



SPOŁECZEŃSTWO
EDUKACJA
JĘZYK

Tom 13/2021, ss. 243-259
ISSN 2353-1266
e-ISSN 2449-7983
DOI: 10.19251/sej/2021.13(15)
www.sej.mazowiecka.edu.pl

Bartosz Mitkiewicz

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

Orcid: 0000-0002-3380-3913

TROSKA O RODZINĘ NIESAMODZIELNEGO SENIORA

CARING FOR THE FAMILY OF A DEPENDENT SENIOR

Abstrakt

Pojawiająca się choroba, a co za nią idzie niesamodzielność seniora, nie dotyczy już tylko jego samego, lecz także wielu osób z jego najbliższego otoczenia. To członkowie najbliższej rodziny są tymi, którzy przez długi okres muszą zmagać się z różnego rodzaju obciążeniami i wyzwaniem. Zdarza się, że muszą przy tym nagle zrezygnować

ze swojego dotychczasowego aktywnego życia. Towarzysząc cierpieniu seniora, sami często doświadczają negatywnych uczuć, w tym złości, poczucia skrzywdzenia, braku akceptacji czy niesprawiedliwości. W konsekwencji mogą popadać w apatię, w depresję lub wycofują się z życia społecznego, co dodatkowo pogłębia ich izolację.

Abstract

A disease which appears in a senior's life forces them to depend on other people and does not concern the elderly alone but the ones who surround them as well. It is the closest family who needs to deal with different types of challenges and burdens for a long time. It happens that they have to resign of their existing lives. Being a part a senior's suffering, they also experience negative emotions as anger, the sense of wrong, the lack of acceptance or injustice. Consequently, they may suffer from apathy, depression or they might isolate themselves which may only deepen all of those problems.

How can one prevent this? How can we support the parents of handicapped seniors? How can one avoid the burnout and not succumb to all those burdens?

Jak temu zapobiegać? Jak wspierać rodzinnych opiekunów niesprawnych seniorów? W jaki sposób zapobiegać wypaleniu i nie ulec obciążeniom? Oto pytania, nad którymi warto podjąć gerontologiczną refleksję.

SŁOWA KLUCZOWE

niesamodzielny senior, opiekun, rodzina, obciążenia.

These are the gerontological issues which are worth reflecting upon.

KEYWORDS

dependent senior, caregiver, family, burdens

1. Wprowadzenie

W ostatnich latach rośnie zainteresowanie problematyką starości, co wiąże się z demograficznym procesem starzenia się społeczeństw. Naukowa refleksja nad tym zagadnieniem, co z resztą jest zrozumiałe, obejmuje życiową sytuację starego człowieka. Równie istotną kwestią pozostają jednakże zagadnienia poświęcone rodzinie seniora, zwłaszcza tej, która podejmuje się całodobowej opieki nad niesprawnym seniorem.

Wielu rodzinnych opiekunów samotnie zмага się z chorobą bliskich i własną bezradnością. Często nie uwzględniają ich statystyki. Tymczasem to oni wykonują naprawdę ogromną i ważną pracę. Brak samodzielności i choroby seniora zmienia życie wielu najbliższych im osób, którzy często z dnia na dzień, bez żadnego przygotowania muszą podjąć się nad nim trudnej opieki.

Koniecznością jest dziś poszukiwanie form wsparcia dla członków rodzin, którzy podejmują się funkcji opiekuna starszej niesamodzielnej osoby. Zasadnym stają się przy tym pytania: jak odpowiednio wykorzystać możliwości i predyspozycje całej rodziny?; jak wzmocnić międzypokoleniową solidarność, opartą na wzajemnym wspieraniu, przekazywaniu wiedzy i doświadczeń?

2. Metoda

Prowadzenie badań gerontologicznych nad warunkami życia osób starszych, ma wiele celów. Należą do nich między innymi pomoc w wypracowywaniu modeli wsparcia. Co istotne nie dotyczą one tylko dla seniorów, lecz także ich rodzin. Wśród wielu znanych metod prowadzenia badań gerontologicznych na uwagę zasługuje opracowana przez A. Leszczyńską-Rejchert. Jej twórczyni sugeruje, by posiadały one następujące etapy. Jako pierwszy wymienia diagnozę rzeczywistości, następny to projektowanie (modelowanie) działań prorodzinnych i prospołecznych zaspokajające potrzeby i oczekiwania seniorów. W dalszej kolejności wymienia profilaktykę gerontologiczną mającą zaangażować zarówno osoby młodsze i starsze. Ostatnim etapem jest edukacja geronto-

logiczna, której zadanie polega na formowaniu właściwych postaw oraz doprowadzenie do integracji pokoleń oraz aktywne kształtowanie polityki starości (Leszczyńska-Rejchert 2006, 38-40).

3. Zmiany w rodzinie

Zgodnie z modelem, zaproponowanym przez A. Leszczyńska-Rejchert, poniższe rozważania rozpoczną się od diagnozy rzeczywistości. Będzie ona polegała na krótkiej charakterystyce sytuacji współczesnej rodziny, opiekującej się niesprawnym seniorem. Charakterystyka ta uwzględni zmiany zachodzące w świecie zmiany demograficzne i kulturowe.

1. Rodzina jako system

Rodzina stanowi indywidualną całość, o której kształcie, charakterze decydują poszczególni członkowie. Wchodząc ze sobą w swoiste interakcje, powodują określone zmiany w funkcjonowaniu systemu rodzinnego (Chmura 2009, 109-128). Trwanie rodziny wyznaczają dwie tendencje: zachowanie względnej równowagi przy jednoczesnej gotowości do przyjmowania i odpowiadaniu na zmiany, dokonujące się wewnątrz rodziny jak i poza jej granicami. W ciągu życia rodzina przechodzi kolejne etapy, które całościowo można nazwać cyklem życia rodziny.

Każdy rodzinny system będący w określonej fazie rozwoju doświadcza kryzysów, których pozytywne rozwiązanie prowadzi do dojrzałości systemu, umacniając jego tożsamość. Owe kryzysy rozwojowe dotyczą znaczących wydarzeń życiowych prowadzących do powstania rodziny. Pozytywna adaptacja systemu do wszelkich zmian pozwala na rozwój indywidualny poszczególnych członków systemu przy równoległej ewolucji całej rodziny, zachowując jednocześnie jej tożsamość.

Rodzina mimo zachodzących w niej zmian nadal pozostanie tą samą wspólnotą, określając poczucie przynależności i fundamentalnej stałości jej członków. Indywidualna tożsamość rodziny wyznaczana jest między innymi poprzez wzory interakcji określające zachowania poszczególnych osób z systemu, wzajemnie oczekiwania, relacje bliskości i dystansu, hierarchię wartości i celów, przekazy międzypokoleniowe, stopień otwartości i gotowości wchodzenia w relacje wewnątrz wspólnoty, jak i poza nią (Szatur-Jaworska, Błądowski i Dziegielewska 2006, 87-88).

Oprócz kryzysów rozwojowych, rodzina doświadcza różnego rodzaju stresorów związanych ze zdarzeniami losowymi, czy trudami codziennego życia. One także wymagają określonych kroków zmierzających w kierunku optymalnego dostosowania się. Niewłaściwa ich adaptacja, może być spowodowana brakiem konstruktywnych mechanizmów i działań zaradczych, w tym także nieumiejętności korzystania ze społecznego wsparcia.

2. Zmiany demograficzne

Rodzina jest strukturą dynamiczną. W ostatnich latach znaczącej zmianie ulega ją nie tylko jej funkcje, lecz także struktura demograficzna. Z badań demograficznych wynika, że struktura ludności w Polsce według wieku znacznie się zmieniła. Spadła liczba osób niepełnoletnich, a znacznie wzrosła populacja seniorów. Liczebność tych ostatnich w latach 2005–2015 zwiększyła się prawie o jedną piątą.

Dane spisu ludności z 2015 roku wskazują, że znaczący odsetek polskich seniorów, nawet jeśli posiada rodzinę, mieszka samotnie, a co za tym idzie nie może liczyć na natychmiastowe wsparcie w przypadku takiej potrzeby. W literaturze gerontologicznej pisze się wprost o tzw. singularyzacji gospodarstw domowych (chodzi tu głównie o gospodarstwa dwuosobowe, prowadzone wspólnie przez małżonków) (IPiSS 2012). Jest to w pewnym sensie owoc zasady neolokalności. Mówi ona o tym, że po zawarciu związku małżeńskiego nowo uformowane małżeństwo zamieszkuje oddzielnie od swoich rodziców. Prowadzi do występowania najpierw długotrwałego zamieszkiwania przez seniorów wraz z małżonkiem, potem zaś, po jego/jej śmierci, do zamieszkiwania samotnie.

Zdaniem P. Szukalskiego, do istotnych zmian, jakie nastąpiły w życiu rodzin, należą proliferacja i wertykalizacja (Szukalski 2017, 209–221). Ta druga jest wyraźną zmianą strukturalną, polegającą na tym, że relacje międzypokoleniowe uzyskały przewagę nad wewnątrzpokoleniowymi. Jej oznaką jest pojawienie się międzypokoleniowości (powiązanej z długowiecznością). Obecnie dożycie zaawansowanego wieku jest dużym prawdopodobieństwem. Tym samym proces ten prowadzi do coraz częstszego występowania rodzin cztero-, pięciopokoleniowych. Można mówić o dwóch typach relacji międzypokoleniowych – solidarności i konflikcie (Jaźwińska-Motyłska et al. 2014, 27). Relacje w polskiej rodzinie są współcześnie przede wszystkim wertykalne. Chociaż Polacy zamieszkują najczęściej ze swoją rodziną nuklearną, duże znaczenie ma dla nich rodzina składająca się z trzech pokoleń, której struktura – przez wzgląd na niewielką liczbę członków w każdym pokoleniu i silne zazwyczaj więzi. Jak zaznacza B. Zięba-Kołodziej, wiek rodziców i dzieci znacząco wpływają na charakter relacji międzypokoleniowych (Zięba-Kołodziej 2015, 73). Z czasem, początkowo autorytarna relacja rodzic-dziecko staje się bardziej egalitarna, a podmiotowość dziecka rośnie. W razie niesprawności rodzica relacja ta może ponownie nabrać autorytarnego charakteru, jednak to potrzebujący opieki rodzic może być pozbawiony sprawczości. O charakterze relacji w rodzinie trudno jednak wyrazić ogólny sąd. Immanentną cechą więzi rodzinnej są zarówno harmonia jak i napięcie.

Zmiany prowadzące do homogenizacji i wertykalizacji rodziny, prowadzą zdaniem P. Szukalskiego do tego, że upodabnia się ona w coraz większym stopniu do strąka fasoli (*ang. bean pole family*). Strąk ten jest w wyniku wielopokoleniowości i redukcji umieralności – długi; a ponadto w efekcie małodziejności – wąski. Układ taki wzmacnia wagę relacji międzypokoleniowych, osłabiając zaś znaczenie stosunków integracyjnych. Jednocześnie wertykalizacja rodziny prowadzi do znacznego wzrostu obciążenia dla rodzinnych opiekunów w przypadku zapewnienia wsparcia niesprawnym seniorom. Zamiast rozłożenia obowiązków opiekunów na kilka osób tworzących dane po-

kolenie, coraz częściej wykonywanie niezbędnych zadań skupia się na jednej lub dwóch osobach (Szukalski 2017, 212).

W tradycyjnym społeczeństwie to dzieci i wnuki opiekowały się rodzicami i dziadkami, gdy ci potrzebowali wsparcia i opieki w ostatnich latach życia. Zmiany demograficzne i kulturowe doprowadziły do zmiany takiego obrazu rodziny. To z kolei prowadzi rodziny do zmierzania się z nowymi wyzwaniami i trudnościami. Przeprowadzony w 2017 roku, przez CBOS sondaż wskazał, że do najważniejszych z nich należą trudności finansowe. Zaraz po nich pojawiają się trudności związane z pogodzeniem pracy zarobkowej z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny (CBOS 2017).

Warte podkreślenia są zmiany wynikające z tego, że wraz z wydłużającym się czasem życia, osoby w wieku 60, a nawet 70 lat posiadają także żyjących rodziców (głównie matki). W rezultacie coraz częściej wielopokoleniowość oznacza występowanie w ramach rodziny dwóch pokoleń tzw. *sandwich generation* (Grotowska-Leder, Roszek 2016).

3. *Sandwich generation*

Mając na uwadze zasygnalizowane wyżej zmiany zachodzące we współczesnych rodzinach, na szczególną uwagę zasługuje zjawisko tzw. *sandwich generation*, czyli osób obciążonych podwójnym rodzinnym „balastem”. Pojęciem *sandwich* (z ang. kanapki) początkowo określano kobiety w wieku 30–40 lat, które opiekowały się dziećmi, a jednocześnie musiały sprostać licznym oczekiwaniom rodziny, pracodawców, przyjaciół.

Obecnie mianem *sandwich* określa się przede wszystkim osoby, które jednocześnie muszą zajmować się własnymi, często dorosłymi dziećmi i jednocześnie starzejącymi się rodzicami. „Kanapkami” są zatem kobiety i mężczyźni, najczęściej w wieku (40+) lub starsze (60+). Jest to więc szeroka i bardzo różnorodna grupa.

Należący do niej są dość mocno przytłoczeni i sfrustrowani. Spowodowane jest to podwójnym obłożeniem obowiązkami i ciągłym brakiem czasu. Wyzwanie to dotyka częściej kobiet. To z kolei jest wynikiem uwarunkowań kulturowych. Córki, synowe chętniej podejmują role opiekuńcze w rodzinie niż synowie czy zięciowie. Są one osobami, które mają mocno osadzone poczucie obowiązku i roli opiekuńczej. Stad też stosunkowo łatwo dają się wprowadzić w poczucie winy z różnych stron; przez: rodzinę, seniora, lekarza czy instytucję. Poczucie winy może też płynąć z wewnątrz: muszę, powinnam, wypada, chcę/nie chcę itp. Należy pamiętać, że poczucie winy, jako bardzo silna emocja, może przeszkadzać, frustrować, ale i napędzać do działania.

Przedstawiciele kanapkowej generacji bardzo często stają przed trudnymi życiowymi wyborami. Pogodzenie opieki nad chorymi rodzicami, pracy zawodowej i własnego życia rodzinnego jest niewykonalne. Z czegoś trzeba zrezygnować. Tylko z czego? Jak zrezygnować z pracy, gdy jest jedynym źródłem utrzymania? Jak zrezygnować z własnych dzieci czy współmałżonka? To dramatyczne wybory. Każda z tych decyzji niesie ze sobą wiele trudnych emocji. Wiele osób doświadcza stresu. To osłabia odporność, wzrasta podatność na różne choroby, od przeziębienia, po znacznie poważniej-

sze, taka osoba może także borykać się z zaburzeniami natury psychicznej, np. depresją (Iwański 2017, 74).

Innym problemem towarzyszącym podwójnej opiece jest ryzyko utraty sieci kontaktów i izolacja od szeroko pojmowanego otoczenia. To zaś prowadzi do wypalenia, niekiedy depresji czy tzw. syndromu stresu opiekuna, co odbija się także na jego zdrowiu.

Opiekujący się seniorami krewni, nie powinni rezygnować z dotychczasowego życia. Nadal powinni być rodzicami, którzy pełnią swoje podstawowe funkcje, dbając o edukację swoich dzieci i ich rozwój. Wciąż mają być partnerami w swoich małżeństwach. Błędem jest myślenie, że uda się im zaspokoić wszystkie potrzeby rodzica. W konsekwencji jego poczucie bezpieczeństwa zostaje zachwiane, poczucie samodzielności i niezależności ulega naruszeniu, chory ma trudności z kontrolowaniem reakcji emocjonalnych, naruszeniu ulegają normy społeczne (Kurpas 2018, 221).

4. Projektowanie działań prorodzinnych i prospołecznych

Kolejny etap w metodzie zaproponowanej przez A. Leszczyńską-Rejchert jest modelowanie działań podejmowanych na rzecz seniorów. Bez wątpienia należy do nich opieka nad niesamodzielną osobą starszą.

Okres opieki rodziny nad starszą osobą niesamodzielną uznaje się za sytuację niezwykle kryzysową. Może ona zaburzyć równowagę społeczno-psychiczno-biologiczną wielu członków rodziny. Choć w wyniku ujawniających się trudności i kryzysów mogą się uaktywnić charakterystyczne dla wielu osób strategie nawykowe, to jednocześnie na skutek długotrwałych obciążeń mogą się one okazać niewystarczające. Rodzące się kryzysy mogą także prowadzić do działań dezadaptacyjnych (nieumiejętności przystosowania się do nowej zmienionej sytuacji). Ważnymi aspektami w życiu rodzin niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi seniorów okazują się opieka i wiążące się z nią wypalenie sił oraz różnego rodzaju obciążenia.

1. Opieka

Pytania o motywy podejmowania się przez najbliższych opieki nad osobami starszymi nie są wyłącznie pytaniami o ich osobiste postawy i zachowania. Powinny przenosić nasze dociekania na bardziej generalne i abstrakcyjne poziomy. W zinstytucjonalizowanych relacjach opieka oznacza zespół czynności związanych z utrzymaniem fizycznego dobrostanu jednostki i logistyką dnia codziennego. W ten sposób może ona zostać poddana standaryzacji i pomiarowi jakości. Nie da się jednak tego przenieść na grunt rodziny, w której wyraźniej podkreśla się relacyjny charakter opieki bazującej na współzależności (Raclaw 2012, 75).

Opieka nad niesamodzielnymi seniorami od wieków jest domeną najbliższej rodziny. Instytucje publiczne mają zaś na celu wspomaganie tej pierwotnej grupy, udzielając wsparcia. Warto nadmienić, że publiczny system opieki i wsparcia osób starszych

składa się z kilku podstawowych form pomocy świadczonej przez następujące podmioty. Przede wszystkim usługi opiekuńcze realizowane są przez różnego rodzaju ośrodki i placówki pomocy społecznej (zarówno w formie środowiskowej jak i stacjonarnej). Towarzyszą im także działania podejmowane przez sektor ochrony zdrowia.

Opieka nad niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi osobami starszymi wchodzi w zakres działania opieki długoterminowej. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „(...) opieka długoterminowa to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub formalnych (medycznych, społecznych) mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, utrzymanie najwyższej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej” (Jurek 2007, 111–112).

Szczegółowe formy pomocy świadczonej rodzinom opiekującym się osobami starszymi oraz samym seniorom opisane zostały między innymi przez R. Iwańskiego (Iwański 2017, 84-85) oraz P. Gołębiowską (Gołębiowska 2017, 121-131). P. Gołębiowska podkreśla, że w literaturze przedmiotu możemy odnaleźć różne modele opieki nad osobami w wieku podeszłym. Wymienia zaś te, które opisują zależności i sprzężenia między pomocą formalną i pomocą nieformalną (Gołębiowska 2017, 124). Jeden z nich, tzw. hierarchiczny model kompensacyjny zakłada, że to interakcje mają wpływ na rodzaj pomocy, jaki preferuje osoba w wieku podeszłym. Seniorzy w tym modelu preferują swoich współmałżonków jako pierwsze źródło wsparcia, w następnej kolejności są to dzieci, dalsi krewni i przyjaciele. Wsparcie formalne jest ostateczną formą pomocy, w momencie, gdy pomoc nie może być udzielona w obrębie sieci wsparcia rodzinnego i sąsiedzkiego. Z kolei w modelu substytucji zadania w zakresie opieki nad seniorem przez członków rodziny są przekazywane do sfery opieki formalnej. Zgodnie z koncepcją *woodwork effect* raz udzielona pomoc osobie w wieku podeszłym powoduje, że rodzina, a także sam senior, wykazuje postawę roszczeniową w stosunku do instytucji. W tym modelu członkowie rodziny oraz sama osoba starsza dążą do sytuacji, w której instytucje pomocowe rozszerzą usługi opiekuńcze i zwiększą ich wymiar czasowy w stosunku do seniora (Szweda-Lewandowska 2014, 218–219).

2. Opiekun

Opiekunowie rodzinni są niezwykle istotnym ogniwem systemu opieki. Są niezastąpionym źródłem informacji o przebiegu choroby podopiecznego, a także nasilenia poszczególnych jej objawów.

Osobą, która najczęściej pełni rolę głównego opiekuna pacjenta, jest najbliższy członek rodziny. Inni krewni zwykle ograniczają się do udzielania wsparcia w różnym zakresie. Według badań przeprowadzonych przez Ł. Krzyżowskiego, w rodzinach, w których żyje niesamodzielny senior, to kobiety (żony, córki) częściej niż mężczyźni wykonują czynności opiekuńcze (Krzyżowski 2013, 34). Co więcej, to sami seniorzy (niezależnie od płci) preferują kobiety w roli opiekunek. Dlatego w większości przypad-

ków to one przejmują funkcje opieki nad najbliższymi. Wynika to z różnych kwestii: poczucia obowiązku i roli przypisanej stereotypowo kobietom (archetyp kobiety-opiekunki). Oczywiście mówimy tu o bardzo złożonych sytuacjach, których nie wolno generalizować. Ich trudność wynika z emocji, kwestii moralnych; wiele zależy też od więzi rodzinnych, indywidualnej sytuacji rodzin.

Wśród zadań wybieranych przez męskich opiekunów: synów, czy pozostałych męskich członków rodzin, na plan pierwszy wysuwa się realizacja funkcji ekonomicznej. Zdaniem mężczyzn, o wiele lepiej zrealizują oni swoje obowiązki względem bliskich, dbając o zabezpieczenie środków i dóbr potrzebnych do godnej egzystencji seniorów.

Niesprawność, choroby, zwłaszcza te ciężkie i długoterminowe wywołują poważne zmiany w funkcjonowaniu całej rodziny. Prowadzi to przede wszystkim do pogorszenia się jej statusu ekonomicznego, dezorganizacji życia rodzinnego oraz izolacji społecznej poszczególnych członków rodzin (Drukier, Wójta-Kempa 2018, 159). Omawiane trudności wiążą się z kryzysami, które indukują zmiany w rodzinnym systemie wartości oraz dotychczasowym rytmie życia. Dzieje się tak, gdyż to już nie tylko seniorzy, lecz także pozostali członkowie rodziny muszą zmierzyć się z lękiem, niepewnością, żalem, bezsilnością, a nade wszystko przeciążeniem codziennymi obowiązkami.

Stopniowa utrata przez seniora możliwości samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym wymusza, by po pierwsze, ktoś z członków najbliższej rodziny podjął się nad nim opieki. Po drugie, sytuacja taka prowadzi do zmian krótko- lub długoterminowych zajęć pozostałych członków rodziny. To z kolei może stać się powodem napięć i konfliktów. Reakcje członków rodziny na pojawienie się takiej sytuacji są zindywidualizowane i złożone, uzależnione od osobowości, więzi z niesprawnym seniorem, stopnia wrażliwości. Niejednokrotnie sytuacja ta, może jednak połączyć bliskich, wzmocnić więzi między nimi ułatwiając w ten sposób wspólne radzenie sobie z nowym wyzwaniem.

3. Obciążenia opiekunów

Wielu autorów podejmujących się opisu sytuacji rodzin opiekujących się niesamodzielnymi seniorami podkreśla wprost, że choroba u jednego z członków rodziny wywiera silny wpływ na całą rodzinę. Ów wpływ bywa przez nich określany jako „stres w rodzinie” lub „obciążenie rodziny” (*family burden*) (Zięba-Kołodziej 2015, 73). Najszybciej zauważalne jego objawy to chroniczne zmęczenie, bezsenność i drażliwość, którym często towarzyszy poczucie winy, że starania opiekuńcze są niewystarczające.

Powszechnie wiadomo, że osoby pracujące w zawodach związanych z pomocą (lekarz, terapeuta, opiekun, nauczyciel) są narażone na wypalenie zawodowe. Jest to sytuacja, w której człowiek w wyniku przeciążenia pracą i brakiem efektywnego odpoczynku traci siły i energię, nie może dobrze wykonywać swoich zadań. Takie wypalenie może się również przydarzyć komuś, kto – nie zawodowo, ale całkiem prywatnie, w znacznym wymiarze – zajmuje się bliską chorą osobą. Szczególnie narażeni na nie są ci członkowie najbliższej rodziny, którzy poświęcają swoim bliskim cały swój czas, uwagę, wszystkie siły. Odsuwają na bok swoje potrzeby, zainteresowania, pasje i kon-

centrują się wyłącznie na problemach bliskiej osoby. Im bliższa jest im osoba, którą się zajmują, i im dłużej trwa opieka, tym bardziej mogą owo obciążenie może stawać się odczuwalne i doświadczane.

Istnieje kilka obszarów, które najczęściej sprawiają trudności opiekunom. Zwykle mówi się o tym, że taka nieustanna opieka to duży fizyczny wysiłek, związany np. z podnoszeniem chorego, zmienianiem pozycji jego ciała przynajmniej kilka-, kilkanaście razy na dobę. Obciążenia fizyczne są porównywalne z obciążeniami, na jakie narażeni są pracownicy fizyczni. W szczególności wysiłony i narażony na kontuzje jest kręgosłup. To także wszystkie wyczerpujące zabiegi pielęgnacyjne i dbanie o to, by nie doszło do odleżyn, do zapalenia płuc. Trudności może sprawiać też karmienie chorego szczególnie, jeśli wiąże się z tym skomplikowane procedury, jak w przypadku karmienia dożylnego. Jak podkreślają opiekunowie, najtrudniejsze jest dla nich towarzyszenie bliskiej osobie w cierpieniu. Patrzenie, jak codziennie zmaga się ona z bólem i dyskomfortem. Ten szeroki zakres obowiązków wykonywanych przez rodziny na rzecz niesprawnych seniorów, staje się głównym powodem obciążeń, zarówno psychicznych jak i fizycznych.

Obciążenie to zjawisko wielowymiarowe, trudne do jednoznacznego opisanie, które jest jednak przede wszystkim wyrazem psychicznego cierpienia. Zgodnie z używaną aktualnie definicją, pojęcie „obciążenie” (*burden*) powstało na początku lat osiemdziesiątych dla określenia fizycznych, emocjonalnych, materialnych i społecznych kosztów ponoszonych w wyniku opieki członków rodziny nad przewlekle chorym (Rachel et al. 2014). Zostało ono zdefiniowane wówczas jako „skutek, jaki choroba psychiczna wywiera na ludzi żyjących razem z chorym”. Bywa opisywane także jako efekt wpływu choroby pacjenta na rodzinę, trudności odczuwane przez rodzinę, czy też trudności spowodowane przez pacjenta (Kosmala i Kłoszewska 2002).

Na podstawie dostępnej literatury można wyróżnić następujące czynniki wpływające na poczucie obciążenia przez opiekuna: pierwsze, subiektywne, związane bezpośrednio z charakterystyką opiekunów (medyczne, psychologiczne, socjodemograficzne) lub dotyczące podlegającego opiece seniora (np. obraz psychopatologiczny choroby, osobowość), a także drugie, obiektywne, czyli czynniki środowiskowe i społeczne (np. wsparcie rodzinne, funkcjonowanie społeczne, problemy finansowe) (Bartoszek et al. 2019).

Do typowych zagrożeń, wynikających z permanentnej pracy opiekuńczej z niesamodzielnymi osobami starszymi zaliczyć można: zespół wypalenia zawodowego rozumiany jako chroniczna reakcja kryzysowa; doświadczenie tzw. syndromu „niosącego pomoc”; *mobbing* ze strony podopiecznego; depresje, będące skutkiem niewłaściwego, zbyt późnego reagowania na utrwalający się stres (Badura-Madej i Piątek 1996, 196). Zagrożeń tych nie można zlekceważyć.

Warto wspomnieć o dostępnych licznych skalach do oceny obciążenia. Najczęściej stosuje się skalę *Burden Interview* (BI) lub narzędzia skonstruowane na jej podstawie. W Polsce posługiwać się można Kwestionariuszem Poczucia Obciążenia (KPO). Został on stworzony w oparciu o najczęściej spotykane w opiece ograniczenia

z uwzględnieniem rodzimych warunków. W KPO używane są cztery skale. Określają one w pierwszej kolejności ograniczenia osobiste (związane z poczuciem zmęczenia, brakiem wypoczynku i czasu wolnego postrzeganego przez opiekuna), następnie ograniczenia materialne i społeczne (konieczności ograniczenia kontaktów rodzinnych i towarzyskich oraz obciążenia materialnego), dalej emocje negatywne (obejmuje przeżywanie takich emocji, jak: wstyd, strach, złość, napięcie smutek, apatia oraz obawy wynikające z sytuacji sprawowania opieki), a także brak energii–utrata kontroli (rozumiane jako utratę kontroli nad własnym życiem i brakiem satysfakcji) (Raś et al. 2005). W ocenie nasilenia obciążenia istotną rolę odgrywają także zmienne psychologiczne takie jak depresja czy lęk.

Rodziny opiekujące się chorym są nie tylko obciążone przez zadania wynikające z opieki, lecz także poprzez rezygnację z wielu relacji w życiu osobistym. Utrata więzi społecznych opiekunów to istotny czynnik wpływający na wzrost obciążenia. Następstwem tej sytuacji jest poczucie osamotnienia. Autorzy analizujący te zagadnienia wykazali, że są one niemniej istotne niż ograniczenia materialne. Ograniczenia społeczne i osobiste, spowodowane zmęczeniem opieką to zjawiska konkretne, często jednak nie uświadomione w codziennym życiu opiekunów (Kosmala i Kłoszewska 2002).

Nie posiadamy jeszcze specjalnego nazewnictwa określającego osoby obciążone. Czasem mówi się o nich, że są to – zapomniani pacjenci. Jak wynika z doświadczenia, są nimi najczęściej kobiety (żony, córki, synowe, wnuczki). Wykazują one wyższy poziom odczuwalnego stresu, w efekcie czego, dochodzi do pogorszenia się ich kondycji psychicznej i fizycznej. Co bardziej niebezpieczne ich sytuacja często bywa niezauważalna, gdyż nasza uwaga jest zazwyczaj w całości skupiona na schorowanym seniorze.

Rozważania teoretyczne, na temat obciążeń, jakie każdy człowiek może toczyć wewnątrz, nie powodują, że jest się wystraszającą przygotowanym na ich zaistnienie. Obciążenie jako specyficzny typ kryzysu doświadczanego przez jednego z członków rodziny może spowodować jej dysfunkcję. W każdej rodzinie i w stosunkach międzypokoleniowych, jakie w niej zachodzą, potrzebny jest zdrowy rozsądek, sprawiedliwość, a także duża kultura, takt i dyplomacja. Jeżeli wszyscy członkowie rodziny przestrzegają tych zasad, a równowaga pomiędzy oczekiwaniami a możliwościami jest zachowana, łatwiej pomóc obciążonemu krewnemu.

5. Profilaktyka i edukacja gerontologiczna

Wydaje się, że pomijanie w dotychczasowych rozważaniach gerontologicznych tematów poruszających sytuacje członków rodzin osób starszych, można uznać za błąd. Nie dostrzega się problemów opiekunów, a uwagę skupia się głównie na niesamodzielnym seniorze. Na szczęście, pojawiają się już takie opracowania. Przecież w zdecydowanej większości, to najbliżsi krewni udzielają wsparcia i opieki osobom starszym.

Ostatni etap użytej w niniejszym artykule metody, to działania służące profilaktyce i edukacji. Ich celem powinna być: edukacja dotycząca zaprezentowania praktycz-

nych sposobów radzenia sobie z codziennymi problemami opiekunów oraz wzbudzania poczucia bezpieczeństwa w sprawowanej opiece.

1. Potrzeby własne opiekunów

Działania opiekuńcze wobec seniorów podejmowane przez rodzinę są wyrazem dobrowolnego wsparcia. Najczęściej wynikają z tradycji kulturowych. W wielu przypadkach to przede wszystkim od najbliższej rodziny oczekuje się by udzielała pomocy osobom starszym, by rozwiązywała ich problemy. Systemowa interwencja publiczna ma miejsce niestety dopiero wtedy, gdy zaniedbana jest opieka sprawowana przez najbliższych, a w konsekwencji pojawia się konieczność umieszczenia seniora w instytucji.

Jak podkreśla M. Raćław trudno tu jednak nie wspomnieć o polskiej unikatości (Raćław 2012, 77). Jej zdaniem, jesteśmy jednym z niewielu państw zachodnich, w którym wyróżnia bardzo wysoki stopień „urodzinnienia” opieki nad seniorami. W Polsce istnieje znaczny rodzinny potencjał gotowości do wypełnienia obowiązków opieki i związana z nim praktyka społecznego działania. M. Raćław nazywa to „potencjałem wspólnotowych więzów”. Dodaje przy tym, że członkowie rodzin, którzy *de facto* są opiekunami nieformalni stają się przez to „podmiotami niewidocznymi”. Podejmując własne działania, z wielu i różnych powodów pozostają bez wsparcia ośrodków pomocy społecznej. Choć jest to błędne przyjmuje się, że jeżeli sami nie zgłaszają problemów, to tych problemów nie ma, zatem trudności nie występują.

Wielu opiekunów skarży się, że wszyscy ich zostawili z problemem. W wielu przypadkach jest to prawdą. Przyczyn takiej sytuacji jest wiele. Niektórzy członkowie rodziny po prostu nie chcą dokładać sobie kłopotów i obowiązków. Sami czują się przeciążeni; boją się spotkania z chorym, swoich uczuć i myśli o tym, że sami kiedyś mogą znaleźć się podobnej sytuacji (opiekuna lub chorego); nie potrafią zrozumieć położenia bliskiej osoby, uważają, że „przesadza i koloryzuje”. Zdarzają się sytuacje, w których rodzina chce pomóc. Opiekun (najczęściej małżonka), mimo że pragnie wsparcia, to odsuwa dorosłe dzieci z miłości do nich – nie chce by doświadczali tak trudnych sytuacji, woli zacisnąć zęby i wziąć to na siebie. Czasem sobie myśli: „Kto, jak nie ja” i w tym przekonaniu o własnej niezłomności przejmuje obowiązki całej rodziny, nie skarżąc się nikomu. Przemęczenie powoduje, że gdy zadzwoni ktoś bliski, to nawet nie odbiera telefonu. Kiedy już odbierze, mówi, że boli ją głowa i porozmawia („oczywiście chętnie”), ale nie teraz.

Uświadomienie sobie przez opiekunów własnych potrzeb oraz zwerbalizowanie problemów to pierwszy i konieczny krok, by chcieli i mogli je zaspokajać. To z kolei powinno prowadzić do podejmowania dalszych określonych aktywności. Takie aktywności mogą przyczynić się także do kształtowania postaw otwartości wobec świata i otoczenia oraz umożliwić doświadczanie doskonalenia siebie. W konsekwencji powinno to doprowadzić do budowania poczucia własnej wartości (Wróblewska 2017, 139).

Osoby opiekujące się niesamodzielnym seniorem starają się nim zająć jak najlepiej potrafią. Nie mają jednak pewności, czy trafnie odczytują jego potrzeby. To często powoduje u samego opiekuna frustrację, rozdrażnienie, zły humor. Tym bardziej należy

podkreślać, że jest ona/on człowiekiem, nie robotem. Mają prawo mieć „gorsze dni”, mogą nie dać sobie rady, czuć się zmęczeni czy odczuwać słabość i złość. Szczególnie narażeni na takie stany są ci, którzy poświęcają bliskiej osobie cały swój czas, uwagę, wszystkie siły. Odsuwają na bok swoje potrzeby, zainteresowania pasje i koncentrują się wyłącznie na problemach podopiecznego. W takiej sytuacji niezwykle ważne staje się pytanie: czy potrafią wówczas poprosić o pomoc?

Co może zrobić opiekun, gdy dostrzeże, że dociera do kresu sił? Tak jak uważnie przygląda się podopiecznemu i z troską reaguje na jego potrzeby, tak samo powinien obserwować siebie. Jeśli zauważy, że siły go opuszczają, a sytuacja związana z opieką nad chorym staje się trudna do wytrzymania, powinien poszukać pomocy, może nawet zastępstwa na jakiś czas. Dać sobie chwilę, odpocząć, wyjechać na kilka dni, naładować akumulatory, skoncentrować się na swoich potrzebach. Potem z nową energią wrócić do opieki.

Wiele osób opiekujących się bliską im osobą czuje radość z tego, że może pomóc, że są potrzebni. Cieszą się, gdy dostrzegają poprawę lub gdy udaje się utrzymać stabilny stan zdrowia. Dzieje się tak szczególnie, gdy wspieranie i towarzyszenie nie następuje zbyt dużych trudności, nie przekracza możliwości opiekuna lub gdy ma on wsparcie innych osób: rodziny czy przyjaciół. Niezwykle wzmacniającą dla opiekunów jest także reakcja podopiecznego: uśmiech i zwykłe „dziękuję”. Wdzięczność i docenienie naszego zaangażowania, potrafią być wielkim zastrzykiem energetycznym. Niestety często senior nie jest w stanie komunikować się w taki sposób, jak przed chorobą. Może wypowiadać tylko kilka słów lub nic nie mówić, może też mieć słabą gestykulację i mimikę twarzy. Wtedy częściej konieczne jest zgadywanie, co jest potrzebne naszemu bliskiemu i zapewnić opiekę, kierując się intuicją i naszą wiedzą o tej osobie (Czernik 2016, 158).

Biorąc pod uwagę wielość problemów, z jakimi stykają się opiekunowie niesamodzielnymi seniorów, ich odciążenie, chociażby czasowe, jest niezwykle ważne. Istotną rolę odgrywa w tym momencie wsparcie ze strony otoczenia oraz instytucjonalna pomoc.

2. Formy i sposoby wsparcia opiekunów

Sprawowanie długotrwałej opieki nad niesamodzielną osobą starszą to czynność, w której nie można zapominać o opiekunie. Doświadczenie wskazuje, że należy taką osobę otoczyć życzliwym wsparciem i troską. Opiekujący się seniorami powinni być motywowani, aby nie zaniedbywali własnego zdrowia, zapewnili sobie odpoczynek oraz ustali granice między własnym życiem a obowiązkami wynikającymi z opieki.

W najnowszej literaturze pedagogicznej pojawiają się artykuły opisujące praktyczne formy i metody wsparcia opiekunów. Na szczególną uwagę zasługują teksty przywoływanych już P. Gołębiowskiej, I. Wróblewskiej, B. Zięby-Kołodziej, A. Jedynaka. Autorzy ci dokonują nie tylko szczegółowej diagnozy rzeczywistości, w jakiej funkcjonują osoby opiekujące się swoimi bliskimi, lecz także podają szereg praktycznych sposobów i strategii radzenia sobie z obciążeniami i szeroko rozumianymi zespołami wyczerpania sił.

Jak wobec tego można pomóc osobom pełniącym funkcje opiekunów? Oto kilka podstawowych form pomocy, opracowanych na podstawie wymienionych wyżej artykułów. Jako pierwsze należy wymienić wsparcie informacyjne, czyli poszerzenie wiedzy na temat choroby seniora, jej przebiegu i możliwości leczenia. Po drugie, udostępnienie bliskim ważnych i istotnych informacji dotyczących choroby i opieki (dawkowania leków, numerów telefonów do lekarzy, terminów wizyt lekarzy i rehabilitantów). Po trzecie, korzystanie ze wsparcia psychologicznego (także w postaci grupy terapeutycznej, w której opiekun może wyrazić swoje emocje i odczucia związane z opieką nad chorym). Po czwarte, czasowe odciążenie; wynajęcie na parę godzin innego opiekuna. Wtedy opiekun może zrobić coś dla siebie: odpocząć, pójść do fryzjera czy do sklepu. Warto jednak pamiętać, by w tym czasie nie dzwonić co chwilę do opiekuna, by sprawdzić, czy wszystko w porządku. Może poczuć się kontrolowany. Po piąte, warto pomyśleć o tzw. urlopie wytchnieniowym, np. opiekun wymaga hospitalizacji, powinien pojechać na turnus rehabilitacyjny albo potrzebny mu jest krótki wyjazd wypoczynkowy, by zregenerować siły. To tylko niektóre z form postępowania, które mogą pomóc opiekunom w przełamaniu poczucia osamotnienia. Dzięki nim mogą oni łatwiej uzyskać wsparcie najbliższych w podejmowanych decyzjach i działaniach.

Równie ważne jest to, aby w miarę możliwości rozłożyć w rodzinie poczucie odpowiedzialności i dzielić się obowiązkami. Opiekun musi pozwolić otoczyć się opieką, musi czuć, że nie został sam, że ma skąd otrzymać pomoc, i to nie tylko finansową. Troska o jakość życia opiekuna przekłada się bezpośrednio na komfort i jakość życia osoby, którą się opiekuje. Dlatego trzeba rozmawiać z rodziną, dzielić się obowiązkami, korzystać z pomocy specjalistów. Nie oczekiwać, że ktoś bliski się domyśli. Wielokrotnie bliscy krępują się zaoferować pomoc – z bardzo różnych powodów, np. by nie urazić, nie dać rodzicowi do zrozumienia, że ten sobie nie radzi. Wówczas należy raczej spokojnie, jasno i rzeczowo powiedzieć dzieciom o swoich potrzebach. Regeneracja sił jest opiekunom bardzo potrzebna. Sprawowanie długoterminowej opieki bywa bardzo obciążające dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Co ciekawe, czasem taka przerwa jest też potrzebna choremu seniorowi.

Wśród wielu strategii radzenia sobie z zespołem wypalenia sił, warto przytoczyć dwie. Autorem pierwszej jest A. Jedynak. Składają się na nią następujące etapy: 1) ustalenie realistycznych celów, 2) wykonywanie tych samych czynności w inny sposób, 3) robienie częstych przerw w pracy, 4) traktowanie spraw mniej osobiście 5) większe podkreślanie pozytywów, 6) samoobserwacja swoich objawów fizycznych, 7) znajdowanie czasu na własne hobby i przyjemności, 8) stosowanie technik dekompresji fizycznej (Jedynak 1992).

Druga ze strategii to tzw. „zasada maski tlenowej”. W samolocie przed startem załoga uczy pasażerów, jak postępować w nagłych przypadkach, na przykład, gdy ciśnienie w kabinie gwałtownie spadnie. Należy wtedy użyć ratującej życie maski tlenowej, zawsze w takiej kolejności: najpierw zakładam maskę sobie, dopiero potem osobie, którą mam pod opieką (choćby dziecku). Jeśli ja przestanę oddychać i stracę przytomność, nikomu już nie pomogę. Od mojego stanu zależy życie innych ludzi. Tę zasadę

często się przywołuje w różnych sytuacjach, kiedy jedna osoba ma pod swoją opieką drugiego człowieka. Pedagodzy i terapeuci przypominają, by opiekun dbał o swoje siły, odpoczywał, regenerował się, w przeciwnym razie osłabnie i nie będzie mógł pomóc zależnej od niego osobie.

Opiekunowie balansują pomiędzy powinnością a chęcią ucieczki od narzuconego sobie obowiązku. W takiej sytuacji dostrzega się coraz większą konieczność ich wsparcia i pomocy. Chodzi tu o wsparcie psychiczne, merytoryczne, społeczne, ale i także systemowe.

Zakończenie

Mówi się w kontekście opieki nad dziećmi, że „kochać trzeba mądrze”. Gdy opieka dotyczy bliskich chorych czy seniorów, to hasło jest tak samo prawdziwe. Opiekując się osobą bliską, opiekun powinien myśleć tyle samo o sobie, co o seniorze. Kiedy będzie zdrowy i wypoczęty, jego podopieczny tylko na tym zyska. Kiedy uzna, że jest mu trudno, nie najlepiej się czuje, nie powinien odkładać odpoczynku na później. Dbając o siebie, dbasz o najbliższych – to kolejne motto, które powinno towarzyszyć opiekunom.

Na zakończenie warto przypomnieć, że jeśli chory ma świadomość, że przez jego stan rozpada się kariera albo małżeństwo dziecka, jest to dla niego ogromne obciążenie. Zmniejsza się chęć do życia. Pojawiają się myśli, że jego śmierć przyniosłaby ulgę rodzinie. Także z tego powodu warto, by opiekunowie dbali o siebie, regenerowali siły i korzystali z pomocy w opiece. To nie wygodnictwo, brak lojalności czy miłości, czasem jest to jedyna słuszna droga.

LITERATURA

- Badura-Madej, Wanda. Piątek, Jadwiga. 1999. Stres związany z pomaganiem ludziom w kryzysach, W.; *Poradnik dla pracowników socjalnych*, red. Wanda, Badura-Madej. 196-204. Warszawa: Biblioteka Pracownika Socjalnego.
- Bartoszek, Agnieszka. Ślusarska, Barbara. Kocka, Katarzyna. Deluga, Alina. Kachaniuk, Hanna. Nowicki, Grzegorz. Piasecka, Katarzyna. 2019. Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych. *Gerontologia Polska*, 27(2019), 208-214.
- Bojanowska, Elżbieta. 2012. *Ludzie starsi w rodzinie i w społeczeństwie*, W: Józefina, Hryniewicz. *O sytuacji ludzi starszych*, 19-33. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Chmura, Maria. 2009. Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię. *Roczniki Psychologiczne*, 2(2009), 104-128.

- Czernik, Ewa. 2016. *Opiekuję się bliskim mam dość!*, W: *Jesień życia? Wiosna możliwości, Przewodnik po późnej dorosłości*. red. Monika, Mularska-Kucharek M., Ewa Czernik, 151-166. Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- Drukier, Arkadiusz. Wójta-Kempa, Monika. 2018. *Potrzeby socjalne chorych i ich rodzin – zasady udzielania pomocy*, W: *Opieka paliatywna, poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów*, red. Elżbieta Krajewska-Kułał et. al. 158-172. Warszawa: Engram Difin.
- Dziechciarz, Małgorzata. 2017. *Metody wspomagające opiekunów w organizacji dnia osoby niesamodzielnej. Metody skutecznej komunikacji z osobą starszą*, W: *Opieka nad osobą starszą niesamodzielną*, red. Izabela, Wróblewska. Małgorzata, Dziechciaż. Katarzyna, Wieczorskowska-Tobis. Sławomir, Tobis. 151-174, Wrocław: Biblioteka Nestora.
- Fabiś, Artur. Wąsiński, Arkadiusz. 2008. *Dorosłość wobec starości. Opiekun osób starszych. Więcej frustracji czy satysfakcji*, W: *Oczekiwania-Radości-Dylematy*, red. Renata Konieczna-Woźniak, 227-237. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
- Gołębiowska, Paulina. 2017. Zagrożenia w pracy z osobami starszymi – wybrane zagadnienia, *Annales Universitas Marie Curie-Skłodowska, Sectio J Paedagogika-Psychologia*, 4 (2017), 121-131.
- Grotowska-Leder, Jolanta, Roszek, Katarzyna. 2016. Sandwich generation? Wzory wsparcia w rodzinach trzypokoleniowych. Na przykładzie mieszkańców dwóch gmin województwa świętokrzyskiego. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Iwański, Rafał. 2017. *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, Warszawa: CeDeWu.pl.
- Jażwińska-Motyłska, Ewa. Kielczowska, Marta, Kordasiewicz, Anna, Pędziwiatr, Konrad, Radziwnowiczówna, Agnieszka. 2014. Społeczne konsekwencje starzenia się populacji ze szczególnym uwzględnieniem zmian relacji opiekuńczych, Warszawa: *Studia i Materiały*.
- Jedynak, Andrzej. 1992. Jak radzić sobie z syndromem wypalenia, *Gestalt* 5(1992), 26-28.
- Jurek, Łukasz. 2007. Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów, *Gerontologia Polska*, 4(2007), 111-112.
- Kilian, Marlena. 2020. *Funkcjonowanie osób w starszym wieku*, Warszawa: Engram Difin.
- Kliszcz, Joanna. 2019. *Psychologia w zawodzie i w pracy opiekuna medycznego*, Gdańsk: GWP.
- Kosmała, Krystyna. Kłoszewska, Iwona. 2002. Poczucie obciążenia opieką u opiekunów osób otępiałych, *Rocznik Psychogeriatryczny*, 5 (2002), 95–105.
- Krakowiak, Piotr. Krzyżanowski, Dominik. Modlińska, Aleksandra. 2011. *Przewlekle chore w domu, Lubię pomagać*, Gdańsk: Fundacja Hispitycyjna.
- Kretek-Kamińska, Agnieszka. Kukulak-Dolata, Iwona. Krzewińska Aneta. 2020. *Wsparcie osób niesamodzielnych, Perspektywa opiekunów i podopiecznych*, Łódź: Wyd. Uniwersytet Łódzki.

- Krzyżowski, Łukasz. 2013. *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice, Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*, Warszawa: Scholar.
- Kurpas, Donata. 2018. Reakcje i potrzeby psychiczne chorych i ich rodzin, W: *Opieka paliatywna, poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów*, red. Elżbieta Krajewska-Kula, et. al., 219-229. Warszawa: Engram Difin.
- Mordarski, Sylwester. Trypka, Elżbieta. 2013. *Oswoić ból. Jak skutecznie radzić sobie z bólem fizycznym i psychicznym w wieku senioralnym*, Wrocław: Biblioteka Nestora.
- Mularska-Kucharek, Monika, Czernik, Ewa. 2016. *Jesień życia? Wiosna możliwości, Przewodnik po późnej dorosłości*, Łódź: Wyd. Uniwersytet Łódzki.
- Pięta, Jan. 2014. *Pedagogika czasu wolnego*, Warszawa: Frel.
- Rachel, Wojciech., Datka, Wojciech. Zyss, Tomasz, Zięba, Andrzej. 2014. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera, *Gerontologia Polska*, 1 (2014), 14-23.
- Raław, Mariola. 2012. *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy*, W: red. Józefina, Hryniewicz, *O sytuacji ludzi starszych*, 71-82. Warszawa: Rządowa rada Ludnościowa.
- Radecki, Edward. 2019. *Potrzeby seniorów – wyzwania i zarządzanie nimi w ramach polityk publicznych. Razem czy osobno?, Około pedagogii*, 1(2019), 23-37.
- Raś, Paweł. Opała, Grzegorz. Ochudło, Stanisław. 2005. Kwestionariusz poczucia obciążenia osób opiekujących się chorymi z otępieniem — nowe narzędzie badawcze, *Psychogeratria Polska*, 2(2005), 21-32.
- Szatur-Jaworska, Barbara. Błędowski, Piotr. Dziegielewska, Małgorzata. 2006. *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.
- Szukalski, Piotr. 2017. *Sytuacje rodzinne i potrzeby opiekuńcze ludzi w podeszłym wieku w Polsce*, W: red. Mateusz, Cybulski. Elżbieta, Krajewska-Kula, 209-221, *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, Warszawa: PZWL.
- Szweda-Lewandowska, Zofia. 2014. *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, W: Koczur, Wiesław. Rączaszek, Andrzej. *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, 215-224. Katowice: Wydawnictwo UE.
- Szweda-Lewandowska, Zofia. 2017. *Opieka nad osobami starszymi, Wspierający i wspierani*, Łódź: Wyd. Uniwersytet Łódzki.
- Wróblewska, Izabela. 2017. *Opiekun osoby starszej – skutki psychologiczne i fizyczne długotrwałej opieki nad bliskimi*, W: red. Izabela, Wróblewska. Małgorzata, Dziechciaż. Katarzyna, Wieczorskowska-Tobis, Sławomir, Tobis. *Opieka nad osobą starszą niesamodzielną*, 125-150, Wrocław: Biblioteka Nestora.
- Zięba-Kołodziej, Beata. 2015. *Pedagogika opiekuńcza, perspektywy myślenia o rodzinie*, Warszawa: Engram Difin.

Publikacje elektroniczne

CBOS. 2017. Niepełnosprawni wśród nas. Dostęp 14.02.2021. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_169_17.PDF

IPiSS. 2012. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Dostęp 12.02.2021. http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf