



URSZULA KLUCZYŃSKA*

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

„Głupio żeby tak oddać żonę...” – konstruowanie opieki i męskości przez starych mężczyzn opiekujących się swoimi przewlekle chorymi żonami

Streszczenie

Opieka postrzegana jest jako zadanie kobiet, które najczęściej realizują nieformalną opiekę nad członkami rodziny, jednak w wyniku zmian społeczno-ekonomicznych i kulturowych coraz częściej starsi mężczyźni pełnią funkcję głównego opiekuna swych przewlekle chorych partnerek. W ramach badań autorka przeprowadziła dziesięć wywiadów pogłębionych z mężczyznami w wieku od 64 do 90 lat, którzy definiowali się jako główni opiekunowie swych przewlekle chorych żon. Celem badań było określenie, w jaki sposób mężczyźni postrzegają siebie jako opiekunów i jak definiują opiekę w ramach swych biografii. Autorka skupiła się również na sposobie konstruowania przez mężów męskości w obliczu podjęcia roli opiekuna.

Analizy wykazały, że głównym motywem podejmowania opieki nad żoną przez partnerów było poczucie obowiązku. Ponadto opieka instytucjonalna była najczęściej traktowana jako ostateczność, a w kontekście konstruowania męskości często jako porażka. Analizy wskazały, że istotnym czynnikiem konstruowania męskości przez mężów opiekujących się przewlekle chorymi żonami był sposób definiowania opieki.

* Kontakt z autorką: ulaklu@wp.pl

Słowa kluczowe

opieka, opieka rodzinna, męczyzna opiekun, stary mężczyzna, męskość

Wprowadzenie. Opieka jako domena kobiet?

Dziś nadal, mimo że model rodziny tradycyjnej wydaje się we współczesnych realiach nieco przestarzały, mamy do czynienia ze stereotypowym podziałem zadań związanych z opieką i przypisywaniem ich kobietom. Opieka – przede wszystkim nieformalna, realizowana przez członków rodziny – jest nadal traktowana jako „naturalny” obowiązek kobiety wynikający z oczekiwań społecznych¹, który przyczynia się nie tylko do wzmacniania stereotypów ról płciowych, ale również umniejszenia znaczenia opieki dla tożsamości mężczyzn. Jednak – jak zauważa Janet Finch – twierdząc, że opieka jest ugenderowana, mówi się coś więcej niż to, że kobiety realizują większość opieki, zakłada się, że opieka jest związana z konstruowaniem tożsamości kobiet w sposób, który nie jest właściwy dla mężczyzn². Określa się tym sposobem opiekę jako obowiązek kobiet, podczas gdy dla mężczyzn jest wyborem³. Biografie mężczyzn również są wypełnione opieką, często jednak twierdzi się, że w takich sytuacjach mężczyźni postrzegani są jako wyjątkowi, gdyż ich zachowanie wychodzi poza genderowe oczekiwania, podczas gdy od kobiet po prostu oczekuje się, by poradziły sobie w opiece⁴.

Mimo że najczęściej to kobiety opiekują się członkami rodziny, badaczki i badacze obserwują wzrost udziału mężczyzn w tej praktyce⁵. W Kanadzie i Stanach Zjednoczonych ponad 40% mężczyzn podejmuje rolę opiekunów⁶. Betty Kramer wskazuje, że w Stanach Zjednoczonych w opiece nad osobami starszymi około 30% procent stanowią mężczyźni i w większości

¹ Naomi Gerstel, Sally K. Gallagher, „Men’s caregiving. Gender and the contingent character of care”, *Gender & Society* 15 (2001): 198.

² Janet Finch, „The concept of caring: feminist research and other perspectives”, w: *Informal care in Europe*, red. Julia Twigg (University of York, Social Policy Research Unit, 1993), 19.

³ Mary Daly, Guy Standing, „Introduction”, w: *Carework: The quest for Security*, red. Mary Daly (Geneva: International Labour Office, 2001).

⁴ Judith Philips, *Troska*, tłum. Agnieszka Gruba (Warszawa: Wydawnictwo Sic!, 2009), 89.

⁵ Michael Hirst, „Trends in informal care in Great Britain during the 1990s”, *Health and Social Care in the Community* 9 (2001); Richard Russell, „Men doing ‘women’s work’: elderly men caregivers and the gendered construction of care work”, *The Journal of Men’s Studies* 15 (2007); Betty J. Kramer, Edward H. Thompson Jr., red., *Men as Caregivers* (New York: Prometheus Books, 2005); Hanneli Döhner, Christopher Kofahl, *Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives* (Eurofarmcare 2005); Russell, Richard, „The work of elderly men caregivers: From public careers to an unseen world”, *Men and Masculinities* 9 (2007).

⁶ Kevin L. Barker, Noelle Robertson, David Connelly, „Men caring for wives with dementia: Masculinity, strain and gain”, *Aging and Mental Health* 14 (2010): 319.

są to mężowie (55%)⁷. Według brytyjskich badań w grupie powyżej 65. roku życia mężczyźni równie często jak kobiety podejmują opiekę nad współmałżonkiem⁸, a im starsza para, tym częściej mężczyźni opiekują się partnerką⁹. Również w Polsce można dostrzec wzrost udziału mężczyzn w opiece w grupie wiekowej 50+¹⁰, brakuje jednak informacji, które pozwoliłyby ilościowo opisać skalę zjawiska w naszym kraju¹¹.

Opieka, troska i współzależność

W procesie opieki kluczowy jest proces działania osoby, która przygotowana zawodowo lub nieprzygotowana zawodowo (opieka członków rodziny) podejmuje czynności opiekuńcze. Opieka nieformalna realizowana jest w rodzinie, gdzie osoby potrzebujące opieki, a zatem dzieci, osoby niesprawne, osoby starsze i te wszystkie, które nie potrafią samodzielnie zaspokoić własnych potrzeb, uzyskują pomoc w ich realizacji od innych członków rodziny. Jest ona traktowana jako tańsza opcja od opieki instytucjonalnej¹². Opieka rodzinna może być związana z szeregiem uczuć, w tym miłości, obowiązku, władzy, poczucia winy czy wzajemności, altruizmu, ale również braku alternatywy czy odwzajemnienia się za wcześniej otrzymaną opiekę¹³. Jest to forma opieki nieodpłatnej, nienormowanej i niewymagającej od opiekuna formalnych kwalifikacji. Judith Philips zwraca uwagę, że słowo „nieformalna” może obrażać opiekunów i biorców opieki, gdyż bardzo często szereg działań ma charakter zaplanowany i są dalekie od nieformalnego charakteru czynności¹⁴.

W relacji opiekuńczej mamy do czynienia z czymś więcej niż praca fizyczna, czyli czynnościami manualnymi, procedurami medycznymi, które można by określić mianem opieki „technicznej”, jest to również wymiar emocjonalny, z którym łączą się takie określenia, jak: wsparcie, miłość, współczucie, poświęcenie, sumienie, poufność, prawdomówność¹⁵. Pierwszy termin bliższy jest zatem opiece, a drugi trosce.

⁷ Betty J. Kramer, „Men as Caregivers: An Overview”, w: *Men as Caregivers*, red. Betty J. Kramer, Edward H. Thompson Jr. (New York: Prometheus Books, 2005), 8.

⁸ Barker, Robertson, Connelly, „Men caring for wives”, 319; Susan Arber, Nigel Gilbert, „Men: the forgotten carers”, *Sociology* 23 (1989).

⁹ Philips, *Troska*, 102.

¹⁰ Döhner, Kofahl, *Supporting Family*.

¹¹ Piotr Błedowski et al., *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, National Background Report for Poland* (Eurofarmcare 2004).

¹² Philips, *Troska*, 77.

¹³ Philips, *Troska*, 77.

¹⁴ Philips, *Troska*, 32.

¹⁵ Barbara Ślusarska, Beata Dobrowolska, Danuta Zarzycka, „Teoretyczne podstawy kategorii «opieka» w pielęgniarstwie”, *Problemy Pielęgniarstwa* 16 (2008): 388.

„Troska” jest słowem, które przetrwało w języku polskim – w przeciwieństwie do angielskiego – i oznacza głównie smutek, niepokój, ciężar¹⁶. Można spróbować opisać troskę jako „generalne nastawienie, zaangażowanie, empatyczne rozumienie i podejmowanie działań – w postaci doraźnej czy stałej pomocy Innym, z uwagi na naturalną kondycję człowieka (i uświadamiającego sobie podzielania tej kondycji), jako zawsze współzależnego i podatnego na zranienie, ból i cierpienie; troska nie wymaga fizycznej bliskości, dotyczyć może osób nieznanymi bezpośrednio”¹⁷. Trosce przypisuje się jednak inny status i wartości w ramach oddziaływań instytucjonalnych (np. opieka profesjonalna) i nieformalnych (opieka rodzinna), choć zadania i role w obu tych sferach są bardzo podobne¹⁸. Ponadto troska często nie jest traktowana jako praca, ponieważ praca emocjonalna nie jest widoczna¹⁹. Wymaga ona nawiązywania interakcji społecznych, w ramach których powstają pozytywne i negatywne emocje, ale związana jest nie tyle z okazywaniem uczuć, ile „procesem wewnętrznym w człowieku, który wpływa na opiekę”²⁰.

„Opieka” jest pojęciem węższym od „troski” i określa działanie, które jest „bezpośrednio nakierowane na pomoc innym w zaspokajaniu ich elementarnych potrzeb, rozwoju i podtrzymywaniu ich podstawowych zdolności oraz uśmierzaniu lub unikaniu bólu, w taki sposób, by okazać szacunek, wrażliwość i uważność wobec tych, których otacza się opieką”²¹. W myśl tej definicji opieka jest nie tylko osiąganiem pewnych celów, bardzo ważne jest to, w jaki sposób się je osiąga, niemniej można ją definiować jako formę pracy produkcyjnej, umożliwiającą przetrwanie i rozwój jednostce oraz reprodukcję społeczeństwa²².

Warto podkreślić obowiązek opieki nad innymi, który wyprowadzany bywa z założeń naszej zależności od innych. Posiadamy bowiem moralne zobowiązanie opieki wobec członków naszej rodziny, ale również wobec członków naszej społeczności i innych obcych ludzi²³. Nasza codzienność, nasze biografie są ściśle związane z opieką, „jesteśmy zależni od opieki, którą ludzie zapewniają innym ludziom, aby społeczeństwo mogło się odtwarzać oraz by

¹⁶ Philips, *Troska*, 10.

¹⁷ Ewa Hyży, „Wkład feministycznych teorii etycznych do bioetyki”, *Nowiny Lekarskie* 81 (2012): 528.

¹⁸ Philips, *Troska*, 24.

¹⁹ Arlie Russell Hochschild, *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, tłum. Jacek Konieczny (Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009).

²⁰ Philips, *Troska*, 41.

²¹ Daniel Engster, „Rozważania na temat teorii opieki: praktyka i obowiązek opieki”, w: *Gender i ekonomika opieki*, red. Ewa Charkiewicz, Anna Zachorowska Mazurkiewicz (Warszawa: Biblioteka Think Tanku Feministycznego, 2009), 33.

²² Engster, „Rozważania na temat teorii opieki: praktyka i obowiązek opieki”, w: *Gender*, 27.

²³ Engster, „Rozważania na temat teorii opieki: praktyka i obowiązek opieki”, w: *Gender*, 37.

mogło trwać życie społeczne²⁴. To opieka, którą otrzymujemy od innych ludzi, pozwala nam funkcjonować w społeczeństwie, gdyż dzięki temu procesowi nabywamy „zasadnicze kompetencje człowieczeństwa”²⁵.

Męskość i starość

W swych analizach wychodzę z założenia, że nie istnieje jedna esencjonalna forma „prawdziwej” męskości (lub kobiecości) i mamy do czynienia z męskosciami, które są społecznie konstruowane i wytwarzane w ramach dyskursu²⁶. Współcześnie można mówić o męskościach i kobiecościach, jednak ta wielość uwikłana jest w relację władzy i podporządkowania. To coś więcej niż dominacja mężczyzn nad kobietami, to także dominacja pewnych typów męskości nad innymi. W naszym społeczeństwie większym prestiżem i władzą cieszą się mężczyźni: biali, sprawni, heteroseksualni, młodzi. Należy pamiętać zatem, że dominacja dotyczy pewnych grup mężczyzn, inne są marginalizowane²⁷.

Społeczny konstrukt wizerunku mężczyzny starego w naszej kulturze jest dziś utożsamiany ze stratą: pozycji zawodowej, statusu, siły, niezależności, seksualności i zdrowia²⁸. Jednak mężczyzna stary staje przede wszystkim w obliczu nowej sytuacji, spada z piedestału i musi ustąpić miejsca „na scenie”, albowiem nie jest już uosobieniem siły, dominacji, władzy – „zostaje zastąpiony przez młodszych”²⁹, przesunięty na margines, także margines męskości. Można stwierdzić, że wiek pozwala na istotny podział mężczyzn na starych i „wszystkich pozostałych”³⁰. Mężczyzna stary przejmuje też częściej pewne role i zachowania przypisywane grupie zdominowanej (kobietom) – orientuje się na ludzi, rodzinę, opiekę³¹.

²⁴ Engster, „Rozważania na temat teorii opieki: praktyka i obowiązek opieki”, w: *Gender*, 40.

²⁵ Annette Baier, *Postures of the mind: Essays on mind and morale* (Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985), 84.

²⁶ Reawyn W. Connell, *The Men and the Boys* (Berkeley–Los Angeles: University of California Press, 2000), 10.

²⁷ Reawyn W. Connell, *Masculinities* (Berkeley–Los Angeles: University of California Press, 1995).

²⁸ Szerzej na ten temat zob. Urszula Kluczyńska, „Czy starość ma płeć? Społeczny konstrukt mężczyzny starego w świetle literatury zachodniej”, w: *Doroślność wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, red. Renata Konieczna-Woźniak (Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2008), 249–260.

²⁹ Edward H. Thompson Jr., „Older Men as Invisible Men in contemporary Society”, w: *Men’s Lives*, red. Michael Kimmel, Michael Messner (Boston–London–Toronto–Sydney–Tokyo–Singapore: Allyn and Backon, 1998), 76.

³⁰ Thompson Jr., „Older Men as Invisible Men”, w: *Men’s Lives*, 77.

³¹ Szerzej na ten temat zob. Urszula Kluczyńska, „Czas wolny starszych mężczyzn” w: *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu jednostki życia*, red. Janusz Mucha, Łukasz Krzyżowski (Kraków: Wydawnictwo AGH, 2011); Urszula Kluczyńska, „Stary mężczyzna we współczesnym społeczeństwie. Konteksty społeczne i kulturowe”, w: *Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie*, red. Dorota Talarska, Katarzyna Wieczorkowska-Tobis (Poznań: Wydawnictwo Naukowe UM, 2008).

Metodologia badań własnych

Celem analiz było określenie sposobu, w jaki mężczyźni postrzegają siebie jako opiekunowie i korzystają z formalnych i nieformalnych źródeł wsparcia w procesie realizowania opieki nad przewlekle chorymi partnerkami. W badaniach wykorzystałam indywidualne wywiady pogłębiane, które zostały przeprowadzone z dziesięcioma starymi mężczyznami, którzy mieszkali ze swoimi żonami i określili się jako główni opiekunowie swoich partnerek. Najważniejszym tematem rozmów był wątek doświadczania roli opiekuna w ramach poszczególnych biografii. Wywiady zostały przeprowadzone we wrześniu 2014 roku, rozmówcy mieli od 64 do 90 lat (średnia arytmetyczna 80 lat), nie byli już aktywni zawodowo, przebywali na emeryturze, mieszkali w Poznaniu, ale różny był ich status ekonomiczny, poziom wykształcenia, wykonywany wcześniej zawód, habitus.

Wyniki badań własnych

Opieka jako obowiązek

Rozmówcy zwykle podkreślali, że opieka nad partnerką jest pewnym naturalnym etapem:

„Ja się zawsze liczyłem z tym, że różnie to może być” (Krzysztof).

„Jako człowiek jeden drugiemu musimy pomóc [...] to naturalne” (Szymon).

„To jest normalka dla ludzi, którzy mają poczucie godności, tak trzeba” (Maciej).

„To normalna rzecz, zobowiązanie i obowiązek wobec osoby bliskiej” (Szczepan).

Mężczyźni najczęściej mówili o opiece jako o obowiązku, konsekwencji swych wcześniejszych decyzji i realizacji społecznych zobowiązań:

„A kto ma się opiekować? Następnego mam zawołać?” (Krzysztof).

„Jesteśmy razem, to co mam robić? Zostawić teraz na starość?! Wyprowadzić się?!” (Szymon).

„Jest żona, nie filozofuję, trzeba pomóc. To osoba bliska, z którą się życie spędziło, trzeba być człowiekiem do końca” (Stefan).

Dla wielu mężczyzn opieka nad partnerką jest nie tylko obowiązkiem małżeńskim, ale stanowi wyraz człowieczeństwa. Ponadto obowiązek opieki rodzinnej nie był traktowany przez mężczyzn jako działanie szczególne, gdyż rozmówcy często zaprzeczali, że robią coś wyjątkowego, ważnego, raczej umniejszali rolę swych działań, określając ją mianem „zwykłej rzeczy”.

Często czynności pielęgnacyjne czy zadbanie o byt partnerki, a zatem działania „techniczne”, były wskazywane przez rozmówców jako najistotniejsze zadanie. Czynności pielęgnacyjne często były określane jako „zadanie do wykonania” (Stefan), których realizacja jest celem samym w sobie, a typ zadania nie jest istotny, lecz poczucie, że osiągnęło się cel. Często opisy realizowanych czynności pielęgnacyjnych były oderwane od emocjonalnego wymiaru czynności lub bezpośrednio mówcy temu zaprzeczali:

„Jest robota, którą trzeba zrobić [...]. Stwierdzam fakt, dupa obrzana i trzeba umyć. Celem jest, że trzeba to umyć, tak podchodzę do życia” (Szczepan).

Choć mężczyźni w większości sytuacji podchodzili do ich realizacji w sposób zadaniowy, to jednak za „technicznymi” czynnościami kryło się zwykle szereg odczuć: frustracja, złość, ale również troska, poczucie bliskości, a zatem emocjonalny wymiar podejmowanych działań opiekuńczych. Troska o partnerkę przejawiała się w sposobie mówienia o sytuacji partnerki i podejmowanych zadaniach opiekuńczych:

„Żona miała spuchnięte nogi, naskórek pękał i ciekła woda, a pani doktor zapisała, co tam trzeba i pielęgnowałem tak, że dziwiła się, że już się z tym uporałem” (Maciej).

Choć wiele podejmowanych czynności i przeżywanych emocji związanych było z troską o partnerkę, jednak zwykle mężczyźni nie mówili o niej wprost ani partnerce, ani podczas rozmów. Troskę okazywali w zawoalowany sposób:

„Nieraz siedzę w pokoju na tapczanie, trzaskam wariata, że oglądam telewizję, a ja tylko mam włączone po to, żeby żona tak myślała [...]. Nieraz godzina trzecia rano. Chociaż żona i tak na drugi dzień wie, że ja to robiłem, pilnowałem, żeby nie zasnęła, bo wie pani, cukrzyca to jest największe chamstwo, jakie może być” (Andrzej).

Partnerzy często nie chcieli urazić partnerki. Mimo że wiele par ze względu na komfort zdecydowało się spać w osobnych łóżkach lub również osobnych pokojach, pan Bartosz, nie bacząc na swą niewygodę, śpi wspólnie z partnerką:

„Ja już chciałem dawno spać osobno [...]. To by się obraziła, to bym jej przykrość zrobił, ja to czuję, ona teraz chciałaby mnie mieć blisko, żeby miała oparcie, w związku z tym ja nie mogę powiedzieć, że nie” (Bartosz).

Wielu mężczyzn w swych działaniach opiekuńczych kieruje się zadowoleniem żony. Jest to pewne kontinuum, od poziomu zapewnienia podstawowej opieki do realizacji różnych czynności w sposób, który w pełni satysfakcjonuje żonę. Mężczyźni bywają bardzo autokrytyczni, a jednocześnie często sfrustrowani tym, że ograniczenia organizmu uniemożliwiają osiągnięcie pułapu, jaki sami sobie postawili:

„Nie jest lekko, poradzę sobie, to, co mogę, to, co mogę zrobię. Nieraz żona będzie niezadowolona, wiem, że nieraz tam... [...]. Człowiek chciałby jak najlepiej i denerwuje się, tu poprawi, tu śniadanie. Człowiek chciałby jak najlepiej, a wychodzi jak na złość jak najgorzej. No, ale...” (Franciszek).

Ponadto oddanie partnerów to nie tylko opieka, to ciągła gotowość. W sytuacji zaostrzenia choroby dziewięćdziesięcioletni pan Franciszek spał na krzesłach przy łóżku żony:

„Ja tu przy żonie spałem, na krzesłach. Bo w każdej chwili potrzebowała mojej pomocy. Kolegi syn przyniósł taki dzwonek, ja poszedłem do tamtego pokoju, ale mimo tego ja się

budzę. Muszę się obudzić, gdyby żona mnie potrzebowała. Teraz ja sobie tam wygodnie śpię” (Franciszek).

Opieka nad partnerką jest dla wielu związana z walką o godność partnerki, mężczyźni nie chcą, by żona była pieluchowana, tak długo, jak utrzymuje kontrolę nad moczem, są gotowi wstawać kilka razy w nocy, by pomóc przejść do toalety:

„W nocy wstaje pięć razy, albo cztery. No, muszę [żonie – U.K.] nogi ściągnąć” (Stefan).

Mężczyźni deklarują zwykle, że tak długo, jak będzie to możliwe, będą opiekować się swoimi partnerkami. Często jako ostateczną granicę wskazują własne niedomaganie lub swoją śmierć.

Trud i wsparcie – opieka instytucjonalna a opieka domowa

Skupienie na chorobie żony i podjęcie roli głównego opiekuna łączy się z szeregiem emocji. Rzadko mężczyźni wspominali o pozytywach nowej sytuacji i zwykle podkreślali trud nowej roli:

„To obciążenie, trudno to nazwać plusami” (Andrzej).

„Żona jest kłopotem i to dużym. Ciągłe ta niepewność” (Szczepan).

„No lekko nie jest” (Franciszek).

Mimo trudu dostrzeganego i werbalizowanego przez opiekunów, zauważyłam, że sytuacja opieki może wiązać się z budowaniem nowej relacji bliskości i intymności:

„Jesteśmy bliżej w sensie zainteresowań, to znaczy, jak się czujesz, jak spałaś i czy musiałaś... powiedz tego, ona też mi pokazuje to i tu, przyjdzie mi i pokazuje, że ma spuchniętą nogę” (Bartosz).

Z drugiej strony rozmówcy podkreślali, że ciągła obecność jest często trudna, jest to bliskość zbyt intensywna:

„Bo w tej chwili za dużo razem przebywamy, na okrągło. Jak się chodziło do pracy, człowiek trochę odpoczął, ale jesteśmy tylko ludźmi. Teraz jest trudniej” (Szymon).

„Trudno się z nią dogadać, wkurza mnie to nieraz, jak dzieciaka to przełożyłbym i trzepnął. Złośliwa się zrobiła, naprawdę się z nią trudno dogadać..., kłótnie o bzdury” (Andrzej).

W sytuacjach trudnych, poczucia obciążenia, konfliktu lub nieradzenia sobie z sytuacją część mężczyzn nie ma możliwości uzyskania wsparcia emocjonalnego. Sposobem radzenia sobie jest czasowe odizolowanie się lub sięganie po alkohol:

„Gdy już nie mogę, to albo wychodzę z domu, albo wychodzę i idę na kielicha i wtedy mi to pomaga” (Andrzej).

Dla wielu mężczyzn największym trudem była niepewność dotycząca stanu zdrowia i wymogi wobec roli opiekuna. Wielu mężczyzn, którzy nie posiadali wsparcia członków rodziny, było rozżalonych brakiem uwagi i gotowości pomocy lub chociażby wsparcia psychicznego:

„Jak się człowiek jeszcze trzyma i wszystko w domu robi, to dzieci się mało interesują, a jak muszą, to wtedy muszą, i wtedy córka musi się zainteresować trochę naszym domem. [...] Córka powinna więcej się zająć matką, bo nie jest aż tak zapracowana [...], olewają to wszystko. [...] On [zięc – U.K.] bardzo często, jak potrzebuje kasy, to wtedy się odnajduje” (Andrzej).

„Mamy jeszcze wnuka, ale on pomaga tylko wyciągać pieniądze” (Maciej).

„Żona wytypowała wnuczkę siostry, że za opiekę dostanie nasze własnościowe mieszkanie, ale żadnego zainteresowania, żeby chociaż zapytała... By się chociaż zapytała... (Franciszek).

Jednocześnie wielu rozmówców posiadających rodzinę rozumie, że inni mają swoje życie:

„To wszystko młodzi ludzie mają rodziny, mają dzieci, mają prywatne firmy [...] i ja to rozumiem” (Stefan).

Moi rozmówcy byli przekonani, że opieka domowa jest korzystniejsza od instytucjonalnej. Twierdzenie to było głęboko zakorzenione w sposobie myślenia respondentów i podkreślali oni niewystarczający poziom opieki i troski, który ich zdaniem realizują placówki:

„Głupio, żeby tak oddać żonę, to by jej na zdrowie nie wyszło, nie wierzę” (Andrzej).

„Przyjedzie opieka, weźmie do domu starców, luminal czy inne spanie i pampersy, i koniec, cała opieka” (Stefan).

Stały pobyt partnerki w placówce (hospicjum, dom opieki społecznej, dom spokojnej starości) był traktowany jako ostateczność, jako sytuacja, w której zawiodły wszystkie inne dostępne możliwości, ale też jako porażka, także w kontekście roli mężczyzny, konsekwencja własnego niedomagania. Niektórzy mężczyźni zlecali obowiązki pielęgnacyjne wykwalifikowanemu personelowi, jednak zwykle dopiero w sytuacji, gdy „sam sobie już nie radzę” (Stefan). Decyzję taką podjęli jednak najczęściej z braku sił: „pielęgniarka myje żonę, sam bym sobie poradził, ale kondycyjnie nie wytrzymuję” (Szczepan).

Nie bez znaczenia jest opinia społeczna piętnująca skierowanie członka rodziny do placówki instytucjonalnej, traktująca takie działania w kategoriach porzucenia. Oczekuje się od członków rodziny, by sprawowali jak najdłużej opiekę domową zwykle bez uwzględnienia warunków lub konsekwencji, jakie może przynieść ona dla opiekuna. Co istotne – w kontekście analiz – taki obowiązek dotyczy również mężczyzn. Być może z tego względu mężczyźni traktują jako naturalny obowiązek podjęcie opieki nad chorą partnerką.

W toku rozmów okazało się, że niewielu mężczyzn korzystało z form opieki instytucjonalnej. Częściej decydowali się na nią mężczyźni wykształceni, których nie ograniczały finanse, ale przede wszystkim ci, którzy potrafili aktywnie szukać form wsparcia. Częściej posiadali oni dzieci i wnuki, które choć nie zajmowały się bezpośrednio chorą, to ją wspierały. Pan Bartosz przyznał, że przyszedł moment, w którym „trudno było z żoną wytrzymać”, i po uzgodnieniach z dziećmi znalazł placówkę o charakterze dziennym, gdzie małżonka przebywała pięć

razy w tygodniu w godzinach 9.00–14.00, obecnie – ze względów pogłębiającej się choroby – w placówce bywa trzy razy w tygodniu. Jak opowiada pan Bartosz:

„Wtorek, środa, czwartek żona jeździ do ośrodka. Raz w miesiącu ma spotkanie z koleżankami na mieście, w kawiarni co drugi czwartek, w drugi wtorek miesiąca spotykają się w kawiarni z innymi koleżankami” (Bartosz).

Postawa i działania pana Bartosza były jednak szczególne na tle pozostałych rozmówców, gdyż nie tylko aktywnie poszukiwał wsparcia i form spędzania czasu dla żony, ale w dużym stopniu uwzględniał własne potrzeby. Ponadto poszukiwanie pomocy instytucjonalnej traktował właśnie jako samodzielność:

„Ale póki jesteśmy razem i jedno z nas jest na tyle sprawne, że możemy sobie radzić, to będziemy sobie radzić, bo my wolimy sobie sami radzić, niż być na czyimś garnuszku, czy coś na łasce się mówi, bo można mieć swoje zajęcie. Dzieci mają wnuków (*sic!*), to wiadomo” (Bartosz).

W większości sytuacji mężczyźni nie korzystali z form pomocy instytucjonalnej lub w niewielkim zakresie dotyczącym działań pielęgnacyjnych, gdy sami nie mogli podołać danym zadaniom. Mężczyźni, którzy nie decydowali się na podjęcie szeregu „kobiecych zadań”, zwykle decydowali się na usługi „pań do pomocy”. Jednak tylko niezbędna forma pomocy związana bezpośrednio ze stanem zdrowia i potrzebami fizycznymi wydawała się uzasadnionym powodem poszukiwań wsparcia:

„Jedne, co myślałem, że jeśli będzie gorzej [z żoną – U.K.], to ewentualnie wziąć taką opiekunkę, no, powiedzmy umówić się, żeby umyła okna albo coś ugotowała” (Andrzej).

„Od niedawna mamy zakontraktowane, to jest hospicjum takie, hospicjum domowe i poradnia medycyny paliatywnej. Przychodzi co dwa tygodnie lekarz, a dwa razy w tygodniu pielęgniarz” (Ryszard).

Celowe poszukiwanie instytucji, które pozwoliłyby mężczyznom na wytchnienie, nie jest zwykle traktowane jako realna opcja. Jest łączone z porzuceniem, niezrealizowaniem obowiązku, choć może również brakiem wiedzy o takich możliwościach. Często w takich sytuacjach pojawia się frustracja i złość. Dopiero, gdy pogorszenie stanu zdrowia przyczynia się do czasowego pobytu partnerki w szpitalu, niektórzy mężczyźni przyznają, że jest to dla nich wytchnienie, mające dodatkowo uzasadnienie medyczne:

„Gdy żona jest w szpitalu troszeczkę mam luzu [...]. Przytyłem nawet sześć kilogramów. Bo głowa spokojna, miałem spokój” (Andrzej).

Dla niektórych mężczyzn czasowy pobyt partnerki w szpitalu jest okresem wyczekiwany, pozwalającym odpocząć, ale jednocześnie niewielu mężczyzn stara się zorganizować czas dla siebie w sposób inny niż konieczność medyczna. Tylko zły stan zdrowotny wydaje się

wystarczającym argumentem organizacji opieki instytucjonalnej. Inne możliwości poszukiwania opieki są przez partnerów niedopuszczane jako potencjalne opcje. Oczywiście ograniczeniem są kwestie finansowe i brak dostępu do wiedzy o możliwych alternatywach, ale do wykluczenia poszukiwania alternatyw dochodzi w związku z brakiem przyzwolenia, by w ogóle szukać takowych rozwiązań. Spośród moich rozmówców tylko nieliczni mężczyźni podejmowali próby poszukiwania różnych form opieki dla żony, by samemu móc odpocząć – nie tylko fizycznie, ale przede wszystkim psychicznie. Jako niewłaściwe mężczyźni postrzegają jednak zajęcie się partnerką przez osoby niespokrewnione, gdyż opieka rodzinna jest uwznioślana i traktowana jako jedyna słuszna opcja. Dlatego też emocją, która się pojawia, jest poczucie winy związane z poszukiwaniem opieki instytucjonalnej dla żony z innego względu niż pogorszenie stanu zdrowia lub proces leczenia.

Męskość i opieka³²

Respondenci, odnosząc się do kwestii męskości, łączyli ją z obecną sytuacją, a zatem przede wszystkim starością, stanem zdrowia, a głównie z rolą opiekuna. W ramach analiz wyłoniły się cztery sposoby mówienia o męskości. Dla wszystkich punktem odniesienia była męskość hegemoniczna.

Pierwszy sposób mówienia o męskości łączył się z definiowaniem opieki jako męskim zadaniem. Jednak opieka była tu definiowana bardzo szeroko, jako piecza nad rodziną, zarządzanie rodziną i nie dotyczyła przejęcia obowiązków domowych. Głównym osią definiowania męskości była władza. Taki sposób realizowania roli i podejmowanych zadań dawał poczucie „bycia na swoim miejscu” i „bycia mężczyzną”.

W drugim typie kluczowym kryterium definiowania męskości była opieka definiowana jako obowiązek kobiety. Mężczyźni deklarowali, że czują się mężczyźni, czują się mężczyznami, ale ze względu na realizację kobiecych czynności, których nie zintegrowali jako element męskości, odczuwali ciągłą frustrację. Podjęli opiekę, ponieważ nie widzieli innego wyjścia; czują się zmuszeni do podjęcia opieki z przekonaniem, że jest to najkorzystniejsze dla żony, ale niekoniecznie dla nich:

„Robię, bo mnie warunki do tego zmuszają, jak pójde głową w mur, to mogę oknem wyskoczyć, gównu będę z tego miał” (Stefan).

Trzecim sposobem mówienia o męskości było zaakceptowanie zmian i zintegrowanie opieki w każdym wymiarze jako atrybutu męskości. Mężczyźni, redefiniując męskość, czuli się mężczyznami mimo zachodzących przemian, a efektem tego był spokój:

³² Szerzej zob. Urszula Kluczyńska, „Older husbands as carers. Construction of masculinity in context of care-giving”, *Studia Humanistyczne AGH* 14 (2015).

„Ja jestem taki, widzi Pani, miękki, kiedyś nie, byłem twardy człowiek. [...] Ja uważam, że powinna być równość, nie jestem jakimś zatwardziałym nawet w sprawach obyczajowych, mnie to nie razi” (Bartosz).

Dzięki tej integracji i redefinicji odczuwali też częściej zadowolenie z realizowanych obowiązków i opieki nad partnerką, a uznanie społeczne było formą nagrody. Był to też najczęstszy sposób mówienia o męskości wśród respondentów:

„Opiekowanie to zadanie mężczyzny. Oczywiście, ja po prostu nie wyobrażam sobie tego, że może kogoś nie obchodzić rodzina” (Ryszard).

„Co za czort nie może się opiekować, dla mnie to nie jest w każdym bądź razie coś trudnego czy niewykonalnego” (Maciej).

Czwartym sposobem mówienia o męskości w kontekście podjęcia roli opiekuna było zaprzeczenie „bycia mężczyzną”. W obliczu podjęcia opieki nad partnerką i przesunięcia do sfery prywatnej oraz uznania istotności wieku jako czynnika, który spycha w dół hierarchii męskości, mężczyźni odczuwali żal, czasem gorycz, że nie mogą realizować męskości hegemonicznej. Warto podkreślić, że dla tych osób ważne było to, że słabość ich ciała uniemożliwiała lub znacznie utrudniała sprawowanie opieki nad partnerką, podczas gdy męskość łączyła głównie z siłą i sprawnością: „Z racji wieku już nie czuję się męski, bo sił nie starcza” (Szczepan).

Dyskusja

Badania dotyczące sytuacji opiekunów rodzinnych osób starszych przeprowadzone w 2006 roku w Polsce wykazały, że głównymi motywami opieki jest: więź emocjonalna, obowiązek oraz przekonania religijne³³. Szereg badań – przeprowadzonych poza granicami naszego kraju – ukazuje, że najczęstszymi pobudkami opieki realizowanej przez mężczyzn jest relacja małżeńska: struktura małżeństwa³⁴, chęć zrewanżowania się za opiekę, jaką otrzymali wcześniej w swym małżeństwie³⁵, a także podjęcie opieki nad żoną ze względu na emocjonalną bliskość i miłość do partnerki³⁶, odpowiedzialność za jej los³⁷ oraz poczucie obowiązku³⁸.

³³ Barbara Bień, *Family caregiving for the elderly in Poland* (Białystok: Trans Humana, 2006).

³⁴ Linda Thomson, „Conceptualizing gender in marriage: A case of marital care”, *Journal of Marriage and the Family* 55 (1993).

³⁵ Mike Fisher, „Man-made care: Community care and older male carers”, *British Journal of Social Work* 24 (1994).

³⁶ Phyllis Brady Harris, „The misunderstood caregivers? A qualitative study of the male caregivers of Alzheimer’s disease victims”, *Gerontologist* 33 (1993).

³⁷ George Siriopoulous, Yvonne Brown, Karen Wright, „Caregivers of wives diagnoses with Alzheimer’s disease: Husband’s perspective”, *American Journal of Alzheimer’s Disease* 14 (1999).

³⁸ Anne Neufeld, Margaret J. Harrison, „Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation?”, *Journal of Advanced Nursing* 28 (1998); Phyllis Brady Harris, „Differences among husband caring for their wives with

Badacze zwrócili również uwagę na realizację opieki ze względu na obawę separacji będącej następstwem opieki zinstytucjonalizowanej³⁹. Wyniki szeregu analiz wskazują również, że pomimo występowania jednocześnie różnorodnych uczuć: żalu, złości lub frustracji towarzyszącej procesowi opieki, ważnym motywem jest miłość i szacunek. Przytoczone badania ukazują różne powody podjęcia przez starszych mężczyzn opieki nad partnerkami, jednak bardzo często motywacja nie jest jednowymiarowa, lecz stanowi raczej kombinację wskazanych czynników⁴⁰. Warto zaznaczyć, że motywacja mężczyzn podejmujących opiekę często nie różni się od motywacji kobiet⁴¹.

Moje badania nie ujawniły wielu pobudek wskazywanych w innych badaniach, nie pojawił się w ogóle wątek podjęcia opieki ze względów religijnych, co można łączyć z faktem, że w porównaniu z grupą kobiet mężczyźni rzadziej deklarują udział w obrzędach religijnych⁴² i nie poszukują odpowiedzi na wiele pytań egzystencjalnych w systemie religijnym, co nie oznacza, że nie czują potrzeby refleksji lub nie są zainteresowani moralnością⁴³. Również argument miłości wobec partnerki nie został zwerbalizowany, a raczej potraktowany przez rozmówców jako oczywistość w sytuacji „dopytania” o tę kwestię w toku wywiadów, nie pojawił się też lęk związany z separacją lub nie został on zwerbalizowany. W moich analizach to poczucie obowiązku było kluczowym powodem podjęcia opieki nad partnerką, łączył się on jednak nie tylko z relacją małżeńską i umową społeczną, ale również z obowiązkiem moralnym podjęcia opieki wobec innego człowieka, a zatem sposobu na potwierdzenie człowieczeństwa. Był to obowiązek definiowany jednak często jako „brak innej możliwości”, obezwładniający i niepozwalający na szukanie alternatyw. Traktowany był on najczęściej jako „wyrok”, ewentualnie w zawieszeniu, gdy partnerka przebywała w szpitalu, gdyż w większości sytuacji przymus opieki domowej, rodzinnej blokował opcje poszukiwania wsparcia i pomocy instytucjonalnej (choćby dziennego pobytu). Często powodem był brak umiejętności poszukiwania wsparcia, obawa przed społeczną oceną, ale również koszty i brak wiedzy.

Alzheimer's disease: Qualitative findings and counseling implications”, *Journal of Clinical Geropsychology* 1 (1995); Harris, „The misunderstood caregivers”; Kluczyńska, „Older husbands”.

³⁹ Alisoun Milne, Eleni Hatzidimitriadou, „Isn't he wonderful?” Exploring the contribution and conceptualization of older husbands as carers”, *Ageing International* 28 (2003): 393.

⁴⁰ Suzanne Cahill, „Elderly husbands caring for views diagnoses with Alzheimer disease: Are male caregivers really different?”, *Australian Journal of Social Issues* 35 (2000): 58.

⁴¹ Suzanne Cahill, „Elderly husbands”.

⁴² Magdalena Kapała, „Prawdy i mity dotyczące aktywności starszych kobiet. Przegląd badań”, w: *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*, red. Edyta Zierkiewicz, Alina Łysak (Wrocław: MarMar, 2006), 19–20.

⁴³ Neufeld, Harrison, „Men as caregivers”, 966; Kluczyńska, „Czas wolny”.

David Gutmann⁴⁴ twierdzi, że gdy wraz z procesem starzenia kobiety stają się bardziej asertywne, a ich podejście instrumentalne, starsi mężczyźni stają się bardziej opiekuńczy i ekspresyjni⁴⁵. Takie zmiany mogą powodować, że mężczyźni odnajdują się w roli opiekunów i inaczej traktują tę rolę w okresie starości. Lenard Kaye i Jefferey Applegate⁴⁶ sugerują również, że rola opiekuna może być substytutem utraty zatrudnienia i przejścia na emeryturę, ponieważ opieka daje możliwość rozszerzenia autorytetu mężczyzny z miejsca pracy na dom. Według analiz mężowie opiekujący się partnerką z dużo większą łatwością podejmują odpowiedzialność za instrumentalne aspekty opieki, gdyż traktują je raczej jako rozszerzenie zadań wpisanych w rolę mężczyzny, a co za tym idzie, poszerzenie autorytetu i obszaru władzy niż podjęcie pielęgnacji i opieki⁴⁷. Podczas gdy badaczki i badacze wskazują, że kobiety często postrzegają opiekę nad partnerem jako utratę autonomii (co prawdopodobnie związane jest z ich wcześniejszymi doświadczeniami), mężczyźni zwykle postrzegają się w roli opiekuna jako osoby aktywne, uzyskujące kontrolę⁴⁸. W swoich badaniach dostrzegłam jednak, że jest to kwestia indywidualna, niektórzy mężczyźni postrzegali się jako osoby aktywne, inni natomiast podkreślali brak autonomii. Myślę, że kluczowa kwestia związana jest z definiowaniem sytuacji i sposobu radzenia sobie z opieką. Relacje oparte na bliskości, trosce były dla opiekunów mniej frustrujące i ograniczające, także podejmowanie przez opiekuna strategii zorientowanej na zadania dawało więcej poczucia kontroli nad sytuacją. Ponadto im większe obeznanie opiekuna z procesem opieki, tym większe jego poczucie sprawowania kontroli nad chorobą⁴⁹.

Badania dowodzą, że podczas gdy mężczyźni mają tendencję, by określać siebie jako osoby, które sprawują opiekę poprzez stałe zaangażowania i odpowiedzialność przejawiającą się w dostarczaniu środków finansowych, kobiety, myśląc o opiece, skupiają się na jej wymiarze praktycznym, a zatem działaniach, które pozwolą zaspokoić potrzeby podopiecznych⁵⁰. Moje badania nie potwierdzają tak jednoznacznych twierdzeń, w większości przypadków mężczyźni

⁴⁴ David Gutmann, *Reclaimed powers: Toward a new psychology of men and women in later life* (New York: Basic Books, 1987).

⁴⁵ Kluczyńska, „Czas wolny”; Kluczyńska, „Stary mężczyzna”.

⁴⁶ Lenard W. Kaye, Jeffrey S. Applegate, „Older men and the family caregivers orientation”, w: *Older men's lives*, red. Edward Thompson (Thousand Oaks–London: Sage 1994).

⁴⁷ Amanda Baruch, Wanda Spaid, „Gender differences in caregiving: why do wives report a greater burden?”, *The Gerontologist* 29 (1989).

⁴⁸ Baruch, Spaid, „Gender differences”; Milne, Hatzidimitriadou, „Isn't he wonderful?”, 399.

⁴⁹ Peggy L. McFarland, Sara Sanders, „Male caregivers: Preparing men for nurturing roles”, *American Journal of Alzheimer's Disease* 14 (1999).

⁵⁰ Niall Hanlon, *Masculinities, care and equality. Identity and nurture in men's lives* (London: Palgrave Macmillan, 2012), 46–47.

podkreślali szereg praktycznych czynności, które w ich przekonaniu definiują opiekę, często włączając w te działania troskę. Wiele działań, choć często traktowanych zadaniowo, zawierało w sobie pokłady wielu odczuć, emocji i pragnień. Często była to gotowość pomocy, dbanie o to, by nie urazić partnerki, walka o jej godność i chęć realizacji opieki na najwyższym poziomie. Na wątek „walki o godność” partnerki wskazała również Sara Anders i James Power⁵¹, którzy zwrócili uwagę, że dbanie o godność i poczucie wartości partnerki było istotną formą ochrony i zapewniania poczucia bezpieczeństwa⁵². Relacja opieki przyczynia się również do budowania nowych form bliskości i intymności⁵³. Moi rozmówcy podkreślali, że od momentu podjęcia opieki są ze sobą bliżej, jeśli chodzi o informacje o sobie, o zmianach ciała, chorobach, objawach, czegoś, co dotyczy codzienności i buduje w pewnym stopniu relację, ze względu na obecną sytuację i priorytety oraz troski. Jednocześnie podkreślali, że intensywność bliskości i czasu spędzonego razem jest czasami obciążeniem, które dołączyć można do szeregu emocji towarzyszących podjęciu roli opiekuna (m.in. żal, smutek, złość, zniechęcenie, poczucie winy, frustracja)⁵⁴. Pomimo szeregu negatywnych emocji i potrzeby wsparcia większość moich rozmówców nie dążyła jednak do uzyskania pomocy, w tym instytucjonalnych form opieki.

Wiele analiz wskazuje na negatywne konsekwencje opieki instytucjonalnej, dlatego – nie tylko ze względu na zmniejszenie kosztów opieki – celem jest dążenie do deinstytucjonalizacji opieki⁵⁵. Ze względu na depersonalizację, pozbawianie tożsamości, anonimowość, brak możliwości wyboru, prywatności i godności, zatłoczenie, brak celowości i inne negatywne konsekwencje totalności⁵⁶ opieki instytucjonalnej⁵⁷ jest ona postrzegana jako niepożądana w przeciwieństwie do opieki domowej. Jednocześnie często przecenia się znaczenie domu rodzinnego jako jedynego korzystnego środowiska, które może być dla niektórych podopiecznych miejscem wielu negatywnych doświadczeń, a także może „zamykać” w swej przestrzeni opiekunów⁵⁸. Część badań wskazuje, że mężczyźni częściej w procesie opieki korzystają z różnego rodzaju

⁵¹ Sara Sanders, James Power, „Roles, responsibilities, and relationships among older husbands caring for wives with progressive dementia and others chronic conditions”, *Health and Social Work* 34 (2009): 44–49.

⁵² Sanders, Power, „Roles, responsibilities”.

⁵³ Sanders, Power, „Roles, responsibilities”.

⁵⁴ Sanders, Power, „Roles, responsibilities”.

⁵⁵ Jerzy Szmagałski, „Deinstytucjonalizacja w pomocy społecznej – zadania dla pracy socjalnej”, w: *Społeczeństwo, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, red. Krystyna Marzec-Holka (Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, 2000).

⁵⁶ Erving Goffman, „Charakterystyka instytucji totalnych”, w: *Współczesne teorie socjologiczne*, red. Aleksandra Jasińska-Kania et al. (Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2006).

⁵⁷ Philips, Troska, 122; Elżbieta Tarkowska, „Ludzie w instytucji totalnej”, w: *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, red. Elżbieta Zakrzewska-Manterys, Anders Gustavsson (Warszawa: Wydawnictwo Żak, 1997).

⁵⁸ Philips, Troska, 125–126.

usług i preferują raczej formalne źródła wsparcia niż nieformalne⁵⁹. Korzystają zatem częściej z dziennych domów opieki, opiekunek, pielęgniarek, pomocy domowej⁶⁰. Taka postawa odciąża i daje możliwość wytchnienia. Wyniki badań mogą sugerować, że przyczyną wyższego poziomu stresu, depresji czy obciążenia wśród kobiet jest nieumiejętne korzystanie z różnych form odciążenia w tej trudnej roli⁶¹. Można jednak wspomniane wyniki uzasadnić oczekiwaniami wobec roli kobiety, od której wymaga się, by bez względu na okoliczności podjęła opiekę nad członkami rodziny, i zakłada się, że posiada ona umiejętności i cechy niezbędne do realizacji procesu opieki, gdyż jest to dla niej „naturalne”. Wpisanie tych oczekiwań w kobiecą rolę może blokować dążenie do poszukiwania formalnych źródeł pomocy i wsparcia. Inne badania zaprzeczają jednak wcześniej przedstawionym wnioskom i wykazują, że mężczyźni deklarują, że rzadko korzystają z formalnych usług i źródeł wsparcia⁶², głównie ze względu na braki w zakresie edukacji i trudności dostępu do tego typu usług⁶³. Część badanych stwierdziło, że korzystanie z usług zewnętrznych jest przyznaniem się do porażki⁶⁴. Maureen Coe i Anne Neufeld⁶⁵ w swych analizach dotyczących pozyskiwania przez opiekunów formalnego wsparcia wskazały, że mężczyźni musieli przezwyciężyć szereg osobistych barier w poszukiwaniu wsparcia i proszenia o pomoc. Wyniki badań są zatem niejednoznaczne.

Moje analizy pokazały, że mężczyźni rzadko poszukiwali formalnego źródła wsparcia i odwoływali się do niego – poza jednym przypadkiem, pana Bartosza – w obliczu braku innej możliwości, głównie gdy nie zdołali już realizować zadań pielęgnacyjnych ze względu na własne ograniczenia. Tym, co wydaje mi się niezwykle istotne, jest sposób konstruowania obowiązku opieki rodzinnej nie tylko wobec kobiet, ale również wobec mężczyzn. Oczekiwania skierowane wobec członków rodziny, by opiekowali się tymi wymagającymi opieki, wydaje się „zawieszać” gender, a konkretnie w sytuacji mężczyzn „zawieszać” męskość. To obowiązek członków rodziny, bez względu na płeć. I to właśnie w tych sytuacjach może dochodzić

⁵⁹ Neufeld, Harrison, „Men as caregivers”.

⁶⁰ Maureen Coe, Anne Neufeld, „Male caregiver’s use of formal support”, *Western Journal of Nursing Research* 21 (1999); Sarah A. Laditka, Maria Pappas-Rogich, James M. Laditka, „Home and community-based services for well-educated older caregivers: gender differences in attitudes, barriers, and use”, *Home Health Care Services Quarterly* 19 (2001).

⁶¹ Janet Witucki Brown et al., „Help-seeking by older husbands caring for wives with dementia”, *Journal of Advanced Nursing* 54 (2007).

⁶² Cahill, „Elderly husbands”, 67; Richard Russell, „Social networks among elderly men caregivers”, *The Journal of Men’s Studies* 13 (2004): 123.

⁶³ Susan Houde, „Men providing care to older adults in the home”, *Journal of Gerontological Nursing* 27 (2001): 14–19.

⁶⁴ McFarland, Sanders, „Male caregivers”.

⁶⁵ Coe, Neufeld, „Male caregiver’s use of formal support”.

do zmagania w realizowaniu męskości i oczekiwań społecznych związanych z opieką. Korzystanie z opieki instytucjonalnej było często traktowane przez moich rozmówców w kategorii porażki, nie tylko realizacji obowiązku opiekuna rodzinnego, ale również porażki w kontekście roli mężczyzny. Istotne wydaje mi się bowiem konstruowanie męskości w warunkach realizacji opieki, gdzie kluczowe jest to, jak poszczególni mężczyźni postrzegają opiekę, czy definiują ją jako aktywność kobiecą, czy włączają do zadań mężczyzny⁶⁶. W pierwszym przypadku mogą zmagać się ze społecznym oczekiwaniem realizacji roli opiekuna rodzinnego przy jednocześnie występującym konflikcie ról lub odrzucać opiekę i wówczas zlecać zadania związane z opieką instytucjom. Badania Kevina Barkera, Noellea Robertsona i Davida Connelly'a⁶⁷ potwierdzają założenie, że mężczyźni mający tradycyjne wyobrażenie męskości nie odczuwają obciążenia związanego z opieką, ale czują się niepewnie, jeśli chodzi o opiekę. To ta grupa może częściej korzystać z opieki instytucjonalnej, ale wówczas też raczej z „braku opcji” niż jako wyboru racjonalnej alternatywy. Jest to zatem podwójne uwięzienie – męskość tradycyjna i odrzucenie opieki jako elementu tożsamości mężczyzny „wymusza” korzystanie z usług instytucjonalnej opieki, także przyjęcie opieki (bez względu na to, czy wiąże się z frustracją, czy zostaje zintegrowana jako element tożsamości mężczyzny) w wyniku społecznego przymusu realizacji opieki rodzinnej blokuje racjonalne korzystanie z opieki instytucjonalnej. Wydaje się w tej sytuacji, że to redefiniowanie męskości i refleksja oraz wgląd będą głównym źródłem dopuszczenia form wsparcia, które nie będą przyczyniały się do poczucia piętnowania przez opinię społeczną, ale będą sposobem poszukiwania pomocy.

Zakończenie. Mężczyźni jako opiekunowie, troskliwi opiekunowie

Jak pokazują badania, mężczyźni są często „sprawnymi opiekunami, potrafiącymi zarządzać, jak również pielęgnować, wprowadzać zmiany i przystosowywać się”⁶⁸, są również opiekunami troskliwymi. W kontekście realizowania opieki wplecionej w biografie mężczyzn istotne wydają się dwie kwestie: definiowanie opieki i męskości. Na bazie analiz ciekawym wątkiem jest definiowanie opieki jako obowiązku, który „zawiesza” gender i stanowi imperatyw człowieczeństwa, w obliczu którego mężczyźni tak samo, jak kobiety, czują się zobowiązani do opieki. Choć moi rozmówcy różnie definiują opiekę – i tu istotnym kontekstem jest właśnie męskość i gotowość – lub nie – jej redefinicji – często realizują opiekę, a jako granicę stawiają własne niedomaganie lub śmierć. Uważam, że ciekawym uzupełnieniem badań byłaby analiza

⁶⁶ Szerzej zob. Kluczyńska, „Older husbands”.

⁶⁷ Barker, Robertson, Connelly, „Men caring for wives”, 319.

⁶⁸ Richard Russell, „In sickness and in health. Qualitative study of elderly men who care of wives with dementia”, *Journal of Ageing Studies* 15 (2001): 354.

sytuacji, w których mężczyźni zdecydowali się na opiekę instytucjonalną dla swojej partnerki, a także porównanie z sytuacją w innych krajach, ale to już temat na kolejne badania.

Bibliografia

- Arber, Susan, Nigel Gilbert. „Men: the forgotten carers”. *Sociology* 23 (1989): 111–118.
- Baier, Annette. *Postures of the mind: Essays on mind and morale*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985.
- Barker, Kevin L., Noelle Robertson, David Connelly. „Men caring for wives with dementia: Masculinity, strain and gain”. *Aging and Mental Health* 14 (2010): 319–327.
- Baruch, Amanda, Wanda Spaid. „Gender differences in caregiving: why do wives report a greater burden?”. *The Gerontologist* 29 (1989): 667–676.
- Bień, Barbara. *Family caregiving for the elderly in Poland*. Białystok: Trans Humana, 2006.
- Błędowski, Piotr, Wojciech Pędich, Barbara Bień, Beata Wojszel, Piotr Czekanowski. *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. National Background Report for Poland*. Eurofarmcare 2004.
- Cahill, Suzanne. „Elderly husbands caring for views diagnoses with Alzheimer disease: Are male caregivers really different?”. *Australian Journal of Social Issues* 35 (2000): 53–73.
- Coe, Maureen, Anne Neufield. „Male caregiver’s use of formal support”. *Western Journal of Nursing Research* 21 (1999): 568–588.
- Connell, Reawyn W. *Masculinities*. Berkeley–Los Angeles: University of California Press, 1995.
- Connell, Reawyn W. *The Men and the Boys*. Berkeley–Los Angeles: University of California Press, 2000.
- Daly, Mary, Guy Standing. „Introduction”. W: *Carework: The quest for Security*, red. Mary Daly, 1–9. Geneva: International Labour Office, 2001.
- Döhner, Hanneli, Christopher Kofahl. *Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*. Eurofarmcare, 2005.
- Engster, Daniel. „Rozważania na temat teorii opieki: praktyka i obowiązek opieki”. W: *Gender i ekonomika opieki*, red. Ewa Charkiewicz, Anna Zachorowska Mazurkiewicz, 25–60. Warszawa: Biblioteka Think Tanku Feministycznego, 2009.
- Finch, Janet. „The concept of caring: feminist research and other perspectives”. W: *Informal care in Europe*, red. Julia Twigg, 5–21. University of York, Social Policy Research Unit, 1993.
- Fisher, Mike. „Man-made care: Community care and older male carers”. *British Journal of Social Work* 24 (1994): 659–680.
- Gerstel, Naomi, Sally K. Gallagher. „Men’s caregiving. Gender and the contingent character of care”. *Gender & Society* 15 (2001): 179–217.

- Goffman, Erving. „Charakterystyka instytucji totalnych”. W: *Współczesne teorie socjologiczne*, red. Aleksandra Jasińska-Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski, 131–177. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2006.
- Gutmann, David. *Reclaimed powers: Toward a new psychology of men and women in later life*. New York: Basic Books, 1987.
- Hanlon, Niall. *Masculinities, care and equality. Identity and nurture in men's lives*. London: Palgrave Macmillan, 2012.
- Harris, Phyllis Braudy. „Differences among husband caring for their wives with Alzheimer's disease: Qualitative findings and counseling implications”. *Journal of Clinical Geropsychology* 1 (1995): 97–106.
- Harris, Phyllis Braudy. „The misunderstood caregivers? A qualitative study of the male caregivers of Alzheimer's disease victims”. *Gerontologist* 33 (1993): 551–556.
- Hirst, Michael. „Trends in informal care in Great Britain during the 1990s”. *Health and Social Care in the Community* 9 (2001): 309–333.
- Hochschild, Arlie Russell. *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*. Tłum. Jacek Konieczny. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009.
- Houde, Susan. „Men providing care to older adults in the home”. *Journal of Gerontological Nursing* 27 (2001): 14–19.
- Hyży, Ewa. „Wkład feministycznych teorii etycznych do bioetyki”. *Nowiny Lekarskie* 81 (2012): 524–533.
- Kapała, Magdalena. „Prawdy i mity dotyczące aktywności starszych kobiet. Przegląd badań”. W: *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*, red. Edyta Zierkiewicz, Alina Łysak, 9–24. Wrocław: MarMar, 2006.
- Kluczyńska, Urszula. „Czas wolny starszych mężczyzn”. W: *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu jednostki życia*, red. Janusz Mucha, Łukasz Krzyżowski, 83–104. Kraków: Wydawnictwo AGH, 2011.
- Kluczyńska, Urszula. „Czy starość ma płeć? Społeczny konstrukt mężczyzny starego w świetle literatury zachodniej”. W: *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, red. Renata Konieczna-Woźniak, 249–260. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2008.
- Kluczyńska, Urszula. „Older husbands as carers. Construction of masculinity in context of care-giving”. *Studia Humanistyczne AGH* 14 (2015): 73–94.
- Kluczyńska, Urszula. „Stary mężczyzna we współczesnym społeczeństwie. Konteksty społeczne i kulturowe”. W: *Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie*, red. Dorota Talarska, Katarzyna Wieczorkowska-Tobis, 42–50. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UM, 2008.
- Kramer, Betty J. „Men as Caregivers: An Overview”. W: *Men as Caregivers*, red. Betty J. Kramer, Edward H. Thompson Jr., 3–19. New York: Prometheus Books, 2005.
- Kramer, Betty J., Edward H. Thompson Jr., red. *Men as Caregivers*. New York: Prometheus Books, 2005.

- Laditka, Sarah A., Maria Pappas-Rogich, James M. Laditka. „Home and community-based services for well-educated older caregivers: gender differences in attitudes, barriers, and use”. *Home Health Care Services Quarterly* 19 (2001): 1–17.
- Lenard W. Kaye, Jeffrey S. Applegate. „Older men and the family caregivers orientation”. W: *Older men's lives*, red. Edward Thompson, 218–236. Thousand Oaks–London: Sage 1994.
- McFarland Peggy L., Sara Sanders. „Male caregivers: Preparing men for nurturing roles”. *American Journal of Alzheimer's Disease* 14 (1999): 278–282.
- Milne, Alisoun, Eleni Hatzidimitriadou. „Isn't he wonderful? Exploring the contribution and conceptualization of older husbands as carers”. *Ageing International* 28 (2003): 389–408.
- Neufeld, Anne, Margaret J. Harrison. „Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation?”. *Journal of Advanced Nursing* 28 (1998): 959–968.
- Philips, Judith. *Troska*. Tłum. Agnieszka Gruba. Warszawa: Wydawnictwo Sic!, 2009.
- Russell, Richard. „In sickness and in health. Qualitative study of elderly men who care of wives with dementia”. *Journal of Ageing Studies* 15 (2001): 351–367.
- Russell, Richard. „Men doing 'women's work': elderly men caregivers and the gendered construction of care work”. *The Journal of Men's Studies* 15 (2007): 1–18.
- Russell, Richard. „Social networks among elderly men caregivers”. *The Journal of Men's Studies* 13 (2004): 121–142.
- Russell, Richard. „The work of elderly men caregivers: From public careers to an unseen world”. *Men and Masculinities* 9 (2007): 298–314.
- Sanders, Sara, James Power. „Roles, responsibilities, and relationships among older husbands caring for wives with progressive dementia and others chronic conditions”. *Health and Social Work* 34 (2009): 41–51.
- Siriopoulous, George, Yvonne Brown, Karen Wright. „Caregivers of wives diagnoses with Alzheimer's disease: Husband's perspective”. *American Journal of Alzheimer's Disease* 14 (1999): 79–87.
- Ślusarska, Barbara, Beata Dobrowolska, Danuta Zarzycka. „Teoretyczne podstawy kategorii «opieka» w pielęgniarstwie”. *Problemy Pielęgniarstwa* 16 (2008): 384–389.
- Szmagałski, Jerzy. „Deinstytucjonalizacja w pomocy społecznej – zadania dla pracy socjalnej”. W: *Społeczeństwo, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, red. Krystyna Marzec-Holka. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, 2000.
- Tarkowska, Elżbieta. „Ludzie w instytucji totalnej”. W: *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, red. Elżbieta Zakrzewska-Manterys, Anders Gustavsson. Warszawa: Wydawnictwo Żak, 1997.
- Thompson, Edward H. Jr. „Older Men as Invisible Men in contemporary Society”. W: *Men's Lives*, red. Michael Kimmel, Michael Messner, 68–84. Boston–London–Toronto–Sydney–Tokyo–Singapore: Allyn and Backon, 1998.
- Thomson, Linda. „Conceptualizing gender in marriage: A case of marital care”. *Journal of Marriage and the Family* 55 (1993): 557–569.

Witucki Brown, Janet, Shu-li Chen, Carolyn Mitchell, Amy Province. „Help-seeking by older husbands caring for wives with dementia”. *Journal of Advanced Nursing* 54 (2007): 352–360.

**“It’s weird to give your wife away like that”
– construction of care and masculinity among older men
who are caring for their wives**

Summary

Care is perceived as a female task, and it is still the case that women are most often the ones who provide care among family members. But as an effect of socio-economic and cultural changes, increasing numbers of older husbands have become the primary carers.

The author research draws on semi-structured, in-depth interviews with ten men between 64 and 90 years old, who are the primary carer for their wives.

The main aim of the article is to describe how older men perceived themselves as carers and defined care in their biographies. The author also tried to describe how older men who care for their wives construct their masculinity in the face of their new roles and tasks.

Analysis allowed the main motive of providing care to emerge: obligation. What is more, institutional care was treated by older men as a last resort, also in context of masculinity role. The research findings showed that an important factor in the way masculinity is constructed by older men caring for their wives was the definition of care.

Keywords

care, family care, man as a carer, old men masculinity

Translated by Urszula Kluczyńska

PROSIMY O CYTOWANIE TEGO ARTYKUŁU JAKO:

Urszula Kluczyńska, „«Głupio żeby tak oddać żonę...» – konstruowanie opieki i męskości przez starych mężczyzn opiekujących się swoimi przewlekle chorymi żonami”, *Autobiografia. Literatura. Kultura. Media* 1 (06) (2016): 139–159.