

BEATA TOBIASZ-ADAMCZYK 
Uniwersytet Jagielloński-Collegium Medicum

MARZENA FLOREK 
Uniwersytet Jagielloński-Collegium Medicum

MICHALINA LUŚTYK 
Uniwersytet Jagielloński-Collegium Medicum

WSPÓŁCZESNE DYLEMATY ZWIĄZANE Z PODJĘCIEM SIĘ ROLI OPIEKUNA RODZINNEGO STARSZEJ OSOBY

Streszczenie

W ostatnich dekadach różne aspekty sprawowania opieki przez nieformalnych opiekunów rodzinnych nad starszymi członkami rodziny stały się przedmiotem wzrastającego zainteresowania ze strony badaczy. Obserwowane zmiany w strukturze i zasadach funkcjonowania współczesnej rodziny skłaniają do postawienia pytania o jej odpowiedzialność za sprawowanie opieki nad starszymi współmałżonkami, rodzicami i dziadkami. Szczególną uwagę zwracano na konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne wynikające z negatywnych, stresujących doświadczeń związanych z trajektorią pełnienia tej roli. Zmianie uległy także koncepcje teoretyczne poświęcone zapewnieniu rodzinnej opieki – klasyczny model solidarności międzypokoleniowej został zastąpiony modelem ambiwalencji, który w ostatnim czasie został wyparty przez nowy

Beata Tobiasz-Adamczyk, prof. dr hab., Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej; e-mail: beata.tobiasz-adamczyk@uj.edu.pl; <https://orcid.org/0000-0001-6311-3983>

Marzena Florek, mgr, Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, e-mail: marzena.florek@uj.edu.pl; <https://orcid.org/0000-0002-1477-2795>

Luśtyk Michalina, mgr, Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej; e-mail: m.lustyk@uj.edu.pl; <https://orcid.org/0000-0002-8142-5363>

model, koncentrujący się na znaczeniu indywidualnej decyzji o dokonaniu wyboru wejścia w rolę opiekuna rodzinnego, niezależnie od presji społecznej wynikającej z kulturowych norm i zobowiązań. Na podstawie przeglądu literatury przeanalizowano demograficzne i psychospołeczne uwarunkowania decyzji przyjęcia roli opiekuna rodzinnego i przedstawiono wyniki przeprowadzonego sondażu. Pytanie, czy pełnienie roli opiekuna rodzinnego jest wpisane w przyszły scenariusz życia osób niesprawujących aktualnie tej funkcji, zadane zostało 213 respondentom w wieku 35–65 lat. Uzyskane wyniki wskazują, że mniej niż połowa badanych rozważa przyjęcie w razie potrzeby takiej roli – przy czym wejście w przyszłości w rolę opiekuna było istotnie zależne od poczucia przynależności i więzi wewnątrzrodzinnych, ukształtowanych we wcześniejszych etapach życia rodziny. Istotnie statystycznie różnice w planach życiowych dotyczących opieki odnotowano w zależności od wieku (częściej planowały takie działania osoby młodsze i aktywne zawodowo), natomiast nie potwierdzono istotnych różnic w zależności od płci badanych. Badani wyrażający gotowość przyjęcia roli opiekuna wiązali swoje przyszłe zadania z okazywaniem wsparcia emocjonalnego i spędzaniem czasu z osobą starszą, natomiast trudy codziennej instrumentalnej pomocy nie były przez nich w pełni brane pod uwagę.

Słowa kluczowe: starsi członkowie rodziny, wejście w rolę opiekuna rodzinnego, dylematy w roli

WSTĘP

Proces starzenia się społeczeństw niesie za sobą wiele konsekwencji zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych, stanowiąc zarówno na poziomie makrostruktury, jak i mikrostruktury wyzwanie dla różnych aktorów społecznych, jakim jest zapewnienie realizacji potrzeb wszystkich członków danego społeczeństwa. Relacje pomiędzy starszymi i młodszymi generacjami, wyznaczone kulturowo i społecznie, dotyczą najważniejszych kwestii egzystencjonalnych, w tym również zapewnienia opieki instytucjonalnej lub nieformalnej osobom starszym wymagającym wsparcia. Tocząca się przez dekady dyskusja, która z form tej opieki, tj. realizowana przez powołane w tym celu instytucje czy też zapewniana przez najbliższych członków rodziny, daje bardziej pozytywne efekty i zapewnia lepszą jakość życia w wieku starszym, nadal nie przyniosła ostatecznych rozstrzygnięć.

Celem tego artykułu jest przedstawienie różnych aspektów roli rodziny w spełnianiu funkcji opiekuńczej wobec starszych bliskich krewnych, a tym

samym w podjęciu decyzji o wejściu w rolę opiekuna. Dokonując przeglądu literatury, przeanalizowano uwarunkowania demograficzne i psychospołeczne występujące w różnych krajach związane z taką decyzją oraz przedstawiono wyniki badań własnych omawiających determinanty gotowości przyjęcia roli opiekuna bliskiego krewnego.

UWARUNKOWANIA DEMOGRAFICZNE WYZNACZAJĄCE WYMIAR NIEFORMALNEJ OPIEKI RODZINNEJ NAD OSOBAMI STARSZYMI

Piotr Błędowski i współautorzy [2021] na podstawie ogólnopolskiego badania PolSenior 2 określili wyzwania dla polityki zdrowotnej i społecznej ukierunkowanej na osoby starsze, biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce, podobnie jak we wszystkich krajach, obserwuje się tendencję do wydłużania się trwania życia¹. Według GUS w 2019 r. średnia długość życia wynosiła 81,7 lat dla kobiet i 74,1 lat dla mężczyzn. Zwrócono uwagę na zjawisko „podwójnego starzenia się ludności”, tj. proces polegający na szybszym wzroście odsetka osób w wieku 80 lat i więcej niż ogółu osób starszych w społeczeństwie. Ten szybki przyrost liczby osób w wieku 80 lat i starszych w konsekwencji prowadzi do wzrostu zapotrzebowania w tej kategorii wiekowej na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze oraz oczekiwań na różne formy wsparcia i dostosowania warunków życia do zmieniających się możliwości funkcjonowania osób starzejących się [Błędowski i in. 2021: 21].

Wyniki badania PolSenior 2 jednoznacznie wskazują, że zapotrzebowanie na działania opiekuńcze wzrasta wraz z wiekiem ze względu na duży odsetek w tej grupie osób niesamodzielnych, wymagających systematycznej pomocy i wsparcia ze strony rodziny lub innych osób. Warto jednak zauważyć, że według przytaczanych badań odsetek kobiet i mężczyzn w wieku 70–75 lat wymagających pomocy jest stosunkowo niewielki (17,0% mężczyzn i 12,5% kobiet), natomiast znacząco zwiększa się począwszy od 75 roku życia: w przedziale 75–80 lat zapotrzebowanie na pomoc dotyczy 21,7% mężczyzn i 28,7% kobiet, w przedziale 80–84 lat – 28,1% mężczyzn i 47,1% kobiet, w przedziale 85–89 – 52,4% mężczyzn i 70,7% kobiet, natomiast wśród seniorów w wieku 90 lat i starszych systematycznej opieki wymaga 70,9% mężczyzn i 84,5% kobiet.

¹ Odnotowane w 2018 r. w naszym kraju zachwianie w obserwowanych wskaźnikach może prowadzić do dalszych niekorzystnych zmian w wyniku pandemii COVID-19 [Błędowski i in. 2021].

ROLA RODZINY W SPRAWOWANIU OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Gwałtowny wzrost odsetka osób starszych w wieku 80 lat i powyżej wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na zapewnienie pomocy w przypadku występowania u seniorów braku samodzielności w czynnościach dnia codziennego. Wyniki badania PolSenior 2 potwierdziły, że opieka nad niesamodzielnymi osobami starszymi sprawowana jest głównie przez członków rodziny. Spośród respondentów wymagających wsparcia 91% (91,2% mężczyzn i 90,9% kobiet) wskazało, że to członkowie rodziny są osobami udzielającymi im pomocy. W najwyższym stopniu pomocy niesamodzielnym seniorom udzielali członkowie rodziny w środowisku wiejskim (91,0%), w mniejszym rodziny mieszkające w miastach powyżej 200 tys. ludności [Błędowski 2021]. Zaangażowanie rodziny w sprawowanie opieki nad starszymi bliskimi nie uległo zmianie na przestrzeni ostatniej dekady, o czym świadczą dane pochodzące z badania PolSenior 1, według których 96,1% starszych respondentów mieszkających z innymi osobami i 87,7% mieszkających samotnie pomoc była udzielana przez członków rodziny [Błędowski 2012]. Członkowie rodziny, tj. małżonki i małżonkowie, dorosłe dzieci, synowe, zięciowie oraz wnukowie, udzielali pomocy starszym bliskim w sytuacji zagrożenia stanu zdrowia i zaburzeń w stanie funkcjonalnym, a także wspierali ich w zapewnieniu realizacji podstawowych potrzeb egzystencjalnych [Szatur-Jaworska 2012; Szatur-Jaworska 2021].

Wywiązywanie się z funkcji opiekuńczych przez rodzinę wobec starszych jej członków rozpatrywać należy na tle dokonujących się od kilku dekad zmian w strukturze i sposobie funkcjonowania współczesnych rodzin, pociągających za sobą przedefiniowanie wielu aspektów wzajemnych relacji pomiędzy starszymi a młodszymi generacjami. Przemianom tym poświęcono wiele rozważań teoretycznych, poszukując potwierdzenia dla powstałych koncepcji w badaniach empirycznych realizowanych zarówno w oparciu o metody ilościowe, jak i pogłębione analizy jakościowe [Bowling 1997; Szukalski 2012; Tobiasz-Adamczyk 2016].

Nurtująca badaczy w ostatnich latach kwestia sprawowania przez rodzinę opieki nad starszymi bliskimi krewnymi bywała rozstrzygana odmiennie w różnych społeczeństwach [Broese van Groenou, De Boer 2016]. Nadal jednak, zgodnie z utrwalonymi przez tradycję normami kulturowymi i społecznymi, opieka nad starszymi członkami rodziny zaliczana jest – z odmiennym nasileniem w różnych środowiskach społecznych – do obowiązków wynikających z przynależności do grupy rodzinnej [Stuart-Hamilton 2006].

Pytanie o zderzenie tradycyjnego podejścia do roli rodziny w opiece nad osobami chorymi i starszymi z aktualnymi uwarunkowaniami społecznymi jest zasadne w kontekście znaczących zmian, jakim uległa ona współcześnie. Zmniejszenie się liczby osób tworzących najbliższą sieć rodzinną i wyraźne ograniczenia w liczbie wielopokoleniowych rodzin prowadzących wspólnie gospodarstwa domowe w konsekwencji doprowadziło do wzrostu liczby osób starszych mieszkających w jednoosobowych lub dwuosobowych układach. Ze względu na masowe podejmowanie przez kobiety aktywności zawodowej i ich zwiększoną obecność na rynku pracy liczba kobiet sprawujących tradycyjnie przypisywaną im funkcję opiekunek starszych członków rodziny uległa obniżeniu, nawet wśród kobiet, które już osiągnęły wiek emerytalny. Opiekę nad starszymi bliskimi utrudniają również terytorialne rozproszenie członków jednej rodziny oraz przede wszystkim długoterminowe migracje podejmowane głównie przez młodsze pokolenia. Dodatkowo wzrastająca liczba rozwodów i ponowne zawieranie związków nie sprzyjają utrzymywaniu silnych więzi międzypokoleniowych. Jakkolwiek członkowie rodziny zaangażowani są nadal w wysokim stopniu (60–80%) w nieformalną opiekę, to jednak dane pochodzące z różnych źródeł dowodzą wzrastających trudności w jej zapewnieniu osobom starszym przez dorosłe dzieci. Jak już zaznaczono, jest to przede wszystkim konsekwencją zamieszkiwania oddzielnie poszczególnych generacji tej samej rodziny, często w znacznej odległości, a wspomniana już mobilność horyzontalna (migracje) staje się kolejną przeszkodą w angażowaniu się w działania opiekuńcze, bo potencjalni opiekunowie są w kraju nieobecni [Krzyżowski 2013].

W konsekwencji dostrzeżenia zmian we współczesnej rodzinie nasuwa się pytanie o wypełnianie przez członków rodziny tradycyjnej funkcji opiekuńczej wobec osób starszych. Omówione skrótowo najważniejsze zmiany dokonujące się we współczesnych rodzinach w najbardziej znaczący sposób wpływają na spadek liczby osób decydujących się na przyjęcie roli opiekuna rodzinnego – niejednokrotnie jako jeszcze jednej, dodatkowej roli, pełnionej równocześnie z innymi.

Zagadnienie wejścia przez członka rodziny w rolę opiekuna osoby starszej rodzi pytanie o stopień odpowiedzialności za los najbliższych i bliskich krewnych wymaganej od opiekunów I generacji – współmałżonków, opiekunów II generacji – dorosłych dzieci lub powinowatych, oraz opiekunów III generacji – wnuków. Zaspokajanie przez opiekunów zróżnicowanych potrzeb i oczekiwań osób starszych nie tylko daje im szansę dalszego życia, lecz także sprzyja utrzymaniu (jak długo jest to możliwe) osób starszych w dobrym stanie fizycznym i kondycji psychospołecznej.

Z formalnego punktu widzenia sprawowanie przez rodzinę opieki nieformalnej definiowane jest jako nieodpłatna opieka nad osobami starszymi i zależnymi sprawowana przez osoby, z którymi pozostają one w takich układach społecznych, jak związek małżeński, bycie rodzicem, dzieckiem, innym krewnym, sąsiadem, przyjacielem lub inną niespokrewnioną osobą [Tobiasz-Adamczyk 2016].

Rodziny, ze swoją zróżnicowaną strukturą, ale także układem więzi łączących jej członków, których fundamentem powinny być pozytywne emocje (szacunek, miłość, poczucie przynależności) i okazywanie wzajemnego wsparcia, mogą w odmienny sposób postrzegać wywiązywanie się z opieki nad bliskimi, co rzutuje na indywidualne decyzje wejścia w rolę opiekuna starszej bliskiej osoby. Negatywne doświadczenia w relacjach międzypokoleniowych we wcześniejszych etapach życia niejednokrotnie sprzyjają odmowie sprawowania opieki nad bliską osobą starszą. Mogą się również wiązać z ryzykiem narażenia osoby starszej na różne formy złego traktowania ze strony opiekuna [Biggs, Goergen 2010], a szczególnie na zaniedbanie lub inne formy przemocy [Zawisza, Tobiasz-Adamczyk 2019a: 151–184, 2019b: 285–300].

TEORETYCZNE RAMY NIEFORMALNEJ OPIEKI RODZINNEJ

Z perspektywy teoretycznej nieformalna opieka rodzinna nad osobą starszą wiekiem może być ujmowana jako forma klasycznej wymiany społecznej pomiędzy poszczególnymi generacjami. W tym duchu stworzony został w 1991 r. przez Verna Bengtsona i Roberta Roberta *model of intergenerational solidarity*, zakładający występowanie sześciu wymiarów interakcji pomiędzy generacjami. Pierwszy wymiar dotyczy solidarności wynikającej ze wzajemnych powiązań (ang. *associational solidarity*) – opartej na częstości i wzorach interakcji społecznych w różnych sytuacjach, w których członkowie rodziny – podejmujący określone aktywności – uczestniczą. Chodzi tu np. o częstość interakcji pomiędzy kolejnymi pokoleniami rodziny (zarówno o kontakty bezpośrednie, jak i pośrednie – telefony, maile) i wspólne spędzanie czasu wolnego. Drugi wymiar opisany w tym modelu koncentruje się na solidarności emocjonalnej (ang. *affectual solidarity*), wskazującej na typ, stopień i wzajemność pozytywnych emocji łączących członków rodziny, wyrażającej się okazywaniem serdeczności, ciepła, wyrozumiałości, zaufaniem względem siebie i odwzajemnianiem uczuć. W trzecim wymiarze zwraca się uwagę na solidarność związaną ze zgodnością w akceptowaniu wspólnych wartości, postaw i wierzeń przez członków rodziny (ang. *consensual solidarity*). Czwarty wymiar odnosi się do solidarności związanej z funkcjonowaniem rodziny (ang. *functional solidarity*) – mierzoney

stopniem udzielanej sobie wzajemnej pomocy i wymianą zasobów, tj. częstością udzielanego sobie wsparcia finansowego, instrumentalnego, emocjonalnego oraz wymianą zasobów psychospołecznych pomiędzy poszczególnymi pokoleniami tej samej rodziny. Solidarność w wymiarze normatywnym (ang. *normative solidarity*) powinna się odnosić do stopnia zobowiązań w pełnieniu rodzinnych ról i wywiązywania się z rodzinnych obowiązków, wskazując na uhierarchizowanie ważności pełnionych ról pomiędzy generacjami. Ostatni wymiar, koncentrujący się na strukturze rodziny (ang. *structural solidarity*), wskazuje na możliwości strukturalne rodziny w zakresie podtrzymywania międzygeneracyjnych stosunków rodzinnych z uwzględnieniem liczby członków rodziny, rodzaju powiązań rodzinnych, rozmieszczenia przestrzennego poszczególnych członków rodziny i ich zdrowia [Bengtson, Roberts 1991].

W późniejszych rozważaniach odnoszących się do relacji rodzinnych pomiędzy generacjami obok poczucia solidarności zwrócono uwagę na pojęcie ambiwalencji – „bliskie, ale odległe przestrzennie relacje”, odwołując się do socjologicznej koncepcji ambiwalencji [Bengtson i in. 2002]. Strukturalna ambiwalencja prowadzić może do konfliktu ról społecznych. Z perspektywy interakcjonizmu symbolicznego większe znaczenie dla jednostek ma samodzielna decyzja o przyjęciu danej roli niż przyjmowanie jej pod wpływem oczekiwań, a nawet nacisków ze strony innych ludzi, wynikających z kulturowych norm i przekonań.

W ostatnich dwóch dekadach szczególne znaczenie przypisywane jest modelowi zaproponowanemu przez Arielę Lowenstein [2010], który odnosi się do okoliczności niewywiązywania się przez rodzinę z zadań opiekuńczych, czego konsekwencją może być złe traktowanie osób starszych w rodzinie i ich świadome zaniedbywanie.

OPIEKUN RODZINNY – NIEJEDNOZNACZNOŚĆ W DEFINIOWANIU ROLI

Samo zdefiniowanie roli opiekuna jest trudne i niejednoznaczne. Pojęcie opieki związane jest często z pojęciem troski, łączącym w sobie uczucie miłości, solidarności, wzajemności, altruizmu oraz duchowości [Philips 2009]. Koncepcja opieki jako praktyki oraz jako dyspozycji [Tronto 1993, cyt. za: Philips 2009] zawiera cztery etyczne elementy: troskliwość, odpowiedzialność, fachowość, elastyczność. Według wielu autorów „opiekun” jest utożsamiany „z dobrowolną pomocą z wyboru [...] a opieka wymaga określenia zadań, ról oraz wzajemnych relacji, ponieważ w bezpośredni sposób związana jest z prywatnością, emocjami i potrzebami – jest wypadkową dyspozycji i praktyki” [Philips 2009].

W modelu opracowanym przez Richarda Schulza i Connie Tompkins [2010] przyjęcie roli opiekuna oznacza wejście w pewną trajektorię opieki – zwykle na początku polega ona na pomocy sporadycznej, jednak w kolejnych fazach tej trajektorii w coraz większym stopniu rozszerza się zakres opieki i zaangażowanie w jej sprawowanie, trwające aż do kresu życia podopiecznego. Również Magdalena Rosochacka-Gmitrzak i Mariola Raclaw [2015] ujmują opiekę długoterminową nad osobami starszymi jako proces – wprowadzając pojęcie „przestrzeni opiekowania” oraz wskazując na dynamiczny charakter opieki nieformalnej, wyznaczony przez „ramy przestrzenno-czasowe tej opieki – tworzenie osobistej wspólnoty pomocy dla osoby starszej, działających w określonej przestrzeni (dystans przestrzenny), przy czym czas jest nie przewidywalny i nie określony” [Rosochacka-Gmitrzak, Raclaw 2015]. Również Anna Kacperczyk [2006] odwoływała się do ujmowania opieki w ramach trajektorii wyznaczonej czasem trwania zmian w stanie zdrowia i niepełnosprawności.

Zróznicowany moment wejścia w rolę opiekuna zależy od stopnia samodzielności osoby starszej w codziennym funkcjonowaniu, jej/jego stanu zdrowia i zapotrzebowania na wsparcie i opiekę ze strony rodziny. Starzenie się społeczeństw oznacza, że z racji heterogeniczności okresu starości, obejmującego obecnie bardzo szerokie spektrum (30–40 lat), wraz z upływem czasu obserwuje się znaczne zróżnicowanie kondycji fizycznej i psychicznej osób starszych i powstanie odmiennych trajektorii starzenia się, co tym samym wpływa na zróżnicowanie wyzwań dla opiekunów. W rozważaniach akcentuje się kwestię momentów przejścia od różnych form wsparcia okazywanego osobie starszej do rzeczywistej opieki, przy czym te momenty nie zawsze są łatwe do określenia i uchwycenia.

Przegląd dotychczasowych rozważań dotyczących decyzji o wejściu w rolę opiekuna rodzinnego osoby starszej dowodzi, że jest ona podyktowana wieloma uwarunkowaniami. Przyjęcie roli opiekuna nie pozwala na określanie przewidywanego czasu trwania tej opieki i uściślenie z góry stopnia jej „uciążliwości”; przebieg opieki jest w znacznym stopniu nieprzewidywalny i zależny od zmieniającej się w czasie kondycji zdrowotnej przyszłego podopiecznego (tj. nasilania się objawów chorób przewlekłych, stopnia niepełnosprawności, sprawności funkcji poznawczych, stopnia samodzielności w codziennym funkcjonowaniu), a także od jej/jego wieku, płci, na które nakłada się jakość wzajemnych wewnątrzrodzinnych relacji we wcześniejszych okresach życia. Wraz z wydłużaniem się trwania życia (w wyniku postępu medycyny, a w szczególności geriatry) również trajektoria opieki ulega wydłużeniu w czasie, przy czym zwykle następują istotne zmiany polegające na zwiększaniu liczby godzin poświęcanych na opiekę i obowiązki pielęgnacyjne [Burns i in. 2015; Neufeld, Harrison 2003].

WSPARCIE – POMOC – OPIEKA

Niektórzy badacze rozróżniają dwie formy opieki – jedną nastawioną na asystowanie osobie starszej (ang. *assistance*) oraz drugą, bardziej zaawansowaną, sprowadzającą się do rzeczowych świadczeń opiekuńczych (ang. *caregiving*), polegających na nieodpłatnej pomocy osobie starszej, niezdolnej do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego. Zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, zwykle mierzone jest skalą *activity of daily living* lub skalą *instrumental activity of daily living* [Plöthner i in. 2019]. Pierwsza z wymienionych skal określa stopień samodzielności lub konieczność pomocy ze strony opiekuna w takich czynnościach, jak wstanie z łóżka, pójście do toalety, mycie się, ubieranie, poruszanie się po mieszkaniu, przygotowanie posiłku; druga skala mierzy stopień samodzielności lub konieczność skorzystania z pomocy opiekuna w bardziej zaawansowanych czynnościach, jak wyjście z domu, załatwienie zakupów, pójście do urzędu. W zależności od zaawansowania stanów chorobowych lub stopnia niepełnosprawności osoby zależnej zakres czynności wymagających skorzystania z pomocy opiekuna jest zróżnicowany. Asystowanie osobie starszej może przybierać również różne formy, tj. wsparcia zarówno instrumentalnego, jak i emocjonalnego, duchowego czy materialnego, które mogą być w różny sposób i w różnym zakresie udzielane osobie starszej przez opiekuna, ale nie są dla niego tak obciążające jak sprawowanie zaawansowanych form opieki.

Zakres czynności opiekuna jest bardzo szeroki: może dotyczyć pomocy w obowiązkach domowych lub innych czynnościach związanych z samoopieką, pomocy w transporcie do instytucji medycznej (lekarza) lub innych miejsc umożliwiających kontakty społeczne, dzielenia czasu z osobą starszą (wspólne spędzanie czasu wolnego), wsparcia emocjonalnego lub pomocy w aranżowaniu profesjonalnej opieki medycznej. Kathleen W. Piercy [1998], podnosząc kwestię teoretycznych podstaw pełnienia funkcji opiekuńczych wobec starszych członków rodziny, zwraca uwagę, że wiele rodzin jest bardzo mocno zaangażowanych w takie działania po to, aby nadal dawać kochanej przez nie osobie chorej i starszej szansę pozostania w środowisku domowym i uniknięcia instytucjonalizacji. Wielu członków rodziny czuje bardzo silny imperatyw odpowiedzialności za opiekę nad starszymi członkami rodziny. W sytuacji, kiedy dorosłe dzieci sprawują opiekę nad starszymi rodzicami, zwykle rola ta przypada córkom i synowym, a zaangażowanie synów lub zięciów ogranicza się do ich wspierania [Friedemann, Buckwalter 2014; Wójcik 2020].

W wielu krajach europejskich większość pomocy otrzymywanej przez osoby powyżej 50. roku życia pochodzi od opiekunów nieformalnych, przede

wszystkim w przypadku wsparcia w czynnościach instrumentalnych. Pomoc nastawiona na zaspokojenie podstawowych potrzeb dnia codziennego kierowana jest do 32% małżonków i małżonek oraz do 36% rodziców, natomiast w mniejszym stopniu dotyczy innych krewnych (8%). Dane z różnych krajów – w tym również z Polski – dowodzą dużego zaangażowania członków rodziny w opiekę nad przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi członkami rodziny, przy czym obserwuje się pewną hierarchię w składzie osób sprawujących opiekę – w pierwszej kolejności jej ciężar spada na barki współmałżonki lub współmałżonka i dorosłych dzieci, a następnie na innych członków rodziny lub wnuków, którzy umiejscowieni są na czwartym miejscu [Fruhauf, Jarrott, Allen 2006; Kacperczyk 2006].

TRZY GENERACJE OPIEKUNÓW

Z perspektywy *life span* i *life course approach* udział wnuków w opiece nad dziadkami może przyczynić się do ich osobistego rozwoju i zdobywania nowych kompetencji, przydatnych w dalszych okresach życia. Równocześnie sprawowanie takiej opieki oznacza konwersję w pełnieniu ról, odwrócenie obowiązków we wzajemnych relacjach, a tym samym odniesienie się do doświadczeń wyniesionych z dzieciństwa.

Niektórzy autorzy uważają, że udział wnuków w sprawowaniu rodzinnej opieki jest niewielki i nie ma szczególnego znaczenia w porównaniu z zaangażowaniem innych członków rodziny. W kulturze amerykańskiej opieka zapewniana przez wnuków jest stosunkowo nowym zjawiskiem [Fruhauf, Jarrott, Allen 2006]. Badania nad rolą wnuków w opiece nad dziadkami pokazują, że nie są oni pewni swoich decyzji podejmowanych w imieniu dziadków; podczas sprawowania opieki mogą doświadczać frustracji w przypadku niemożności sprostania stawianym im wymaganiom.

Analizując reakcje związane z opieką rodzinną, zwraca się uwagę na oddzielenie doświadczeń wnuków jako opiekunów od doświadczeń opiekunów drugiej generacji w tej samej rodzinie – zwykle wchodzących w tę rolę w średnim lub starszym wieku, często w okresie przejścia na emeryturę, gdy ich sytuacja życiowa jest ustabilizowana. Natomiast trzecia generacja opiekunów rodzinnych (wnukowie) wchodzi w tę rolę w innym momencie swojego życia, zwykle na początku planowania swojej dorosłości, rozpoczynania aktywności zawodowej, zawierania małżeństwa i zakładania własnej rodziny.

Nadal jednak nie ma wielu danych obrazujących, jak wnukowie wspierają swoich rodziców w opiece nad starszymi członkami rodziny. Teoria wymiany

społecznej głosi, że obecni dziadkowie pełnili w przeszłości rolę opiekunów swoich wnuków, pomagając prowadzić aktywność zawodową swoim dorosłym dzieciom [Fuller-Thomson, Minkler 2001; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka 2004]. Opieka nad starszymi członkami rodziny powinna być naturalną wymianą międzypokoleniową. Wskazuje się, że sprawowanie opieki nad dziadkami jest bardziej stresujące niż sprawowanie opieki nad starzejącymi się rodzicami [Ice i in. 2012]. Opieka nad dziadkami stanowi wyraz pozytywnych międzypokoleniowych relacji (okazywanie miłości, pragnienie, aby byli jak najdłużej obecni w ich życiu). Czasami włączenie się w opiekę nad dziadkami jest wynikiem odejścia innych członków rodziny lub niemożności wywiązania się przez nich z roli opiekuna. Negatywne emocje związane z opieką nad dziadkami wynikają z braku cierpliwości, konieczności ograniczenia własnej wolności i poświęcenia czasu oraz wielu stresujących sytuacji.

CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA OPIEKUNÓW

Kontekst sprawowania funkcji opiekuńczych zależy od charakterystyki demograficzno-społecznej opiekuna (jej/jego wieku, płci, statusu społeczno-ekonomicznego), wcześniejszych doświadczeń w świadczeniu opieki w rodzinie, relacji z podopiecznym, możliwości otrzymania wsparcia od innych członków rodziny, umiejętności wypracowania strategii pokonywania stresu, ale także od wzorów kulturowych, przypisujących tę rolę głównie córkom [Holroyd 2001; Friedemann, Buckwalter 2014].

Tradycyjnie sprawowanie opieki nad starszymi członkami rodziny przypisywane było kobietom (żonie, siostrze, córce, synowej), jednak zmiany wynikające z podjęcia przez kobiety aktywności zawodowej wpłynęły na ten tradycyjny, stereotypowy obraz. Obecnie wiele kobiet łączy pracę zawodową z opieką nad starszą osobą w rodzinie, a ten dualizm ról przypisanych kobietom niesie za sobą liczne konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne z racji podwójnego obciążenia obowiązkami [Tobiasz-Adamczyk 2011; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka 2004; Wójcik 2020].

Pełnienie roli opiekuna rodzinnego jest zróżnicowane w zależności od płci i wynika z różnicy w długości życia kobiet i mężczyzn, będącej konsekwencją antyzdrowotnych zachowań i narażenia na różne czynniki chorobotwórcze (wynikające przede wszystkim z aktywności zawodowej). Te odmienne uwarunkowania odpowiadają za tzw. *gender gap*, tj. nawet do siedmiu lat dłuższe życie kobiet, oraz różnice w jakości życia osób starszych, szczególnie tych z poważnymi

ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu (niesamodzielnymi, leżącymi), a tym samym całkowicie zależnych od opiekuna.

Jakkolwiek opieka w związku małżeńskim lub partnerskim zwykle sprawowana jest przez drugą osobę z pary, to jednak w sytuacji niemożności zapewnienia takiej opieki staje się ona obowiązkiem dorosłych dzieci, które również mogą być już w starszym wieku i mieć problemy zdrowotne. Wiek opiekuna, szczególnie gdy on sam jest w starszym wieku i być może również wymaga pomocy, determinuje stopień jego sprawności i zdolności ponoszenia trudów tej roli. Podkreśla się także, że w takiej sytuacji podział na opiekuna i odbiorcę opieki może się zacierać, gdyż obie strony są osobami starszymi, mającymi zbliżone potrzeby i uwarunkowania zdrowotne [Philips 2009].

Starsze kobiety, pomimo że same wymagają opieki z powodu gorszego stanu zdrowia i niepełnosprawności, zwykle pełnią rolę głównych opiekunek i częściej są włączone w proces opiekowania się chorym mężem, poświęcają więcej czasu na opiekę i ponoszą większą odpowiedzialność za zdrowie i samopoczucie swoich najbliższych [Calasanti 2003; Tobiasz-Adamczyk 2011].

Sprostanie zapotrzebowaniu na codzienną pomoc i wsparcie stwarza dla udzielających tej opieki wiele sytuacji stresujących i trudnych, związanych z odpowiedzialnością za życie i zdrowie podopiecznych. Wywiązywanie się z zadań opiekuńczych może wywoływać kolejne napięcia w roli, szczególnie w sytuacji, gdy poczucie odpowiedzialności pozostaje w konflikcie z innymi pełnionymi rolami rodzinnymi, prowadząc (jak potwierdzają badania) do pogorszenia stanu zdrowia opiekuna.

Postrzeganie przez rodzinę odpowiedzialności za sprawowanie funkcji opiekuńczej, szczególnie wobec zależnej od innych (niesamodzielnej) osoby starszej, jest zróżnicowane. Na stopień zaangażowania rodziny trzeba spojrzeć z perspektywy sieci relacji społecznych, by uzyskać pełny obraz tego, jak rodzinna sieć działa i jakie formy wsparcia w jej ramach może uzyskać osoba starsza. Obok zadań czysto instrumentalnych, które z czasem nie mogą być wykonywane samodzielnie przez osoby starsze, ważne staje się sprostanie oczekiwaniom emocjonalnym i zmierzenie się z trudnym procesem przechodzenia przez seniorów z pozycji osób niezależnych na pozycję osób zależnych od opiekunów.

Wielkość populacji osób świadczących nieformalnie funkcje opiekuńcze określa liczba osób decydujących się na przyjęcie roli opiekunów rodzinnych. Na poziomie indywidualnym potencjalni kandydaci „kalkulują” zyski i koszty wejścia w rolę nieformalnych opiekunów, uwzględniając dotychczasowe interakcje społeczne z chorym lub wymagającym wsparcia seniorem w kontekście ram funkcjonowania danej rodziny, sieci relacji społecznych i oddziaływania społeczności.

DECYZJA O WEJŚCIU W ROLĘ OPIEKUNA

Wejście w rolę opiekuna osoby starszej zależy od kontekstu wynikającego z demograficznych i społecznych uwarunkowań – inny charakter ma opieka nad współmałżonką(-kiem), inny – gdy trzeba systematycznie wspierać rodziców starzejących się lub w późnej starości.

W modelu stworzonym przez Leonarda Pearlina [1989; 1999] opiekowanie się zależnymi osobami starszymi uznane zostało za główny stresor. Ciężar sprawowania tej funkcji może skutkować pewnym psychologicznym obciążeniem, powodującym negatywne konsekwencje. Badania przeprowadzone przez Schulza i współautorów [2012] wśród opiekunów osób starszych pokazały, że 44% badanych w momencie przyjmowania tej roli nie miało wyboru, co wiązało z odczuwaniem przez nich wyższego poziomu stresu emocjonalnego, fizycznych napięć oraz zmian w stanie zdrowia. Badania te dowiodły, że „wymuszenie” przyjęcia roli opiekuna osoby starszej wiąże się z poważnymi konsekwencjami dla jakości sprawowanej opieki i kondycji psychospołecznej opiekuna.

Inny dylemat, który pojawia się w przypadku sprawowania opieki terminalnej, dotyczy obecności opiekunów w sytuacji zbliżającego się kresu życia podopiecznego. Liczne badania potwierdzają, że opiekun towarzyszący osobie umierającej płaci bardzo wysoką cenę; ponoszone koszty należy rozumieć przede wszystkim jako konsekwencje zdrowotne, ekonomiczne i społeczne, które zależą od czasu i rodzaju choroby [Burns i in. 2015].

Opieka sprawowana przez opiekunów rodzinnych wiąże nierozzerwalnie opiekuna i podopiecznego, przebywających często w tym samym gospodarstwie domowym; podobna sytuacja ma miejsce wtedy, gdy bliskość przestrzenna zapewnia możliwość bardzo szybkiego dotarcia przez opiekuna do osoby starszej. W sytuacji przeciwnej pojawia się jednak ryzyko braku szybkiego reagowania i nieudzielenia konkretnej pomocy z powodu dużej odległości dzielącej opiekuna od osoby starszej. By przeciwdziałać tym ryzykownym sytuacjom, w niektórych krajach wypracowano modele opieki zapewniające udzielenie szybkiej pomocy przez sąsiadów lub zaangażowanie profesjonalistów związanych ze zinstytucjonalizowanymi formami opieki w przypadku zagrożenia zdrowotnego, gdy odległość przestrzenna lub czasowa dzieląca opiekuna od podopiecznego uniemożliwia szybkie dotarcie i udzielenie pomocy.

Z perspektywy sprawowania opieki nad osobą starszą najważniejszy jest moment podjęcia decyzji, co łączy się z istotnym pytaniem, czy we wcześniejszych etapach życia rodzinnego konieczność opiekowania się starszymi członkami rodziny była rozważana w długofalowych planach rodzinnych lub doświadczają-

na, czy też nagle załamanie się kondycji zdrowotnej starszej osoby zaskoczyło rodzinę, a przyjęcie roli opiekuna jest wyzwaniem niekoniernie przemyślanym i planowanym i stanowi swego rodzaju przymus. Z perspektywy wpływów pochodzących z sieci społecznych nowe koncepcje zakładają, że decyzje o sprawowaniu opieki nad starszymi członkami rodziny są indywidualne i bardziej złożone. Ludzie bardziej poczuwają się do zobowiązań wynikających z wzajemności relacji, a indywidualne decyzje podejmowane są w oparciu o ustalone wzory wyznaczane przez sieć społeczną, jaką jest rodzina. Przypadki odmowy wejścia w rolę opiekuna tłumaczone są negatywną samooceną (niepewność, słabość, brak zaufania do siebie samego w sytuacji niepewności przyszłości). Według Piotra Sztompki zaufanie dotyczy innych ludzi, nie samego „wykonawcy działań” (nie okazują zaufania do własnych działań, po prostu je wykonują) [Sztompka 2007]. Wejście w rolę opiekuna osoby starszej nie pozwala na przyjęcie założenia, że przyszłość jest przewidywalna. Nie można też mieć pewności, że opiekun wykaże się wiarygodnością opiekuńczą, którą należy rozumieć jako „obdarzenie potrzebując[ej] opieki osob[y] starsz[ej] bezinteresowną pomocą, troską i życzliwością” [Sztompka 2007: 149].

WEJŚCIE W ROLĘ OPIEKUNA RODZINNEGO BLISKIEJ OSOBY STARSZEJ W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

Powstaje zatem pytanie, czy potencjalni kandydaci na opiekunów rodzinnych będą w przyszłości chcieli podjąć się tej roli, a jeśli tak, to czy ta decyzja będzie podyktowana pozytywnymi emocjami – miłością do bliskiej osoby, gotowością „oddania” jej tego, co się wcześniej od niej otrzymało, czasami poczuciem winy, czy też będzie wynikiem narzuconego obowiązku, bez możliwości dokonania wyboru. Odpowiedzi na tego typu pytania miał dostarczyć sondaż przeprowadzony wśród 213 osób, mieszkańców Krakowa w wieku 35 lat i więcej, niepełniących w momencie badania roli opiekuna rodzinnego osoby starszej². W liście przewodnim skierowanym do potencjalnych opiekunów zawarte zostało następujące przesłanie:

Przychodzi taki okres w życiu, kiedy trzeba podjąć opiekę nad swoimi bliskimi, chorującymi przewlekłe, niepełnosprawnymi lub w zaawansowanym wieku. Dla wielu osób rola opiekuna jest zaskoczeniem; stąd decyzja o podjęciu badań nad przygotowaniem do ewentualnej roli opiekuna w przyszłości.

² Projekt był realizowany w Katedrze Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJCM (nr projektu: N41/DBS/000094) pt.: „Przygotowanie do roli opiekunów rodzinnych – stan świadomości społecznej – myślenie perspektywiczne”.

Opracowano autorski kwestionariusz ankiety, który rozdano 355 respondentom niesprawującym w momencie badania roli opiekuna bliskiej osoby starszej, zrekrutowanym spośród uczestników Jagiellońskiego Uniwersytetu III Wieku oraz innych osób (w wieku 35 lat i więcej) dobranych celowo, za pomocą metody kuli śniegowej. Otrzymano zwroty od 213 (60,0%) respondentów.

Wśród badanych niepełniących w chwili badania roli opiekunów gotowość podjęcia w przyszłości działań opiekuńczych zadeklarowały 93 osoby (43,7%, tj. 43,7% kobiet i 41,7% mężczyzn), natomiast ponad połowa badanych (56,3% kobiet i 58,3% mężczyzn) nie potwierdziła lub nie umiała samookreślić się, czy podejmie takie zadanie w przyszłości. Za pomocą testu niezależności chi-kwadrat przeanalizowano związki między gotowością sprawowania opieki nad bliską osobą starszą w najbliższej przyszłości a uwarunkowaniami społeczno-demograficznymi respondentów. Istotne statystycznie różnice odnotowano w postawach wobec opieki w zależności od wieku ($p = 0,002$): częściej na konieczność przyszłej opieki nad bliskimi starszymi wskazywały osoby młodsze – szczególnie w wieku 36–50 lat (56,9%), natomiast wraz z wiekiem wzrastał odsetek osób niewiążących w przyszłości swoich losów ze sprawowaniem opieki (71,3% w grupie powyżej 65 lat). Istotny statystycznie wpływ na planowane decyzje miała również sytuacja zawodowa ($p < 0,001$). Osoby deklarujące zaangażowanie się w przyszłości w opiekę nad bliskimi osobami starszymi były niemal dwukrotnie częściej aktywne zawodowo, natomiast wśród respondentów nieprzewidujących zaangażowania w opiekę nad osobami bliskimi przeważały osoby na emeryturze (tabela 1).

Nie potwierdzono natomiast, wbrew oczekiwaniom, istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w odniesieniu do analizowanych decyzji.

TABELA 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów w odniesieniu do konieczności opieki nad bliską osobą w przyszłości

		Czy w najbliższej przyszłości (tj. do 10 lat) czeka Panią/Pana konieczność opiekowania się bliską osobą?				P
		Tak		Nie		
		N	%	N	%	
Płeć	kobieta	76	43,7	98	56,3	0,971
	mężczyzna	15	41,7	21	58,3	
Wiek (lata)	36–50	29	56,9	22	43,1	0,002
	51–65	30	50,8	29	49,2	
	>65	25	28,7	62	71,3	
Miejsce zamieszkania	Kraków lub duże miasto	87	44,4	109	55,6	0,449
	małe miasto lub wieś	5	31,3	11	68,8	

TABELA 1. (cd.)

Czy w najbliższej przyszłości (tj. do 10 lat) czeka Panią/Pana konieczność opiekowania się bliską osobą?						
		Tak		Nie		P
		N	%	N	%	
Wykształcenie	średnie i niższe	24	43,6	31	56,4	0,967
	wyższe	68	43,3	89	56,7	
Praca	pracujący zawodowo	43	62,3	26	37,7	<0,001 ^F
	na emeryturze lub rencie	46	33,6	91	66,4	
	inna sytuacja zawodowa	3	50,0	3	50,0	
Zawód związany z:	medycyną	5	33,3	10	66,7	0,729
	pielęgniarstwem	6	54,5	5	45,5	
	pracą socjalną lub rehabilitacją	1	33,3	2	66,7	
	żadnym z wymienionych	78	43,6	101	56,4	

^F wartość p dla dokładnego testu Fishera

Źródło: opracowanie własne, bez uwzględniania braków danych.

Zaznaczyć należy, że wśród osób deklarujących zaangażowanie w przyszłości w opiekę nad starszymi członkami rodziny przeważali respondenci wskazujący na bardzo bliski związek z małżonkiem(-ką) lub badani potwierdzający dwukrotnie wyższy poziom pozytywnych relacji z rodzicami.

Wśród badanych deklarujących przyjęcie w przyszłości roli opiekuna osoby starszej decyzje te wynikały z wcześniejszych doświadczeń polegających na osobistym udziale w opiece nad osobą bliską lub obserwowaniu procesu udzielania pomocy w rodzinie, o czym świadczą przytoczone wypowiedzi:

Opiekowałem się matką (mężczyzna),

Opiekowałam się mamą do jej śmierci (kobieta, lat 62),

W moim domu były już takie osoby. Widziałem, jak to wyglądało (mężczyzna, lat 40),

Wiem, w jaki sposób zajmować się starszą osobą, bo już to robiłam (babcia leżała), psychicznie jestem gotowa (kobieta, lat 43).

Badani potwierdzający wejście w przyszłości w rolę opiekuna bliskiej osoby w rodzinie w większości (87,8%) przyznawali, że biorą pod uwagę konieczność sprawowania takiej opieki przez dłuższy czas. Według dokonanych samoocen tylko 65,6% przyszłych opiekunów uznało, że są przygotowani na taką sytuację. Połowa badanych prowadziła rozmowy na temat przyszłej opieki z innymi członkami rodziny, 1/3 badanych gromadziła oszczędności w związku z przewidywaną koniecznością wejścia w rolę opiekuna. Większość respondentów (63,3%) nie wiedziała, z jakich form pomocy instytucjonalnej może skorzystać opiekun rodzinny ani od kogo może oczekiwać wsparcia (59,3%) (tabela 2).

TABELA 2. Deklarowane postawy wobec przyszłej opieki nad starszym członkiem rodziny wśród respondentów potwierdzających gotowość wejścia w przyszłości w rolę opiekuna

	Raczej tak		Raczej nie	
	N	%	N	%
Czy kiedykolwiek brała/brał Pani/Pan pod uwagę możliwość opiekowania się przez dłuższy czas członkiem rodziny/bliską osobą?	79	87,8	11	12,2
Czy jest Pani/Pan przygotowana(-y) na tę sytuację?	59	65,6	31	34,4
Czy przygotowuje się Pani/Pan do sytuacji, w której będzie musiała/musiał podjąć się opieki nad członkiem rodziny/bliską osobą?	59	67,0	29	33,0
Czy prowadzi Pani/Pan z bliskimi rozmowy na temat opieki nad członkiem rodziny/bliską osobą?	45	50,0	45	50,0
Czy gromadzi Pani/Pan oszczędności w związku z tym, że będzie musiała/musiał podjąć się opieki nad członkiem rodziny/bliską osobą?	31	34,4	59	65,6
Czy wie Pani/Pan, z jakich form pomocy może korzystać opiekun rodzinny?	33	36,7	57	63,3
Czy wie Pani/Pan, od kogo opiekun może oczekiwać pomocy i wsparcia?	37	40,7	54	59,3

Źródło: opracowanie własne.

Wyobrażenia respondentów o zadaniach związanych z przyszłą rolą opiekuna starszej osoby zwykle odnosiły się do udzielania wsparcia emocjonalnego i wspólnego zagospodarowania czasu, o czym świadczyły odpowiedzi na pytanie „Na czym według Pani/Pana miałyby polegać sprawowanie opieki nad członkami rodziny lub bliską osobą?”:

- Organizowanie ulubionych zajęć przez tę osobę (kobieta, lat 60),
- Pocieszanie, że nie zostaną sami. Zapewnianie o miłości (kobieta, lat 67),
- Przytulanie, głaskanie (kobieta, lat 61),
- Zorganizowanie i pomoc w spełnieniu marzenia oraz zwrócenie uwagi, że jest to możliwe do zrealizowania (kobieta, lat 65),
- Rozmowy, wspomnianie odległych czasów, ćwiczenia usprawniające pamięć (kobieta, lat 42).

Nawet z przytoczonych tutaj wybranych wypowiedzi wynika, że przyszli opiekunowie nie biorą pod uwagę trudów wynikających ze sprawowanej opieki, działań o charakterze instrumentalnym, związanych z zaspokojeniem podstawowych potrzeb dnia codziennego – zatem można uznać, że ich wyobrażenia na temat przyszłych zadań są zbyt idealistyczne.

Wśród pewnej części badanych przewidywana konieczność wejścia w bliskiej przyszłości w rolę opiekuna rodzinnego budziła wiele negatywnych emocji:

14,6% respondentów przyznało, że buntuje się na samą myśl o wejściu w tę rolę, „bo będą zmuszeni do wykonywania obowiązków, których nie lubią”, 70% respondentów spodziewało się, że z racji sprawowania opieki będą zmuszeni wyrzec się własnego życia osobistego lub je ograniczyć, 63,3% obawiało się utraty kontaktów towarzyskich, konieczności rezygnacji z wyjazdów, miłego spędzania wolnego czasu. Podobnie 62,9% respondentów przewidywało, że sprawowanie opieki będzie dla nich źródłem dużego stresu, a 36,7% przypuszczało, że ich relacje z innymi krewnymi ulegną pogorszeniu (tabela 3).

TABELA 3. Negatywne emocje towarzyszące konieczności wejścia w przyszłości w rolę opiekuna bliskiej osoby starszej

	Raczej tak		Raczej nie	
	N	%	N	%
Już teraz buntuję się, że będę musiała/musiał być opiekunem, bo czuję się zmuszana(-y) do wykonywania obowiązków, których nie lubię	13	14,6	76	85,4
Spodziewam się, że będę musiała/musiał wyrzekać się swojego osobistego życia lub je ograniczyć	63	70,0	27	30,0
Spodziewam się, że z racji roli opiekuna stracę wiele okazji do uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich, wyjazdach, miłego spędzania wolnego czasu	57	63,3	33	36,7
Spodziewam się, że moje relacje z innymi bliskimi ulegną pogorszeniu	33	36,7	57	63,3
Spodziewam się, że sprawowanie opieki będzie dla mnie źródłem dużego stresu	56	62,9	33	37,1

Źródło: opracowanie własne.

Można zastanawiać się, czy pomimo deklarowanej gotowości podjęcia się w przyszłości roli opiekuna wyrażane negatywne emocje nie spowodują, że respondenci nie podolają trudom opieki.

Własne negatywne emocje związane z przyszłą rolą opiekuna nie przeszkadzały badanym w wyrażaniu podziwu dla poświęcenia osób sprawujących aktualnie opiekę (87,9%). Doceniano poczucie silnych więzi z podopiecznymi (93,4%), ale równocześnie ponad połowa (58%) współczuła opiekunom, że muszą się wyrzekać własnego życia, są zmęczeni i sfrustrowani (80,9%). Tylko nieliczni przyszli opiekunowie (11,2%) uznali, że szkoda poświęcać własny czas na zaangażowanie w opiekę, skoro są domy opieki zapewniające fachową pomoc (tabela 4).

TABELA 4. Postawy przyszłych opiekunów wobec aktualnie sprawujących opiekę nad starszymi członkami rodziny. Postrzeganie osób będących opiekunami przez przyszłych opiekunów

	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Podziwiam ich za poświęcenie	80	87,9	11	12,1
Podziwiam ich za silne więzi/relacje niesłabnące w obliczu choroby	85	93,4	6	6,6
Współczuję im, że muszą wyrzekać się własnego życia	51	58,0	37	42,0
Współczuję im, że są zmęczone, sfrustrowane	72	80,9	17	19,1
Dziwię się im, że chcą poświęcać czas, przecież są domy opieki zapewniające fachową pomoc	10	11,2	79	88,8

Źródło: opracowanie własne.

Wśród respondentów nieplanujących w przyszłości opieki nad rodzicami znamieną wydaje się poniższa wypowiedź:

Moje obecne życie jest bardzo udane ze względu na wykonywany zawód, cudowne dzieci, mnóstwo przyjaciół i genialny mąż i partner!!! No i oczywiście zdrowie!

Dalej ta sama respondentka tak odpowiedziała na pytanie o sprawowanie opieki nad rodzicami:

Jest dla mnie trudne, gdyż nie mam bliskich relacji z rodzicami i nie czuję się w obowiązku opiekować się nimi 24h, jedyne co, to czuję się w obowiązku dać pieniądze na opiekę i leki (kobieta, lat 42).

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

W świetle przedstawionych wyników badań własnych zastanawia z jednej strony niewpisywanie roli opiekuna rodzinnego w scenariusz życia przez ponad połowę badanych, z drugiej strony optymizmem napawa fakt, że osoby młodsze, aktualnie aktywne zawodowo, planują w przyszłości wzięcie odpowiedzialności za zapewnienie opieki swoim bliskim. Stosunek do wejścia w przyszłości w rolę opiekuna rodzinnego był wyraźnie ukształtowany przez dotychczasowe relacje rodzinne i doświadczenia wynikające z obserwacji zachowań opiekuńczych prezentowanych przez innych członków rodziny. Zastanawia jednak zbyt uproszczony sposób myślenia o okazywaniu troski starszym bliskim – przewiduje się raczej asystowanie starszej osobie niż podjęcie realnych działań opiekuńczych, co może być wynikiem negatywnych emocji, jakie towarzyszą przyszłym planom wspierania bliskich.

Można zatem wysnuć wniosek, że nie wszyscy bliscy badanych respondentów mogą w przyszłości liczyć na ich pomoc i wsparcie.

Piotr Błędowski, omawiając wyniki badania PolSenior 2, wskazuje, że opieka nad niesamodzielnymi osobami starszymi jest sprawowana w Polsce przede wszystkim przez rodzinę. Według tego autora „dominacja rodziny jako dawcy pomocy pośrednio potwierdza obawy o jakość udzielanej pomocy, zwłaszcza wówczas gdy łączy się z opieką. Nie można podawać w wątpliwość dobrej woli i gotowości rodziny do udzielania wsparcia, aby zapewnić skuteczność pomocy. Jeśli wykracza ona poza zakres codziennych czynności, nie ma też pewności, że jest ono [wsparcie] udzielane w sposób, który umożliwia zaspokojenie potrzeb osoby wymagającej pomocy” [Błędowski 2021: 922].

DECYZJE O PODJĘCIU SIĘ ROLI OPIEKUNA RODZINNEGO W RELACJI DO KONSEKWENCJI ZDROWOTNYCH I PSYCHOSPOŁECZNYCH

Pełnienie przez osobę z rodziny funkcji opiekuna nieformalnego starszych członków rodziny stało się w ostatnich dekadach przedmiotem licznych badań dotyczących zakresu obowiązków i wymagań stawianych opiekunom podejmującym się tej roli, szczególnie gdy jest ona jedną z kilku pełnionych równocześnie ról społecznych. Ten aspekt rozpatrywany jest przede wszystkim w odniesieniu do konsekwencji zdrowotnych i psychospołecznych, będących następstwem nakładania się roli opiekuna na inne role [Morgan i in. 2014; Moore, Gillespie 2014]. Dotychczasowe badania dowodzą, że większość opiekunów wskazuje na nieuniknione konsekwencje sprawowania długoterminowej opieki, tj. konieczność całkowitej lub częściowej rezygnacji z własnej drogi życiowej, w tym m.in. rezygnację lub ograniczenie pracy zawodowej, znaczące ograniczenia w relacjach towarzyskich i w różnych formach aktywności społecznej. Równocześnie ujawniane konsekwencje zdrowotne obserwowane u opiekunów są następstwem przemęczenia, walki ze stałym stresem wynikającym z obciążenia licznymi obowiązkami i brakiem czasu na odpoczynek. Sprawowanie długoterminowej opieki, szczególnie wobec osób niesamodzielnych, obciążonych wieloma chorobami, a przede wszystkim z zaburzeniami funkcji poznawczych (demencja, choroba Alzheimera) [Szluz 2021; Williamson, Simpson, Murray 2008], prowadzi do częstszego występowania wśród opiekunów symptomów depresji.

Decyzja o sprawowaniu opieki zależy od trajektorii starzenia się lub przebiegu choroby – o czym świadczą doświadczenia opiekunów rodzinnych towarzyszących najbliższym w procesie odchodzenia, w ostatnim okresie życia [Donovan i in. 2011;

Kasperczyk 2006; Lessard, Leclerc, Mongeau 2016; Tobiasz-Adamczyk 2017], jakkolwiek opieka nad umierającym członkiem rodziny bywa również rozpatrywana w szerokim kontekście kulturowym, nadającym szczególne znaczenie wymiarowi spirytualnemu lub religijnemu w odniesieniu do sensu życia, procesu umierania, rytuałów i praktyk towarzyszących śmierci i żałobie. Fakt, iż osoby starsze preferują własny dom jako miejsce spędzenia ostatniego okresu życia i jego zakończenia w otoczeniu najbliższych, stawia przed opiekunami szczególne wyzwania [Tobiasz-Adamczyk 2017]. Według Turner [b.d.] i innych autorów opiekunowie rodzinni doświadczają izolacji społecznej i przemęczenia. Badania potwierdzają, że doświadczenia opiekunów w towarzyszeniu w okresie umierania ich najbliższym były dla nich bardziej traumatyzujące, niż zakładali [Burns i in. 2015].

Jakkolwiek badania koncentrują się zwykle na pokazaniu negatywnych skutków pełnienia roli opiekuna, to podkreślają również pozytywne aspekty sprawowania opieki, przede wszystkim w sferze psychospołecznego oddziaływania opiekunów, takie jak szansa okazania osobie starszej miłości, szacunku, bliskości, poczucie przynależności do tej samej rodziny, możliwość naprawienia dotychczasowych relacji, szczególnie w sytuacji, gdy w przeszłości występowały konflikty, a także szansa na przebaczenie popełnionych krzywd i wzmocnienie pozytywnych emocji. Satysfakcję opiekunowi daje poczucie, że przyczynia się do podtrzymywania osoby starszej w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, zapobiegania pojawiającym się incydentom zagrażającym zdrowiu, a także świadomość, że ma szansę na „oddanie dobrych emocji”, jakie opiekun otrzymał we wcześniejszych okresach życia od podopiecznego.

KONSEKWENCJE NIEWYWIĄZYWANIA SIĘ Z ZADAŃ OPIEKUNÓW RODZINNYCH

Sondaż przeprowadzony wśród potencjalnych opiekunów rodzinnych pokazuje, że tylko pewna ich część w razie potrzeby zdecyduje się na pełnienie tej roli. Z drugiej strony przymuszanie do podjęcia się roli opiekuna zawsze wiąże się ze wskazanymi tu obciążeniami i ryzykiem złego traktowania starszych podopiecznych.

W wyniku sprawowania niewłaściwej opieki osoba starsza może być narażona ze strony opiekuna rodzinnego na każdą ze znanych form przemocy, tj. przemoc fizyczną, psychiczną (emocjonalną), materialną (wykorzystanie materialne), aktywne zaniedbanie, pasywne zaniedbanie, odbieranie praw i samozaniedbanie [Schiamberg, Gans 2000]. Lawrence B. Schiamberg i Daphne Gans [2000] poruszają problem złego traktowania i przemocy wobec osób starszych w rodzinie, której członkowie są opiekunami starszych rodziców. Zainteresowanie

problematyką przemocy wobec osób starszych ze strony członków rodziny nie jest tematem nowym – od ponad pięciu dekad, tj. od lat 70. ubiegłego wieku, tematyka ta była podejmowana przez badaczy, jakkolwiek nadal pozostaje tematem tabu. Wydłużający się czas sprawowania opieki nad osobą starszą może sprzyjać nie tylko wypaleniu opiekuna, lecz także prowadzić do sytuacji, kiedy to w reakcji na stres wynikający z opieki pojawia się ryzyko stosowania różnych form przemocy wobec osoby starszej. Fakt, że osoba starsza jest ofiarą przemocy ze strony opiekuna rodzinnego, jest trudny do wykrycia ze względu na występujący u osoby starszej lęk narażenia na ryzyko instytucjonalizacji, poczucie zależności od opiekuna oraz odczuwanie miłości do sprawcy przemocy, pomimo że tę przemoc stosuje (tłumaczenie, że to moje dziecko, najbliższa mi osoba). Poczucie prywatności i intymności relacji w rodzinie utrudnia wniknięcie w rzeczywiste stosunki pomiędzy ofiarą przemocy a jej sprawcą czy sprawczynią, co wiąże się z „cierpieniem w samotności”. Poczucie solidarności rodzinnej pomaga w ukrywaniu przemocy, której wyjawienie przez osobę starszą jest szczególnie utrudnione w sytuacji izolowania tej osoby od innych (nawet krewnych) i ograniczania jej kontaktów społecznych do relacji z opiekunem.

Brak zapewnienia opieki (lub jej odmowa), a także niedostatki w tej opiece w sytuacji, kiedy jest ona niezbędna, skutkować mogą dla osoby starszej wieloma bezpośrednimi i pośrednimi konsekwencjami zdrowotnymi, znacząco podnosząc nie tylko ryzyko zgonu, ale także przyczyniając się do pogorszenia zdrowia fizycznego i samopoczucia psychicznego. Równocześnie brak należytej opieki lub jej intencjonalne zaniechanie może prowadzić do zaniedbania lub samozaniedbania osoby starszej oraz ryzyka stosowania wobec niej innych form przemocy [Tobiasz-Adamczyk 2009; Tobiasz-Adamczyk, Brzyska, Grodzicki 2019]. Źle sprawowana opieka jest wyrazem złego traktowania osoby starszej i stwarza ryzyko takich negatywnych konsekwencji psychospołecznych, jak poczucie izolacji społecznej, samotności i utrata woli życia.

PRZYSZŁOŚĆ OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYM

Opiekunowie rodzinni rzadko dysponują takimi umiejętnościami, które są niezbędne w przypadku, gdy pomoc wykracza poza zakres codziennych czynności [Błądowski 2021]. Piotr Błądowski równocześnie wskazuje, że rola rodziny jako dawcy pomocy ulega stopniowemu ograniczeniu, a możliwości rozwoju potencjalnego wsparcia ze strony rodziny wyczerpują się. Według niego źródłem pomocy dla osób starszych powinno być ich szersze środowisko społeczne w miejscu zamieszkania, np. sąsiedzi i znajomi.

Istotne wydaje się również pytanie o sens sprawowania opieki domowej w dobie zorganizowanej opieki instytucjonalnej, która w wielu krajach jest bardzo mocno rozwinięta i wypiera ze świadomości społecznej opiekę domową. Począwszy od lat 60. ubiegłego wieku model opieki instytucjonalnej zakładał funkcjonowanie osoby starszej w ramach instytucji przypominających modele instytucji totalnej w ujęciu Goffmana [1961] oraz system zależności i kontroli [Baltes i in. 1980]. Nowe modele instytucjonalnej opieki nad starszym wiekiem pacjentem odwołują się do procesu adaptacji osoby starszej do instytucji bez utraty jej kontaktu ze środowiskiem [Lawton i in. 1982] i modelu społecznego „konstrukt dnia codziennego” [Baltes i in. 1980], w którym poświęcano uwagę „jasnym i ciemnym” stronom opieki nad osobami starszymi w instytucjach. W innych modelach wskazywane jest znaczenie dominacji personelu nad starszymi pensjonariuszami. Próby „humanizacji” opieki w instytucjach stworzonych dla osób starszych, poprzez możliwy udział rodziny w opiece nad starszą osobą i poszanowanie praw starszych wiekiem pensjonariuszy, nie zmieniły nastawienia samych osób starszych, wyrażających wolę spędzenia we własnym domu ostatnich lat życia, i postrzegania „własnego domu” jako idealnego miejsca do zakończenia życia. W świetle ocen dokonywanych przez osoby starsze własny dom ma dla nich znaczenie symboliczne, oznacza nie tylko określone miejsce usytuowane przestrzennie. Przebywanie w obecności osób bliskich daje poczucie wspólnoty, więzi, bezpieczeństwa, zapewnia komfort bycia wśród pamiętek rodzinnych, przynoszących określone wspomnienia. W tym kontekście dla osób starszych opieka ze strony członków rodziny jest wyrazem ich miłości i okazywanego szacunku.

Marjolein Brose van Groenou i Alice De Boer [2016] dowodzą, że wraz ze starzeniem się populacji wzrasta potrzeba poszukiwania alternatywnych form długoterminowego wsparcia, opartych na zbiorowej obywatelskiej odpowiedzialności i obywatelskich wartościach, ukierunkowanych na wspieranie innych. Nadal niewiele wiadomo o tym, jak na poziomie makrostruktury społecznej rozstrzygnięte zostaną w przyszłości dylematy dotyczące stworzenia warunków dla rozszerzania się nieformalnej opieki nad osobami starszymi. Od lat trwa dyskusja nad procesami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, a problem ten nabrał szczególnego znaczenia w okresie pandemii COVID-19 [Głąb 2021].

Nie bez znaczenia są konsekwencje sprawowania opieki nieformalnej, tj. trudności, z jakimi musi zmierzyć się opiekun, dla jego zdrowia i samopoczucia. Natomiast w mniejszym stopniu konsekwencje te są rozpatrywane z perspektywy socjopsychologicznego procesu i społecznego kontekstu zabezpieczającego opiekę nieformalną [Brose van Groenou, De Boer 2016]. *Informal care model* (ICM) pozwala spojrzeć na opiekę z perspektywy makrospołecznej, uwzględniającej rozmiar

starzejącego się społeczeństwa, politykę społeczną nastawioną na zapewnienie na rynku pracy kategorii opiekunów formalnych oraz uwzględnienie obowiązujących w danym społeczeństwie norm społeczno-kulturowych. Na poziomie mikrostruktury społecznej odwołuje się do charakterystyki opiekuna. Jego/jej zaangażowanie w opiekę wyraża się w postawach i sympatiach, normach solidarności i wzajemności, postrzeganych barierach dotyczących dystansu, czasu, pieniędzy i kompetencji. Charakterystyka ta zależy od kontekstu wynikającego z opieki na poziomie społeczności i technologii oraz wpływów pochodzących z oddziaływania rodziny i sieci relacji społecznych, decydujących o zapewnieniu nieformalnej opieki. Model ten pozwala spojrzeć na zapewnianie nieformalnej opieki z perspektywy procesu psychospołecznego – gdy ktoś z sieci społecznej osoby starszej potrzebuje opieki, ta opieka jest zapewniona [Fiori, Antonucci, Cortina 2006].

BIBLIOGRAFIA

- Baltes Paul B., Steven W. Cornelius, Avron Spiro, John R. Nesselrode, Sherry L. Willis.** 1980. "Integration versus differentiation of fluid/crystallized intelligence in old age". *Developmental Psychology* 16(6): 625–635.
- Bengtson Vern, Roseann Giarrusso, J. Beth Mabry, Merrill Silverstein.** 2002. "Solidarity, conflict, and ambivalence: Complementary or competing perspectives on intergenerational relationships?". *Journal of Marriage and Family* 64(3): 568–576.
- Bengtson Vern L., Robert E.L. Roberts.** 1991. "Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction". *Journal of Marriage and the Family* 53(4): 856–870.
- Biggs Simon, Thomas Goergen.** 2010. "Theoretical development in elder abuse and neglect". *Ageing International* 35(3): 167–170.
- Błądowski Piotr.** 2012. Potrzeby opiekuńcze osób starszych. W: *POLSENIOR. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), 449–466. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Błądowski Piotr.** 2021. Potrzeby opiekuńcze. W: *POLSENIOR 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), 913–929. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Błądowski Piotr, Jerzy Chudek, Tomasz Grodzicki, Marcin Gruchala, Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek, Tomasz Zdrojewski.** 2021. Wyzwania dla polityki zdrowotnej i społecznej. Geneza projektów badawczych PolSenior1 i PolSenior2. W: *POLSENIOR 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), 19–35. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Bowling Ann.** 1997. *Measuring health – A review of quality of life measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Broese van Groenou Marjolein I., Alice De Boer.** 2016. "Providing informal care in a changing society". *European Journal of Ageing* 13(3): 271–279.

- Burns Emma J., Stephen J. Quinn, Amy P. Abernethy, David C. Currow.** 2015. "Caregiver expectations: Predictors of a worse than expected caregiving experience at the end of life". *Journal of Pain and Symptom Management* 50(4): 453–461.
- Calasanti Toni.** 2003. Masculinities and care work in old age. In: *Gender and ageing. Changing roles and relationships*, S. Arber, K. Davidson, J. Ginn (eds.), 15–30. Philadelphia: Open University Press.
- Donovan Rhonda, Allison Williams, Kelli Stajduhar, Kevin Brazil, Denise Marshall.** 2011. "The influence of culture on home-based family caregiving at end-of-life: A case study of Dutch reformed family care givers in Ontario, Canada". *Social Science and Medicine* 72(3): 338–346.
- Fiori Katherine L., Toni C. Antonucci, Kai S. Cortina.** 2006. "Social network typologies and mental health among older adults". *The Journals of Gerontology. Series B* 61(1): 25–32.
- Friedemann Marie Luise, Kathleen C. Buckwalter.** 2014. "Family caregiver role and burden related to gender and family relationships". *Journal of Family Nursing* 20(3): 313–336.
- Fruhauf Christine A., Shannon E. Jarrott, Katherine R. Allen.** 2006. "Grandchildren's perceptions of caring for grandparents". *Journal of Family Issues* 27(7): 887–911.
- Fuller-Thomson Esme, Meredith Minkler.** 2001. "American grandparents providing extensive child care to their grandchildren: Prevalence and profile". *Gerontologist* 41(2): 201–209.
- Głąb Zbigniew.** 2021. "From institutionalisation to (de)institutionalisation – transferring isolation practices from nursing home care to supported housing in Poland". *Przegląd Socjologiczny* 70(4): 129–156.
- Holroyd Eleanor.** 2001. "Hong Kong Chinese daughters' intergenerational caregiving obligations: A cultural model approach". *Social Science and Medicine* 53(9): 1125–1134.
- Ice Gillian H., Aalyia F.A. Sadruddin, Amy Vagedes, Jaja Yogo, Elizabeth Juma.** 2012. "Stress associated with caregiving: An examination of the stress process model among Kenyan Luo elders". *Social Science and Medicine* 74(12): 2020–2027.
- Kacperczyk Anna.** 2006. *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Krzyżowski Łukasz.** 2013. *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice. Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Lawton M. Powell, Miriam Moss, Mark Fulcomer, Morton H. Kleban.** 1982 "A research and service oriented multilevel assessment instrument". *Journal of Gerontology* 37(1): 91–99.
- Lessard Sabrina, Bernard-Simon Leclerc, Suzanne Mongeau.** 2016. "Family caregivers' social representations of death in a palliative care context". *SAGE Open* 6(1): 1–9.
- Lowenstein Ariela.** 2010. "Caregiving and elder abuse and neglect – developing a new conceptual perspective". *Ageing International* 35(3): 215–227.
- Moore Helen, Alex Gillespie.** 2014. "The caregiving bind: Concealing the demands of informal care can undermine the caregiving identity". *Social Science and Medicine* 116: 102–109.
- Morgan Debra G., Sheena Walls-Ingram, Allison Cammer, Megan E. O'Connell, Margaret Crossley, Vanina Dal Bello-Haas, Dorothy Forbes, Anthea Innes, Andrew Kirk, Norma Stewart.** 2014. "Informal caregivers' hopes and expectations of a referral to a memory clinic". *Social Science and Medicine* 102: 111–118.
- Neufeld Anne, Margaret J. Harrison.** 2003. "Unfulfilled expectations and negative interactions: nonsupport in the relationships of women caregivers". *Journal of Advanced Nursing* 41(4): 323–331.

- Pearlin Leonard I.** 1989. "The sociological study of stress". *Journal of Health and Social Behavior* 30(3): 241–256.
- Pearlin Leonard I.** 1999. Stress and mental health: A conceptual overview. In: *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, A.V. Horwitz, T.L. Scheid (eds.), 161–175. Cambridge: University Press USA.
- Philips Judith.** 2009. *Troska*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Piercy Kathleen W.** 1998. "Theorizing about family caregiving: The role of responsibility". *Journal of Marriage and the Family* 60(1): 109–118.
- Plöthner Marika, Katharina Schmidt, Lea De Jong, Jan Zeidler, Kathrin Damm.** 2019. "Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review". *BMC Geriatrics* 19(1): 82.
- Rosochacka-Gmitrzak Magdalena, Mariola Raclaw.** 2015. „Opieka nad zależnymi osobami starszymi w rodzinie: ryzyko i ambiwalencja”. *Studia Socjologiczne* 2(217): 23–47.
- Schiamberg Lawrence B., Daphna Gans.** 2000. "Elder abuse by adult children: An applied, ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life". *The International Journal of Aging and Human Development* 50(4): 329–359.
- Schulz Richard, Connie A. Tompkins.** 2010. Informal caregivers in the United States: Prevalence, caregiver characteristics, and ability to provide care. In: *National research council. The role of human factors in home health care: Workshop summary*, 117–143. Washington, DC: The National Academies of Sciences Press.
- Schulz Richard, Scott R. Beach, Thomas B. Cook, Lynn M. Martire, Jennifer M. Tomlinson, Joan K. Monin.** 2012. "Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver". *Aging and Mental Health* 16(6): 712–721.
- Stuart-Hamilton Ian.** 2006. Starzenie się, osobowość a styl życia. W: I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, 138–164. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Szatur-Jaworska Barbara.** 2012. Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. W: *POLSENIOR. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), 419–448. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Szatur-Jaworska Barbara.** 2021. Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne. W: *POLSENIOR 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), 865–885. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Szluz Beata.** 2021. „Przez zamknięte okno ganku”. *Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w biografii opiekunów rodzinnych*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Sztompka Piotr.** 2007. *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Szukalski Piotr.** 2012. *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Tobiasz-Adamczyk Beata** (red.). 2009. *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk Beata.** 2011. Wybrane elementy stanu zdrowia starszych kobiet. W: *Kalejdoskop genderowy. W drodze do poznania płci społeczno-kulturowej w Polsce*, K. Slany, B. Kowalska, M. Ślusarczyk (red.), 179–199. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Tobiasz-Adamczyk Beata.** 2016. Opiekunowie osób starszych. W: *Vademecum geriatrici dla lekarza praktyka. Tom 1*, B. Gryglewska, T. Grodzicki (red.), 154–160. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Tobiasz-Adamczyk Beata.** 2017. „Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia”. *Gerontologia Polska* 25: 254–260.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Piotr Brzyski, Jadwiga Bajka.** 2004. *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki (red.).** 2019. *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Turner Johanna.** b.d. Caregiving at life's end: Facing the challenges. <https://americanhospice.org/caregiving/caregiving-at-lifes-end-facing-the-challenges> [access: 25.02.2022].
- Williamson Caroline, Jane Simpson, Craig D. Murray.** 2008. “Caregivers’ experiences of caring for a husband with Parkinson’s disease and psychotic symptoms”. *Social Science and Medicine* 67(4): 583–589.
- Wójcik Grzegorz.** 2020. “Genderowe wizerunki opiekunów i opiekunek na łamach tygodników «Polityka» i «Do Rzeczy». Analiza porównawcza”. *Przebieg Socjologiczny* 69(1): 107–135.
- Zawisza Katarzyna, Beata Tobiasz-Adamczyk.** 2019a. Sieć relacji społecznych a zaniedbanie i samozaniedbanie. W: *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, B. Tobiasz-Adamczyk, M. Brzyska, T. Grodzicki (red.), 151–184. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zawisza Katarzyna, Beata Tobiasz-Adamczyk.** 2019b. Zaniedbanie i samozaniedbanie a ocena jakości życia. W: *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, B. Tobiasz-Adamczyk, M. Brzyska, T. Grodzicki (red.), 285–300. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Beata Tobiasz-Adamczyk
Marzena Florek
Michalina Luśtyk

CONTEMPORARY DILEMMAS RELATED TO TAKING THE ROLE OF FAMILY CAREGIVER OF AN ELDERLY RELATIVE

Abstract

In recent decades different aspects of the informal family caregiving of elderly relatives have become a more common topic of investigation from different theoretical and empirical perspectives. Observed changes in the structure and current patterns of family functioning concentrate on the responsibility of modern family to provide care to elderly spouses, parents and grandparents. Special attention has been paid to the health and psychosocial outcomes caused by negative, stressful experiences related to the trajectory of caregiver role.

It is necessary to stress several changes in the developed theoretical models of family caregiving – from the intergenerational solidarity model, the ambivalence model to the current

approach based on individual choice, taken independently of social pressure and cultural norms or obligations.

A review of existing data analysed the demographic and psychosocial determinants related to taking the role of a family caregiver to elderly relatives was used to develop the presented survey.

Future plans related to taking a role of family caregiver was the aim of the survey conducted among 213 non-caregivers (aged 35–65). Less than 50% of respondents confirmed the possibility of taking a future role of family caregiver and their decision was significantly influenced by the sense of belonging and social ties inside a family network developed through the life span. Statistical differences were noticed in relation to the age of respondents (younger and professionally active individuals supported the idea of taking responsibility for caring for elderly relatives), but gender-related differences were not noted. Future expectations related to the role of a family caregiver were perceived as different forms of emotional support and sharing time with elderly family member, although the difficulties connected to the instrumental duties of everyday care were not fully considered.

Keywords: elderly family members, taking the role of a family caregiver, dilemmas in caregiving role