



Anna Pyszkowska

Uniwersytet Śląski
E-mail: a.pyszkowska@gmail.com

Michał Naczyński

Uniwersytet Śląski
E-mail: naczynski.m@gmail.com

Wsparcie społeczne, samoocena i
jakość życia nieformalnych opiekunów
osób starszych / *Social support, self-esteem
and quality of life of informal caregivers of elderly
people*

Abstract

Aging society challenges with questions of not only how but mostly who will take care of an increasing number of elderly people. Research shows that the care situation causes stress, sense of isolation and depression amongst caregivers who most frequently are family members. The aim of this study was to examine differences between informal caregivers and control group of non-caregivers consisted of 78 participants aged 35-60. The study compared variables including social support from family, friends and professionals and self-esteem. The investigation showed no statistically significant differences between groups. It is assumed that cultural factors played a significant role in given results as further research is required.

Key words: informal caregivers; elderly people; comparative research

Postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa jest aktualnym tematem zarówno w badaniach naukowych, jak i debatach publicznych. W 2013 r. grupa osób po 65. r.ż. stanowiła aż 14,7% ogółu ludności (GUS 2014: 33). Ze względu na specyfikę tej grupy wiekowej pojawia się pytanie w jaki sposób (i przez kogo) będą zaspokajane potrzeby osób starszych.

1. OSOBY STARSZE W POLSKIM SPOŁECZEŃSTWIE.

Ograniczenia fizyczne i finansowe osób starszych sprawiają, że są one narażone na szeroką marginalizację ze względu na pogarszający się stan zdrowia, jak i niskie świadczenia socjalne. Stereotyp osoby starszej jako potrzebującej pomocy i nie spełniającej wymogów młodości nie uwzględnia heterogeniczności zachodzącej w tej grupie, którą gerontolodzy uchwycili przy klasyfikacji seniorów na: młodszych starszych (60-75 lat), starszych starszych (75-85) i najstarszych starszych (powyżej 85 lat) (Bee 2004: 545).

Pozytywny niegdyś wizerunek osoby starszej, kojarzonej z doświadczeniem i życiową mądrością, zastąpiony został przez stereotyp podkreślający niedołęźność, biedę i bliskość śmierci. Społeczne postrzeganie osób starszych negatywnie wpływa na seniorów, którzy utożsamiają się z nim, co w konsekwencji prowadzi do wycofania (Łukomska, Wachowska 2008: 51). Współczesne zmiany społeczne sprawiły, że osoby te częściej żyją samotnie, mimo to rodzina nadal traktowana jest w kategoriach najważniejszej grupy odniesienia (Synak 2000: 14).

Polskie społeczeństwo prezentuje porządek moralny, w którym funkcjonuje przekonanie, że to rodzina powinna zajmować się opieką nad seniorami. Wyniki projektu SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), badającego między innymi stosunek wobec osób starszych wśród czternastu krajów Unii Europejskiej, wskazały, że ponad 50% Polaków twierdzi, że wyłącznie rodzina jest odpowiedzialna za opiekę nad osobami starszymi (Krzyżowski 2012: 134-135).

W raporcie nt. sytuacji demograficznej osób starszych w Polsce Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że do 2050 roku ich odsetek w społeczeństwie wyniesie 31-36% (GUS 2014: 34). Powodem tego wzrostu jest wejście w wiek post-produkcyjny osób urodzonych w wyżowej dekadzie lat 50. oraz sukcesywne wydłużanie się życia. Zgodnie z prognozą mężczyźni urodzeni w 2050 roku będą żyli średnio o 9 lat dłużej niż ci urodzeni w 2013 (81,1 lat), a kobiety ponad sześć lat dłużej niż obecnie (87,5 lat) (GUS 2014: 35-36).

2. NIEFORMALNI OPIEKUNOWIE OSÓB STARSZYCH.

Nieformalny opiekun osoby starszej to osoba, która zajmuje się seniorem ponad 4 godziny tygodniowo i nie pobiera za to wynagrodzenia (EUROFAMCARE 2006: 3). W ramach opieki dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego osobie starszej, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą (Rosochacka-Gmitrzak 2011: 140). Do podstawowych form opieki należą: wsparcie emocjonalne, instrumentalne czynności wykonywane w domu i poza nim (transport, przygotowanie posiłków, zakupy), pielęgnacja i higiena (kąpanie, karmienie, ubieranie, zmienianie pampersów), nawiązywanie i koordynowanie kontaktów z instytucjami (Hooyman i Kiyak 2011: 394). Próba realnego oszacowania liczby opiekunów jest utrudniona ze względu na brak ogólnego rejestru osób pełniących opiekę (wyjątek stanowi wykaz osób pobierających świadczenia socjalne).

Choć sprawowanie roli nieformalnego opiekuna negatywnie wpływa na zdrowie jednostki (Grochmal-Bach 2007: 224-227), odczucie dystresu jest kwestią indywidualną. Badania nakreślają kilka powodów, dla których opieka wcale nie musi być traktowana jako sytuacja obciążająca. Wielu opiekunów podejmuje decyzję o podjęciu swojej roli z wyboru, w dodatku może być ona nagradzającym doświadczeniem, zwłaszcza gdy jest rozważane jako szansa na przedłużenie wzajemnie satysfakcjonującej relacji. Obciążenie jest postrzegane jako proces, dlatego jego natężenie może pojawiać się na różnych etapach rozwoju relacji opiekuńczej i mieć indywidualny przebieg (Cree 2010 za: Rosochacka-Gmitrzak 2011: 146-147).

W latach 2003-2004 międzynarodowy projekt badawczy EUROFAMCARE miał na celu poszerzenie wiedzy na temat opiekunów osób starszych w sześciu europejskich krajach, w tym w Polsce. Opublikowane w 2006 roku wyniki wskazały duże braki w dziedzinach takich jak: poziom usług opieki społecznej, infrastruktura dla osób z niepełnosprawnością, biurokratyzacja, niski poziom dotychczas otrzymywanej pomocy. Kobiety stanowią większość w obu grupach, tj. opiekunów oraz seniorów. Średnia wieku opiekunów w Europie wynosi 55 lat, wiek seniorów oscyluje powyżej 80-ciu, najczęściej są to osoby z niepełnosprawnością fizyczną. Niemal 50% opiekunów to dzieci osób starszych (jedynie w Szwecji odnotowano wysoki odsetek współmałżonków). Mniej niż połowa osób zajmujących się opieką nad starszymi to opiekunowie zawodowi (EUROFARMACE 2006: 7).

Zaledwie 2,5 procent osób powyżej 75. r.ż. korzysta w Polsce z Domów Opieki Społecznej (DPS) – umieszczenie tam seniora zwykle rozważane jest wtedy, gdy niemożliwa staje się opieka w domu lub gdy osoba starsza jest samotna i nie ma rodziny, która mogłaby się nią zaopiekować (Szweda-Lewandowska 2011: 167-168). Polacy cechują się rosnącą zaradnością indywidualną i niskim zaufaniem do instytucji (Czapiński i Panek 2013: 378), niechętnie korzystają więc z profesjonalnej pomocy (lekarze, pomoc społeczna). Oddanie osoby niedołączyonej do domu opieki lub hospicjum traktowane jest jako ostateczność.

3. PSYCHOFIZYCZNE KONSEKWENCJE SPRAWOWANIA OPIEKI.

Większość nieformalnych opiekunów łączy opiekę z obowiązkami zawodowymi. Grupa ta wykazuje obciążenia psychiczne, takie jak stres, poczucie bezradności, negatywny wpływ na życie osobiste i towarzyskie (Perek-Białas i Stypińska 2010: 144-145). Literatura wskazuje na możliwość pojawienia się zespołu opiekuna wśród opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Składa się na niego zespół objawów fizycznych, psychospołecznych i psychosomatycznych, potęgowany przemęczeniem (Grochmal-Bach 2007: 224-227). Sprawowanie całodobowej opieki powoduje wzrost poczucia odpowiedzialności za chorego i miesza się z poczuciem winy, co doprowadza do zachowań lękowych, a nawet agresywnych. Rodzina osób z chorobą otępienną może mieć poczucie wstydu przed otoczeniem, co prowadzi do izolacji i wycofania się z kontaktów społecznych (tamże).

Długoletni opiekunowie mają obniżoną odporność immunologiczną, często cierpią na nadciśnienie tętnicze i wykazują objawy zaburzeń depresyjnych. Dystres

wpływa na zmiany hormonalne oraz dezorganizację nawyków zdrowotnych, co przekłada się na problemy ze snem i odżywianiem (Pinquart i Sorensen 2007: 127). W literaturze angielskojęzycznej opiekunów określa się mianem *forgotten patients* (ukryci lub zapomniani pacjenci), bo mimo że to oni występują w relacji z chorym w roli osoby wspierającej (a więc teoretycznie zdrowej), to sytuacja sprawowania opieki ma negatywny wpływ na jakość ich życia i zdrowia, a ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych w tej grupie waha się od 28% do 55% (Rachel i Turkot 2015: 59-60).

Pozytywny odbiór sytuacji opieki determinują głównie przeszłe doświadczenia, zanim osoba stała się chora i zależna (Raś i Opala, 2001: 94-99). Dobra relacja poprzedzająca chorobę sprawia, że dzieci opiekujące się chorymi rodzicami rzadziej wykazują objawy depresyjne czy poczucie straty. Dzieci zajmujące się rodzicami chorymi na Alzheimera rzadziej wykazują negatywne tendencje w porównaniu ze współmałżonkami, na których spada odpowiedzialność opieki. Zmiana ról w hierarchii rodzinnej (z tych, którymi niegdyś się opiekowano na tych, którzy teraz roztaczają opiekę) jest najtrudniejszym etapem w procesie opieki i trwa około roku, wymagając od opiekuna ogromnego wysiłku i często doprowadza do depersonalizowania rodzica. Kiedy ten etap mija, relacje z pacjentem stabilizują się, a sytuacje nagradzające takie jak dobre samopoczucie chorego i pozytywna reinterpretacja zdarzeń chronią przed spadkiem zaangażowania i motywacji, poczuciem winy i wstydu (Wojtyna i Popiołek 2012: 250-251).

4. PROBLEM BADAWCZY.

Badanie miało na celu scharakteryzowanie nieformalnych opiekunów osób starszych pod kątem wybranych zmiennych psychologicznych oraz odpowiedzenie na dwa pytania:

1. Czy istnieją różnice pomiędzy nieformalnymi opiekunami osób starszych a zbliżoną wiekowo grupą kontrolną pod względem mierzonych zmiennych psychologicznych?
2. Czy istnieją związki pomiędzy wpływem, wartością i jakością opieki a samooceną opiekunów oraz wsparciem społecznym?

W wyniku analizy literatury tematu wybrano dwa konstrukty mogące różnicować badanych: wsparcie społeczne i samoocenę.

Wsparcie społeczne to rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacyjnej, emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana może być jedno- lub dwustronna, stała lub zmieniać się (Kmieciak-Baran 1995: 204).

Samoocena to pozytywna lub negatywna postawę wobec siebie: wysoki poziom samooceny oznacza, że osoba uważa siebie za wartościową i wystarczająco dobrą, niski poziom to z kolei przekonanie o niezadowoleniu z własnego Ja (Rosenberg 1965: 30-31).

5. METODY.

Badanie przeprowadzono drogą kwestionariuszową metodą papier-ołówek. Badanych proszono o wypełnienie ankiety dotyczącej podstawowych danych socjo-demograficznych oraz udzielenie informacji na temat seniora, którym się opiekują (wiek, rodzaj dysfunkcji). Następnie przedłożono im trzy kwestionariusze:

Skala Samooceny SES M. Rosenberga.

Do badania samooceny wykorzystano Skalę Samooceny SES M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny. Kwestionariusz liczy dziesięć itemów, które składają się na jeden czynnik mierzący ogólny poziom samooceny traktowany jako stosunkowo stałą cechę. Wartość współczynnika rzetelności wewnętrznej α -Cronbacha polskiej wersji metody w badanych grupach waha się pomiędzy 0,81 a 0,83, w tym 0,82 dla grupy dorosłych (Łaguna et al. 2007: 78).

Skala Wsparcia Społecznego K. Kmieciak-Baran.

Skala bada cztery rodzaje wsparcia społecznego: emocjonalne, wartościujące, instrumentalne i informacyjne. Umożliwia obliczenie globalnego wskaźnika wsparcia dla określonych grup, w badaniu rozpatrywano wsparcie otrzymywane od rodziny, znajomych oraz lekarzy (terapeutów). Każda podskala liczy 6 pytań (trzy pozytywne i trzy negatywne), razem 24 itemy. Podskale posiadają wartość współczynnika α -Cronbacha w przedziale 0,70-0,83 (Kmieciak-Baran 1995: 201-214).

Kwestionariusz COPE-Index.

Kwestionariusz COPE-Index został stworzony w ramach projektu EUROFAM-CARE do rozpoznawania celowości wspierania nieformalnych opiekunów osób starszych. Składa się z 15 pytań i zawiera trzy podskale: Negatywny Wpływ Opieki (odczuwany stres), Pozytywna Wartość Opieki (odczuwana satysfakcja z opieki) oraz Jakość Wsparcia (odczuwane wsparcie w pełnieniu roli opiekuna). α -Cronbacha dla poszczególnych podskal wynoszą kolejno: 0,83, 0,64 i 0,66 (Balducci et al. 2008: 281).

6. WYNIKI.

Wszystkich obliczeń dokonano w programie STATISTICA 10PL.

W badaniu wzięło udział 78 osób, w tym 59 kobiet (75,64%) i 19 mężczyzn (24,36%). 42 osoby były opiekunami osób starszych (10 mężczyzn, 32 kobiety), a 36 przynależało do grupy kontrolnej (9 mężczyzn, 27 kobiet). Wiek badanych wynosił od 37 do 64 lat ($M=51,33$; $SD=5,54$), gdzie opiekunowie 37-63 ($M=51,57$; $SD=6,63$) a grupa kontrolna 43-64 ($M=51,06$; $SD=3,96$). Wiek nie różnicował grup ($t=0,40$; $df=76$; $p=0,68$). Tabela 1. prezentuje status zawodowy badanych, zaś tabela 2. subiektywną ocenę zdrowia.

Opiekunowie	Grupa kontrolna	Łącznie	
Pełny wymiar godzin	22 (52,38%)	29 (80,56%)	51 (65,38%)
Niepełny wymiar godzin	8 (19,05%)	5 (13,88%)	13 (16,67%)
Emerytura/renta	5 (11,91%)	1 (2,78%)	6 (7,69%)
Bezrobocie	7 (16,66%)	1 (2,78%)	8 (10,26%)

Tabela 1. Status zawodowy badanych

	Opiekunowie	Grupa kontrolna	Łącznie
Bardzo dobrze	2 (4,76%)	9 (25,00%)	11 (14,10%)
Dobrze	22 (52,38%)	20 (55,56%)	42 (53,85%)
Przeciętnie	18 (42,86%)	6 (16,67%)	24 (30,77%)
Źle	0	1 (2,78%)	1 (1,28%)

Tabela 2. Subiektywna ocena zdrowia badanych

Opiekunowie pełnili funkcję nieformalnych opiekunów osób starszych głównie nad rodzicem (54,76%) lub teściami (26,19%), rzadziej przyjacielem (4,76%) i rodzeństwem (2,38%), a także innymi osobami (11,90%). Podopieczni byli w wieku 66-92 lata ($M=79,90$; $SD=5,90$). Zwykle badani mieszkali wspólnie z podopiecznymi (47,62%), blisko nich (33,33%), najmniej osób mieszka 30 minut jazdy samochodem (19,05%) – nikt z badanych nie mieszkał około godziny drogi samochodem od podopiecznego. Podopieczni cierpieli najliczniej na choroby fizyczne lub niepełnosprawność (50,00%) i neurodegeneracyjne (35,71%), rzadko na lęk i samotność (9,52%), czy choroby psychiczne (4,76%).

W tabeli 3. zaprezentowano statystyki opisowe zmiennych oraz wyniki testu normalności rozkładu. Interesujące okazują się rozkłady Negatywnej i Pozytywnej Wartości Opieki oraz Jakości Wsparcia – zmienne są silnie prawoskośne oraz mocno leptokurtyczne, co świadczy o skoncentrowaniu natężenia tych zmiennych wokół wartości niskich.

	Średnia	Odch. std.	Skośność	Kurtoza	W	p
Ogólne Wsparcie Rodzinne	50,14	9,11	0,93	1,69	0,95	0,01*
Informacyjne Wsparcie Rodzinne	10,87	2,96	1,03	1,86	0,92	0,00*
Instrumentalne Wsparcie Rodzinne	12,51	4,06	0,33	-0,63	0,96	0,02*
Wartościujące Wsparcie Rodzinne	11,44	3,16	1,14	3,12	0,93	0,00*
Emocjonalne Wsparcie Rodzinne	15,32	1,74	1,40	2,05	0,84	0,00*

Ogólne Wsparcie Znajomych	54,71	9,79	0,23	-0,11	0,99	0,60
Informacyjne Wsparcie Znajomych	12,05	3,10	0,58	1,45	0,95	0,00*
Instrumentalne Wsparcie Znajomych	14,24	4,34	-0,01	-0,72	0,98	0,18
Wartościujące Wsparcie Znajomych	12,45	2,77	0,27	-0,75	0,97	0,04*
Emocjonalne Wsparcie Znajomych	15,96	1,94	0,55	0,05	0,95	0,00*
Ogólne Wsparcie Lekarzy	67,36	8,95	-0,16	0,30	0,98	0,35
Informacyjne Wsparcie Lekarzy	13,33	3,39	0,03	0,63	0,97	0,11
Instrumentalne Wsparcie Lekarzy	18,05	3,43	0,53	0,40	0,97	0,10
Wartościujące Wsparcie Lekarzy	17,14	3,07	-0,47	0,55	0,97	0,04*
Emocjonalne Wsparcie Lekarzy	18,83	2,46	0,38	0,29	0,97	0,10
Samoocena	29,22	5,48	-0,43	-0,18	0,96	0,02*
Negatywny Wpływ Opieki	12,48	3,19	1,17	1,74	0,91	0,00*
Pozytywna Wartość Opieki	23,14	5,27	0,97	0,88	0,92	0,01*
Jakość Wsparcia	35,19	6,79	0,96	0,85	0,93	0,01*

Tabela 3. Statystyki opisowe zmiennych oraz wyniki testu Shapiro-Wilka

* - $p < 0,05$.

Pytanie badawcze nr 1: Czy istnieją różnice pomiędzy nieformalnymi opiekunami osób starszych a zbliżoną wiekowo grupą kontrolną pod względem mierzonych zmiennych psychologicznych?

Aby odpowiedzieć na powyższe pytanie badawcze zastosowano test U Manna-Whitneya. Wyniki zamieszczono w tabeli 4.

	Sum. rang Opiekunowie (N=42)	Sum. rang Grupa kontrolna (N=36)	U	Z popraw.	p
Ogólne Wsparcie Rodzinne	1687,00	1394,00	728,00	0,28	0,78
Informacyjne Wsparcie Rodzinne	1693,50	1387,50	721,50	0,34	0,73
Instrumentalne Wsparcie Rodzinne	1682,50	1398,50	732,50	0,23	0,82
Wartościujące Wsparcie Rodzinne	1578,50	1502,50	675,50	-0,81	0,42

Emocjonalne Wsparcie Rodzinne	1798,50	1282,50	616,50	1,44	0,15
Ogólne Wsparcie Znajomych	1616,50	1464,50	713,50	-0,42	0,67
Informacyjne Wsparcie Znajomych	1655,00	1426,00	752,00	-0,04	0,97
Instrumentalne Wsparcie Znajomych	1591,00	1490,00	688,00	-0,68	0,50
Wartościujące Wsparcie Znajomych	1605,50	1475,50	702,50	-0,53	0,59
Emocjonalne Wsparcie Znajomych	1666,50	1414,50	748,50	0,07	0,94
Ogólne Wsparcie Lekarzy	1571,50	1509,50	668,50	-0,87	0,38
Informacyjne Wsparcie Lekarzy	1611,00	1470,00	708,00	-0,48	0,63
Instrumentalne Wsparcie Lekarzy	1547,50	1533,50	644,50	-1,12	0,26
Wartościujące Wsparcie Lekarzy	1695,00	1386,00	720,00	0,36	0,72
Emocjonalne Wsparcie Lekarzy	1501,50	1579,50	598,50	-1,59	0,11
Samoocena	1468,00	1613,00	565,00	-1,92	0,06

Tabela 4. Test U Manna-Whitneya – sprawdzenie różnic pomiędzy Opiekunami a Grupą kontrolną

Nie wykazano żadnych różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie żadnej formy wsparcia wśród wszystkich grup odniesienia, a także w zakresie samooceny.

Pytanie badawcze nr 2: Czy istnieją związki pomiędzy wpływem, wartością i jakością opieki a samooceną badanych oraz wsparciem społecznym?

Tabela 5. zawiera wyniki korelacji porządku rang Spearmana wobec Negatywnego Wpływu Opieki, Pozytywnej Wartości Opieki oraz Jakości Opieki. Najmniej istotnych korelacji wystąpiło z okazywaniem wsparcia ze strony profesjonalistów – interesujący jest też brak istotności związku z wynikami samooceny badanych. Najsilniejszy okazał się umiarkowany związek pomiędzy Negatywnym Wpływem Opieki a Ogólnym Wsparciem ze strony przyjaciół oraz znajomych.

	Negatywny Wpływ Opieki	Pozytywna Wartość Opieki	Jakość Opieki
Ogólne Wsparcie Rodzinne	0,46*	0,42*	0,37*
Informacyjne Wsparcie Rodzinne	0,29	0,23	0,18
Instrumentalne Wsparcie Rodzinne	0,44*	0,41*	0,37*
Wartościujące Wsparcie Rodzinne	0,20	0,19	0,15

Emocjonalne Wsparcie Rodzinne	0,35*	0,33*	0,32*
Ogólne Wsparcie Znajomych	0,54*	0,44*	0,37*
Informacyjne Wsparcie Znajomych	0,50*	0,40*	0,33*
Instrumentalne Wsparcie Znajomych	0,38*	0,29	0,24
Wartościujące Wsparcie Znajomych	0,48*	0,41*	0,33*
Emocjonalne Wsparcie Znajomych	0,44*	0,40*	0,36*
Ogólne Wsparcie Lekarzy	0,27	0,18	0,12
Informacyjne Wsparcie Lekarzy	0,43*	0,37*	0,30
Instrumentalne Wsparcie Lekarzy	0,10	0,03	-0,02
Wartościujące Wsparcie Lekarzy	0,17	0,13	0,09
Emocjonalne Wsparcie Lekarzy	0,07	0,01	-0,04
Samoocena	-0,20	-0,27	-0,24

Tabela 5. Wyniki korelacji porządku rang Spearmana

* - $p < 0,05$

7. DYSKUSJA WYNIKÓW.

Uzyskane wyniki wykazały brak istotnych różnic pomiędzy grupą nieformalnych opiekunów osób starszych a ich rówieśnikami, którzy takiej opieki nie sprawują. W literaturze przedmiotu brakuje badań porównujących zmienne psychologiczne nieformalnych opiekunów z grupą kontrolną. Należy zachować ostrożność w interpretowaniu wyników z uwagi na niską liczebność grupy badawczej.

Wyniki potwierdzają trend, że dzieci osób starszych dobrze radzą sobie z sytuacją opieki (Wojtyna i Popiołek 2012: 250-251). Opiekują się głównie kobiety, najczęściej dzieci seniorów, tuż po 50. roku życia. Opieka dotyczy przeważnie osób niepełnosprawnych i chorych neurodegeneracyjnie.

Badani deklarują subiektywnie dobrą ocenę swojego zdrowia. Brak poczucia wyraźnego obciążenia i negatywnego wpływu na samoocenę w sytuacji trudnej można tłumaczyć czynnikami kulturowymi, bowiem społeczeństwo polskie charakteryzuje się mocnymi więziami rodzinnymi. Pomimo spadku znaczenia osób starszych w społeczeństwie oraz ich marginalizacji, Polacy nadal traktują rodzinę jako najważniejszą jednostkę społeczną, a opieka nad seniorami uznawana jest jako jeden z elementów życia rodzinnego. Niskie wyniki osiągnięte na skalach mierzących zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki opieki na jakość życia mogą świadczyć o tym, że opieka traktowana jest nie jako sytuacja kryzysowa czy zagra-

żająca, a naturalna kolej rzeczy, obowiązek, z którego należy się wywiązać (Janowicz 2014: 163).

Pomimo opisywanych w literaturze obciążeń emocjonalnych i fizycznych, opieka może mieć swoje plusy, a korzyści z niej wynikające przewyższają negatywne skutki. W rezultacie dobre samopoczucie seniora i świadomość dobrze wypełnionego obowiązku przez opiekuna mogą sprawiać, iż koszty związane z opieką zostają skompensowane (Wojtyna i Popiołek 2012: 251).

Brak różnic w poczuciu wsparcia ze strony profesjonalistów może tłumaczyć fakt, że nie funkcjonują one w sposób zadowalający i obie grupy – bez względu na sytuację zdrowotną – nie traktują ich jako źródła, do którego chciałyby się zwrócić. Polacy opiekujący się swoimi krewnymi mogą wykazywać opór wobec korzystania z pomocy opieki społecznej czy DPS, mając na uwadze opinię publiczną. Oddanie osoby starszej do domu opieki traktowane jest przez większość Polaków jako bezdusność i brak wdzięczności wobec schorowanego rodzica (Janowicz 2014: 162).

Nie wykazano różnic we wsparciu rodzinnym. Możliwe, że opiekunowie mają swój własny system opieki, który nie wymaga angażowania wielu osób, nie chcą przez to pomocy. Dodatkowo, takie zaangażowanie osób trzecich może przeszkadzać i wzbudzać stres osoby starszej. Możliwe, że w rodzinach, gdzie nie ma osób starszych, którymi należy się opiekować, wsparcie jest uzyskiwane, ale w innych sferach, stąd brak różnic. Kolejnym kierunkiem interpretacji może być zjawisko zmniejszania się ilości posiadanych dzieci, wobec czego redukcji ulega też ilość źródeł uzyskiwania wsparcia rodzinnego.

Brak różnic we wsparciu od przyjaciół również można tłumaczyć uwarunkowaniami kulturowymi. Polacy najbardziej ufają rodzinie, poza tym cechują się niskim zaufaniem zarówno wobec instytucji, jak i ludzi spoza najbliższego kręgu (CBOS 2014: 2). Możliwe, że sprawy rodzinne i sama sytuacja opieki nie są traktowane jako coś, co należałoby przenosić do innych sfer życia, w myśl zasady „wszystko zostaje w rodzinie”. Wsparcie ze strony znajomych i przyjaciół może być użyteczne na innych polach, takich jak praca czy rozrywka – należy zwrócić uwagę, że większość uczestników badania łączy opiekę z pracą zawodową (w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin), dlatego ich pomoc może być wykorzystywana w łączeniu kariery z opieką lub jako pewnego rodzaju „odskocznia” od problemów osobistych.

Interesującym jest, że zarówno negatywna, jak i pozytywna wartość opieki umiarkowanie korelują ze wsparciem ze strony rodziny oraz znajomych. Ambiwalencja ta może potwierdzać przypuszczenia o braku potrzeby pomocy wśród opiekunów, którzy mają wypracowany system opieki, lub o złym kierunku wsparcia.

8. WNIOSKI.

Uzyskane wyniki wykazały, że poczucie wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i profesjonalistów oraz samoocena nieformalnych opiekunów osób starszych nie różnią się od rezultatów uzyskanych przez grupę kontrolną w tym samym wieku.

Wyniki były skupione wokół niskiego natężenia negatywnego wpływu opieki, co może wskazywać na niewysokie poczucie obciążenia.

Badanie miało charakter eksploracyjny, jako że nie odnaleziono literatury zarówno polsko-, jak i anglojęzycznej porównującej zmienne psychologiczne nieformalnych opiekunów z grupą kontrolną. Wydaje się, że wyniki są dobrym przyczynkiem do dyskusji i dalszych badań na temat wpływu sprawowania opieki nad chorującym seniorem na życie opiekunów, a także ich możliwości adaptacyjnych. Możliwe, że oczekiwania i potrzeby opiekunów różnią się z tym, co jest im obecnie proponowane. Większe wsparcie emocjonalne i więcej możliwości odezwania się od sytuacji opieki może być sposobem na odciążenie frustracji i zapobieżenie izolacji.

W kolejnych badaniach należało zwrócić uwagę na długość trwania opieki, ilość osób, nad którymi jest sprawowana, czynniki zakłócające, postawy opiekunów wobec aspektów kulturowych, takich jak rodzina, tradycja, odbiór społeczny. Pomimo danych na temat negatywnych skutków opieki uzyskane wyniki dają nadzieję, że sytuacja ta niekoniecznie musi być interpretowana wyłącznie w kategoriach kryzysu czy trudności.

LITERATURA.

1. Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Zysk i S-ka Wydawnictwo.
2. Centrum Badania Opinii Publicznej (2014). *Zaufanie w relacjach międzyludzkich*. Nr 29/2014.
3. Czapiński, J., Panek, K. (2013). *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki jakości życia Polaków*.
4. EUROFAMCARE (2006). *Services for Supporting Family Carers of of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. Summary of Main Findings from EUROFAMCARE*. The EUROFAMCARE consortium.
5. Główny Urząd Statystyczny (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*.
6. Grochmal-Bach B. (2007). *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimerera*. Kraków, Wydawnictwo WAM.
7. Hooyman N. R., Kiyak, H. A. (2011). *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*. Pearson Education, Inc., Boston.
8. Janowicz, A. (2014). *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu European Palliative Care Academy (EUPCA)*. Piel. Zdr. Publ. 2014, 4.
9. Kmieciak-Baran, K. (1995). *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. Przegląd Psychologiczny, tom 38 numer 1/2.
10. Krzyżowski, Ł. (2012). *Zobowiązania rodzinne i dynamika wykluczenia w transnarodowej przestrzeni społecznej. Polacy w Islandii i ich starzy rodzice w Polsce*. Studia Migracyjne-Przegląd Polonijny 1 (38).
11. Łukomska, A., Wachowska, J. (2008). *Seniorzy o swojej starości*. Gerontologia Polska, tom 16, nr 1.
12. Perek-Białas, J., Stypińska, J. (2010). *Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą* –
13. *wpływ na jakość życia opiekuna*. [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku*, red. D. Kałuża, P. Szukalski. Ku aktywności, Łódź 2010.
14. Pinquart, M., Sorensen, S. (2007). *Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis*. Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES. Vol. 62B.

15. Rachel, W., Turkot, A. (2015). *Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera?* Psychoterapia 1 (172).
16. Raś, P. & Opala, G. (2001). *Obciążenie opiekunów osób z otępieniem*. Wiadomości Lekarskie, 1-2.
17. Rosochacka-Gmitrzak, M. (2011). *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*. [w:] Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych, red. M. Raclaw. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
18. Synak B. (2000). *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
19. Szweda-Lewandowska, Z. (2011). *Zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym*. [w:] Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności w Polsce, red. J. Kowaleski. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
20. Wojtyła, E., Popiołek, K. (2012). Character of the relationship with Alzheimer patient and the psychological costs of care. Polish Psychological Bulletin, vol.43(4).