

ANNA BARUCH

(JAKA) AKTYWNOŚĆ SENIORÓW „CZWARTEGO WIEKU” I (JAKIE) WSPARCIE DLA ICH CZYNNYCH ZAWODOWO RODZINNYCH OPIEKUNÓW

ABSTRAKT

Rezultatem przemian demograficznych będzie – z jednej strony – sukcesywnie zwiększająca się liczba osób starszych wymagających opieki, natomiast z drugiej – malejąca liczba ich potencjalnych nieformalnych opiekunów. Polska jest nadal w kwestii opieki nad seniorami krajem konserwatywnym, gdzie rodzina jest główną instytucją opiekuńczą nad najstarszymi członkami rodziny; zarazem stanowi to normę kulturową oraz moralny obowiązek. Opiekun rodzinny może jednak sam nie poradzić sobie z wielością pełnionych przez niego ról, zwłaszcza jeżeli jest i chce pozostać czynnym zawodowo. Artykuł jest pracą poglądową. Po pierwsze, pokazano w nim problemy, z jakimi muszą się zmierzyć opiekunowie nieformalni z chwilą wchodzenia i funkcjonowania w nowej dla siebie roli. Po drugie, wskazano, że niesamodzielni seniorzy w tzw. fazie późnej starości nie muszą przebywać jedynie w domu i być narażeni na wykluczenie społeczne. Oni również mogą pozostać aktywni.

Słowa kluczowe: opieka nad osobami starszymi, opiekun nieformalny osoby starszej, rodzinny opiekun osoby starszej, aktywność seniorów, dzienne domy opieki medycznej

WPROWADZENIE

W ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat zestarzeją się populacje prawie wszystkich krajów rozwiniętych. Peter Peterson nazywa ten proces „początkiem siewienia świata” (Giddens, 2005, s. 185). Przewiduje się, że w 2050 roku osoby w wieku 60–79 lat będą stanowić jedną czwartą całej ludności Unii Europejskiej.

Analogicznie i społeczeństwo polskie weszło w fazę starzenia się. W ciągu najbliższego dziesięciolecia wzrośnie liczba i udział ludności osób w wie-

lu 60–79 lat. Z kolei począwszy od 2026 r. rozpocznie się dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 i więcej lat. Szacuje się, że pomiędzy rokiem 2025 a 2040 liczebność osób w wieku 80 i więcej lat zwiększy się z 1,7 mln do 3,4 mln, czyli aż dwukrotnie (Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce, 2016, s. 19–22). Proces ten w literaturze przedmiotu jest określanym mianem „starzenia się ludzi starych” (Giddens, 2005, s. 185). W miarę wzrostu odsetka ludzi starszych – z jednej strony – będzie rosło zapotrzebowanie na pomoc społeczną, świadczenia z zabezpieczenia społecznego i pomoc medyczną, z drugiej zaś będzie coraz mniej ludzi pracujących, którzy będą mogli utrzymywać takie programy. Pomijany jest jeszcze bardzo ważny aspekt, który dotyczy możliwości sprawowania opieki nad chorymi seniorami przez ich czynne zawodowo dzieci i wnuki. Należałoby się zatem zastanowić, jak pomóc nieformalnym opiekunom i jakie działania powinno się podejmować, aby nie byli oni zmuszani do rezygnacji z zatrudnienia na rzecz sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny. Biorąc pod uwagę prognozy przewidujące, że w 2050 r. na jednego emeryta będą przypadły tylko dwie osoby pracujące – z punktu widzenia ekonomicznego – nie możemy pozwolić na rezygnację z pracy osób w wieku produkcyjnym.

SENIORZY NIESAMODZIELNI, WYMAGAJĄCY POMOCY

Okres tzw. jesieni życia może być dla człowieka szansą na dalszy rozwój, uczenie się i poznawanie świata. Dotyczy to jednak grupy seniorów, którzy ze względu na swój stan zdrowia są w stanie uczestniczyć w różnych społecznych inicjatywach i być ich odbiorcami. Tacy seniorzy w literaturze przedmiotu są określanym mianem „młodzi starzy”, czyli są w wieku, w którym osoby starsze są już wolne od obowiązków rodzicielskich i zawodowych. Okres ten nazywany jest „trzecim wiekiem” (Giddens, 2005, s. 188) – to tzw. wczesna starość obejmująca osoby w wieku 60–74 lata (Golinowska i in., 1999, s. 8–9). Seniorzy trzeciego wieku mogą i są w stanie aktywnie uczestniczyć w różnorodnych ofertach edukacyjnych, kulturalnych i rekreacyjnych.

Obserwuje się jednak niewystarczającą liczbę propozycji dla seniorów z tzw. „czwartego wieku” (Giddens, 2005, s. 188), czyli osób, które ze względu na pogarszający się stan zdrowia stają się niesamodzielne; zazwyczaj są to osoby w tzw. fazie „późnej starości”, mieszczące się w przedziale wiekowym od 75. do 89. r.ż., określane mianem „starszych starych” (Golinowska i in., 1999, s. 8–9). Takie osoby i te powyżej 89 lat często nie są już w sta-

nie uczestniczyć w tego typu aktywnościach co seniorzy „trzeciego wieku”, nierzadko pozostają w domu i tym samym są narażone na wykluczenie społeczne. Dodatkowo z powodu występujących u nich z racji wieku specyficznych chorób przewlekłych wchodzi w tzw. rolę osoby chorej. Twórcą socjologicznej koncepcji choroby i roli chorego jest Talcott Parsons. Uznał on chorobę za formę dewiacji społecznej i przedstawił jej istotę na tle teorii ról społecznych. Uważał, że każda choroba powoduje zmiany w społecznym funkcjonowaniu człowieka. Te zmiany polegają na ograniczeniu lub całkowitym pozbawieniu człowieka chorego pełnionych dotąd ról społecznych i zmuszaniu go do wejścia w rolę osoby chorej. Z rolą tą łączą się pewne przywileje i wymagania. Człowiek chory może uwolnić się od obowiązków i odpowiedzialności, pozwolić sobie na regres aktywności i bezczynność. Chory posiada przywilej możliwości prezentowania postawy roszczeniowej wobec osób z najbliższego otoczenia oraz oczekiwania opieki i pomocy z ich strony. Równocześnie osoba chora ma także obowiązek przestrzegania zaleceń personelu medycznego oraz aktywnego udziału w procesie leczenia. W socjologicznym ujęciu choroba jest więc rozumiana jako złożony proces społeczny, w ramach którego grupa ludzi zmienia swój punkt widzenia na jednego ze swoich członków (Tobiasz-Adamczyk, 1995, s. 13–14).

W badaniach przeprowadzonych przez Mariolę Raclaw (2011) opiekunki nieformalne podkreślały fakt wycofywania się z form aktywności przez chorych seniorów znajdujących się pod ich opieką i przerzucania niemal wszystkich czynności na opiekującego się nim krewnego (Raclaw, 2011, s. 280). Ten spadek aktywności osób starszych niewątpliwie niekorzystnie wpływa na ich stan psychiczny. Stąd też nierzadko u seniorów diagnozuje się depresję. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w tej populacji sięga około 15–20%. Oczywiście patogeneza zaburzeń nastroju wieku podeszłego jest zróżnicowana. Stwierdza się zarówno depresje w przebiegu chorób afektywnych (jedno- lub dwubiegunowych), depresję uwarunkowaną czynnikami psychogennymi, depresje w chorobach somatycznych, a przede wszystkim depresje w chorobach ośrodkowego układu nerwowego związane z wiekiem (Humańska, Kędziora-Kornatowska, 2009, s. 16). Jednakże wpływ na wystąpienie zaburzeń depresyjnych u osób w wieku podeszłym mają także czynniki społeczne i socjoekonomiczne, takie jak: utrata bliskich osób, izolacja, zła sytuacja materialna, zmiana miejsca pobytu, poczucie zależności czy nieprzydatności, kalectwo. Z badań przeprowadzonych przez Marzenę Humańską i Kornelię Kędziore-Kornatowską (2009, s. 16) wynika, że zaburzenia depresyjne mogą obniżyć poziom jakości życia osób

starszych. Należy więc podejmować działania, aby minimalizować ryzyko pojawienia się powyższych stanów. W celu zapobiegania izolacji i wycofaniu się osób starszych z życia społecznego powinno się pobudzać seniorów do podejmowania różnorodnych form aktywności i obejmować wsparciem ich opiekunów.

ZAPOMNIANA GRUPA – NIEFORMALNI (RODZINNI) OPIEKUNOWIE OSÓB STARSZYCH

Zapewnienie opieki i pomocy choremu seniorowi, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, spoczywa głównie na najbliższej rodzinie w linii prostej. Powyższe przepisy reguluje Kodeks rodzinny i opiekuńczy (obowiązek alimentacyjny) oraz Kodeks karny. Zaniechanie, pozostawienie osoby nieporadnej (również z uwagi na wiek i stan zdrowia) bez należytej opieki jest przestępstwem¹⁾. Mimo że kwestie zapewnienia opieki są regulowane przepisami prawa, to opieka nad osobami starszymi w Polsce stanowi przede wszystkim normę kulturową. Polska jest w tej kwestii krajem konserwatywnym, gdzie rodzina jest główną instytucją opiekuńczą dla seniorów. Członkowie rodziny czują moralny obowiązek zapewnienia pomocy swoim najstarszym krewnym. Również same osoby starsze najbardziej preferują rodzinę jako podmiot opiekuńczy. Wykazano także, że spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej to właśnie w Polsce jest najmniejsza akceptacja dla opieki formalnej zarówno tej sprawowanej w środowisku, jak i tej świadczonej w całodobowych placówkach (Jurek, 2015, s. 97).

Opiekun nieformalny to osoba, która dostarcza regularnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory albo jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję określa się jako słabą. W literaturze przedmiotu zamiennie używa się określeń „opiekun rodzinny” i „opiekun nieformalny” (Rosochacka-Gmitrzak, 2011, s. 140).

¹⁾ Stanowi to art. 160 kk: § 1: „Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, § 2: „Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”, art. 210 kk § 1: „Kto wbrew obowiązkowi troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15 albo osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny osobę tę porzuca, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (...)”.

Rosnąca liczba osób starszych przy obecnej zmianie modelu rodziny (małżeństwa z jednym lub z dwojgiem dzieci) czy ze względu na coraz późniejsze macierzyństwo sprawiają, że wielość pełnionych ról i obowiązków rodziny może okazać się zbyt trudna do pogodzenia, zwłaszcza kiedy osoba taka jest czynna zawodowo (Moroń, 2011, s. 71–72). Piotr Szukalski przewiduje, że systematyczne ograniczanie dzietności i odraczenie decyzji prokreacyjnych będzie prowadziło w dalszym ciągu do powstawania rodzin małodziejnych, a także związków świadomie bezdzietnych, co może prowadzić do zmniejszenia się liczby potencjalnych rodzinnych opiekunów osób starszych. W przypadku kiedy para ludzi zdecyduje się na jednego potomka, w przyszłości będzie on musiał sprawować opiekę nad dwojgiem rodziców, uczestniczyć w opiece nad teściami, a być może także nad dziadkami (Rosochacka-Gmitrzak, 2011, s. 139).

Początkowo w rolę opiekuna dla osoby starszej wchodzi współmałżonek. Kiedy jednak nie daje on już rady samodzielnie sprawować opieki lub gdy sam zaczyna potrzebować coraz większego wsparcia, do pomocy włączają się dzieci. Z badań wynika, że są to przeważnie córki (tamże, s. 141). Dane GUS wykazują, że do 2050 r. to właśnie dojrzałe kobiety (w wieku 45–64 lat – bo to one najczęściej wykonują czynności związane z opieką), często wciąż aktywne zawodowo, będą zobligowane do pełnienia opieki nie tylko nad wnuczkami, ale również nad swoimi rodzicami i teściami (Piłat, 2016, s. 23).

MOŻLIWIE NASTĘPSTWA POZOSTAWIENIA OPIEKUNÓW RODZINNYCH BEZ WSPARCIA

Wyróżnia się grupę opiekunów nieformalnych, która nieoczekiwanie musiała wejść w tę rolę w wyniku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia osoby bliskiej, i grupę opiekunów, która miała czas na stopniowe oswojenie się z nową rolą, na stopniową reorganizację życia, na systematyczne uczenie się pomocy i pielęgnacji chorego seniora (Raclaw, 2011, s. 278). Ta pierwsza grupa znajduje się w znacznie gorszej sytuacji niż ta druga, została bowiem wyrwana z rutyny codzienności i zmuszona niejako do szybkiego odnalezienia się w nowej dla niej sytuacji.

Zderzenie się z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia rodzica i w związku z tym z koniecznością w bardzo krótkim czasie przeorganizowania swojego życia tak, aby móc zapewnić mu opiekę, niewątpliwie dla potencjonalnego opiekuna rodzinnego zawsze stanowi sytuację trudną. Tadeusz Tomaszewski (1979, s. 13–36) definiuje sytuację trudną jako „sytuację, w której zach-

dzi rozbieżność między potrzebami lub zadaniami człowieka a możliwością zaspokojenia tych potrzeb lub wykonania zadań”. To nagłe pogorszenie stanu zdrowia osoby bliskiej (np. w wyniku udaru²⁾) lub zdiagnozowanie choroby, która będzie postępować i która nie jest możliwa do wyleczenia (np. choroba Alzheimera³⁾), bądź śmierć jednego z rodziców i konieczność zapewnienia opieki drugiemu, w kilka chwil zmienia życie samego seniora i jego bliskich. Magdalena Łazarewicz i Małgorzata Tomaszewska (2015, s. 205) porównują nagłe wejście w rolę opiekuna rodzinnego do „niespodziewanego znalezienia się za sterami okrętu w roli kapitana, bez oficerów, załogi czy nawet instrukcji obsługi statku, a z koniecznością kontynuowania rejsu nawet przez 20 kolejnych lat”. Iwona Zakrzewska określiła taką sytuację kategorią „życiowego tsunami”, aby zaakcentować konsekwencję doznania „kryzysu egzystencjalnego” przez opiekuna, gdyż jest to moment przełomowy dla tej jednostki i w związku z tym może ona doświadczać dylematów moralnych i egzystencjalnych (Raclaw, 2011, s. 278). Na gruncie filozoficznym, za Karlem Jaspersem, moglibyśmy użyć sformułowania, że takie wydarzenie może stanowić dla niej również „sytuację graniczną”. Ten niemiecki filozof uważał, że sytuacje graniczne „są jak mur, o który się uderzamy, o który się rozbijamy. Nie potrafimy ich zmienić, lecz jedynie naświetlić” (Jaspers, 1978, s. 187–188). Potencjalny opiekun osoby starszej, jak można by porównać, znalazł się na tej „graniczy” i jest zmuszony dokonać wyboru: podjąć się opieki z pełnymi tego konsekwencjami lub

²⁾ Udar mózgu to jedna z częstych chorób wieku senioralnego. Wraz z wiekiem szybko rośnie ryzyko jej wystąpienia: u osób między 45. a 55. r.ż. wynosi ono 1 na 1000 na rok, w wieku między 65. a 75. r.ż. to już 1 na 100, natomiast po 85. r.ż. narażona na niego jest co trzydziesta osoba. W starzejących się społeczeństwach udar mózgu jest jedną z trzech najczęstszych przyczyn zgonów oraz główną przyczyną niesprawności wśród osób po 40. r.ż. (Łazarewicz, Tomaszewska, 2015, s. 203).

³⁾ Otepienie (inaczej demencja) jest jednym z głównych problemów zdrowia psychicznego osób w podeszłym wieku. Jest stwierdzona u blisko 10% osób, które ukończyły 65. r.ż. Najczęstszą przyczyną demencji u osób w tym wieku jest choroba Alzheimera. Dane wskazują, iż na świecie żyje prawie 20 mln osób ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera oraz szacuje się, że do roku 2025 liczba ta ulegnie niemal podwojeniu. Według WHO otepienie to „zespół spowodowany chorobą mózgu, zazwyczaj o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie funkcje poznawcze jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność do porównywania, oceniania i dokonywania wyborów [...] Upośledzeniu funkcji poznawczych zwykle towarzyszy, a czasem poprzedza je, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją” (Łazarewicz, 2015, s. 228–229).

powierzyć tę opiekę komuś innemu z rodziny czy specjalnie do tego przygotowanej instytucji. Musi on wybierać, a decyzja, którą podejmie, niewątpliwie wpłynie i zmieni późniejsze jego życie na kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat. Ten możliwy długi okres pełnienia roli opiekuna osoby starszej jest związany z obserwowanym obecnie zjawiskiem wydłużania się życia ludzkiego.

Informacja o chorobie rodzica/współmałżonka może być zatem odbierana przez członków rodziny jako wydarzenie krytyczne w ich życiu. Krytyczne wydarzenia życiowe są w literaturze psychologicznej charakteryzowane jako wydarzenia emocjonalnie znaczące, wyodrębnione z toku codzienności oraz jako wydarzenia, które wymuszają zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu osoby na różnych płaszczyznach. W następstwie może również dojść do pojawienia się kryzysu. Z psychologicznego punktu widzenia kryzys to „przejściowy stan nierównowagi wewnętrznej, wywołany przez krytyczne wydarzenie bądź wydarzenia życiowe, wymagający istotnych zmian i rozstrzygnięć” (Badura-Madej, 1999, s. 16–17). Toteż już w tym pierwszym okresie rodzina osoby chorej, w ramach np. tzw. interwencji kryzysowej⁴⁾ powinna być objęta pomocą, a także wsparciem edukacyjnym ze strony specjalistów. Praktyka pokazuje jednak, że rodziinni opiekunowie często są pozostawieni sami sobie, co prowadzi do przemęczenia i zaprzestania dbania o samego siebie, co w konsekwencji może doprowadzić nawet do depresji, a także do pojawienia się u niego objawów i chorób somatycznych (Łazarewicz, Tomaszewska, 2015, s. 225–226). To wszystko może doprowadzić do pojawienia się również tzw. zespołu stresu opiekuna (CSS – *Caregiver Stress Syndrome*) oraz do zespołu wypalenia się.

W literaturze przedmiotu wypalenie u opiekuna rodzinnego określa się mianem „wypalenia opiekuńczego”. Wypalenie pojawia się i rozwija stopniowo, dlatego ważne jest, aby reagować już na jego pierwsze objawy. Występuje ono na skutek ciągłego występowania w życiu opiekuna różnorodnych obciążeń, a także podejmowania przez niego licznych, ale czasem

⁴⁾ Zgodnie z art. 47 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Interwencją kryzysową obejmuje się osoby bez względu na posiadany dochód. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb także poradnictwa socjalnego czy prawnego.

niefektywnych wysiłków, które mają na celu zaradzenie tym trudnościom (Łazarewicz, Maciejewska, 2015, s. 394). Szukalski prognozuje, że w przyszłości nastąpi wzrost odczuć związanych z „wypaleniem się” u opiekunów osób starszych, co będzie skutkowało zaprzestaniem świadczenia opieki, konfliktami rodzinnymi czy obniżeniem jakości życia zarówno opiekunów, jak i seniorów. Autor ten podkreśla, że konieczne jest opracowanie programów skutecznego wspierania opiekunów rodzinnych (Rosochacka-Gmitrzak, 2011, s. 139), tak aby potrafili oni w sposób skuteczny i profesjonalny świadczyć opiekę nad starszymi członkami rodziny, nie pomijając również troski o samego siebie. Z punktu widzenia profilaktyki wypalenia się opiekuna, jednym ze sposobów przeciwdziałania temu zjawisku mogłoby być wprowadzenie tzw. systemu rotacyjnej opieki krewnych (Raclaw, 2011, s. 282), w celu odciążenia głównego opiekuna, tak aby miał on możliwość zregenerowania sił, co umożliwiłoby mu dalsze, profesjonalne sprawowanie opieki nad starszym członkiem rodziny. Z badań przeprowadzonych przez Jolantę Perek-Białas i Justynę Stypińską (2010, s. 143), dotyczących jakości życia pracujących zawodowo opiekunów osób starszych, wynika, że im więcej osób jest zaangażowanych w opiekę, tym mniejsze jest obciążenie psychiczne i fizyczne głównego opiekuna.

POTRZEBA EDUKACJI I WSPARCIA ZARÓWNO DLA SENIORÓW „CZWARTEGO WIEKU”, JAK I ICH NIEFORMALNYCH OPIEKUNÓW

Edukacja, która obecnie jawi się jako proces obejmujący całe życie, powinna przybierać aspekt z jednej strony poznawczy, z drugiej zaś – praktyczny (Jabłonko, 2011, s. 99). Odnosi się to również do osób starszych i ich opiekunów, gdyż w wyniku pogorszenia – zwłaszcza nagłego – stanu zdrowia seniora muszą oni w szybkim tempie zdobyć wiedzę, pozwalającą im na szybkie i optymalne zaadaptowanie się do nowych warunków codziennego funkcjonowania. Stanowi to proces praktycznego uczenia się, zdobywania wiedzy i nowych umiejętności, które powinny przyczynić się do optymalnego dostosowania się i możliwości prawidłowego funkcjonowania w nowej, trudnej rzeczywistości.

Opiekunki nieformalne, które doświadczyły konieczności szybkiego wejścia w rolę osoby świadczącej opiekę, opisywały w związku z tym zdarzeniem stan pustki informacyjnej i usługowej, w której się znalazły. Podawały, że nie wiedziały, dokąd mają się udać po poradę i wsparcie, gdzie

szukać wiedzy, w jaki sposób zająć się seniorami. Ponadto osoby badane podkreślały, że czuły „niemoc”, „bezsilność”, „bezradność”, a nawet „rozpaczać”, oraz stwierdzały, że „nikogo nie interesuje los opiekuna nieformalnego i nikt się o niego nie troszczy” (Raclaw, 2011, s. 284). Sytuacja staje się tym trudniejsza, gdy senior wymaga coraz większej opieki, a opiekun zaczyna mieć problemy z łączeniem roli zawodowej i opiekuńczej. Może on wówczas stanąć przed dylematem: zrezygnować z pracy zawodowej i całkowicie zaangażować się w opiekę, czy podtrzymać pracę zawodową i zrezygnować z realizacji zadań opiekuńczych. Żadne z tych rozwiązań nie jest dobre. Pierwsza wymieniana opcja oznacza rezygnację z osobistych aspiracji, pogorszenie dochodowej sytuacji rodziny, brak kontaktu z koleżankami/kolegami z pracy. Druga wiąże się z działaniem wbrew zasadom moralnym (Jurek, 2015, s. 102). Dlatego też w założeniach realizowanej obecnie Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 są podejmowane różne działania mające na celu również wspomaganie opiekunów nieformalnych w pełnieniu opieki nad chorymi członkami rodziny. Bardzo trafnym rozwiązaniem, które funkcjonuje już od wielu lat w innych krajach, są działające w Polsce od 2016 r. Dzielne Domy Opieki Medycznej. Tego typu placówka przynosi korzyści zarówno dla opiekuna, który nie musi zrezygnować z zatrudnienia (może pogodzić rolę pracownika i opiekuna dla osoby starszej), a także dla seniora, który może pozostać w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Te obopólne korzyści wpisują się w dwa nowe europejskie paradygmaty polityki społecznej: pierwszy „aktywne starzenie się” i drugi „starzenie się w miejscu” (Jurek, 2015, s. 98). Pierwszy paradygmat odnosi się do tzw. „srebrnej gospodarki” i związanej z nią „aktywności zawodowej” osób w wieku 50+ (czyli także potencjalnych opiekunów rodzinnych), które stanowią dwa z pięciu kluczowych obszarów założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Mają na celu zachęcanie starszych pracowników do jak najdłuższego pozostania aktywnym na rynku pracy oraz rozwijanie kształcenia ustawicznego. Srebrna gospodarka to system ekonomiczny ukierunkowany na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniający ich potrzeby. Założenia polityki senioralnej zostały przyjęte przez Radę Ministrów w ramach tzw. pakietu dla seniorów w dniu 24 grudnia 2013 r. Działania koordynuje Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (Departament Polityki Senioralnej – utworzony we wrześniu 2012 r. i Rada do Spraw Polityki Senioralnej – powołana w lutym 2013 r.). Powyższe założenia stanowią pierwszy tego typu dokument, który w sposób całościowy odnosi się do seniorów oraz sta-

nowi odpowiedź na wyzwanie, jakim niewątpliwie jest starzenie się populacji. Drugi paradygmat „Starzenie się w miejscu” to stworzenie seniorowi możliwości jak najdłuższego pozostawania w dotychczasowym środowisku w myśl zasady, że „starych drzew się nie przesadza”. Wiąże się to z podtrzymaniem możliwości bezpiecznego i niezależnego mieszkania we własnym domu, niezależnie od wieku czy poziomu samodzielności. Paradygmat ten zakłada, że opieka nad osobą starszą będzie sprawowana w jej dotychczasowym środowisku zamieszkania oraz że będą ją świadczyć głównie najbliżsi krewni.

Pomocą w osiąganiu powyższych celów mogą być dzienne domy opieki medycznej (DDOM). Obecnie w Polsce funkcjonują 52 tego rodzaju placówki. Działają one w naszym kraju jako program pilotażowy, który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Rozwój Edukacja 2014–2020 (PO WER). Docelowo w przyszłości DDOM mają się stać świadczeniem gwarantowanym, finansowanym ze środków krajowych. Najwięcej takich domów zostało utworzonych w województwie małopolskim i śląskim (po 8), lubelskim (7) i mazowieckim (6). Jedynie w województwie wielkopolskim nie utworzono żadnego DDOM. Według danych na dzień 30 marca 2017 r. wsparcie trafiło głównie do osób zamieszkujących tereny miejskie (71% pacjentów) (Leszczyńska, Makurat, Tymicki, 2017, s. 5–13). Ta forma wsparcia jest kierowana do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65. r.ż. Wyróżnia się cztery podstawowe cele funkcjonowania takiego domu (tamże, s. 47–63):

1. Medyczny – poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnych przez rehabilitację leczniczą;
2. Społeczny – zapobieganie problemom wykluczenia społecznego osób niesamodzielnych i wykluczenia lub znacznego ograniczenia możliwości w życiu społeczno-gospodarczym i kulturowym ich opiekunów; to także pobudzanie aktywności osób starszych;
3. Ekonomiczny – zmniejszenie odsetka osób hospitalizowanych i zmniejszenie obciążenia służby zdrowia, możliwość podjęcia bądź kontynuowania zatrudnienia przez opiekunów rodzinnych;
4. Edukacyjny – zarówno dla opiekunów osób niesamodzielnych w zakresie sprawowania opieki, jak i dla seniorów w zakresie samoopieki i pielęgnacji, to nic innego jak przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością, to doradztwo w zakresie organizacji opieki w warunkach domowych, szkolenia i warsztaty dla opiekunów

zgodnie z indywidualnym zapotrzebowaniem; to również danie czasu rodzinie na zorganizowanie się i przygotowanie w wejście w rolę opiekuna.

Zgodnie z wytycznymi standardu DDOM, warunki funkcjonowania takiego domu powinny być jak najbardziej zbliżone do warunków domowych. Pacjent może w takim ośrodku dziennie przebywać od 8 do 10 godzin. W tym czasie opiekę nad nim sprawuje interdyscyplinarny zespół terapeutyczny. W skład tego zespołu, zgodnie ze standardem, powinien wchodzić: lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lekarz specjalista w dziedzinie geriatry, pielęgniarki, fizjoterapeuci, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, psycholog lub psychoterapeuta, dietetyk, logopeda i pracownik socjalny, który dokonuje oceny sytuacji socjalno-środowiskowej (tamże, s. 42). Istotne jest, że przed wypisaniem seniora z placówki pracownik socjalny zatrudniony w DDOM udaje się do jego miejsca zamieszkania i przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej. Na tej podstawie pracownik socjalny rozeznaje, czy senior i jego opiekun wymagają jakiegoś jeszcze wsparcia i pomocy, a w razie takiej konieczności powiadamia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania seniora ośrodek pomocy społecznej, gdzie już pracownik socjalny z danego rejonu podejmuje z rodziną dalszą pracę socjalną. Rodzina zatem nie jest pozostawiona sama sobie.

Tego typu placówki, jakimi są innowacyjne na gruncie polskim domy dziennej opieki medycznej, przynoszą duże korzyści dla niesamodzielnych osób starszych. Oprócz tych wymiernych efektów poprawy ich zdrowia fizycznego, w DDOM kładzie się również nacisk na poprawę kondycji psychicznej seniora oraz na poprawę jego relacji rodzinnych. Czas spędzony w tego typu placówce sprawia, że chory senior nie przebywa większość dnia sam w domu. Wspólne uczestnictwo w różnorodnych zajęciach (terapii zajęciowej, pogadankach edukacyjnych, rehabilitacji itp.) stanowi źródło wsparcia psychicznego i ułatwia akceptację własnej starości i wynikających z niej ograniczeń, ale także pobudza osoby starsze do aktywności (tamże, s. 54–60).

PODSUMOWANIE

Mając na uwadze powyższe rozważania, uwidacznia się potrzeba wprowadzania długofalowych rozwiązań, które miałyby na celu ułatwienie opiekunom nieformalnym pełnienie jednocześnie roli czynnego zawodowo pra-

cownika oraz opiekuna dla chorego/starszego członka rodziny. Nie trzeba nikogo przekonywać, że praca zawodowa odgrywa znaczącą rolę w życiu każdego człowieka. W życiu opiekuna seniora również pełni ważną funkcję. Praca poza funkcją dochodową umożliwia bowiem zaspokojenie bardzo ważnych potrzeb społecznych, ma również pozytywny wpływ na kondycję psychiczną opiekuna, gdyż – po pierwsze – daje jemu szansę oderwania się od codziennych problemów, zwłaszcza jeśli opiekun zamieszkuje wspólnie z osobą starszą, nad którą sprawuje opiekę, a po drugie – daje możliwość podtrzymania kontaktów interpersonalnych ze współpracownikami, co pozytywnie wpływa na jego samopoczucie (Jurek, 2015, s. 104). Jednakże wykonywanie pracy na dwa etaty: zawodowej i opiekuńczej może doprowadzić do przeciążenia obowiązkami. Takich pracowników często dotyczy: absencja w pracy, spóźnianie się, wcześniejsze wychodzenie z pracy, robienie sobie dodatkowej przerwy w pracy, gdy np. dostaje niepokojący sygnał z domu bądź senior nie odbiera telefonu, rezygnuje z rozwoju zawodowego (gdy wiąże się np. z wyjazdami na szkolenia), poświęcenia urlopu wypoczynkowego na realizację zadań opiekuńczych, a z uwagi na przemęczenie – niska wydajność w pracy, rozkojarzenie czy mniejsze zaangażowanie.

W 2010 r. został złożony projekt rezolucji Parlamentu Europejskiego, gdzie już wtedy państwa członkowskie zostały wezwane m.in. do (za: Rosochacka-Gmitrzak, 2011, s. 137–138):

- „ulepszania, wspierania i promowania środków w zakresie szkoleń specjalistycznych, edukacji i reintegracji wszystkich osób sprawujących długotrwałą opiekę nad osobami starszymi, w tym nieformalnych opiekunów”,
- „wzięcie pod uwagę potrzeb opiekunów nieformalnych, którzy w znacznej mierze sprawują opiekę nad osobami starszymi, oraz do podjęcia konkretnych działań w celu wsparcia i zachowania tych zasobów poprzez szkolenia, zapewnienie wypoczynku oraz środków służących do pogodzenia życia zawodowego z rodzinnym”.

Aby skutecznie wspierać seniorów, należy zatem rozpocząć od wspierania ich nieformalnych opiekunów.

BIBLIOGRAFIA

Badura-Madej, W. (1999). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014–2020 w zarysie. ASOS 2014–2020. Rządowy Program na rzecz aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Giddens, A. (2005). *Socjologia*. Warszawa: WN PWN.
- Golinowska, S., Holzer, J., Szwarc, H., Pędich, W. (1999). Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury. W: S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska*. Warszawa: UNDP.
- Humańska, M., Kędziora-Kornatowska, K. (2009). Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatrya Polska*, 6(1), 15–22.
- Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015 (2016). Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
- Jabłonko, O. (2011). Edukacja w życiu seniorów. W: M. Makuch, D. Moroń (red.), *Osoby starsze w społeczeństwie – społeczeństwo wobec osób starszych*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Jaspers, K. (1978). Sytuacje graniczne. W: R. Rudziński. *Jaspers*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Jurek, Ł. (2015). Polityka łączenia pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą. *Acta Universitatis Lodzianis, Folia Oeconomica*, 312(2).
- Leszczyńska, B., Makurat, M., Tymicki, K. (2017). Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej. Raport końcowy. Warszawa.
- Łazarewicz, M. (2015). Zespół otępienny. W: K. Owczarek, M. Łazarewicz (red.), *Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Łazarewicz, M., Maciejewska, K. (2015). Wypalenie zawodowe i opiekuńcze. W: K. Owczarek, M. Łazarewicz (red.), *Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Łazarewicz, M., Tomaszewska, M. (2015). Udar mózgu. W: K. Owczarek, M. Łazarewicz (red.), *Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Moroń, D. (2011). Rola organizacji pozarządowych w życiu seniorów. W: M. Makuch, D. Moroń (red.), *Osoby starsze w społeczeństwie – społeczeństwo wobec osób starszych*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Perek-Biała, 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 XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Piłat, A. (2016). Rodzinni opiekunowie osób starszych. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 1(21), 23–33.
- Raław, M. (2011). Opiekunowie nieformalni – „niewidoczne” podmioty. W: M. Raław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Rosochacka-Gmintarzak, M. (2011). Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości ro-

- dzin. W: M. Raclaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (1995). *Wybrane elementy socjologii zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum.
- Tomaszewski, T. (1979). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. art. 47 (Dz.U. 2017, poz. 1769).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny, art. 160, art. 210 (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553).

(WHAT) ACTIVITY OF “FOURTH AGE” SENIORS AND (WHAT) SUPPORT FOR THEIR FAMILY CARERS WITH OWN CAREERS

ABSTRACT

On of the results of demographic changes is, on the one hand – an increasing number of seniors needing care and, on the other hand – a decreasing number of their potential informal carers. Poland, in the matter of senior care, is still a conservative country, where a family is the main institution of care, and where it is also a cultural norm and a moral duty to care about senior family members. However, a family carer may not manage to deal with the number of roles he or she should perform, especially when they are and wish to remain professionally active. The current article is a review of the issue of family care. Firstly, it shows the problems faced by informal carers when undertaking the new role. Secondly, it shows that not self-sufficient seniors in the so-called phase old-old age do not need to stay at home and therefore be socially excluded. They can also remain active.

Key words: senior care, informal carer of a senior person, senior activity, day care centers