

Sprawowanie opieki nad osobami w podeszłym wieku jako źródło dylematów dla opiekunów rodzinnych

Streszczenie

Niniejsze opracowanie porusza ciągle aktualną problematykę opieki świadczonej osobom w starszym wieku przez rodzinnych opiekunów, którzy przeżywają wiele dylematów związanych z wyborem najbardziej efektywnych form opieki, adekwatnych do własnych możliwości fizycznych, psychicznych i organizacyjnych. W opracowaniu zwrócono uwagę na kilka istotnych rodzajów dylematów, jakie przeżywają opiekunowie rodzinni, którzy muszą samodzielnie borykać się z rolą opiekuna. Dylematy te nie zawsze mogą być rozstrzygnięte przez nich samodzielnie i wymagają rozwiązań systemowych. Autorka opracowania, dokonując przeglądu stanu wiedzy o specyfice roli opiekuna osoby starszej, zasygnalizowała również obszary niewiedzy o skali trudności, z jakimi mierzą się rodzinni opiekunowie osób w starszym wieku w Polsce.

241

Słowa kluczowe: opieka, wsparcie, solidarność rodzinna, dylematy opiekuńcze, rola opiekuna rodzinnego

Wprowadzenie

Sprawowanie opieki nad osobami w starszym wieku przez członków rodziny jest najczęściej spotykanym w naszej kulturze sposobem realizacji powinności, a także oczekiwaną przez społeczeństwo formą wypełniania funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny. Jest również powinnością moralną tak głęboko zakorzenioną w polskiej kulturze, że prawie nie podlega dyskusji, kto winien zajmować się osobą niesamodzielną ze względu na stan zdrowia i podeszły wiek. Sprawowanie opieki nad osobą w podeszłym wieku było zdecydowanie łatwiejszym zadaniem w poprzednich dwóch pokoleniach, gdyż sytuacja rodzinna większości polskich rodzin

* Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

była przewidywalna i bardziej ustabilizowana. Przede wszystkim rodzina miała wyższą dietność, co było podstawowym gwarantem dostępności opieki w ramach systemu rodzinnego. Współczesna rodzina dysponuje mniejszymi możliwościami sprawowania opieki, gdyż jest bardziej rozproszona przestrzennie, jest mniej liczna i bardziej zdecydowana dzielić się obowiązkami opiekuńczymi z innymi instytucjami czy agendami opiekuńczymi [Szukalski 2008b: 33]. Jak twierdzi Piotr Szukalski, potencjał opiekuńczy współczesnej rodziny jest zróżnicowany i zależy od wielu czynników. Wskazuje on, bazując na wynikach badań francuskich, na wpływ czynnika klasowego na zdolność rodzinnych sieci wsparcia do opieki nad osobą starszą. Z badań tych jasno wynika, że rodziny zajmujące niskie pozycje na drabinie społecznej są bardziej przeciążone opieką niż rodziny znajdujące się na szczycie drabiny. Dzieje się tak dlatego, że bogatsi seniorzy korzystają częściej ze wsparcia publicznego, gdyż mają odpowiednią wiedzę i środki, by z niego korzystać [tamże: 34–36]. Są również w lepszej kondycji zdrowotnej niż ludzie żyjący w gorszej sytuacji ekonomicznej. To zjawisko coraz częściej będzie towarzyszyć również polskim rodzinom.

242

Czynnikiem istotnym w organizowaniu opieki osobom w podeszłym wieku, czyli tym, których kondycja nie pozwala na samodzielne wykonywanie czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, jest możliwość korzystania z sieci wsparcia pozarodzinnego, systemu pomocy społecznej, sieci usług socjalno-medycznych. To z kolei zależy w dużym stopniu od stylu polityki społecznej i polityki lokalnej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że polska polityka społeczna wobec starości i osób w starszym wieku jest przedmiotem żywego zainteresowania nie tylko polityków społecznych, ale też gerontologów, socjologów, demografów, psychologów, pedagogów, teoretyków i praktyków pracy socjalnej. Co najmniej od kilkunastu lat toczy się ożywiona dyskusja nad efektywnymi formami pomocy dla osób w starszym wieku, w której to dyskusji uczestniczą czołowi badacze starości, a także szerokie grono specjalistów, autorzy opracowań strategicznych. Duże zainteresowanie starością w kontekście opieki, troski, świadczeń, usług opiekuńczych i socjalnych jest w pełni uzasadnione faktami demograficznymi.

W zasadzie polityka społeczna wobec starości została już „zaopatrzona” w odpowiednie strategie, programy i instrumenty¹. Wprawdzie w ostatnich kilkunastu latach opracowano kilka interesujących strategii, opartych na solidnych podstawach diagnostycznych, jednak nadal brakuje badań

¹ Wystarczy wspomnieć o postulatach i rekomendacjach zawartych w następujących pracach: Rysz-Kowalczyk, Szatur-Jaworska [2004], Kowaleski, Szukalski (red.) [2006], Szukalski [2008a], Szukalski [2008c], Szatur-Jaworska (red.) [2012].

diagnostycznych uwzględniających zakres trudności w sprawowaniu opieki nad osobami terminalnie chorymi oraz osobami znajdującymi się w fazie późnej starości, również diagnoz określających rodzaj deficytów doświadczanych przez osoby wcielające się w rolę jedyne go opiekuna. Stan wiedzy poświęcony starości i konsekwencjom starzenia się polskiego społeczeństwa oraz liczne publikacje z zakresu polityki społecznej skoncentrowanej na łączeniu idei solidarności pokoleń [Szukalski 2012] oraz waloryzacji fazy starości prowadzą do konstatacji, że opracowano już gotowe rozwiązania strategiczne, czekające na urzeczywistnienie w praktyce społecznej.

Większość źródeł wiedzy gerontologicznej wskazuje, że w polskim systemie opiekuńczym dominuje model rodzinny, w niewielkim zakresie jest on uzupełniany usługami opiekuńczymi pochodzącymi z instytucjonalnego systemu wsparcia. Dowodem są pierwsze badania wykonane w projekcie PolSenior, potwierdzające ten stan rzeczy. Jeśli chodzi o osoby w podeszłym wieku, czyli osoby klasyfikowane jako będące w IV wieku, trzeba stwierdzić, że jest to kategoria pod pewnym względem uprzywilejowana, ma bowiem wyższy wskaźnik dzietności niż osoby młodsze. Pierwsze badania PolSenior wykazały, że u osób w wieku 85–89 lat dzietność wynosi przeciętnie 2,9, u 90-latków – 2,74, natomiast u seniorów w wieku 65–69 lat – mniej, gdyż 2,5 [Szatur-Jaworska 2012: 422]. Wyższy wskaźnik dzietności osób w podeszłym wieku daje im teoretycznie większą szansę na znalezienie opiekuna rodzinnego wśród własnych dzieci, jednak tylko teoretycznie, ponieważ podjęcie się tej roli jest warunkowane wieloma innymi czynnikami. Nie ulega wątpliwości, że typ gospodarstwa domowego oraz typ środowiska zamieszkania w istotnym stopniu determinują dostępność rodzinnego systemu opieki. Dane dotyczące tego wpływu informują, że im większa miejscowość, tym większy odsetek osób w starszym wieku samotnie mieszkających [tamże: 424].

W niniejszym opracowaniu zostaną poddane analizie główne dylematy towarzyszące sprawowaniu opieki nad osobą w podeszłym wieku, zaś głównym celem jest zwrócenie uwagi na liczne rozterki, jakie towarzyszą rodzinie jako głównej grupie społecznej, wobec której istnieją społeczne oczekiwania związane z zapewnieniem opieki i wsparcia osobom w podeszłym wieku. Uwypuklanie przez badaczy problemu deficytu opieki dotyczy trudności, z jakimi muszą zmierzyć się potencjalni opiekunowie oraz polityka socjalna i pomoc społeczna. Wśród polityków społecznych, również socjologów starości, istnieje zgodne stanowisko w zakresie upatrywania w państwie odpowiedzialności za jakość życia seniorów.

Dylematy doświadczane przez ludzi pełniących funkcję bezpośrednich opiekunów osób w podeszłym wieku są od kilkunastu lat przedmiotem badań, gdyż są to niewątpliwie dylematy związane z godzeniem innych

ról – zawodowych, rodzinnych i społecznych. Są to dylematy wielorakiej natury, wynikające zarówno z hierarchii wartości bezpośrednich opiekunów, jak i warunkowane siłą więzi rodzinnych. Dylematy, które towarzyszą opiekunom, są jednak nie w pełni rozpoznane, gdyż na ogół w badaniach nie uwzględnia się odrębnej kategorii jedynych opiekunów, a na temat sprawowanej opieki wypowiadają się również osoby, które dzielą się obowiązkami z innymi opiekunami. Skromne ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na szersze omówienie licznych wątpliwości i rozterek towarzyszących opiece nad osobami w podeszłym wieku, zatem uwaga zostanie skupiona na niektórych dylematach, jakie mogą być udziałem osób podejmujących się w imię solidarności rodzinnej lub konieczności roli jedynego i bezpośredniego opiekuna osoby w podeszłym wieku. Są to następujące dylematy:

- 1) wynikające z postawy osób w podeszłym wieku wobec starości,
- 2) towarzyszące poszukiwaniu efektywnych rozwiązań w redefiniowaniu starości,
- 3) związane z organizacją i zakresem opieki świadczonej osobie w podeszłym wieku,
- 4) związane z wyborem typu opieki nad osobą w podeszłym wieku,
- 5) wynikające z limitowania osobom w starszym wieku dostępu do opieki lekarskiej,
- 6) wynikające z łączenia opieki nad osobą starszą z innymi rolami rodzinnymi i społecznymi.

244

1. Dylematy wynikające z postawy osób w podeszłym wieku wobec starości

Niewątpliwie pierwszym dylematem członków rodziny, którzy sprawują bezpośrednią opiekę nad osobami w podeszłym wieku, jest właściwe dostosowanie własnej postawy jako opiekuna wobec postawy reprezentowanej przez osobę w podeszłym wieku. To właśnie raczej opiekunowie muszą dostosowywać swoje postawy, gdyż w okresie podeszłej starości znacznie trudniej przychodzi seniorom nagiąć i zmieniać nastawienie do świata zewnętrznego. Postawy, jakie przyjmuje osoba w starszym wieku – jak świadczą wyniki jednych z ważnych badań nad tym zagadnieniem – są zróżnicowane i są efektem przebiegu całego życia człowieka. Denise Bromley przytacza wyniki badań Suzanne Reichard, która wraz z zespołem badaczy poddała analizie cechy osobowości 70 osób w starszym wieku i sporządziła typologię postaw. Dzięki tym badaniom możliwe było

scharakteryzowanie pięciu głównych typów przystosowania się w starszym wieku [Bromley 1969]. Nie ulega wątpliwości, że dobre przystosowanie się do starości, a w szczególności do jej ostatniego etapu, jest sporym ułatwieniem w graniu roli pacjenta jak i odbiorcy niezbędnych form wsparcia od rodziny czy formalnych opiekunów.

Pierwsza z postaw to postawa konstruktywna, która charakteryzuje osoby pogodne, tolerancyjne, mające poczucie humoru i akceptujące starość. Osoby wykazujące taką postawę nie lękają się śmierci, uznając ją za normalny finisz życia i, co więcej, są to osoby mające optymistyczne nastawienie wobec przyszłości. Taka postawa cechuje osoby przystosowane do starości i mające pozytywny bilans życiowy, a także pozytywny stosunek do emerytury – traktowanej jako okres, jaki można przeznaczyć na realizację przyjemnych zajęć, na które brakowało czasu podczas czynnej pracy zawodowej.

Druga postawa to „postawa zależności”. Cechuje ludzi biernych, zależnych od innych osób, głównie od dzieci i małżonka. Osoby mające takie nastawienie do życia wycofują się z czynnych ról rodzinnych (babci, dziadka), oczekują na działania ze strony rodziny i same nie przejawiają inicjatywy w działaniach. Brak aspiracji życiowych powoduje, że ich aktywność życiowa musi być „reżyserowana” przez innych członków rodziny. Najbardziej charakterystyczną cechą tej postawy jest silna potrzeba oparcia w rodzinie oraz chętnie przechodzenie na emeryturę.

Trzecia postawa nazywana jest „postawą obronną” i charakteryzuje się przesadnym opanowaniem i przywiązywaniem dużej wagi do nawyków i przyzwyczajeń. Koronną cechą jest skłonność do samowystarczalności i aktywność społeczna polegająca również na maksymalnym zaangażowaniu i zaabsorbowaniu zawodowym i społecznym. Nosiciele takiej postawy unikają rozmów na temat problemów życiowych (przez co są bardziej atrakcyjnymi partnerami do rozmów codziennych), zajmują się światem zewnętrznym, co wypełnia im świat myśli. Wykazują jednak trudność w obronie przed lękiem przed śmiercią, co w zasadzie jest naturalną konsekwencją świadomości nieodwracalności toku życia biologicznego. Pojawia się jeszcze jedna cecha o charakterze negatywnym – to zazdrość wobec młodości i wiążących się z nią atrybutów. Generalnie trzecia postawa jest niewątpliwie postawą pozytywną, aktywną i broniącą się przed graniem roli biorcy pomocy.

Czwarta postawa to „wrogość do otoczenia”, charakteryzuje ona kategorię starych gniewnych, którzy na skutek różnych, na ogół pejoratywnych doświadczeń życiowych stali się agresywni, wybuchowi, podejrzliwi, a nawet skłonni do przerzucania na otoczenie swoich pretensji. Ta roszczeniowa, a nawet wroga postawa wobec świata społecznego oparta jest na braku

realizmu. Reprezentanci tej postawy traktują starość jako okres wyrzeczeń i ubóstwa, skazujący człowieka na zniedołężnienie. Nie akceptują zatem starości i towarzyszy im silny lęk przed śmiercią.

Wreszcie, piąta postawa wobec starości, czyli postawa „wrogości do siebie”, która charakteryzuje osoby o ujemnym bilansie życia, które niechętnie sięgają do wspomnień i które w swoim życiu doświadczyły wielu niepowodzeń i porażek. Taka postawa charakteryzuje ludzi mało aktywnych i niezaradnych życiowo, którzy biernie przyjmowali wyroki losu i podporządkowywali się przypadkom. Mają oni pretensje do życia, ale i żal do siebie, że w stosownym czasie nie dokonali właściwych wyborów życiowych. Reprezentanci takiej postawy oczekują na śmierć jako wyzwolenie od nieszczęśliwej egzystencji. Jedyną dodatnią cechą w tej postawie jest realistyczna ocena swego starzenia się, najczęściej adekwatna do stanu faktycznego [Bromley 1969: 132]. Niezbyt często postawa wobec starości bywa przedmiotem badań gerontologicznych, stąd stosunkowo niewielka jest wiedza o tym, jak silnie postawa wobec starzenia się i postawa wobec społecznego świata determinuje wchodzenie w rolę biorcy pomocy i jednocześnie rolę osoby oceniającej jakość otrzymywanej opieki od rodziny czy instytucji, ale można założyć, że właśnie typ postawy istotnie determinuje zakres roli biorcy pomocy².

Dylematem opiekunów, a szczególnie osoby grającej rolę jedyne go opiekuna nieformalnego jest dostosowanie typu i zakresu opieki do typu postawy, jaką reprezentuje osoba oczekująca na pomoc i opiekę. Trudności z pewnością pojawiają się podczas czynności opiekuńczych nad osobą, która przybiera postawę zależności, gdyż narzuca ona konieczność aranżowania życia codziennego i zapewnienia długiej listy działań opiekuńczych. Dylematy towarzyszą również opiekunom, którzy są zmuszeni do organizowania opieki osobom reprezentującym czwarty typ postawy – „wrogości do otoczenia”. Może ona wyraźnie zniechęcać potencjalnych i rzeczywistych opiekunów do działań opiekuńczych. Sporym utrudnieniem dla osób świadczących pomoc i opiekę jest ich realizacja wobec osób przyjmujących postawę piątą, czyli postawę „wrogości do siebie”. Zasadniczo

² Należy wspomnieć o typologii zaproponowanej przez Marię Braun-Gałkowską [2012: 254–255], która dzieli postawy seniorów na cztery typy: 1) „samolubni” są ludźmi energicznymi, dokładają starań, aby dobrze wyglądać i czuć się młodo, nie przejmują się potrzebami innych osób i toczą z dorosłymi dziećmi walkę o dominację; 2) „życzliwi”, którzy są również aktywni, wolny czas poświęcają na działania społeczne, są życzliwi dla wszystkich, bliskich i obcych, starają się uczyć i dzielić się z innymi swoimi doświadczeniami; 3) „gderliwi” mający wobec świata postawę roszczeniową, są egoistami i chcą, aby inni się nimi zaopiekowali, a osoby odwiedzające zasypują żałami, wymówkami i opisami swoich chorób; mają też do innych nieustanne pretensje; 4) „łagodni”, których charakteryzuje łagodność, brak roszczeń i rozumiejący stosunek do świata społecznego.

postawa wobec starości oraz wobec świata społecznego, jaką reprezentują osoby w starszym wieku, a szczególnie w wieku podeszłym, jest ważnym elementem w konstruowaniu optymalnego modelu opieki i wsparcia.

Badania nad wpływem typu postawy na trudności doświadczane w realizacji opieki bezpośredniej powinny być niezbędnym i podstawowym elementem w organizowaniu systemu wsparcia psychicznego dla bezpośrednich i całodziennych, wręcz całodobowych opiekunów rodzinnych. Niewątpliwie źródłem dylematów jest dostosowanie postawy osoby pełniącej funkcję opiekuna do postawy osoby wymagającej wsparcia i opieki. To rodzi najwięcej dylematów, a są one związane m.in. z trudnością synchronizacji hierarchii wartości, synchronizacji form opieki możliwych do zaoferowania z oczekiwaniami osoby w starszym wieku. Jak wskazują badania, często podopieczni wykazują roszczeniową postawę wobec formalnych opiekunów [Fabiś, Wasiński 2008]. Analogiczne zjawisko może zachodzić w sytuacji szeroko sprawowanej opieki przez kogoś z rodziny, zaś zmniejszenie zakresu swego poświęcenia może być źródłem dylematów i rozterek moralnych.

Badania przeprowadzone w województwie łódzkim nad opiekunami rodzinnymi potwierdziły występowanie dylematów i licznych uciążliwości sprawowania opieki wynikających pośrednio lub bezpośrednio z postawy osoby starszej, która niechętnie kooperowała podczas wykonywania obowiązków opiekuńczych [Sytuacja... 2018]. Badania te potwierdziły znaczenie istotnego elementu wśród wielu składających się na model opieki – że postawa bezpośrednich opiekunów wobec starości rzutuje na świadomość zakresu świadczonej opieki, a szczególnie na odwrócenie relacji władzy w relacjach rodzic–dziecko.

Można zatem stwierdzić, że główne źródło dylematów tkwi w postawach dawców i biorców opieki, a przede wszystkim w niemożności wynegocjowania wspólnego stanowiska w kwestii zakresu opieki, natomiast brak synchronizacji między oczekiwaniami osób potrzebujących a możliwościami ich realizacji przez dawców jest źródłem dyskomfortu dla obu stron.

2. Dylematy towarzyszące poszukiwaniu efektywnych rozwiązań w redefiniowaniu starości

Kolejnym dylematem opiekuna, dość trudnym do rozstrzygnięcia, jest wybór skutecznego sposobu na okiełznanie powszechnych w postawach osób w podeszłym wieku strachów i lęków wobec typowych sytuacji

wywołujących dyskomfort psychiczny. To dylemat towarzyszący opiekunom, którzy winni podjąć działania pomocowe nastawione na niwelowanie i łagodzenie charakterystycznych obaw dotyczących uzasadnionych (wiekiem i doświadczeniem życiowym) deficytów opieki. Większość gerontologów społecznych jest zgodna w twierdzeniu, że obawy i lęki towarzyszące osobom w podeszłym wieku tworzą długi katalog. Na ogół ludzie ci boją się: 1) niepełnosprawności, 2) bólu i cierpienia, 3) śmierci, 4) utraty samowystarczalności i zdolności do samoobsługi, 5) sprawiania kłopotu swoim bliskim, 6) uzależnienia od pomocy innych osób, 7) konieczności zamieszkania w domu pomocy społecznej, 8) trudności w otrzymywaniu pomocy, 9) utraty równowagi psychicznej, 10) utrudnień w samodzielnym utrzymaniu się [Kotlarska-Michalska i in. 1997: 144]. Jednak jak wskazują badania nad poczuciem bezpieczeństwa jednostkowego, najbardziej dotkliwa jest dla nich myśl o kurczącej się samodzielności w zakresie czynności domowych łączącej się z koniecznością grania roli biorcy pomocy. Badania gerontologiczne pokazują, że w ostatnich kilkunastu latach jest coraz trudniej polskim sędziwym seniorom odgrywać rolę „dawcy” pomocy materialnej swoim dorosłym dzieciom oraz wnukom, co było powszechnym zjawiskiem w latach 70. i 80. Aktualnie znacznie częściej wchodzi oni w rolę „biorców” różnych form wsparcia od swoich dzieci, szczególnie w rolę biorcy pomocy finansowej (na lekarstwa i prywatne usługi medyczne). Zatem przyjmują niewygodną i krępującą rolę – rolę niezgodną z wartością bardzo wysoko cenioną, tj. niezależnością finansową. Warto też dodać, że rola biorcy wyraźnie obniża ich pozycję społeczną w rodzinie [Kotlarska-Michalska 2000: 153].

Dylematem łączącym się z wyborem formy opieki jest wybór takiego sposobu sprawowania funkcji opiekuńczej przez rodzinę, aby zapobiegać poczuciu osamotnienia. Poczucie osamotnienia jest silnie skorelowane ze stanem cywilnym, typem zamieszkania, stopniem sprawności fizycznej, statusem społeczno-zawodowym, liczbą posiadanych dzieci, samopoczuciem fizyczno-psychicznym, subiektywnym poczuciem wieku, oceną opieki świadczonej przez rodzinę oraz oceną sytuacji finansowej. Często odczuwają osamotnienie osoby w stanie wolnym – co trzecia osoba owdowiała, a tylko co dziesiąta jest w związku małżeńskim [tamże: 153]. Zjawisko odczuwania osamotnienia narasta wraz ze zjawiskiem samotnego zamieszkiwania. Dla osób zajmujących się opieką bezpośrednią nad osobami w podeszłym wieku niwelowanie przykrych skutków osamotnienia jest również źródłem dylematów, w jaki sposób i jakim nakładem sił towarzyszyć, mając jednocześnie do wykonania inne, na ogół czasochłonne obowiązki domowe lub zawodowe.

Członkowie rodziny sprawujący opiekę nad osobami w podeszłym wieku mają również inne dylematy – jak skutecznie dobierać środki i metody

efektywnie przeciwdziałające charakterystycznym trudnościom w starości. Są to dylematy w poszukiwaniu metod łagodzących dyskomfort towarzyszący zaawansowanej starości. To dylematy, jak skutecznie pomagać w najczęstszych trudnościach w starości. To trudność i wątpliwość, jak pomagać w redefiniowaniu sensu życia i tworzeniu nowego autowizerunku u osoby w podeszłym wieku – osoby doświadczającej wielu zmian, widocznych i uciążliwych w codziennym życiu, zachodzących w organizmie i psychice. W opinii Leona Dyczewskiego najbardziej typowe zmiany, przejawiające się w kilku istotnych aspektach życia i funkcjonowania starzejącego się organizmu, to: 1) załamanie się jakości życia, 2) konieczność zmiany wizji życia, 3) zawężenie zainteresowań, 4) osłabienie procesów analizy, 5) szybkie wyczerpywanie się sił, 6) kostnienie poglądów, 7) niezdolność do modyfikacji, 8) nadmierna łatwość rozrzewniania się, 9) narastanie poczucia niepotrzebności, czyli bycia ciężarem dla innych osób [Dyczewski 1994]. Warto również zauważyć, że w świadomości polskich seniorów tkwi dość głębokie przekonanie, że społeczna przestrzeń, w której kiedyś odgrywali aktywne role, ulega ograniczeniu, jest mniej przyjazna i coraz bardziej limitowana [Kotlarska-Michalska 2014]. Nie ulega wątpliwości, że coraz trudniej się żyje polskim seniorom w podeszłym wieku w świecie tak „różnych” i odległych im wartości, świecie coraz bardziej niezrozumiałym i obcym. Odczucia te towarzyszą częściej tym seniorom, którzy mają świadomość, że już niewiele mogą zrobić, aby cokolwiek zmienić w otaczającym ich świecie [Kotlarska-Michalska 2016].

Trudnością dla opiekunów rodzinnych jest optymalizacja działań opiekuńczych, czyli wybór modelu opiekuńczego dla osoby w podeszłym wieku, modelu, w którym relacja dawca–biorca byłaby satysfakcjonująca dla obu stron – aby zarówno osoba doświadczająca pewnego rodzaju dyskomfortu psychicznego z powodu roli biorcy i trwania w sytuacji zależności, jak i osoba zajmująca się bezpośrednią opieką fizyczną odczuwały satysfakcję. Pierwsza z wymienionych – że potrafi okazać zadowolenie i wdzięczność oraz że potrafi odpowiednio docenić wkład pracy i starania osoby wykonującej zadania opiekuńcze, druga z wymienionych – że wysiłek opiekuńczy jest źródłem radości i wdzięczności ze strony biorcy.

Dylematy towarzyszące osobom bezpośrednio zaangażowanym w odgrywanie roli opiekuna są niekiedy trudne do rozwiązania, szczególnie jeśli postawa osoby w podeszłym wieku jest roszczeniowa, towarzyszy jej rozkazujący sposób komunikacji bezpośredniej i niechęć do współpracy, częste okazywanie niezadowolenia z proponowanych form opieki, krytyka jakości wykonywanych czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych. W dotychczasowej, wprowadzającej już bogatą wiedzę gerontologiczną nadal brakuje badań diagnostycznych nad relacjami zachodzącymi między osobami w starszym

wieku, które dopiero w okresie wejścia w sędziwą starość dokonują wyboru formy opieki i wskazują formę, której nie można zaakceptować, chociażby ze względu na brak więzi emocjonalnych czy wcześniej zerwane więzi z różnych powodów, m.in. z powodu toksycznej postawy rodzica. Wówczas realizacja jednej z kilku ważnych zasad solidarności rodzinnej jest bardzo trudna dla obydwóch stron. Dylematy wynikające z konieczności sprawowania opieki w sytuacji braku pozytywnej postawy wobec osoby oczekującej czy wręcz wymuszającej opiekę jest z pewnością kwestią, która zasługuje na osobne badania, diagnozujące radzenie sobie z koniecznością organizowania i sprawowania opieki, zwłaszcza wymuszonej, realizowanej z konieczności i z oporem wewnętrznym, a także poczuciem bezsilności wobec zaistniałej sytuacji. Szczególnie trudne jest redefiniowanie czarnego obrazu starości wśród osób, które reprezentują negatywną postawę wobec starości, co implikuje konieczność poszukiwania efektywnych rozwiązań w udzielaniu im wsparcia emocjonalnego, mobilizowania do aktywności, pomagania w pozytywnym interpretowaniu rzeczywistości. Ten rodzaj czynności jest tym trudniejszy dla opiekunów, im bardziej są zmęczeni, znużeni powtarzalnością treści komunikatów, które otrzymują od swoich podopiecznych. Jak dostrzega Beata Szluz, przejawem zespołu opiekuna jest złość na podopiecznego, na sytuację, w jakiej się znalazł opiekun, oraz niechęć do wykonywania codziennych czynności [Szluz 2017].

Redefiniowanie starości w poglądach osób o dużym stopniu niepełnosprawności jest dylematem wynikającym z niechęci podopiecznych do współdziałania, postawy roszczeniowej, okazywania niezadowolenia i wymagania uległości wobec ich potrzeb. W relacjach między opiekunem bezpośrednim a biorcą opieki mogą zachodzić bardzo skomplikowane sytuacje wytwarzające napięcia. Jak wynika z raportu poświęconego sytuacji opiekunów rodzinnych w województwie łódzkim, udzielanie efektywnej pomocy wymaga wiedzy i doświadczenia, co nie zawsze da się szybko opanować w sytuacji konieczności sprawowania opieki. Znaczenie ma również wiek opiekuna i jego otwartość na wiedzę, a także umiejętność poszukiwania informacji w Internecie. Opiekunowie niemający biegłości w zakresie technologii komputerowej i niemający wiedzy o specyfice opieki nad osobą starszą uczyli się metodą prób i błędów [Sytuacja... 2018: 129]. Zatem podejmowanie się roli opiekuna rodzinnego nad osobą w starszym wieku rodzi liczne dylematy związane nie tylko z pracą nad zmianą postawy osoby starszej wobec własnej starości, ale również z opanowaniem podstawowych umiejętności w sprawowaniu opieki, która będzie skuteczna i efektywna.

3. Dylematy związane z organizacją i zakresem opieki świadczonej osobie w podeszłym wieku

Szczególnie trudnym zadaniem dla osoby grającej rolę opiekuna jest umiejętne wytłumaczenie i wiarygodne uzasadnienie, że zajęcia opiekuńcze i pielęgnacyjne nie sprawiają trudności, aby osoba w podeszłym wieku nie odczuwała, że jest pod jakimś względem ciężarem. Z nielicznych badań nad organizacją pomocy i opieki rodzinnej wynika niezbicie, że opiekunowie rodzeni niechętnie oddaliby do domu pomocy społecznej osobę, którą się opiekują. Ale badania te nie uwzględniają zakresu świadczonej pomocy oraz istotnego faktu, czy jest ona sprawowana tylko przez jednego opiekuna, czy jest dzielona między innych członków rodziny, oraz jaki jest stopień niesamodzielności osoby w podeszłym wieku. Już ponad dwadzieścia lat temu w jednym z pierwszych badań nad szczególnie trudną opieką nad osobami chorymi na Alzheimera odnotowano, że opiekunami są ich współmałżonkowie, głównie żony (71,9%), zdecydowanie rzadziej dorosłe dzieci (21,6%) i rodzeństwo (9,1%). Co istotne, średnia wieku opiekuna wynosiła 64,5 roku [Sadowska 1998: 72–74]. Świadczy to o pojawieniu się nowego zjawiska – starzenia się bezpośrednich opiekunów osób w podeszłym wieku. Okazuje się bowiem, że pokolenie 60-latków jest zarówno w przypadku chorych na Alzheimera³, jak i w przypadku opieki nad pokoleniem swoich rodziców (80- i 90-latków) szczególnie zaabsorbowane obowiązkami opiekuńczymi. Współcześnie, pomimo poszerzenia opieki instytucjonalnej, nadal głównymi opiekunami są członkowie rodziny. W większości raportów, monografii oraz w zbiorach rekomendacji starość ukazana jest przez pryzmat niezaspokojonych potrzeb i postulatów zwiększenia zakresu usług profesjonalnej kadry opiekuńczej i wspierającej. Nie ulega wątpliwości, że świadczenie opieki i pomocy byłoby ułatwione, gdyby dostępność instytucjonalnych form opieki była większa i gdyby lepsza była jakość świadczonych usług, głównie medycznych. Dylematem jest zatem dostosowanie zakresu czynności opiekuńczych i sposobów ich realizacji do potrzeb osoby w podeszłym wieku. Chodzi głównie o dostosowanie ilości poświęcanego czasu oraz liczby wykonywanych czynności wokół i wobec osoby tak, aby czuła się

³ Na licznych stronach internetowych poświęconych opiece senioralnej jest wiele dostępnych porad, jak organizować opiekę nad niepełnosprawnym seniorem, szczególnie cierpiącym na demencję i chorobę Alzheimera, porady te są cenne, ale nie zawsze możliwe do zastosowania w praktyce. Szczególnie w zakresie przeorganizowania systemu opieki realizowanej w domu seniora w sytuacji braku możliwości rozłożenia obowiązków na inne osoby, zatem w sytuacji jedynego opiekuna.

ona usatysfakcjonowana. Umiejętne odczytywanie oczekiwań, pragnień i życzeń zgłaszanych przez sędziwych seniorów – biorców różnych form opieki – i połączenie ich z możliwościami fizycznymi i psychicznymi tych członków rodziny, którzy grają rolę opiekunów, czyli dawców opieki, jest trudną sztuką i trudnym zadaniem.

Istotnym czynnikiem determinującym dostosowanie opieki do oczekiwań biorcy – wynikających z przyjętej postawy wobec własnej starości – jest typ gospodarstwa domowego. Jeśli osoba w podeszłym wieku mieszka samodzielnie i jest w miarę sprawna psychofizycznie, system pomocy ze strony dorosłych dzieci może się opierać na podzieleniu się zadaniami i określeniu obowiązków konkretnych realizatorów (np. córka robi zakupy, wnuczka zawozi do lekarza, zięć dokonuje drobnych napraw w mieszkaniu). Przy takim rozwiązaniu polegającym na współpracy wszystkich zaangażowanych członków rodziny istnieje wielkie prawdopodobieństwo, że osoba w podeszłym wieku – niezależnie od stopnia przystosowania do starości i typu reprezentowanej postawy – będzie usatysfakcjonowana faktem, że w zaspokojenie jej potrzeb jest zaangażowana cała najbliższa rodzina. Zdecydowanie gorzej będzie się przedstawiać sytuacja w przypadku, gdy całość obowiązków opiekuńczych i pielęgnacyjnych spada na jedną osobę w rodzinie i jest ona również aktywna zawodowo. Wyraźnie limitująco wpływa to na czas poświęcany opiece i utrudnia psychiczne funkcjonowanie w roli zawodowej.

Dylematem w zakresie organizacji opieki nad osobą w podeszłym wieku jest zapewnienie ciągłej opieki w sytuacji znacznego oddalenia przestrzennego opiekunów, co wiąże się z koniecznością dostosowania obowiązków opiekuńczych do innych obowiązków rodzinnych i zawodowych wraz z technicznymi możliwościami szybkiego przemieszczania się. Synchronizacja czasu oraz obowiązków wymaga niekiedy ogromnego wysiłku logistycznego. Ciężar tego wysiłku w przypadku osób sprawujących funkcję jedyne go opiekuna spada najczęściej na kobiety. Nawet jeśli w jakimś zakresie możliwe jest korzystanie z usług instytucjonalnych (np. centrum usług senioralnych, domu pobytu dziennego, klubu seniora), to i tak dużym wyzwaniem jest zsynchronizowanie obowiązków zawodowych z czasem pracy danej instytucji.

Udzielanie pomocy osobom w wieku starszym wiąże się z koniecznością reorganizacji działań w funkcjach rodziny oraz w hierarchii wartości. W polskiej kulturze służenie pomocą osobom w starszym wieku przypada kobiecie i jak świadczą opracowania historyczne, antropologiczne oraz socjologiczne, w zasadzie rola opiekunki była niemal zawsze zawarta *implicite* w roli gospodyni domowej, roli żony i roli córki. We wszystkich rolach kobiecych świadczenie opieki jawiło się jako filar roli. W dużym stopniu

taki stan rzeczy utrzymuje się do dziś, dlatego szczególnych dylematów doświadczają kobiety, które z powodów ekonomicznych wyemigrowały i stoją wobec zobowiązań opiekuńczych, rozwiązań organizacyjnych nad starszymi wiekiem rodzicami [Kawczyńska-Butrym 2016: 199]. W obliczu istniejących rozwiązań, które nie tworzą systemu, są fragmentaryczne i często nie współpracują ze sobą, takie założenie utrudnia rodzinie planowe korzystanie z usług opiekuńczych [Szweda-Lewandowska 2014: 223].

Rodzina może okazywać również nadmiar opieki, wyręczając osobę w podeszłym wieku w wykonywaniu najprostszych czynności. Taka nadopiekuńcza postawa może jednak prowadzić do utwierdzenia biorcy, że jest niesamodzielny w codziennych działaniach, a zakres pomocy jest w pełni uzasadniony. Z kolei nadmierne wysiłki opiekuńcze skierowane wobec osoby w podeszłym wieku i wykonywane ciągle przez tego samego opiekuna mogą prowadzić do „wypalenia opiekuńczego”, czyli permanentnego zmęczenia i swoistego znużenia powtarzalnością tych samych czynności. Nadopiekuńczość w udzielaniu wsparcia i pomocy może być również ukoronowana ogromną satysfakcją z powodu wykorzystania całego arsenału możliwości i środków. Dylematy towarzyszące bezpośrednim opiekunom mają też naturę moralną, jeśli w trakcie wykonywania czynności opiekuńczych nastąpi nasilenie zmęczenia psychicznego i fizycznego, a każdy wybór zmiany w zakresie ilości zajęć powoduje wyrzuty sumienia. Badacze, sygnalizując występowanie zjawiska wypalenia opiekuńczego, wskazują, że syndrom „niosącego pomoc” dotyka opiekunów zawodowych, ale zjawisko to dotyka również (nawet części) opiekunów bezpośrednich, jedynych i osamotnionych w roli realizatora opieki całodobowej⁴. Samotne zmaganie się z odpowiedzialnością za kogoś bliskiego jest zadaniem trudnym. Nie zawsze opiekunowie rodzinni posiadają wystarczającą wiedzę o złożoności opieki i nie zawsze mają wystarczające kompetencje w odczytywaniu potrzeb podopiecznego. Jak zauważa Szluz, zaniedbywanie własnych potrzeb w roli opiekuna może skutkować występowaniem licznych objawów psychosomatycznych i psychospołecznych [2017].

Dylematy związane z organizacją i zakresem opieki przeżywają głównie kobiety, zatem głównie do nich powinny być kierowane informacje i porady, jak sensownie rozwiązać problem opieki na odległość w przypadku niemożności sprawowania opieki bezpośredniej w domu osoby wymagającej opieki fizycznej. Dylematy dotyczące organizacji i zakresu opieki świadczonej osobie starszej oczekującej na opiekę to

⁴ Badania nad opiekunami rodzinnymi w województwie łódzkim wskazują, że realizacja opieki nad osobą niesamodzielną wywołuje zmęczenie fizyczne i psychiczne oraz napięcia i sytuacje konfliktowe. Prowadzi też do zaniedbywania własnych potrzeb. Szerzej na ten temat w: Sytuacja... 2018: 106–107.

przede wszystkim wątpliwości i rozterki, jak dalece zagospodarować własny czas i energię i w jakim zakresie przenieść obowiązek opieki na inne osoby z rodziny⁵.

4. Dylematy związane z wyborem typu opieki nad osobą w podeszłym wieku

Dylematem jest również wybór typu opieki – rodzinnej czy instytucjonalnej, dziennej czy całodobowej. To nadal poważny problem do rozwiązania, szczególnie przez dorosłe dzieci mające zobowiązania wobec własnych dzieci i wnuków oraz wobec chorującego współmałżonka. Ten dylemat jest najtrudniejszy do rozstrzygnięcia z kilku powodów. Głównym powodem jest fakt, że ludzie w podeszłym wieku zdecydowanie preferują rodzinny system opieki, czego dowodem są wyniki wielu badań, świadczące o tym, że oczekują oni tej pomocy od członków najbliższej rodziny. Wśród oczekiwanych form opieki wymieniają pomoc w ciężkich pracach domowych (76,8%), pomoc w czasie choroby (69,3%), pomoc w zakupach (47,4%) oraz pomoc z załatwianiu spraw urzędowych (39,6%). Większość seniorów oczekuje tak właśnie rozumianej opieki [Kościńska 2013: 85–87]. Również oczekują oni wsparcia psychicznego od najbliższych. Badania prowadzone w Gdańsku pokazały, że seniorzy mają niechętny stosunek wobec instytucjonalnych form opieki, gdyż zaledwie 5,4% kobiet i 3,4% mężczyzn wyraziło gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej, natomiast jedna trzecia (32,4% kobiet i 31,3% mężczyzn) zamieszkałaby w nim, ale w ostateczności [Czekanowski i in. 2013: 90].

Wprawdzie coraz bardziej seniorzy przekonują się do instytucji pomocy społecznej, ale nie jest to forma szczególnie preferowana. W ciągu ostatnich dwóch dekad stosunek seniorów do instytucji domów pomocy społecznej uległ zmianie, jednak nie na tyle, aby forma ta stała się atrakcyjna i pożądana w ich preferencjach tego typu opieki. Nadal w środowisku

⁵ Niezbadane jest zjawisko przejmowania roli jedyne go opiekuna przez wnuczki. Z analizy ogłoszeń zamieszczonych na jednej z licznych stron oferujących opiekę dla seniorów, a konkretnie na stronie www.opiekaseniiora.pl/praca/poznan, można dostrzec, że wśród kilkudziesięciu ogłoszeń, w których poszukiwana jest opiekunka na kilka godzin dziennie, jedną piątą stanowią ogłoszenia od wnuczek, które poszukują opieki dla swojej babci – głównie w wieku 90 lat i więcej, co świadczy o braku możliwości zapewnienia opieki przez córki, które prawdopodobnie już nie żyją, skoro obowiązek opieki przejęły wnuczki, pracujące zawodowo i niemające innych osób z rodziny, które mogłyby być włączone do sieci opiekuńczej.

wiejskim pokutuje przekonanie, że pobyt w domu pomocy społecznej jest ostatecznością, a nawet rodzajem porażki życiowej. Instytucjonalny system opieki jest zresztą dość trudno dostępny, natomiast w prywatnym systemie ceny są dość wysokie, co potęguje dylematy dorosłych dzieci. Wyniki badań gerontologicznych wskazują, że rodzinny typ opieki jest dominujący i większość osób w wieku 65+ ma jednego opiekuna (85,3%), co pozwala przypuszczać, że większość fizycznych prac oraz obowiązków organizacyjnych spada na jedną osobę. Czekanowski wskazuje, że pomimo obarczenia opieką zdecydowana większość, bo aż 87% opiekunów, nie oddałaby swego krewnego do domu pomocy społecznej, chociaż sami nie mają najlepszej kondycji fizycznej – prawie 30% opiekunów ma umiarkowaną i nieznaczoną niesprawność, a 11,4% jest w złym stanie zdrowia [Czekanowski 2012: 268–291].

Większość dostępnych wyników badań nad rodzinnym systemem opieki wskazuje na istotne znaczenie typu pokrewieństwa opiekuna dla osób w podeszłym wieku. Najbardziej preferowana jest opieka ze strony córki, seniorzy mniej chętnie „oddają się” w ręce obcych osób. Potwierdzają to badania nad stopniem zadowolenia z opieki pensjonariuszy domów pomocy społecznej oraz badania nad relacjami interpersonalnymi w tych instytucjach. Pensjonariusze często mają poczucie krzywdy, że znaleźli się w domu pomocy społecznej i że los się z nimi tak okrutnie obszedł, są rozżaleni i niezadowoleni, kierując agresję na personel [Jurkiewicz 2003: 29]. Dom pomocy społecznej jest nadal traktowany jako ostateczny wybór typu opieki dla osoby w wieku podeszłym, nie tylko ze względu na pejoratywnie zabarwiony stereotyp, ale również z powodu dość często nagłaśnianych przez prasę przypadków rażących zaniedbań opiekuńczych i deficytów opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Wady funkcjonowania domów są dość znane, stąd wyraźna do nich niechęć wśród samych seniorów, jak również ich troskliwych opiekunów [Zbyrad 2014]. Instytucjonalne formy opieki o wysokim standardzie usług i oferujące komfortowe warunki pobytu są zarezerwowane dla ludzi bogatych. Jak świadczą badania porównawcze Daniela Fobelovej, luksusowe warunki instytucji nie eliminują poczucia osamotnienia i smutku z powodu oddalenia od dawnych bliskich osób z rodziny [2017: 164].

W prasie codziennej w ostatnich kilkunastu latach sygnalizowany jest problem wydolności systemu rodzinnego w opiece codziennej nad osobą w podeszłym wieku i jest on traktowany jako narastający problem społeczny [Bunda, Walewski 2012]. W polskim społeczeństwie głęboko zakotwiczone jest przekonanie, że opieka nad człowiekiem starym to sprawa jego bliskich, czyli rodziny, co szczególnie rzutuje na postawy władz lokalnych wobec budowy systemu wsparcia instytucjonalnego dla ludzi starych. Dylematem

jest tutaj pogodzenie presji ze strony środowiska nakazującej sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą w podeszłym wieku w warunkach domowych, aby otoczenie nie mogło komentować faktu wyboru formy instytucjonalnej jako przejawu braku miłości do starej matki czy starego ojca, braku zrozumienia dla potrzeb psychicznych, a w szczególności potrzeby bliskości.

Typ środowiska także silnie rzutuje na oceny zachowań rodziny wobec wyboru typu opieki. W środowisku wiejskim nacisk opinii publicznej jest silniejszy niż w środowisku wielkomiejskim. Alternatywnym rozwiązaniem są domy dziennego pobytu, które generalnie cieszą się dobrą opinią i są atrakcyjną formą dla osób preferujących aktywną formę starości, pozwalają na tworzenie więzi społecznych i, co najważniejsze, nie mają tak silnie zinstytucjonalizowanych zasad jak domy pomocy społecznej [Mielczarek 2010: 116]. Jednak są one niedostępne w środowisku wiejskim, dlatego dylematy opiekuńcze w tym środowisku są trudniejsze do rozstrzygnięcia. System polskiej pomocy społecznej, pomimo wielu korzystnych zmian, jest nadal niewydolny i jako system wsparcia nie jest w stanie zaspokajać potrzeb osób w podeszłym wieku. Bogata lista postulatów i wniosków oraz rekomendacji dotyczących wszystkich najistotniejszych sfer życia jest w zasadzie gotowa [por. Rysz-Kowalczyk, Szatur-Jaworska 2004; Błędowski 2012; Szatur-Jaworska 2012]. Jak wskazuje Zofia Kawczyńska-Butrym, rodzinna forma opieki jest współcześnie utrudniona z wielu powodów, jednak walory pozostawiania osoby w starszym wieku w jej środowisku zamieszkania są bardzo duże [2016: 197]. Dylematy opiekuńcze będą niedługo udziałem pokolenia, które wyemigrowało i nie ma zamiaru wrócić, a troska o starzejących się rodziców nieuchronnie będzie ich udziałem. Szczególnie trudno będzie łączyć organizację opieki na odległość w przypadku niemożności otrzymania wsparcia ze strony niewielkiego kręgu rodzinnego w miejscu zamieszkania rodziców. Ten problem jest na razie „uśpiony”, ale będzie już niedługo dość boleśnie doświadczany przez pokolenie, które dwadzieścia lat temu wybrało emigrację ze względów ekonomicznych.

Dylematy związane z wyborem typu opieki są wzmacniane przez niechęć osób objętych opieką do angażowania innych osób w sieć opiekuńczą, co wynika z silnego zinternalizowania norm wyznaczających wiodącą rolę opieki realizowanej w nieformalnych sieciach wsparcia oraz z braku zaufania w stosunku do opieki sprawowanej przez osoby spoza rodziny. Przed zatrudnianiem kogoś spoza rodziny powstrzymują wpływy kontroli społecznej, obawa, co powiedzą sąsiedzi, szczególnie jeśli do starszego niepełnosprawnego mężczyzny zatrudnia się młodą opiekunkę. Warto też zwrócić uwagę na istotne znaczenie płci opiekuna rodzinnego. Wspomniane badane zasygnalizowały występowanie dyskomfortu z powodu wstydu przy wykonywaniu czynności higienicznych np. przez mężczyznę, który musiał

wykonywać czynności higieniczne przy matce, nie mając możliwości wyboru innej osoby do wykonywania tych czynności. To istotna bariera, którą mężczyźni musieli przezwyciężyć [Sytuacja... 2018: 95]. Bezpośrednia forma realizacji opieki pozbawia także myślenia o własnych potrzebach wypoczynku i relaksu. Osoby silnie skoncentrowane na codziennych obowiązkach z czasem zapominają o wypoczynku i rezygnują z wyjazdów wakacyjnych i weekendowych, mając świadomość odpowiedzialności za los osoby, którą się opiekują. Poczucie niepewności w zakresie jakości opieki blokuje zaspokojenie potrzeby wyjazdu. Dylematy w tym aspekcie są redukowane przez zaniechanie realizacji potrzeby i tłumienie jej poprzez stosowanie zasady priorytetu – ważnej zasady solidarności międzypokoleniowej [Lumer 2006].

Autorzy cytowanego raportu sygnalizują, że działania, które mogłyby być podejmowane przez inne osoby, to działania o charakterze uzupełniającym, dotyczące bieżącej pomocy w codziennych sprawach, przygotowania i podawania posiłku, zapewnienia transportu, profesjonalna opieka, jak rehabilitacja i terapia zajęciowa, oraz wsparcie finansowe, również organizowanie spotkań towarzyskich [Sytuacja... 2018: 104–105].

Dylematy w zakresie wyboru opieki są w dużym stopniu związane z postawą członków rodziny wobec starości, postawą wobec osoby, której powinni zapewnić opiekę, siłą więzi emocjonalnej oraz innymi pozarodzinnymi obowiązkami, również dostępem do opieki lekarskiej. Teoretycznie mniej dylematów doświadcza rodzina, która dokonała wcześniej wyboru strategii opiekuńczej oraz podziału ról wśród wszystkich chętnych do sprawowania opieki. Dylematy dotyczące tej kwestii mają też uzasadnienie w niewiedzy o dostępnych formach opieki, a także w niechętniej postawie wobec formalnych procedur poprzedzających uzyskanie opieki ze strony formalnego opiekuna. Badania nad opiekunami rodzinnymi potwierdzają, że na negatywną postawę wobec formalnych form opieki składały się następujące przyczyny: 1) konieczność spełnienia formalnych warunków, 2) niewystarczające umiejętności formalnych opiekunów, 3) duża rotacja wśród opiekunów formalnych, 4) nierzetelne podejście do wykonywanych obowiązków, 5) niewystarczający zakres przyznanych świadczeń, 6) niemożność realizacji przyznanych świadczeń w terminie najbardziej dogodnym [tamże: 133]. Co więcej, okazuje się, że negatywne opinie o jakości opieki formalnej są wyrażane niezależnie od faktu korzystania z tych form. Stosunek do instytucjonalnych form pomocy z konieczności uległ zmianie podczas pandemii COVID-19, o czym świadczą badania nad instytucjami pomocy społecznej w Wielkopolsce⁶.

⁶ W okresie pandemii COVID-19 stanowisko rodzin mających niepełnosprawnych seniorów w podeszłym wieku uległo jednak wyraźnej zmianie, o czym świadczą obserwacje

Podsumowując, troski i dylematy opiekunów rodzinnych są faktem społecznym i pomimo poszerzającej się oferty usług opiekuńczych ciągle są trudne do rozwiązania. Świadczenie usług opiekuńczych w domu trudno jest poddać standaryzacji, a wykonywanie czynności opiekuńczych można z góry przewidzieć, jednak opiekunowie formalni nieustannie muszą dostosowywać swoje działania do indywidualnych potrzeb i sytuacji klientów. Nieformalni opiekunowie rodinni muszą dokonywać wyboru, czy biorą cały zakres opieki na swoje barki, czy będą się dzielić częścią obowiązków z innymi osobami. Do tego dochodzą dylematy, które składają się na trudności w wypełnieniu innych, równie ważnych zasad solidarności rodzinnej [Kotlarska-Michalska 2017].

5. Dylematy wynikające z limitowania osobom w starszym wieku dostępu do opieki lekarskiej

Niewątpliwie dylematem w świadczeniu pomocy i opieki dla osób w podeszłym wieku jest poszukiwanie rozwiązania – jak skutecznie niwelować i redukować powszechne w postawach osób w tym wieku rozgoryczenie i skłonność do narzekań na deficyt specjalistycznej opieki medycznej i trudności w dostępie do lekarzy specjalistów. Wiele badań polskich potwierdziło, że polscy emeryci dość powszechnie narzekają na wiele mankamentów w służbie zdrowia, na utrudniony dostęp do specjalistów, na kilkumiesięczne czekanie na wizytę u specjalisty, na limitowany dostęp do usług rehabilitacyjnych i zbyt małą liczbę lekarzy mających specjalizację w zakresie geriatrici.

Już ponad dwadzieścia lat temu leczenie się i chodzenie do lekarza nie należało do przyjemności, było raczej przykrą koniecznością, zaś uzależnienie od placówek medycznych było nie tylko koniecznością, ale też dużą uciążliwością odczuwaną przez seniorów. Seniorzy najbardziej uskarżali się na konieczność wczesnego wstawania i długiego oczekiwania w kolejce (57%), na niemożność zamówienia wizyty telefonicznie (38%) i wcześniejszego zapisania się do lekarza np. poprzedniego dnia (35%). Tyle samo osób starszych narzeka na kolejki do lekarza (34%) i limitowanie dostępności

poczynione przez pracowników socjalnych z wielkopolskich ośrodków pomocy społecznej, sygnalizujące wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze dla seniorów. Więcej na ten temat w: Instytucje pomocy społecznej w czasach pandemii, raport dostępny na stronie: www.socjologia.amu.edu.pl/publikacje/493-instytucje-w-czasach-pandemii-raport. Raport został oparty na badaniach wśród 284 pracowników zatrudnionych w wielkopolskich ośrodkach pomocy społecznej. Badania były przeprowadzone w maju 2020 roku.

do lekarzy poprzez ograniczanie liczby wydawanych numerków (30%). Limitowanie przyjęć do lekarza dostrzegali głównie seniorzy z wyższym poziomem wykształcenia, którzy mieli wyższe wymagania pod adresem placówek służby zdrowia [Halik 2002: 108]. Wyniki badań ogólnopolskich sprzed dwudziestu lat pokazywały dobitnie, że polscy emeryci najczęściej myśleli o swoim zdrowiu i samopoczuciu (35%), co niewątpliwie przekładało się na częstą potrzebę konsultowania gorszego samopoczucia podczas wizyty lekarskiej [tamże: 73].

Korzystanie z usług lekarskich i pielęgniarских oraz rehabilitacyjnych angażuje siły i czas członków rodziny, którzy na ogół towarzyszą osobom w podeszłym wieku. Ten rodzaj opieki i stopień zaangażowania rodziny nie jest dostatecznie rozpoznany, a jest przecież jedną z ważnych form opieki bezpośredniej. Obliguje bowiem do ustalania terminu wizyty, zapewnienia transportu i towarzyszenia podczas oczekiwania na wizytę, wykupienia leków i nadzorowania procesu leczenia, konsultacji z lekarzem itp. Niezadowolenie osób w podeszłym wieku z jakości porad lekarskich może prowadzić do poszukiwania kolejnych diagnoz u innych specjalistów i wydłużać czas poprzedzający właściwe leczenie. Dla opiekunów jest to dodatkowym utrudnieniem w organizacji czasu. Poza tym muszą oni łagodzić negatywne emocje oraz złe samopoczucie starszych ludzi wynikające z faktu, że nie są oni w państwowym systemie leczenia pacjentami szczególnej troski. W ich odczuciu jest to kolejny dowód, że wraz z limitowaniem społecznej przestrzeni są skazani na limitowany dostęp do tego typu usług [Kotlarska-Michalska 2014]. Trudności w dostępie do porad specjalistycznych oraz ograniczony dostęp do niektórych zabiegów powodują, że rodziny sprawujące opiekę nad osobami w podeszłym wieku są zmuszone do rozstrzygnięcia kolejnego dylematu, czy czekać kilka miesięcy na specjalistyczną poradę, czy szukać pomocy w sektorze prywatnym.

Limitowanie skierowań na niektóre badania specjalistyczne jest potwierdzone faktami z praktyki lekarskiej. Jolanta Twardowska-Rajewska wskazuje, że zetknęła się (jako lekarz geriatra) ze zjawiskiem odmawiania przez lekarza skierowania na badania profilaktyczne wraz z argumentacją, „że w tym wieku to już nie ma znaczenia, a w pierwszej kolejności trzeba leczyć ludzi młodych”, zaś prośba o badanie ginekologiczne lub piersi budzi zdziwienie, a nawet zniesmaczenie u lekarza [Twardowska-Rajewska 2005: 51–52]. Ograniczenia te występują we wszystkich procedurach lekarskich, łącznie z onkologicznymi, czego przykładem jest zalecenie dotyczące ograniczeń w stosowaniu leków nowszej generacji dla pacjentów w wieku powyżej 65. roku życia chorujących na nowotwór jelita grubego. Lekarze szpitalni często też odmawiają lub niechętnie przeprowadzają operacje stentowania, balonowania oraz pomostowania tętnic wieńcowych. Również

niechętnie przeprowadza się operacje onkologiczne u osób w podeszłym wieku, nawet w przypadku przeciwwskazań kardiologicznych.

Z najnowszych danych empirycznych⁷ wynika, że: 1) seniorzy nie posiadają wiedzy na temat pandemii COVID-19, 2) mają problem z dostępem do opieki medycznej, 3) najbardziej potrzebują dostępu do lekarzy specjalistów, a jedna trzecia ankietowanych przerwała dotychczasowe leczenie. Z tych badań nad potrzebami seniorów podczas pandemii wynika, że największe potrzeby medyczne, które pojawiły się podczas pandemii, to dostęp do specjalisty (61,5%), dostęp do konsultacji z lekarzem (28,1%) oraz dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych i badań (5,9%) [Raport 2020]. Organizacja opieki dla seniorów w czasie pandemii COVID-19 wymaga osobnego opracowania, ale należy podkreślić, że okres ten nasilił trudności w dostępie do usług specjalistycznych, z których korzystali seniorzy, tym samym utrudnieniu uległo stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych. Problemy w dostępie do służby zdrowia odczuło trzy czwarte badanych seniorów (40,5% zdecydowanie tak, 25,9% raczej tak). Istotnym i jednocześnie negatywnym skutkiem jest też odczuwanie ograniczenia w zakresie opieki specjalistycznej. Okres pandemii spowodował nasilenie problemu z dostępnością do wszystkich usług medycznych i tym samym poszerzył listę dylematów, z którymi muszą zmierzyć się bezpośredni opiekunowie rodinni.

Analizując dylematy towarzyszące opiekunom osób w podeszłym wieku, należy wskazać na dostępne podręczniki zawierające podstawowe wskazówki i informacje ułatwiające sprawowanie opieki, również na specjalistyczne rozwiązania, a w szczególności rozwiązania dla osób nieśamodzielnych, przewlekle chorych oraz umierających. To nowy rodzaj informacji pokazujących konkretne działania mogące służyć poprawie i integracji opieki, rekomendujące programy rozwoju wolontariatu i poradnictwa [Krakowiak i in. 2010]. Informacje te pokazują jednocześnie konkretne modele zintegrowanej opieki i współpracy zespołów opiekuńczych, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych z rodzinami opiekującymi się chorymi w ich domach. Niewątpliwie ważną podpowiedzią, jak pomagać osobom starszym znajdującym się w trudnym okresie choroby terminalnej, są doświadczenia praktyków w opiece hospicyjnej ze szczególnym uwzględnieniem psychospołecznych aspektów opieki i pielęgnacji pacjentów i ich rodzin, a także przykłady działań instytucji hospicyjnych [Kromolicka 2012].

⁷ Raport Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, <https://www.zikodlazedrowia.org/raport-o-zdrowiu-seniorow-w-czasie-pandemii/>; <https://pulsmedycyny.pl/pandemia-covid-19-a-zdrowie-seniorow-najwiekszy-problem-to-dostep-do-opieki-medycznej-1003095> (dostęp: 09.05.2021).

W okresie pandemii ograniczeniu uległy możliwości korzystania z usług oferowanych przez instytucjonalne formy opieki jak np. centrum usług medycznych czy centra usług senioralnych, które w okresie przedpandemicznym znakomicie uzupełniały opiekę rodzinną przez wyspecjalizowany zespół profesjonalistów. Specjaliści zatrudnieni w takim centrum (pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny), odwiedzając osobę w starszym wieku w domu, świadczyli usługi, których nie mógłby wykonać członek rodziny zajmujący się opieką. Analizy zakresu usług świadczonych przez niektóre centra potwierdzały, że koniecznością jest wzmocnienie systemu wsparcia dla opiekunów osób w podeszłym wieku, które doświadczają nieprzyjemnych skutków chorób otępiennych i skazane są na całodobowe przebywanie w towarzystwie osoby, której stan zdrowia nie rokuje poprawy. Jak słusznie dostrzega Szukalski, stres wynikający z koncentracji uwagi na seniorze i z odpowiedzialności za jego stan zdrowia jest potęgowany przez brak mechanizmów wspierania opiekunów rodzinnych w inny sposób niż usługi opiekuńcze. Wskazuje on przykład Wielkiej Brytanii, w której w maju 2008 roku przyjęto drugą już narodową strategię wspierania *caregivers*, również rodzinnych [Szukalski 2008b: 34–35]. Takie formy wsparcia, głównie psychicznego, są bardzo potrzebne polskim opiekunom, którzy pełnią funkcję jedynego opiekuna osoby w podeszłym wieku. Forma opieki wytchnieniowej nie rozwiązuje problemu i nie skraca długiej listy dylematów, szczególnie wynikających z limitowania dostępu do opieki lekarskiej.

261

6. Dylematy wynikające z łączenia opieki nad osobą starszą z innymi rolami rodzinnymi i społecznymi

Z dylematem łączenia bezpośredniej opieki nad osobą w podeszłym wieku z innymi, równie ważnymi rolami rodzinnymi i społecznymi zmagają się osoby, które są zaangażowane zawodowo i praca ta jest dla nich bardzo ważnym obszarem aktywności życiowej, mają aspiracje zawodowe i pomimo obciążenia obowiązkami rodzinnymi nie chciałyby z niej zrezygnować. Pojawiają się w ich postawach wątpliwości i rozterki, które muszą najczęściej rozstrzygnąć samodzielnie, szczególnie jeśli są jedynymi opiekunami osoby w podeszłym wieku. W tym dylemacie zachodzi też konieczność rozstrzygnięcia hierarchii działań. To poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o miejsce człowieka starego w systemie rodzinnym oraz zakres opieki świadczonej przez pokolenie średnie i młodsze. To dylematy doświadczane głównie przez dorosłe dzieci, które mają świadomość

powinności wypływających z tradycji oraz solidarności pokoleń. To dość skomplikowany zespół wątpliwości towarzyszących tym, na barki których spadł ciężar fizycznej i duchowej opieki nad osobą w podeszłym wieku, a którzy wykonują pracę wymagającą dyspozycyjności i częstych wyjazdów służbowych. Problem ten dotyczy głównie jedynaków, którzy nie mają możliwości dzielenia się obowiązkami opiekuńczymi.

Sprawowanie opieki nad najstarszym pokoleniem w rodzinie ogranicza możliwość podjęcia lub kontynuacji aktywności zawodowej, głównie kobietom pomiędzy 50. a 65. rokiem życia oraz mężczyznom między 55. a 70. rokiem życia. Z nielicznych badań nad tym zagadnieniem wynika, że łączenie pracy zawodowej oraz opieki (nie tylko nad starszymi członkami rodziny) jest udziałem 31% kobiet i 20% mężczyzn [Perek-Białas, Stypińska 2010: 139]. Te same badania pokazują, że opiekunowie narzekają na stres towarzyszący sprawowaniu opieki oraz na obciążenie psychiczne, a także na brak wsparcia psychologicznego i terapeutycznego. Nie ukrywają oni faktu, że pełnienie ról zawodowych i opiekuńczych powoduje ciągłe zmęczenie, poczucie przygnębienia, a nawet stany depresyjne [tamże: 144–146]. Badania nad opiekunami rodzinnymi pokazały, że obowiązki zawodowe były najczęściej wymieniane jako usprawiedliwiające nieobecność w sieci opiekuńczej, dodatkową okolicznością usprawiedliwiającą była aktywność w licznych obowiązkach wobec własnej rodziny prokreacji. Badani opiekunowie wskazywali na trudności w łączeniu opieki z zaspokajaniem własnych potrzeb społecznych, potrzeb towarzyskich, kulturalnych, szczególnie w sytuacji wspólnego zamieszkiwania z osobą wymagającą opieki [Sytuacja... 2018: 122–123]. Autorzy cytowanego raportu zwrócili uwagę na istnienie istotnej potrzeby wyjścia z domu jako możliwość zaspokojenia potrzeb towarzyskich; dotyczy to opiekunów ze stażem powyżej dwóch lat mieszkających razem z osobą, wobec której realizują opiekę. W sytuacji oddzielnego zamieszkiwania też zachodzą zmiany w organizowaniu życia towarzyskiego, cechuje je minimalizm, realizuje się tylko konieczne (dla podtrzymania więzi towarzyskiej), ale są one ograniczone w czasie [tamże: 124]. Cytowane wyniki badań wskazują na dylematy związane z prowadzeniem życia towarzyskiego, są one bardziej rozbudowane, niż wskazywali badani. Można założyć, że sprawowanie opieki nad osobą, która nie uczestniczy w takich spotkaniach z powodu stanów chorobowych uniemożliwiających komunikację werbalną, jest też czynnikiem ograniczającym zapraszanie znajomych do domu, zaś ewentualne spotkania towarzyskie ograniczają się do osób, które tworzą sieć rodzinnych opiekunów.

Osobnym źródłem dylematów jest łączenie pracy zawodowej, niezależnie czy kontynuacja pracy zawodowej jest wyborem, czy koniecznością.

Najczęściej jest tym drugim, ponieważ nawet posiadanie uprawnień do świadczeń opiekuńczych i pobieranie zasiłku opiekuńczego nie pozwala na zaspokojenie potrzeb opiekuna rodzinnego. Z kolei brak uprawnień potęguje trudności w łączeniu obowiązków opiekuńczych z czasem poświęcanym na wykonywanie obowiązków zawodowych. Generalnie opiekunowie rodzinni nie chcieliby być ograniczani i chcieliby łączyć opiekę z częściowym zarobkowaniem, bez utraty przyznanych świadczeń.

Dylematy związane z łączeniem ról opiekuńczych nad starszym pokoleniem i innymi rolami rodzinnymi przeżywa pokolenie zwanym *sandwich generation*, które dopiero od niedawna stanowi przedmiot zainteresowań socjologów i publicystów. To pokolenie doświadczające podwójnego obarczenia odpowiedzialnością za dwa pokolenia. Może to rodzić wątpliwości natury moralnej, któremu z pokoleń poświęcać więcej uwagi i starań. Sytuację komplikuje fakt nieuleczalnej choroby któregoś z rodziców i niemożność podzielenia się obowiązkami opiekuńczymi z własnymi dziećmi, które albo są bardzo zapracowane zawodowo, albo same mają małe dzieci wymagające opieki. Wątpliwości „pokolenia kanapkowego” są tym trudniejsze do rozstrzygnięcia, jeśli w rodzinie jedyną reprezentantką tegoż jest kobieta ponad 70-letnia, sama mająca kłopoty z własnym zdrowiem. Obowiązki *sandwich generation* są słabo rozpoznane, szczególnie zaś obowiązki wewnątrzpokoleniowe, czyli wobec rodzeństwa, szczególnie rodzeństwa niemającego własnej rodziny prokreacji i cierpiącego na liczne schorzenia lub niepełnosprawność. Obowiązki te są znacznie szersze niż wpisane w katalog działań międzypokoleniowych. Jak trafnie dostrzega Tobi A. Abramson, zakres obowiązków opiekuńczych obejmuje wszystkie osoby z rodziny bliższej i dalszej, wewnątrz pokoleń oraz między pokoleniami i dotyczy bardzo szerokiej gamy działań opiekuńczych [2015]. Dotychczasowa nazwa „*sandwich generation*” jest zdaniem Abramsona zbyt wąska, albowiem w rzeczywistości mamy do czynienia z bardziej rozbudowaną „kanapką”, którą badacz ten proponuje nazwać *panini generation*. Do tej kategorii zalicza on dorosłych, którzy opiekują się swoimi dorosłymi dziećmi, starszymi wiekiem rodzicami oraz swoimi rówieśnikami, czyli starzejącym się małżonkiem, rodzeństwem, a także wnukami [tamże: 253–254]. Obowiązek opieki dotyczy osób w różnym wieku i z różnych powodów wymagających opieki, troski i wsparcia, również zabezpieczenia przyszłości, np. osobom z niepełnosprawnościami fizycznymi i psychicznymi. Analogiczna sytuacja ma miejsce w Polsce, wymaga zatem bliższego rozpoznania, jakiego typu obciążenia i zobowiązania spadają na pokolenie średnie będące pokoleniem szczególnie zaabsorbowanym w jednoczesne realizowanie różnych form opieki czy zabezpieczenia dla kilku osób z kilku pokoleń jednocześnie.

Pięćdziesięciolatkowie są w Polsce najbardziej aktywni w świadczeniu różnych form pomocy na rzecz rodziny⁸. Polskie pokolenie sandwicz obejmuje zarówno 50-latków, jak i 60-latków. Należy też dodać, że *sandwich generation* również się starzeje, albowiem do tego pokolenia należy zaliczyć 70-latków, którzy zajmują się rodzicami będącymi w wieku sędziwym. Słabo rozpoznane są sytuacje osobiste jedynych opiekunów rodzinnych, którzy będąc w stanie wolnym (po owdowieniu lub po rozwodzie), nie mogli sobie ponownie ułożyć życia osobistego, ze względu na brak akceptacji partnera lub partnerki przez rodzica korzystającego z opieki, który ułożenie sobie życia uczuciowego u dorosłego syna czy córki traktował jako istotną przeszkodę w pełnieniu roli opiekuna. Nie są również rozpoznane sytuacje rodzinne, w których na skutek nadmiernie czasochłonnej opieki nad niesamodzielnym rodzicem nastąpiło rozluźnienie więzi małżeńskiej skutkującej rozwodem lub rozstaniem. To wyraźny obszar niewiedzy o skutkach nadmiernych obciążeń wynikających z roli opiekuna.

Rola dawcy pomocy rodzi specyficzne dylematy, chociażby związane z priorytetami w zakresie kolejności wykonywania codziennych czynności związanych z rytuałem pielęgnacji. Wielokrotnie przywoływane w tym opracowaniu rezultaty badań w województwie łódzkim nad opiekunami rodzinnymi wskazują, że niezależnie czy opieka jest świadczona przy jednoczesnym zamieszkiwaniu z osobą wymagającą opieki, czy przy zamieszkiwaniu osobnym, bezpośrednim opiekunom towarzyszy poczucie obowiązku i odpowiedzialności i z tego względu potrzeby związane z wypoczynkiem schodzą na dalszy plan. Czasami wyjście do pracy jest rodzajem odpoczynku od domu. Badani opiekunowie sygnalizowali jednak, że mają potrzebę odseparowania się od roli opiekunów w sensie psychicznym i fizycznym [Sytuacja... 2018: 126]. Dodatkowym źródłem dylematów jest potrzeba samorealizacji zawodowej niekiedy tłumiona i ukrywana przez opiekunów

⁸ Jak wskazywały wyniki pierwszych badań PolSenior, aż 77% osób w wieku 55–59 świadczyło pomoc finansową swoim dzieciom i 18% wnukom, rodzeństwu (13%) oraz swoim rodzicom (10%). W prowadzeniu gospodarstwa domowego aż 46% pomagało dzieciom i 19% pomagało rodzicom. W pielęgnacji i opiece w chorobie 23% pomagało dzieciom, 17% wnukom, a 47% rodzicom, zaś pomocy mieszkaniowej w formie udostępniania mieszkania również zdecydowana większość (72%) pomagała dzieciom oraz wnukom (23%), co dziesiąty swoim (11%) rodzicom. Pokolenie 50-latków było również aktywne w załatwianiu spraw urzędowych: 37% pomagało dzieciom, 37% rodzicom. W formie wsparcia psychicznego 55% pomagało dzieciom, 13% wnukom, 26% rodzicom. Nieco starsi, też będący pokoleniem sandwicz, ale już 60-latkowie (65–69) nadal pomagali finansowo dzieciom w podobnym zakresie (72%) i wnukom (35%) [Szatur-Jaworska 2012: 435]. Wyniki nowszych badań – Badania PolSenior 2 – są jeszcze w fazie opracowania, stąd brak możliwości ich porównania. Wyniki były już prezentowane podczas kilku konferencji naukowych w ostatnich miesiącach.

rodzinnych w celu podkreślenia, że opieka nad matką czy ojcem w podeszłym wieku jest najważniejsza. Zagadnienie rezygnacji z ról zawodowych należy do słabo rozpoznanych i zasługuje na dalsze badania, również w aspekcie samopoczucia opiekunów rodzinnych, którzy poświęcając się aktywności opiekuńczej, porzucili swoje ulubione zajęcia, zajęcia twórcze i satysfakcjonujące na rzecz wykonywania czynności manualnych, powtarzalnych i niedających zadowolenia. Wybory dokonywane przez jedynych opiekunów rodzinnych, motywacja towarzysząca tym wyborom, a także świadomość ponoszonych różnych kosztów samodzielnego sprawowania opieki z pewnością zasługują na bardziej wnikliwe rozpoznanie.

Zakończenie

Podsumowując, należy stwierdzić, że dylematy natury moralnej i organizacyjnej, które są doświadczeniem pokolenia sprawującego opiekę nad osobami w podeszłym wieku, można chociaż częściowo rozwiązać poprzez szerszy dostęp bezpośrednich opiekunów do profesjonalnej sieci wsparcia organizowanego przez zarówno pomoc społeczną, jak i organizacje pozarządowe oraz specjalistyczne agencje proponujące różnego rodzaju formy opieki. W rozwiązywaniu dylematów bezpośrednich opiekunów mogą okazać się przydatne modele stosowane w innych krajach europejskich, które wcześniej powołały do życia specjalistyczne agencje opiekuńcze i organizują szkolenia dla opiekunów – tym samym oferując pracę osobom bezrobotnym. Przedstawiony w niniejszym opracowaniu wykaz głównych dylematów wskazuje na konieczność kontynuacji dyskursu nad współczesnymi standardami opieki i większego zaangażowania wyspecjalizowanych służb społecznych w udzielaniu wsparcia rodzinie w realizacji tak trudnej i nadal rozbudowanej funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej. Skoro jest faktem społecznym, że rodzina potrzebuje wsparcia w zadaniach opiekuńczych i pielęgnacyjnych i skoro główny ciężar tych zadań spada na średnie pokolenie, to warto wspierać i umacniać rodzinny system opiekuńczy, szczególnie zaś osamotnionych opiekunów, którzy samodzielnie realizują szeroki zakres działań opiekuńczych, aby zapobiegać negatywnym skutkom „wypalenia opiekuńczego”. Zmniejszenie listy dylematów, które spadają na polskich bezpośrednich opiekunów, jest możliwe, jeśli zwiększeniu ulegnie dostępność usług pielęgnacyjnych, wzorem innych państw, które przywiązują większą wagę do rozłożenia opieki na profesjonalnych opiekunów wydatnie wspierających rodzinę w procesie realizacji różnych czynności opiekuńczych [Gołębiowska 2017: 122].

Dylematy będą zawsze towarzyszyć jedynym opiekunom rodzinnym ze względu na samotne zmaganie się z niepewnością w tej roli i brakiem możliwości delegowania części czynności opiekuńczych na inne osoby, spoza rodziny. Problemy, które będą narastać, to dylematy związane ze zwiększającym się dystansem cywilizacyjnym między pokoleniem najstarszym (powyżej 80 lat) a pokoleniem najmłodszym, które mogłoby być włączone w sieć opiekuńczą, ale jest zbyt oddalone w zakresie form komunikacji, a ponadto jest to pokolenie najmocniej zaangażowane zawodowo z wszystkich pokoleń mogących uczestniczyć w sieci opiekuńczej. Zagadnienie opieki zasługuje na dalsze badania diagnostyczne, wykraczające poza standardowo ujmowaną opiekę, zaś samo pojęcie opieki zasługuje na redefiniowanie i rozpoznanie wszystkich czynników warunkujących jej podejmowanie. Opieka nad najstarszym pokoleniem zasługuje na dalsze rozpoznanie w aspekcie typów, zakresów, form, modeli oraz preferencji ze strony samych biorców opieki. Warto postulować prowadzenie badań nad prawdziwym obliczem opieki i wzorami pomagania, tkwiącymi w postawach dawców i biorców. Należy się zgodzić z twierdzeniem Czekanowskiego, że zazwyczaj sytuację osób, którym opiekunowie udzielają pomocy, poznajemy pośrednio, pozyskując niezbędną wiedzę na ich temat od samych opiekunów, dlatego należy uwzględniać sytuację biorców i dawców opieki [Czekanowski 2018: 85] i rekomendować typ badań, w których jednocześnie obraz opieki będzie przedstawiony przez osoby starsze i przez ich opiekunów [Szweđa-Lewandowska 2017]. Na dalsze badania zasługują również skutki wieloletniej pełnowymiarowej opieki świadczonej osobie w podeszłym wieku przez jedynego opiekuna rodzinnego, w jego życiu osobistym, w potrzebach psychicznych, fizycznych, materialnych i społecznych. Pogłębione badania nad tymi zagadnieniami mogłyby sprzyjać budowaniu ofert pomocowych i usługowych bardziej zsynchronizowanych ze zindywidualizowanymi potrzebami opiekunów rodzinnych.

266

Literatura

- Abramson T.A. [2015], *Older Adults: the „Panini Sandwich” Generation*, „Clinical Gerontologist”, Vol. 38, Iss. 4, s. 251–267.
- Błądowski P. [2012], *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, s. 449–466.
- Braun-Gałkowska M. [2012], *Projekcyjny obraz siebie w różnych grupach osób starszych*, [w:] T. Rostowska, W. Budziński (red.), *Zawodowe i zdrowotne problemy*

- człowieka w różnych okresach dorosłości. *Perspektywa psychologiczna*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 251–270.
- Bromley D. [1969], *Psychologia starzenia się*, Warszawa: PWN.
- Bunda M., Walewski P. [2012], *Starość: problem młodych*, „Polityka”, nr 35.
- Czekanowski P. [2012], *Společne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Czekanowski P. [2018], *Dylematy w badaniach opiekunów rodzinnych ludzi starych. Refleksje socjologa starości i opiekuna*, „Pedagogika Społeczna”, nr 3 (69), s. 81–90.
- Czekanowski P., Załęcki J., Brosz M. [2013], *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+*, Gdańsk: Fundacja Terytoria Książki.
- Dyczewski L. [1994], *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Fabiś A., Wasiński A. [2008], *Opiekun osób starszych. Więcej frustracji niż satysfakcji*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radość – dylematy*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, s. 227–237.
- Fobelova D. [2017], *Modele opieki w przeżywaniu starości – aspekt etyczno-demograficzny*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, Seria: „Organizacja i Zarządzanie”, z. 112, s. 157–165.
- Gołębiowska P. [2017], *Zagrożenia w pracy z osobami starszymi – wybrane zagadnienia*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Vol. 30, Iss. 4, s. 121–133.
- Halik J. (red.) [2002], *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Jurkiewicz C. [2003], *Zespół wypalenia zawodowego pracowników domów pomocy społecznej*, „Praca Socjalna”, nr 3, s. 28–48.
- Kawczyńska-Butrym Z. [2016], *Problemy coraz starszej starości – kontekst opieki*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis”, nr 7(1), s. 180–202.
- Kościńska E. [2013], *Rola rodziny w życiu człowieka starego w opiniach seniorów*, [w:] A. Baranowska, E. Kościńska, K.M. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Społeczny wymiar życia i aktywności osób starszych*, Toruń: Wydawnictwo Akapit, s. 79–93.
- Kotlarska-Michalska A. [2000], *Starość w aspekcie socjologicznym*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 12, s. 147–159.
- Kotlarska-Michalska A. [2014], *Limited Public and Private Space for Polish Retirees*, [w:] S. Grotowska, I. Taranowicz (eds.), *Understanding Ageing in Contemporary Poland: Social and Cultural Perspectives*, Wrocław: Instytut Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 137–149.
- Kotlarska-Michalska A. [2016], *Specyfika opieki nad najstarszym pokoleniem a polityka społeczna wobec starości*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 123–142.
- Kotlarska-Michalska A. [2017], *Dylematy towarzyszące realizacji zasad solidarności rodzinnej. Na podstawie relacji między pokoleniami w rodzinie*, „Studia Socjologiczne”, nr 2, s. 167–188.
- Kotlarska-Michalska A., Rusanen T., Niemela P. [1997], *Poczucie bezpieczeństwa społecznego w świetle badań polsko-fińskich*, Poznań: Promocja 21.

- Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.) [2006], *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.) [2010], *Przewlekłe chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów*, Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Kromolicka B. (red.) [2012], *Z pomocą człowiekowi. Wsparcie i opieka w sytuacji nieuleczalnej choroby*, Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Lumer Ch. [2006], *Principles of Generational Justice*, [w:] J.Ch. Tremmel (ed.), *Handbook of Intergenerational Justice*, Cheltenham–Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, s. 39–52.
- Mielczarek A. [2010], *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Perek-Białas 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*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 136–148.
- Raport *Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, https://kigs.org.pl/wp-content/uploads/2020/09/20200902_Raport_Zdrowie-w-pandemii-002.pdf (dostęp: 09.05.2021).
- Rysz-Kowalczyk B., Szatur-Jaworska B. [2004], *Polityka społeczna wobec cyklu życia. Faza starości*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 229–239.
- Sadowska A. [1998], *Kim są opiekunowie chorych?*, [w:] A. Sadowska (red.), *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, s. 72–74.
- 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* [2018], Łódź: RCPS.
- Szatur-Jaworska B. [2012], *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*, Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, s. 419–448.
- Szatur-Jaworska B. (red.) [2012], *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa.
- Szluz B. [2017], *Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Vol. 30, Iss. 4, s. 147–157.
- Szukalski P. [2008a], *Polscy seniorzy w przyszłości*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Warszawa.
- Szukalski P. [2008b], *Rodzinne sieci wsparcia seniorów w starzejących się społeczeństwach – kilka refleksji*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 28–43.
- Szukalski P. [2008c], *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, Warszawa.

- Szukalski P. [2012], *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szweda-Lewandowska Z. [2014], *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, [w:] W. Koczur, A. Rączaszek (red.), *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe Wydziałowe”, nr 179, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, s. 214–224.
- Szweda-Lewandowska Z. [2017], *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Twardowska-Rajewska J. [2005], *Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia*, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, s. 48–52.
- Zbyrad T. [2014], *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Looking after persons in old age as a source of dilemmas for family caregivers

Summary

This study still deals with the current issues of care provided to the elderly by family caregivers who experience many dilemmas related to the selection of the most effective forms of care, adequate to their own physical, mental and organizational abilities. The study highlights several important types of dilemmas experienced by family caregivers who have to deal with the role of a caregiver on their own. These dilemmas cannot always be resolved by them on their own and require system solutions. The author of the study, while reviewing the state of knowledge about the specificity of the role of an elderly caregiver, also indicated areas of ignorance about the scale of difficulties faced by family caregivers of elderly people in Poland.

Keywords: care, support, family solidarity, caring dilemmas, the role of a family caregiver