

Jolanta Twardowska-Rajewska  
Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Aurelia Waligóra  
MOPR w Poznaniu

## Opieka nad niesprawnym seniorem w rodzinie.

### Jakość życia

**Streszczenie:** Współczesna rodzina zazwyczaj nie pełni opieki nad starymi, niesprawnymi rodzicami. Szczególnie trudna sytuacja ma miejsce w rodzinach dysfunkcyjnych, również z powodu eurosieroctwa. W takiej rodzinie występuje efekt „zamienności ról”: wnuki opiekują się niesprawnymi dziadkami, pod nieobecność (pracujących zagranicą) rodziców. Taka sytuacja ma negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psycho-emocjonalne oraz jakość życia dziecka – opiekuna.

**Słowa kluczowe:** Niesprawny stary rodzic, długoterminowa opieka domowa, rodzina dysfunkcyjna, eurosieroctwo, dziecko jako opiekun rodzinny

### Watching over disabled senior in the family and quality of life

**Summary:** Contemporary family usually doesn't take care of its old disable parent. There is a particular difficult situation in dysfunctional families – what is caused by euro - orphanhood. In such families appear effect of changeability of roles: grandchildren take care of their disable grand parents. Then is very negative influence of such situation on physical, psycho-emotional and quality of life of children – carers.

**Key-words:** Disable old parent, long term care in home, dysfunctional family, euro-orphanhood, child as familiar carrer

## 1. Wprowadzenie

Polska transformacja ostatnich 20 lat – polityczna, ekonomiczna i społeczna – spowodowała pojawienie się nieznanych dotąd problemów, zarówno w wymiarze

indywidualnym, jak i zbiorowym. Rozpad tradycyjnej rodziny – podstawowej, najmniejszej grupy wsparcia, nie wypełnianie ról pełnionych na rzecz jej członków oraz zadań wobec społeczeństwa, wreszcie nasilenie występowania czynników jednostkowych i społecznych [Bugajska, 2009; Leońska, 2000; Stuart-Hamilton, 2006; Szatur-Jaworska, 2006, Haliccy, 2006], odpowiedzialnych za jej dysfunkcjonalność, generują wielość sytuacji trudnych, kryzysowych, patologicznych. Podstawową prawdą jest, że różnego rodzaju zaburzenia w zachowaniu i funkcjonowaniu rodzinnym i społecznym, w szczególności dzieci i młodzieży świadczą o zakłóceniach w realizacji przez rodzinę jej podstawowych funkcji [Bunda, 2009; Junik, 2007; Sokalska, 2009].

Przyczyny całkowitej dysfunkcjonalności rodziny leżą nie tylko, jak było dotąd, w patologii biologicznej (śmierć, ciężka, przewlekła choroba somatyczna, psychiczna, kalectwo) i społecznej (rodzina niepełna, ubóstwo), lecz coraz częściej – w zachowaniach dewiacyjnych, zażywaniu substancji psychoaktywnych, co generuje działania przemocowe oraz przestępczość [Bunda, 2009; Junik, 2007; Sokalska, 2009; Szatur-Jaworska, 2006].

W ostatnich latach pojawił się nowy rodzaj częściowej dysfunkcji rodziny: „eurosieroctwo”, w związku z coraz częstszymi wyjazdami rodziców do krajów UE w celach zarobkowych, pozostawiających swoje nieletnie dzieci w kraju [Bunda, 2009; Lesner, 2009]. Jednak do kategorii „eurosierot” należą również najstarsi członkowie rodzin – seniorzy, opuszczeni, zaniedbani ze strony swych nieobecnych, dorosłych dzieci. [Bugajska, 2000; Twardowska-Rajewska, 2005; Stuart-Hamilton, 2006].

W rodzinach z problemem eurosieroctwa, w sytuacji nieobecności rodziców, zarabkujących zagranicą, nieletnie dzieci – wnuki, pierwotnie pozostawione pod opieką sprawnych dziadków, w sytuacji kryzysu zdrowotnego dziadków (zawał serca, udar mózgu, obrażenia powypadkowe ciała) – stają się nagle opiekunami swoich dziadków (zamiennosc ról).

Do ważnych ról w normalnej rodzinie należy opieka nad jej słabszymi członkami – z powodu kalectwa, przewlekłej choroby, niepełnosprawności, również w podeszłym wieku lub nieletnimi. Zwyczajowo, w zdrowej rodzinie, opieka taka sprawowana jest przez pokolenie „środkowe” – osoby dorosłe” [Twardowska-Rajewska, 2007; Szatur-Jaworska, 2006]. Dziś coraz częściej jest inaczej: to „pokolenie środkowe – *sandwich generation*” – bywa w rodzinie nieobecne, fizycznie, lub nie mogąc sprawować swych ról z powodu innych przyczyn dysfunkcji (o czym wyżej wspomniano). Zatem, w tych kryzysowych sytuacjach opiekę nad osobami potrzebującymi w rodzinie, obok ewentualnych opiekunów instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych, pełnią coraz częściej najmłodszy – czyli wnuki, w stosunku do swych dziadków (lub niejednokrotnie nawet swoich własnych rodziców) [Bień, 2006; Kozierkiewicz, 2006; Twardowska-Rajewska, 2007]. Stanowi to dla dzieci ogromne obciążenie, gdyż poza obowiązkami szkolnymi muszą wypełniać role przynależne swoim rodzicom: prowadzić dom i opiekować się

niepełnosprawnymi bliskimi. Wpływa to negatywnie na stan zdrowia i jakość życia. Może skutkować zaburzeniami zachowania, dewiacjami emocjonalnymi, gorszymi wynikami w nauce, zaniżonymi aspiracjami życiowymi, związanymi ze sferą osobistą, trudnościami wychowawczymi, a nawet podejmowaniem zachowań ryzykownych.

Problem ten wymaga dogłębnego rozpoznania, celem systemowego wspierania młodocianych opiekunów (informacja, poradnictwo, edukacja, pomoc i opieka), którzy stanowią swoistą grupę ryzyka (*children at risk*) – dzieci ciężko pracujących i narażonych na obciążenia psycho-emocjonalne, wynikające z nietypowych dla ich wieku trudnych sytuacji życiowych (*Konwencja o Prawach Dziecka*) [Junik, 2007].

Diagnozowanie dziecka w rodzinie z problemem eurosieroctwa winno uwzględniać następujące elementy: zasoby dziecka (czyli jego możliwości działania w różnych sytuacjach), właściwości otoczenia, w którym dziecko żyje i działa (a więc wymagania, jakie stawia mu otoczenie) oraz jakość relacji „dziecko – otoczenie” (dziecko – członkowie rodziny, dziecko – rówieśnicy) [Junik, 2007; Sokalska, 2009]. Następnie konieczne jest ustalenie kolejności oddziaływań wspierających, ukierunkowanych na dziecko – jako opiekuna rodzinnego, takich jak: włączenie innych osób (rodzina, rówieśnicy), udział samorządów lokalnych odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów społecznych na swoim terenie, współpraca instytucjonalna.

Dorośli, zaangażowani w pomoc, winni w tej sytuacji spełniać następujące funkcje: regulować obciążenia poprzez ochronę i stymulację, wzmacniać zasoby nieletniego opiekuna (terapia i edukacja) oraz udzielać wsparcia (aktywnie i towarzysząco) [Lesner, 2009].

W zakresie rozpoznania obciążeń, jakim podlega dziecko, winny one być tak regulowane, aby nie przekraczały odporności dziecka. Ponadto konieczne jest rozwijanie i wzmacnianie różnych kompetencji dziecka (wewnętrzne zasoby, edukacja, modyfikacja i korygowanie, budowanie adekwatnego wizerunku siebie, rozwój umiejętności), wreszcie udzielanie wsparcia, czyli aktywne pomaganie w trudnych sytuacjach, umiejętność znajdowania i korzystania z zasobów w otoczeniu, umiejętność samodzielnego poszukiwania pomocy, budzenia wiary w innych pomocnych ludzi [Junik, 2007]. I tutaj mogą służyć pomocą: służby społeczne, szkoły, placówki edukacyjne, socjoterapeutyczne, opiekuńczo-wychowawcze dzienne, organizujące czas wolny, instytucje bezpieczeństwa publicznego i porządkowe, we współpracy z środowiskiem i wolontariatem.

## **2. Materiał i metoda**

Inspiracją do przeprowadzenia badań były obserwacje pracowników pomocy społecznej oraz informacje prasowe, na temat częstych przypadków patologicznego „odwrócenia ról” opiekuńczych, pełnionych w rodzinach przez osoby należące do

różnych pokoleń, również z rodzinach z problemem „eurosieroctwa”. Jest to nowy obszar dla pracy socjalnej.

We współpracy z MOPR w Poznaniu przeprowadzono badania (metodą sondażu diagnostycznego) 52 młodocianych opiekunów rodzinnych. Analizie poddano warunki materialne, socjalne i przyczyny dysfunkcjonalności rodziny, profil podopiecznych, rodzaj i czas czynności opiekuńczych, sytuacje młodych opiekunów, wpływ pełnionych czynności opiekuńczych na stan zdrowia i jakość życia, możliwości wsparcia przez pozostałych członków rodziny.

### 3. Wyniki

Wśród 52 młodocianych rodzinnych opiekunów było 13 chłopców, reszta – 39 to dziewczęta. Wiek ich nie przekraczał 18 r.ż.; 9-cioro nie skończyło 12 lat, w wieku 13-15 lat były 23 osoby, zaś między 16. a 18. r.ż. – było 20 opiekunów. Jedyneków było 11, pozostali mieli rodzeństwo – 1 osobę w 16 przypadkach, 2 osoby – w 12 przypadkach, troje i więcej – 13-krotnie.

Liczba pokoi w mieszkaniu wynosiła 1 dla dziewięciu rodzin, 2 pokoje – w 24 przypadkach oraz 3 i więcej pokoi – w 19 przypadkach. Łazienką zaopatrzoną w ciepłą wodę dysponowało 41 rodzin.

Miesięczny dochód na członka w rodzinie nie przekraczał 500 zł w 42 rodzinach, zaś 500-750 zł – w pozostałych 10.

Osobami podopiecznymi byli: w 38 przypadkach babcia, w 6 dziadek, w pięciu matka i w 10 – ojciec. Siedmiokrotnie w rodzinie było równocześnie dwóch podopiecznych: poza babcią lub dziadkiem – mama lub ojciec. Opieka była sprawowana przez młodocianego opiekuna samodzielnie w 11 przypadkach, zaś w pozostałych – dodatkową pomoc stanowili inni członkowie rodziny.

Liczba godzin na dobę przeznaczanych na opiekę wynosiła w 11 przypadkach 1 godzinę, dziesięciokrotnie – 2 godziny, zaś 3 godziny na dobę opiekowało się 11 młodocianych, 4 godziny – 5 osób, wreszcie 5 i więcej godzin na dobę – 15 osób.

Najczęstszą przyczyną dysfunkcji rodziny było bezrobocie (33-krotnie), przewlekła choroba somatyczna (29 razy) oraz brak jednego z rodziców (22-krotnie); ponadto nałogi (14 przypadków), duże choroby psychiczne (6 razy) i otępienie (2).

Do czynności, w których opiekunowie udzielali pomocy bliskim podopiecznym, należały: pomoc w przemieszczaniu się po mieszkaniu (22 przypadki), w ubieraniu się (28), w czynnościach fizjologicznych (17), w higienie osobistej (35), w pielęgnacji przeciwoleżynowej (14), karmieniu (15), załatwianiu spraw urzędowych i kontakcie z lekarzem (43) oraz w organizacji czasu wolnego (7 przypadków). Z przytoczonych danych liczbowych wynika, że wielokrotnie była to pomoc w kilka czynnościach codziennych

W związku z wykonywanymi czynnościami opiekuńczymi stopień zaburzenia

własnego życia w skali od 1-5 opiekunowie określali na „1” – w 12 przypadkach, „2” – 7, „3” – 19 razy, „4” – 4 opiekunów oraz „5” – 5.

Negatywny wpływ ( w skali 1-5) pełnionej opieki na własne zdrowie odczuwało w najmniejszym stopniu („1”) 15 opiekunów, nieco większym („2”) – 11 osób, znacznym („3”) – w 10 przypadkach, silnym („4”) – 7 osób, i bardzo silnym („5”) – 7 opiekunów.

Motywy pełnienia długoterminowej opieki domowej przez młodocianych rodzinnych opiekunów było przywiązanie w 24 przypadkach, konieczność – 15 razy oraz obowiązek – 12. Oddanie podopiecznego do całodobowej instytucji opiekuńczej rozważało 14 osób, zaś pozostali (38) nie brali takiej ewentualności pod uwagę, mimo świadomości narastających obciążeń wraz z pogarszaniem się jego stanu zdrowia.

#### 4. Omówienie wyników i wnioski

Opiekunkami częściej były dziewczynki, zgodnie z tradycyjnie postrzeganą rolą kobiety. Podopiecznymi głównie były babcie, które – mimo że dłużej żyją – to jednak cierpią na polipatologię, charakteryzują się niesprawnością, stąd wymagają pomocy w wielu codziennych czynnościach.

Głębszej analizie wymagają obszary badawcze, dotyczące motywacji pełnienia opieki i ewentualne rozważanie przeniesienia podopiecznego do instytucji opiekuńczej, negatywnego wpływu pełnionej opieki na jakość życia opiekunów – w zależności od obciążenia czynnościami opiekuńczymi (rodzaj czynności i czas pełnienia ich na dobę) oraz zamożności rodziny (dochód na członka w rodzinie).

I tak częściej rozważają przeniesienie do dps opiekunowie, którzy sprawują opiekę „z konieczności” (7 osób), natomiast 21 osób, które opiekują się „z przywiązania”, nie biorze pod uwagę takiej ewentualności (tab.1).

Tabela 1

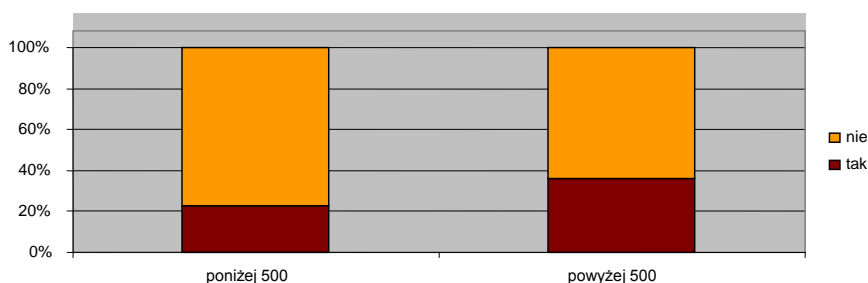
Rozważenie przeniesienia podopiecznego do instytucji opieki całodobowej a motywy udzielania pomocy

Motywy udzielania pomocy	Rozważane przeniesienie podopiecznego do instytucji opieki całodobowej	
	tak	nie
konieczność	7	8
poczucie obowiązku	1	10
przywiązanie	5	21

Rysunek 1 pokazuje, że w rodzinach o niższym dochodzie na członka (< 500 zł) znacząco rzadziej rozważane jest oddanie podopiecznego do instytucji opiekuńczej. Wiele danych wskazuje na to, że emerytura podopiecznego jest niezbędna w budżecie rodziny, a często jest jedynym stałym źródłem utrzymania. Zatem kiedy oddanie seniora wiąże się również z utratą kwoty emerytury – nie rozważa się „rozstania” z seniorem. Jednak może jest to interpretacja niesprawiedliwa dla wielu kochających opiekunów, chcących pełnić swą powinność, nawet mimo problemów finansowych.

Rysunek 1

Rozważenie przeniesienia podopiecznego do instytucji opieki całodobowej a dochód



Dane zamieszczone w tab. 2 są trudne do wytłumaczenia: otóż w przypadkach pełnienia najbardziej obciążających czynności opiekuńczych jak pomoc w czynnościach fizjologicznych, karmienie, a także w toaleta przeciwoleżynowa – opiekunowie najrzadziej rozważają ewentualność przeniesienia bliskiego do instytucji opiekuńczej. Czy przyczyną pełnienia opieki w tych najtrudniejszych przypadkach jest przywiązanie, miłość do bliskiej osoby, co pozwala lepiej znosić trudy?

Odnosnie do liczby godzin na dobę pełnionej opieki, istnieje zgodność między najdłuższym czasem wykonywanych czynności na dobę (5 godzin) a najwyższym stopniem zaburzenia własnego życia (5. stopień) (tab. 3)

Tabela 2

Rozważenie przeniesienia podopiecznego do instytucji opieki całodobowej a rodzaj opieki

Rodzaj opieki	Rozważane przeniesienie podopiecznego do instytucji opieki całodobowej (odsetek w ogólnej liczbie wskazanych czynności)	
	tak	nie
pomoc w przemieszczaniu się	0,38	0,43
pomoc w ubieraniu się	0,76	0,43
pomoc w czynnościach higienicznych	0,69	0,64
pomoc w czynnościach fizjologicznych	0,23	0,43
pielęgnacja p/odleżynowa	-	0,28
pomoc w odżywianiu się	0,15	0,41
załatwianie spraw urzędowych	0,46	0,38
kontakt z lekarzem	0,61	0,58
organizacja czasu wolnego	0,15	0,10

Tabela 3

Liczba dniennie poświęconych godzin na opiekę a stopień zaburzenia własnego życia

Stopień zaburzenia własnego życia w ocenie ankietowanych	Liczba godzin dziennie poświęconych na opiekę				
	1 godz.	2 godz.	3 godz.	4 godz.	5 i więcej godz.
stopień 1	7	4	4	-	3
stopień 2	1	3	2	1	-
stopień 3	2	2	4	4	5
stopień 4	-	1	1	1	1
stopień 5	-	-	-	1	4

Do najczęściej udzielanych rodzajów pomocy, w przypadku wyboru dwóch czynności, należały: ubieranie oraz czynności higieniczne (23 przypadków), ubieranie oraz karmienie (10 razy), załatwianie spraw urzędowych i kontakt z lekarzem (16 razy), kontakt z lekarzem i organizacja czasu wolnego (6) (tab. 4).

Tabela 4

Najczęściej udzielany rodzaj pomocy osobie podopiecznej

Czynności przeważające w pomocy udzielanej osobie podopiecznej	Liczba ankiet, w których zaznaczono wspólne występowanie przeważających czynności
ubieranie/czynności higieniczne	23
załatwianie spraw urzędowych/kontakt z lekarzem	16
ubieranie/odżywianie	10
kontakt z lekarzem/organizacja czasu wolnego	6

Najwyższy (5-ty) stopień zaburzenia własnego życia deklaruje 5 opiekunów i w grupie tej do najczęstszych rodzajów pełnionej opieki należy pomoc w czynnościach fizjologicznych i higienicznych (tab. 5) . Na pierwszy stopień, zaburzenie własnego życia w związku z pełnioną opieką , oceniają 12 osoby, drugi – 7 osób, trzeci – 19 opiekunów i czwarty – pozostali.

Tabela 5

Stopień zaburzenia własnego życia a rodzaj opieki

Rodzaj opieki	Stopień zaburzenia własnego życia [odsetek w ogólnej liczbie wskazanych czynności]				
	stopień 1	stopień 2	stopień 3	stopień 4	stopień 5
pomoc w przemieszczaniu się	0,42	0,7	0,63	0,21	0,21
pomoc w ubieraniu się	0,42	0,30	0,60	0,18	0,18
pomoc w czynnościach higienicznych	0,50	0,20	0,65	0,15	0,25
pomoc w czynnościach fizjologicznych	0,63	-	0,72	0,18	0,27
pielęgnacja p/odleżynowa	0,40	0,10	0,30	0,10	0,20
pomoc w odżywianiu się	0,40	0,16	0,16	0,24	0,24
załatwianie spraw urzędowych	0,20	0,8	0,36	0,16	0,16
kontakt z lekarzem oraz organizacja czasu wolnego	0,52	0,12	0,36	0,16	0,12



## 5. Wnioski

Trudności interpretacyjne uzyskanych wyników i brak występowania „oczywistych”, przewidywanych zależności w wielu wypadkach, potwierdzają fakt, że okres starości, a zatem i sytuacje opiekuńcze, są heterogeniczne i muszą być każdorazowo rozpatrywane indywidualnie, z dużą wnikliwością, aby ustrzec się od schematyzowania, etykietowania i myślenia życzeniowego.

Na pewno pełnienie (zwłaszcza samotne) opieki długoterminowej nad członkiem rodziny, zazwyczaj w podeszłym wieku, jest sytuacją trudną, szczególnie dla dzieci i młodzieży szkolnej, coraz częściej zmuszonej do podejmowania wyzwań, przekraczających jej fizjologiczne możliwości. Stąd też, co jest oczywistym, w centrum uwagi polityki społecznej oraz innych współpracujących sektorów winna być rodzina dysfunkcyjna. Sanacja rodziny, przywrócenie możliwości pełnienia ról – funkcji wychowawczych i opiekuńczych przez jej członków, należących do różnych pokoleń – jest ważnym zadaniem na najbliższy czas.

### Literatura

- Bień B. (red.), 2006 *Family Caregiving for the Elderly In Poland*, Wyd. TransHumana, Białystok
- Bugajska B., 2000, *Zagrożenie egzystencji człowieka starszego – w poszukiwaniu antidotum*. [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń i społeczna ludźi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź, 281-289
- Bunda M., 2009, *Trudni rodzice. Raport*. „Polityka”, 2009, 38(2723), 40-45
- Halicka M., Halicki J. (red.), 2006, *Zostawić ślad na ziemi*, Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok
- Junik W., 2007, *Pomoc dzieciom z rodzin dysfunkcyjnych. Konteksty teoretyczne i metodologiczne*. Konferencja „Działania systemowe na rzecz dzieci ulicy”. 31.05.2007, 23-27
- Kozierkiewicz A. (red.), 2006, *Long-term care In Poland. Assessment of the current status*, Wyd. Wspólny Rynek Medyczny. Warszawa-Kraków
- Leońska L. (red.), 2000, *Profil starości*, Wyd. Miejskie, Urząd Miasta Poznania, Poznań
- Lesner W., 2009, *Współczesne dylematy polskich rodzin. Wychowawcze skutki migracji zarobkowej rodziców*, [w:] D. Apanel (red.), *Opieka – wychowanie – tradycja i problemy współczesne*, Impuls, Kraków, 395-402
- Sokalska U., 2009, *Znaczenie rodziny w procesie wychowawczym dziecka*, Ibis, 11-13
- Stuart-Hamilton J., 2006, *Psychologia starzenia się*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA –JR, Warszawa
- Twardowska-Rajewska J. (red.), 2005, *Przeciw samotności*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań
- Twardowska-Rajewska J. (red.), 2007, *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań