Reinhold Company, New York
- Carreter S., Garces J., Rodenas F., Sanjose V., *The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review*. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49/2009: s. 74-79
- Creswell W., 2013, *Projektowanie badań naukowych: metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Kraków
- Czakon W., Łabędzie Poppera – case studies w badaniach nauk o zarządzaniu, „Przegląd Organizacji”, (9) 2006
- Doświadczenie wsparcia środowiskowego dla osób starszych w perspektywie przedstawicieli gmin województwa dolnośląskiego. Analiza i zalecenia*, „Biuletyn RPO”, nr 8, 2016, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Dost%C4%99pno%C5%9B%C4%87%20wsparcia%20%C5%9Brodowiskowego%20dla%20os%C3%B3b%20starszych%20w%20perspektywie%20przedstawicieli%20gmin%20wojew%C3%B3dztwa%20dolno%C5%9B%C4%85skiego.pdf>

- Elder G.J., Johnson M., Crosnoe R., 2003, *The Emergence and Development of Life Course Theory*, [w:] J. Mortimer, M. Shanahan (red.), *Handbook of the Life Course*, seria „Handbooks of Sociology and Social Research”, Springer, New York
- Falzon, M., 2009, *Multi-sited ethnography : Theory, praxis and locality in contemporary research*. Farnham, England ; Burlington, VT: Ashgate
- Flick U., 2010, *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Giarusso R., Stallings M., Bengtson V. L., 1995, *The “intergenerational stake” hypothesis revisited: Parent-child differences in perceptions of relationships 20 years later*, [w:] V. L. Bengtson, K. W. Schaie, L. M. Burton (eds.), *Adult intergenerational relations. Effects of societal change*, Springer, New York, 227-263
- Gibbs G., 2002, *Qualitative data analysis: explorations with NVivo*, Buckingham, Philadelphia
- Glazer N.Y., The Home as Workshop: Women as Amateur Nurses and Medical Care Providers, *Gender & Society* 4 (1990)
- Groeger L., Szczerek A., 2015, *Mieszkalnictwo ludzi starych*, [w:] A. Janiszewska (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space-Society-Economy”, 14, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Grochmal-Bach B., 2007, *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimer*, Kraków, Wydawnictwo WAM
- Grotowska-Leder J. Roszak K., 2016, *Sandwich generation? Wzory wsparcia w rodzinach trzy-pokoleniowych. Na przykładzie mieszkańców dwóch gmin województwa świętokrzyskiego*, Wyd. UŁ, Łódź
- GUS, 2014, *Prognoza Ludności na lata 2014-2050*, Warszawa
- GUS, 2017, *Rocznik Demograficzny 2017*, Warszawa
- GUS, 2017, *Rocznik Statystyczny województwa łódzkiego*, Warszawa
- Halicka M., 2006, *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Białystok
- Huberman M., Miles M.B., *Data Management and Analysis Methods*, [w:] *Collecting and interpreting qualitative materials*, London 1998; Eisenhardt K.M., *Building Theories from Case Study Research*. *Academy of Management*, 14(4) 1989
- Jurek Ł., 2016, *Łączenie pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą w Polsce*, Wyd. UE, Wrocław
- Kahn R.L., Antonucci T.C., 1980, *Convoys over the life course: A life course approach*, [w:] P.B. Baltes, O. Brim (red.), *Life span development and behavior*, Academic Press, New York
- Kane R., Caplan A., 1993, *Ethical Conflicts in the Management of Home Care: The Case Manager's Dilemma*, Springer Publishing, New York
- Kemp C.L., Ball M.M., Perkins M.M., *Convoys of care: Theorizing intersections of formal and informal care*, *Journal of Aging Studies*, 27 (1) (2013), s. 15-29
- Kotowska E., Wóycicka I., 2008, *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym*, MPiPS, Warszawa
- Krzyżowski Ł., 2013, *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice. Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa
- Krzyżowski Ł., Mucha J., *Opieka społeczna w migranckich sieciach rodzinnych - polscy migranci w Islandii i ich starzy rodzice w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo” 56(1) 2012
- Lamura G., Döhner H., Kofahl Ch. (red.), 2008, *Supporting Family Carers of Older People in Europe – The Pan-European Background Report*
- Litwak E., 1985, *Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*. The Guilford Press, New York

- Matysiak A., 2007, *Organizacja czasu pracy i opieki*, [w:] I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Scholar, Warszawa
- Merton R.K., 2002, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, PWN, Warszawa
- Merton R.K., 2005, *Zestawy ról, zestawy statusów społecznych i sekwencje statusów społecznych w czasie*, [w:] P. Sztompka, M. Kucia, *Socjologia. Lektury*, Wydawnictwo Znak, Kraków
- Mitek A., 2013, *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Studia i prace wydziału nauk ekonomicznych i zarządzania* nr 34, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin
- Moen P., *A life course perspective on retirement, gender, and well-being*, „*Journal of Occupational Health Psychology*” 1996, t. 1, nr 2
- Niedbalski J., *Komputerowe wspomaganie analizy danych jakościowych (CAQDAS) w projektowaniu i prowadzeniu badań*, „*Półrocznik Nauka i Szkolnictwo Wyższe*” 2013, t. 1
- Niedbalski J., *Zastosowanie oprogramowania Atlas.ti i NVivo w realizacji badań opartych na metodologii teorii ugruntowanej*, „*Przegląd Socjologii Jakościowej*” 2014, t. 10, nr 2
- Niedbalski J., Ślęzak I., *Analiza danych jakościowych przy użyciu programu NVivo a zastosowanie procedur metodologii teorii ugruntowanej*, „*Przegląd Socjologii Jakościowej*” 2012, t. 8, nr 1.
- Omyła-Rudzka M., 2012, *Polacy wobec własnej starości*, Komunikat BS/94/2012, CBOS, Warszawa
- Opiekunowie rodziny osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Kraków 2015, https://www.rops.krakow.pl/pliki/raporty_Obserwatorium/Opiekunowie_rodzinni_os__b_starszych_raport.pdf
- Pączkowska M., 2002, *Sytuacja materialna ludzi starszych*, [w:] Halik J. (red.), *Starzy ludzie w Polsce: społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa
- Perek-Biały J., 2013, *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, [w:] M. Raćław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa
- Perek-Biały J., Stypińska J., 2010, *Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Uniwersytet Łódzki
- Pinquant M., Sorensen S., *Association s of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis*. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58, 2003, s. 112-128
- Plath D., 1980, *Long engagements: Maturity in modern Japan*, Stanford University Press, Stanford
- Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna*, OIS, WROT, DPR UMWW, Poznań 2017, http://rops.poznan.pl/wp-content/uploads/2016/01/raport_Pog%C5%82%C4%99bione-studium-us%C5%82ug-opieku%C5%84cznych-skierowanych-do-os%C3%B3b-starszych.-%C5%9Arodowiskowa-opieka-formalna-i-nieformalna_wersja-ko%C5%84cowa.pdf
- Pytel S., *Osiedla mieszkaniowe dla seniorów w przestrzeni miast*, „*Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego*”, 25 2014
- Raćław M., 2011, *Publiczna troska prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, ISP, Warszawa
- Raćław M., 2012, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa

- Raław-Markowska M., 2016, *Kwestia opieki nad osobami starszymi a zaufanie społeczne*, [w:] E. Giermanowska, M. Raław, M. Rymśa (red.), *Kwestia społeczna u progu XXI wieku. Księga jubileuszowa dla Profesor Józefiny Hryniewicz*, Wyd. UW, Wyd. 2, Warszawa
- Raław M., Rosochacka-Gmitrzak M., Sobiesiak P., Zalewska J., 2011, *Zakończenie – wnioski i rekomendacje*, [w:] M. Raław (red.), *Publiczna troska prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Warszawa
- Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, 2017, *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2016*, Łódź
- Ritchie J., Lewis J., 2003, *Qualitative research practice*, Sage, London
- Rosalska M., 2008, *Wsparcie dla pomagających. Problem wypalenia u osób zajmujących się seniorami*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań
- Rosochacka-Gmitrzak M., 2011, *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] Raław M., red., *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, <http://www.isp.org.pl/uploads/pdf/386300212.pdf>
- Rossa A., 2012, *Wprowadzenie do gerontometrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Schmid H., Hasenfeld Y., Organizational Dilemmas in the Provision of Home Care Services, *Social Service Review* 67, 1993
- Seale C., 2012, *Wykorzystanie komputera w analizie danych jakościowych*, [w:] D. Silverman (red.), *Prowadzenie badań jakościowych*, Warszawa
- Seniorzy w województwie śląskim. Raport z badania ilościowego zrealizowanego w 2012 roku, OISWŚ, Katowice 2012, 7-26, http://rops-katowice.pl/dopobrania/2012.12_seniorzy.pdf, <http://hdl.handle.net/11089/5439>
- Śmiłowska T., Włodarczyk J., 2010, *Wybrane aspekty warunków życia osób starszych w świetle badań GUS*, Urząd Statystyczny w Łodzi, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Spyrka-Chlipała R., *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, „Roczniki Teologiczne”, 61 (1) 2014;
- Stake R.E., 2009, *Jakościowe studium przypadku*, [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, T. 1, PWN, Warszawa
- Strączkowski Ł., 2013, *Postawy mieszkaniowe klientów seniorów w świetle badań lokalnego rynku mieszkaniowego*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań
- Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Poznań 2012, <http://polsenior.iimcb.gov.pl/monografia/download>
- Szatur-Jaworska B., *Starość w polskiej rodzinie*, [w:] P. Szukalski (red.), *Relacje międzypokoleniowe we współczesnych polskich rodzinach*, Wyd. UŁ, Łódź 2014, <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/11214>
- Szluz B., *Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia [S.I.], v. 30, n. 4, 2017
- Szukalski P., 2002, *Przeptywy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź, <http://hdl.handle.net/11089/13887>
- Szukalski P., *Wewnątrz rodzinne przeptywy międzypokoleniowe jako kategoria analityczna*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 8

- Szukalski P., 2008, *Rodzinne sieci wsparcia seniorów w starzejących się społeczeństwach – kilka refleksji*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Wyd. UŁ, Łódź, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/5331>
- Szukalski P., 2012, *Aktywne starzenie się – odutopii do działania*, [w:] *Od problemu i wsparcia do aktywizacji osób starszych*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź
- Szukalski P., *Ludzie bardzo starzy w Polsce – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej?*, „Studia Demograficzne”, 2014, nr 2(166), 57-78, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/11159>
- Szukalski P., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi w podeszłym wieku w Polsce*, [w:] M. Cybulski, E. Krajewska-Kulak (red.), *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, PZWL, Warszawa 2016
- Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Wyd. UŁ, Łódź 2017
- Tesch R., 1990, *Qualitative research: analysis types and software tools*, New
- Thomé F., van Tilburg T., van Groenou M. B., Knipscheer K., 2005, *Network dynamics in later life*, [w:] M. L. Johnson (ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing*, Cambridge University Press, Cambridge – New York
- Titkow A., Duch-Krzyszczek D., Budrowska B., 2004, *Nieodpłatna praca kobiet: mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa
- Tobiasz-Adamczyk B., 2012, *Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IX, nr 2/2011, Kraków
- Ungerson C., 1987, *Policy is Personal: Sex, Gender and Informal Care*, Tavistock, London
- Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju, 2014, *Badania opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego*, Kraków <https://www.obserwatorium.malopolska.pl/wp-content/uploads/2016/05/Badanie-opinii-mieszka%C5%84c%C3%B3w-Ma%C5%82opolski.pdf>
- Wóycicka I., 2008, *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym: Raport z badań*, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa
- Yin R.K., 2009, *Case study research. Design and methods*, SAGE Publications
- Zarit S.H., Reever K.E., Bach-Peterson J., *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. Gerontologist 20/1980: s. 649-655; Ong H.L. i in., *Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support*, „BMC Psychiatry” 2018, t. 18, nr 1