



MARTA KULESZA

The Maria Grzegorzewska University
in Warsaw, Poland

ORCID iD: 0000-0002-3432-4041

MAREK KULESZA

Cardinal Stefan Wyszyński University
in Warsaw, Poland

ORCID iD: 0000-0001-6962-5488

PERSPEKTYWY WYKORZYSTANIA KONCEPCJI OPIEKI ZORIENTOWANEJ NA RODZINĘ (FCC) W SYSTEMIE WSPARCIA OSÓB STARSZYCH

PERSPECTIVES ON THE USE OF THE FAMILY-CENTERED CARE (FCC) CONCEPT IN IN THE SUPPORT SYSTEM FOR OLDER PEOPLE

ABSTRACT

The article describes the concept of Family-Centered Care (FCC) as a modern approach in which the family is an active partner in planning and delivering care, rather than merely a recipient of services. Originally developed mainly in pediatrics, this model is increasingly being applied in the care of older adults. FCC is grounded in a broad theoretical foundation—including family systems theory, ecological development theory, salutogenesis, the ethics of care, and the concept of empowerment—which emphasizes the importance of relationships, collaboration, and the use of family resources. International research shows that FCC improves the quality of life of patients and their relatives, strengthens communication with staff, and increases the effectiveness of care. In countries such as the United States, Canada, Scandinavia, and Germany, this model is widely used in geriatrics, rehabilitation, and palliative care. In Poland, FCC is implemented mainly in a fragmented manner, especially in neonatology, and there is a lack of systemic standards as well as a Polish version of the FCCA tool used to assess the quality of family-centered care.

The authors point out that in the care of older adults, FCC can serve as an alternative to the dominant hierarchical compensatory model, which assumes that the family bears the primary burden of care. An example of practical implementation of FCC in Poland is the FAMCARE project, based on cooperation between families, institutions, and the local community, aligned with the idea of deinstitutionalization. The article emphasizes that FCC can significantly improve the quality of care for older adults in Poland, but achieving this requires organizational, cultural, and competency-related changes within the support system.

KEYWORDS: *family system, Empowerment, Family – Centered Care, Family Resources, Deinstitutionalization, Community-based support*

ABSTRAKT

Artykuł opisuje koncepcję opieki zorientowanej na rodzinę (Family-Centered Care, FCC) jako nowoczesne podejście, w którym rodzina jest aktywnym partnerem w planowaniu i realizacji opieki, a nie jedynie jej odbiorcą. Model ten, rozwinięty głównie w pediatrii, coraz częściej znajduje zastosowanie w opiece nad osobami starszymi. FCC opiera się na szerokiej bazie teoretycznej – m.in. teorii systemów rodzinnych, ekologii rozwoju, salutogenezie, etyce troski i koncepcji empowermentu – które podkreślają znaczenie relacji, współpracy i wykorzystania zasobów rodziny. Badania międzynarodowe wykazują, że FCC poprawia jakość życia pacjentów i ich bliskich, wzmacnia komunikację z personelem i zwiększa skuteczność opieki. W krajach takich jak USA, Kanada, Skandynawia i Niemcy model ten jest powszechnie stosowany w geriatrici, rehabilitacji i opiece paliatywnej. W Polsce FCC funkcjonuje

głównie fragmentarycznie, zwłaszcza w neonatologii, a brakuje systemowych standardów oraz polskiej wersji narzędzia FCCA służącego do oceny jakości opieki. Autorzy wskazują, że w opiece nad seniorami FCC może być alternatywą dla dominującego hierarchicznego modelu kompensacyjnego, który zakłada, że rodzina ponosi główny ciężar opieki. FCC proponuje partnerstwo, współodpowiedzialność i integrację usług lokalnych. Przykładem praktycznego wdrożenia FCC w Polsce jest projekt FAMCARE, oparty na współpracy rodzin, instytucji i środowiska lokalnego, zgodny z ideą deinstytucjonalizacji. Artykuł podkreśla, że FCC może znacząco poprawić jakość opieki nad osobami starszymi w Polsce, jednak wymaga to zmian organizacyjnych, kulturowych i kompetencyjnych w systemie wsparcia.

SŁOWA KLUCZOWE: *deinstytucjonalizacja, system rodzinny, wsparcie środowiskowe, empowerment, zasoby rodziny, opieka zorientowana na rodzinę*

WSTĘP

Współczesne systemy ochrony zdrowia i system pomocy społecznej stają wobec coraz większych wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństw, rosnącą liczbą osób zależnych oraz potrzebą budowania bardziej zintegrowanych i zindywidualizowanych form wsparcia. W tym kontekście coraz większego znaczenia nabiera koncepcja opieki zorientowanej na rodzinę (Family-Centered Care – FCC), która przez dekady rozwijana była głównie w obszarze pediatrii, rehabilitacji oraz wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami. W ostatnich latach model ten coraz śmieiej przenika do obszaru opieki nad osobami starszymi, oferując nową jakość w zakresie organizacji opieki, relacji między profesjonalistami a rodziną oraz systemowego podejścia do środowiska życia seniora.

FCC proponuje odejście od opieki skoncentrowanej na jednostce i instytucji na rzecz podejścia systemowego, relacyjnego i partycypacyjnego, w którym rodzina traktowana jest jako aktywny współtwórca procesu wsparcia. Fundamentem tej koncepcji są interdyscyplinarne założenia teoretyczne, obejmujące m.in. teorię systemów rodzinnych (Minuchin, 1974), teorię ekologicznego rozwoju (Bronfenbrenner, 1979), paradygmat partycypacji i empowermentu (Zimmerman, 2000), koncepcję rezyliencji rodzinnej (Walsh, 2016), salutogenezę (Antonovsky, 1996) oraz etykę

troski (Noddings, 1984; Gilligan, 1982). FCC uznaje, że skuteczna i godna opieka nie może abstrahować od kontekstu rodzinnego, społecznego i emocjonalnego osoby wymagającej wsparcia – przeciwnie, musi go aktywnie włączać i wzmacniać.

Zarówno w badaniach empirycznych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii (MacKean i in., 2012; Shields i in., 2006), jak i w analizach niemieckojęzycznych autorów zajmujących się opieką długoterminową (Frei, 2012; Kobelt Neuhaus, Frei, 2016), wykazano, że wdrażanie FCC prowadzi do poprawy jakości życia zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów, zwiększenia satysfakcji z usług oraz bardziej efektywnego zarządzania zasobami lokalnymi. Szczególnie istotne jest to w obszarze geriatry, gdzie tradycyjnie dominujący hierarchiczny model kompensacyjny, oparty na przekazywaniu odpowiedzialności od rodziny do instytucji, okazuje się coraz mniej adekwatny wobec złożoności współczesnych wyzwań opiekuńczych (Kostka, 2018).

W artykule, odnosząc się do wsparcia realizowanego poza systemem ochrony zdrowia, stosowane jest pojęcie *system pomocy społecznej* w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także *usługi społeczne* w znaczeniu przyjętym w ustawie o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie teoretycznych podstaw FCC oraz ocena możliwości jego zastosowania w pracy z osobami starszymi, w tym w kontekście deinstytucjonalizacji usług społecznych, integracji lokalnych zasobów środowiskowych oraz budowy zindywidualizowanych modeli wsparcia opartych na partnerstwie z rodziną. W dalszych częściach omówiona zostanie zarówno geneza koncepcji FCC, jej rozwój w międzynarodowej i niemieckojęzycznej literaturze, jak i próby jej wdrażania w Polsce – ze szczególnym uwzględnieniem innowacyjnych projektów takich jak FAMCARE, łączących założenia FCC z ideą lokalnego zarządzania opieką i wsparcia rodzin w środowisku życia osoby starszej.

TEORETYCZNE PODSTAWY KONCEPCJI FAMILY-CENTERED CARE (FCC)

Koncepcja opieki zorientowanej na rodzinę (ang. Family-Centered Care – FCC) jest dziś jednym z najważniejszych paradygmatów w opiece zdrowotnej, społecznej i edukacyjnej. Choć wyłoniła się przede wszystkim w kontekście pediatrii i neonatologii w drugiej połowie XX w., szybko zaczęła być adaptowana w wielu dziedzinach – od geriatry po opiekę paliatywną, rehabilitację, wsparcie środowiskowe czy edukację specjalną. Jej rdzeniem jest przekonanie, że rodzina powinna być aktywnym partnerem w procesie opieki, a nie jedynie biernym świadkiem lub obciążeniem organizacyjnym. Model FCC oparty jest na głębokich i złożonych podstawach teoretycznych, których zrozumienie pozwala nie tylko na jego wdrażanie, ale także na jego krytyczną analizę i dalszy rozwój.

Family-Centered Care (FCC) to podejście, które narodziło się na przełomie lat 70. i 80. XX w. w Stanach Zjednoczonych, głównie w odpowiedzi na potrzeby rodzin dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Za pionierskie miejsce rozwoju tej koncepcji uważa się przede wszystkim pediatryczne szpitale specjalistyczne, takie jak Boston Children's Hospital (Jolley, Shields, 2009). Początkowo podejście to koncentrowało się na uznaniu rodziny jako integralnej części procesu leczenia i rehabilitacji dziecka, a następnie ewoluowało w kompleksową filozofię opieki zdrowotnej obejmującą pacjentów w różnym wieku (Kuo i in., 2012).

Centralnym założeniem FCC jest traktowanie rodziny jako podstawowego kontekstu życia osoby chorej czy niesamodzielnej, co wymaga aktywnego włączania jej członków w proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz wsparcie społeczne. Podstawowe elementy tego podejścia obejmują szacunek dla rodziny, współpracę, komunikację oraz uznanie wartości rodzinnych przekonań i zasobów (Rosenbaum i in., 1998).

Jedną z najważniejszych premis FCC jest teoria systemów rodzinnych, rozwijana na bazie koncepcji Ludwiga von Bertalanffy'ego, m.in. przez Murraya Bowena czy Salvadora Minuchina. W tym ujęciu rodzina jest dynamicznym, otwartym systemem, w którym zmiana dotycząca jednego członka wpływa na cały układ relacyjny. Opieka medyczna czy wsparcie realizowane w ramach

systemu pomocy społecznej skoncentrowane wyłącznie na jednostce, ignorujące rodzinny kontekst życia, jest nie tylko niewystarczające, ale także może pogłębiać kryzys. Z perspektywy FCC rodzina jest więc nie tyle tłem opieki, co jej kluczowym elementem – współdecydującym i współodpowiedzialnym (Minuchin, 1974). Badania wskazują, że takie podejście zwiększa skuteczność terapii oraz poprawia dobrostan wszystkich jej uczestników (Kuo i in., 2012).

Drugim fundamentem FCC jest psychologia humanistyczna, zwłaszcza myśl Carla Rogersa i Jean Watson. Rogers (1951) postulował model terapii skoncentrowanej na kliencie, w której empatia, bezwarunkowa akceptacja i autentyczność terapeuty stanowią podstawę procesu zmiany. Jean Watson natomiast, rozwijając koncepcję *opieki transpersonalnej*, kładła nacisk na wartość relacji między opiekunem a osobą wspieraną jako podstawy autentycznego leczenia i uzdrawiania (Watson, 2008). Te elementy są dziś nieodzowne w FCC, które uznaje relację – a nie procedurę – za punkt wyjścia dla działań opiekuńczych. Badania Davidson i in. (2017) wykazały, że wdrożenie FCC w oddziałach intensywnej terapii skutkowało poprawą komunikacji z rodzinami pacjentów oraz wzrostem ich satysfakcji z opieki.

Trzecim kluczowym nurtem jest teoria partycypacji i upodmiotowienia, wywodząca się m.in. z prac Paulo Freirego. FCC uznaje, że osoby objęte opieką oraz ich rodziny są kompetentnymi uczestnikami procesu wsparcia – zdolnymi do podejmowania decyzji, współtworzenia planów terapeutycznych i kontrolowania przebiegu leczenia. Celem profesjonalistów nie jest więc przejęcie odpowiedzialności, ale wspieranie rodzin w odzyskaniu sprawczości i autonomii (Freire, 1970). Model ten zwiększa poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza stres opiekunów i wspiera proces zdrowienia (Jolley, Shields, 2009).

FCC jest również silnie zakorzenione w ekologicznej teorii rozwoju Urie Bronfenbrennera (1979), która postrzega rozwój człowieka jako rezultat interakcji między jednostką a wielopoziomowym środowiskiem społecznym – rodziną, instytucjami, strukturami społecznymi. Zgodnie z tym podejściem skuteczna opieka powinna być wpisana w realia życia osoby i jej rodziny, a nie projektowana według abstrakcyjnych modeli. Perspektywa ekologiczna szczególnie dobrze sprawdza się w opiece środowiskowej i geriatrycznej, czego dowodzą badania prowadzone w Niemczech i Skandynawii (Wockenfuß, 2010; Schnepf, Fringer, Mayer, 2010).

Zbliżona do podejścia ekologicznego jest także koncepcja salutogenezy Aarona Antonovsky'ego (1996), zgodnie z którą opieka powinna koncentrować się nie na chorobie, ale na czynnikach sprzyjających zdrowiu – zasobach, zdolnościach adaptacyjnych, poczuciu sensu. FCC stawia sobie za cel nie tylko leczenie, ale także mobilizowanie sił tkwiących w rodzinie i wspieranie jej potencjału. Jak wykazano w badaniach prowadzonych w Niemczech i Austrii, podejście zasobowe w rehabilitacji i opiece paliatywnej poprawia jakość życia pacjentów i zmniejsza ryzyko wypalenia u opiekunów (Graneheim i in., 2014; König, Betz, 2020).

Kolejnym istotnym nurtem teoretycznym FCC jest etyka troski (*ethics of care*), rozwijana przez Carol Gilligan i Nel Noddings. W odróżnieniu od abstrakcyjnych, formalnych systemów moralnych, etyka troski zakłada, że fundamentem decyzji etycznych jest relacja i konkretna sytuacja życiowa, a nie uniwersalna norma (Gilligan, 1982; Noddings, 1984). W FCC oznacza to uznanie, że relacja z rodziną, jej perspektywa i potrzeby są równie ważne jak kwestie medyczne czy administracyjne. Takie podejście etyczne promuje głębsze zaangażowanie profesjonalistów oraz zwiększa zaufanie rodzin do instytucji opieki.

Wreszcie FCC opiera się również na współczesnym podejściu do usług publicznych jako tworzonych wspólnie z użytkownikami, a nie wyłącznie dla nich. Koncepcje takie jak *co-production* (Bovaird, Loeffler, 2013) zakładają, że rodziny powinny uczestniczyć nie tylko w indywidualnym planie opieki, ale także w projektowaniu, wdrażaniu i ewaluacji całych systemów wsparcia. To nie tylko model operacyjny, lecz także zmiana paradygmatu – odejście od paternalizmu na rzecz partnerstwa.

W literaturze niemieckojęzycznej model FCC znajduje szczególne zastosowanie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi i wczesną edukacją (König, Betz, 2020), opiece neonatologicznej (Wockenfuß, 2010), rehabilitacji (ZQP, 2016), a także w geriatricznym i opiece długoterminowej (Schnepf i in., 2010). Równoległe rozwijane są standardy szkolenia personelu w zakresie współpracy z rodziną oraz mechanizmy instytucjonalne umożliwiające partycypację.

Tabela 1. *Teoretyczne źródła, inspiracje i odniesienia koncepcji opieki zorientowanej na rodzinę*

Premisa teoretyczna	Autorzy / Teorie	Rola w FCC
Rodzina jako system	Bertalanffy, Bowen, Minuchin	Kontekst relacyjny działań opiekuńczych
Humanizm i etyka relacji	Rogers, Watson, Maslow	Partnerstwo, empatia, autentyczność
Partycypacja i upodmiotowienie	Freire, Bandura, Zimmerman	Współdecydowanie, poczucie sprawczości
Ekologia rozwoju	Bronfenbrenner	Osadzenie opieki w kontekście życia
Salutogeneza i zasoby	Antonovsky	Wzmacnianie, a nie tylko naprawianie
Etyka troski	Gilligan, Noddings	Odpowiedzialność relacyjna i moralna
Projektowanie zorientowane na użytkownika	Loeffler, Bovaird	Usługa tworzona z rodziną, nie dla niej

Źródło: opracowanie własne.

Opieka zorientowana na rodzinę to nie zestaw procedur, lecz spójny system myślenia i działania oparty na wieloaspektowej podstawie teoretycznej. Jej skuteczność i etyczna siła wynikają z uznania, że to relacja – nie procedura – jest podstawą skutecznej opieki. FCC stanowi odpowiedź na potrzeby współczesnych społeczeństw: starzejących się, zróżnicowanych kulturowo, poszukujących opieki, która jest nie tylko efektywna, ale i godna.

BADANIA MIĘDZYNARODOWE DOTYCZĄCE FCC, PRZYKŁADY ZASTOSOWAŃ

FCC jest szeroko analizowane i wdrażane w wielu krajach na całym świecie, z istotnymi różnicami wynikającymi z uwarunkowań kulturowych i systemowych. W Stanach Zjednoczonych oraz Kanadzie FCC jest dobrze ugruntowane, szczególnie w opiece pediatrycznej i geriatrycznej, a badania wykazują pozytywny wpływ tego podejścia na satysfakcję rodzin, jakość opieki i wyniki zdrowotne pacjentów (MacKean i in., 2012).

Podobne wnioski płyną z badań australijskich, gdzie wdrożenie FCC w kontekście opieki neonatologicznej oraz paliatywnej przyczyniło się do istotnej

poprawy relacji między personelem medycznym a rodzinami oraz zwiększenia zaangażowania tych ostatnich w opiekę nad bliskimi (Shields, Tanner, 2004).

W Wielkiej Brytanii FCC znajduje silne oparcie teoretyczne w modelach integracji opieki zdrowotnej i społecznej, które promują holistyczne podejście do rodziny i pacjenta, szczególnie widoczne w opiece geriatrycznej oraz psychiatrycznej (Nolan i in., 2004). W Skandynawii model FCC wykorzystywany jest również w obszarze opieki geriatrycznej, gdzie wsparcie rodziny traktowane jest jako kluczowy czynnik zachowania autonomii seniora (Nolan i in., 2004).

W krajach niemieckojęzycznych (Niemcy, Austria, Szwajcaria) FCC rozwijane jest przede wszystkim pod nazwą *Familienorientierte Pflege* lub *Familienzentrierte Pflege*. W niemieckim kontekście teoretycznym wyraźne są wpływy pedagogiki społecznej, szczególnie koncepcji systemowych związanych z twórczością Helmuta Lambersa i Marii Fürstaller (Lambers, 2009; Fürstaller, 2014). Podejście to traktuje rodzinę jako system, który nie tylko wymaga wsparcia, ale przede wszystkim współuczestniczy w procesie opieki oraz rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych.

W Niemczech badania prowadzone przez Irenę Annę Frei oraz Daniełę Kobelt Neuhaus wskazują, że FCC w kontekście geriatrycznym szczególnie dobrze sprawdza się w sytuacjach wymagających integracji zasobów środowiskowych oraz współpracy interdyscyplinarnej, co jest istotne zwłaszcza przy opiece nad osobami z chorobami neurodegeneracyjnymi (Frei, 2012; Kobelt Neuhaus, Frei, 2016). Podkreśla się, że FCC w Niemczech wymaga również zmiany kultury pracy placówek opiekuńczych z paternalistycznej na partycypacyjną, co jest często kluczową barierą wdrażania tego podejścia.

W Szwajcarii FCC stanowi integralną część opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdzie szczególne znaczenie przypisuje się aktywnemu zaangażowaniu rodzin w proces decyzyjny oraz wsparciu emocjonalnemu (Gysels i in., 2004). Podobnie w Austrii model rodzinny jest silnie obecny w polityce społecznej i zdrowotnej, w której FCC promowane jest jako kluczowy komponent opieki długoterminowej nad osobami starszymi (Pleschberger, 2007).

Kraje niemieckojęzyczne pokazują, że skuteczne wdrożenie FCC wymaga nie tylko edukacji personelu medycznego, lecz także zmian strukturalnych oraz uwzględnienia specyficznych kontekstów kulturowych i społecznych.

FAMILY-CENTERED CARE W POLSCE – MIĘDZY RETORYKĄ A PRAKTYKĄ

Choć koncepcja opieki skoncentrowanej na rodzinie (Family-Centered Care – FCC) zdobyła sobie pozycję w międzynarodowych systemach ochrony zdrowia, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Skandynawii, jej obecność w polskim dyskursie instytucjonalnym i praktyce opiekuńczej pozostaje ograniczona. FCC zakłada równorzędne partnerstwo między rodziną a personelem medycznym, aktywne uczestnictwo bliskich pacjenta w planowaniu i realizacji opieki oraz pełną informację i emocjonalne wsparcie. Tego rodzaju model wdrażany jest szczególnie intensywnie w neonatologii i pediatrii, gdzie liczne badania potwierdzają jego wpływ na poprawę wyników zdrowotnych i satysfakcję zarówno rodzin, jak i zespołów terapeutycznych.

Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, że koncepcja FCC w ujęciu międzynarodowym ma charakter międzysektorowy i funkcjonuje na styku systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy społecznej. W niniejszym artykule nie dochodzi do utożsamiania tych systemów ani do ich normatywnego łączenia, lecz do analizy modelu, który – zgodnie z aktualnymi trendami polityki publicznej – zakłada ich funkcjonalną integrację w obszarze opieki długoterminowej i środowiskowej. W kontekście osób starszych szczególnie istotne jest właśnie to przenikanie się kompetencji sektora zdrowotnego i społecznego, co stanowi jeden z kluczowych wymiarów współczesnych reform systemowych.

W Polsce jednak odniesienia do FCC pojawiają się punktowo w kontekście referowania zagranicznych narzędzi badawczych lub jako element badań jakościowych i projektów pilotażowych. Nie funkcjonuje on jako uznany, systemowy model opieki, ani nie został włączony do obowiązujących standardów klinicznych. W dokumentach strategicznych brak bezpośrednich odwołań do FCC, a jego zasady pojawiają się raczej pośrednio, np. w zapisach dotyczących opieki zintegrowanej, środowiskowej czy partnerskiej. Wyjątkiem są działania podejmowane przez wybrane organizacje społeczne i oddziały kliniczne, w tym neonatologiczne, które starają się realizować elementy zgodne z filozofią FCC – m.in. poprzez umożliwienie ciągłej obecności rodziców przy dziecku, wspólne planowanie opieki czy rozwój komunikacji interpersonalnej w zespołach medycznych.

W tym kontekście można wymienić inicjatywy popularyzujące ideę stałej obecności rodzica przy hospitalizowanym dziecku przez tworzenie infrastrukturalnych warunków dla rodzin, m.in. za pomocą *pokoju rodzinnych* przy oddziałach pediatrycznych. Często tego rodzaju oddolne inicjatywy, choć mają ograniczony zasięg, są przykładem implementacji wartości FCC w warunkach, w których systemowe ramy jeszcze nie istnieją.

Istotnym krokiem w kierunku profesjonalizacji podejścia opartego na Family-Centered Care (FCC) w Polsce mogłoby być wykorzystanie wystandaryzowanych narzędzi oceny, takich jak Family-Centered Care Assessment Scale (FCCA). Narzędzie to umożliwia diagnozowanie stopnia realizacji zasad FCC z perspektywy rodzin pacjentów, a jednocześnie pozwala na prowadzenie analiz porównawczych w kontekście międzynarodowym. FCCA została opracowana przez organizację Family Voices w Stanach Zjednoczonych, w ramach projektu kierowanego przez zespół badaczy i praktyków pod przewodnictwem Nancy B. Wells, Susan Bronheim i Lawrence Zyzanskiego. Skala została zatwierdzona psychometrycznie w badaniu opublikowanym w *Academic Pediatrics*, potwierdzając swoją rzetelność i spójność wewnętrzną (α Cronbacha = 0,95) (Wells i in., 2015).

Nie istnieje jednak polska wersja tego narzędzia opracowana bezpośrednio z oryginalnego wzorca. Do tej pory FCCA nie została przetłumaczona ani zwalidowana w języku polskim, co znacznie ogranicza jej wykorzystanie w krajowych badaniach naukowych i praktyce klinicznej. Tymczasem inne kraje, takie jak Finlandia, rozpoczęły już proces adaptacji FCCA, zgodnie z wytycznymi ISPOR dotyczącymi tłumaczeń narzędzi psychometrycznych i przeprowadzania wywiadów kognitywnych z grupami docelowymi (Flinkman i in., 2021). W Turcji natomiast powstała lokalna wersja FCCA (FCCAS), opracowana przez Geçkil i wsp., która składa się z 21 pozycji i obejmuje trzy główne wymiary oceny opieki: współuczestnictwo, informację i wsparcie emocjonalne. Skala została zweryfikowana w grupie 360 rodziców i osiągnęła wysoką rzetelność psychometryczną (Geçkil i in., 2017).

W Stanach Zjednoczonych FCCA znajduje zastosowanie nie tylko w ocenie jakości opieki pediatrycznej, ale także w projektach interwencyjnych. Jednym z przykładów jest program *Connect for Health*, w którym zastosowano skróconą wersję FCCA do oceny efektywności partnerstwa z rodzinami dzieci

z nadwagą i otyłością. Wersja ośmioelementowa również wykazała dobre właściwości psychometryczne i praktyczne zastosowanie w warunkach klinicznych i społecznych (Simione i in., 2020).

W praktyce klinicznej największe zbliżenie do idei FCC obserwujemy na wybranych oddziałach intensywnej terapii noworodków (NICU), gdzie – choć wciąż rzadko – podejmowane są próby tworzenia przestrzeni dla rodzicielskiej obecności, edukacji i wspólnego planowania opieki. W literaturze specjalistycznej zwraca się uwagę, że choć polskie szpitale coraz częściej deklarują gotowość do wdrażania modelu partnerskiego, realna implementacja wartości FCC wymaga znacznie szerszych zmian kulturowych, organizacyjnych i legislacyjnych. Na przeszkodzie stoją nie tylko utrwalone wzorce paternalizmu medycznego, lecz także brak dedykowanych struktur instytucjonalnych, takich jak rady rodzinne czy procedury systemowego włączania rodzin do procesu decyzyjnego.

Koncepcja Family-Centered Care w Polsce pozostaje przede wszystkim ideą – rozpoznawalną w środowiskach eksperckich i w niektórych inicjatywach oddolnych, ale wciąż niedostatecznie zakorzenioną w systemie opieki zdrowotnej. Wdrożenie FCC jako pełnoprawnego modelu wymagałoby nie tylko formalnego uznania jego wartości w dokumentach strategicznych, lecz także inwestycji w edukację kadry medycznej, przekształcenia struktury organizacyjnej szpitali oraz stworzenia narzędzi do oceny i monitoringu jakości opieki skoncentrowanej na rodzinie.

MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA FCC W OPIECE NAD OSOBAMI STARSZYMI

Koncepcja FCC może stwarzać szczególnie duże możliwości w opiece nad osobami starszymi, zwłaszcza w kontekście rosnącej liczby osób niesamodzielnych oraz wyzwań związanych z wielochorobowością i fragmentaryzacją systemu wsparcia. Kluczowym założeniem FCC jest traktowanie rodziny nie tylko jako podmiotu wspierającego, ale jako pełnoprawnego partnera w planowaniu, realizacji i ewaluacji opieki.

Jednym z istotnych aspektów wdrażania FCC w opiece geriatrycznej jest integracja podejścia rodzinnego z koncepcją zasobów środowiskowych – np. poprzez wykorzystanie mapowania lokalnych sieci wsparcia oraz współpracę

z organizacjami pomocy społecznej i podmiotami systemu ochrony zdrowia (Zoffmann, Lauritzen, 2006). Rodzina staje się w tym ujęciu nie tylko adresem usług, ale też kluczowym ogniwem łączącym zasoby: lokalne instytucje, służby socjalne, opiekę zdrowotną, wolontariat oraz grupy samopomocowe. Badania van Haaster i in. (2020) wykazały, że w środowiskach, gdzie wdrażano FCC wraz z podejściem sieciowym, nastąpiła wyraźna poprawa jakości życia seniorów, większe poczucie bezpieczeństwa u rodzin oraz lepsza koordynacja działań pomiędzy instytucjami.

W Polsce tradycyjnie dominującym modelem w opiece nad osobami starszymi jest tzw. hierarchiczny model kompensacyjny, w którym odpowiedzialność za opiekę jest przekazywana od najbliższych członków rodziny, przez dalszych krewnych, aż po instytucje publiczne systemu pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia, gdy opieka domowa nie jest możliwa (Kostka, 2018). Ten model – choć przez wiele lat funkcjonalny – dziś okazuje się niewystarczający wobec przemian demograficznych, urbanizacji i zmniejszającej się liczby rodzin wielopokoleniowych. Dodatkowo często obciąża kobiety pełniące funkcję opiekunek, nie oferując im adekwatnego wsparcia systemowego (Szarota, 2021).

Tabela 2. Porównanie centralnych założeń hierarchicznego modelu kompensacyjnego z opieką zorientowaną na rodzinę w odniesieniu do osób starszych

Kryterium	Hierarchiczny model kompensacyjny	Opieka zorientowana na rodzinę (FCC)
Źródło pomocy	Zhierarchizowana kolejność – najpierw rodzina	Kooperacja między rodziną a profesjonalistami
Rola rodziny	Główne źródło opieki, domyślna odpowiedzialność	Partner, współdecydujący uczestnik procesu
Moment włączenia instytucji	Dopiero gdy zawodzi rodzina	Od początku – współpraca z rodziną
Relacja z osobą objętą opieką	Pośrednia – decyzje często podejmowane przez opiekunów	Centralna rola osoby i jej preferencji
Cel systemu opieki	Minimalizowanie udziału instytucji	Wzmocnienie całościowego systemu opieki wokół osoby i rodziny
Zasada działania	Subsydiarność – pomoc zewnętrzna jako ostateczność	Partnerstwo – pomoc jako sieć współpracy

Źródło: Opracowanie własne.

Mimo wspólnych założeń, różnice między tymi modelami są zasadnicze i dotyczą zarówno struktury organizacyjnej wsparcia, jak i filozofii podejścia do opieki.

Hierarchiczny model kompensacyjny opiera się na linearnej i sekwencyjnej strukturze udzielania pomocy: wsparcie powinno pochodzić w pierwszej kolejności od małżonka, następnie od dzieci, potem od dalszej rodziny i sąsiadów, a dopiero na końcu od instytucji formalnych. Państwo i samorząd mają zatem charakter *ostatniej instancji*, wchodząc do działania tylko wówczas, gdy sieci nieformalne zawodzą (Cantor, 1983). To podejście utrwała normatywne oczekiwania wobec rodziny jako domyślnego opiekuna – nawet wtedy, gdy jej zasoby są ograniczone.

W przeciwieństwie do tego FCC zakłada partnerski i sieciowy model opieki, w którym rodzina jest od początku współuczestnikiem procesu wsparcia, ale nie ponosi całej odpowiedzialności. Instytucje formalne są aktywnymi partnerami, wspierającymi zarówno seniora, jak i jego bliskich. FCC uwzględnia granice wydolności opiekunów, ich potrzeby, obciążenia i dobrostan, dążąc do wypracowania równowagi między życiem prywatnym a opiekuńczym (Shelton i in., 1987; Kuczyńska-Kwapisz, 2020).

Co więcej, podczas gdy model kompensacyjny dominuje w tradycyjnych systemach opartych na zasadzie subsydiarności, model FCC jest bliższy nowoczesnym systemom zintegrowanej opieki środowiskowej, które rozwijają się m.in. w krajach skandynawskich i Kanadzie.

FCC może więc stanowić alternatywę – opartą nie na hierarchii i delegowaniu odpowiedzialności, lecz na współpracy, partnerskiej komunikacji oraz wzmacnianiu kompetencji rodzin. Koncepcja ta uznaje, że skuteczna i trwała opieka może być zapewniona wtedy, gdy instytucje wspierają rodzinę w jej roli opiekuńczej, a nie tylko oczekują jej zaangażowania. Zgodnie z wynikami badań Nolan i in. (2004) podejście to sprzyja zwiększeniu samodzielności seniorów, większemu zaangażowaniu rodzin i lepszej ocenie usług przez beneficjentów.

W warunkach polskich wdrażanie FCC w opiece nad osobami starszymi można zaobserwować m.in. w ramach projektów realizowanych przez samorządy, takich jak *Usługi sąsiedzkie* czy inicjatywy centrów usług społecznych. Ważnym przykładem jest projekt FAMCARE, który zakłada wykorzystanie FCC do budowy środowiskowego modelu opieki integrującego rodzinę,

instytucje i społeczność lokalną. Badania jakościowe prowadzone w ramach przygotowań do wdrożenia FAMCARE wskazały, że kluczowymi potrzebami rodzin są: możliwość współdecydowania, dostęp do informacji oraz elastyczne formy wsparcia dostosowane do zmieniającej się sytuacji osoby starszej.

Perspektywa FCC odpowiada również na zalecenia międzynarodowe – m.in. WHO (2021) – dotyczące zintegrowanej i zorientowanej na osobę opieki długoterminowej, która wymaga współpracy sektorów, partnerstwa z rodziną i wspierania samodzielności seniorów. Jest to zgodne także z unijnymi rekomendacjami w ramach tzw. europejskiej strategii na rzecz opieki (European Care Strategy, 2022).

Wdrożenie FCC wymaga jednak zmiany paradygmatu: odejścia od modelu instytucjonalnego na rzecz podejścia opartego na relacjach, dialogu i wzajemnym uczeniu się. Kluczowe są tu szkolenia dla pracowników, nowe standardy organizacyjne oraz wsparcie legislacyjne promujące współodpowiedzialność i partycypację rodzin w systemach opieki nad osobami starszymi.

FAMCARE JAKO KONCEPCJA PRAKTYCZNEGO ZASTOSOWANIA MODELU FCC

Przykładem implementacji założeń koncepcji FCC (Family-Centred Care) do praktyki systemowej i środowiskowej jest projekt wdrożeniowy FAMCARE – *środowiskowy model opieki zorientowanej na rodzinę*, realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) 2021–2027, w odpowiedzi na nabór nr FERS.01.01-IP.02-002/24^[1].

Projekt ten stanowi innowacyjną próbę adaptacji założeń opieki zorientowanej na rodzinę do warunków lokalnych, poprzez wypracowanie i przetestowanie modelu środowiskowego wsparcia osób zależnych (w szczególności seniorów), w którym to rodzina – jako system oraz zasób – staje się centralnym punktem organizacji usług opiekuńczych i społecznych. FAMCARE zakłada przejście od klasycznego, instytucjonalnego modelu opieki do podejścia zintegrowanego, sieciowego i opartego na realnych potrzebach oraz zasobach środowiskowych danej rodziny i lokalnej społeczności.

Inspiracje projektu FAMCARE modelem opieki zorientowanej na rodzinę (Family-Centered Care – FCC) opierają się na kompleksowym spojrzeniu

na wsparcie osób niesamodzielnych, które uwzględnia nie tylko potrzeby jednostki, ale również rodzinę jako centralny punkt procesu wsparcia społecznego i zdrowotnego. Projekt ten wykorzystuje założenia FCC w celu stworzenia spójnego systemu koordynacji opieki środowiskowej, odpowiadającego współczesnym wyzwaniom społecznym, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa oraz narastającego zjawiska niesamodzielności seniorów (Shields i in., 2012; Walsh, 2016).

Model FCC, będący podstawą teoretyczną i metodyczną projektu FAMCARE, bazuje na przekonaniu, że rodzina jest najważniejszym i najbardziej efektywnym źródłem wsparcia dla osób starszych, zwłaszcza w sytuacjach utraty samodzielności. W odróżnieniu od tradycyjnych modeli opiekuńczych, koncentrujących się głównie na samym seniorze jako izolowanej jednostce, FCC uznaje rodzinę za integralny element interwencji opiekuńczych i terapeutycznych (Kuo i in., 2012; Nolan i in., 2004).

Koncepcyjnie projekt FAMCARE czerpie z teorii ekologicznej Uriego Bronfenbrennera (1979), która wskazuje, że działania podejmowane wobec jednostki powinny uwzględniać wielopoziomowy charakter wpływu środowiska. W projekcie tym szczególne znaczenie przypisuje się integracji lokalnych zasobów wsparcia, co jest zgodne z ekologicznym podejściem Bronfenbrennera oraz wzmacnia efektywność interwencji opiekuńczych poprzez włączenie rodzin w lokalny system wsparcia (Espe-Sherwindt, 2008).

Ważną inspiracją jest również koncepcja rezyliencji rodzinnej, rozwinięta przez Fromę Walsh (2016), która wskazuje na konieczność wzmacniania kompetencji adaptacyjnych i elastyczności rodzin w obliczu choroby, niepełnosprawności czy utraty samodzielności przez jednego z jej członków. Projekt FAMCARE, poprzez swoją metodykę opartą na mapowaniu zasobów lokalnych oraz na pracy środowiskowej typu *case management*, ma na celu wspieranie tych zdolności adaptacyjnych rodzin, umożliwiając im skuteczne zarządzanie sytuacją opiekuńczą i zdrowotną osoby starszej (Walsh, 2016; Lambers, 2009).

Inspirację FCC w projekcie FAMCARE można dostrzec także w teorii empowermentu, która zakłada zwiększenie autonomii rodzin poprzez ich aktywny udział w decyzjach związanych z opieką zdrowotną i społeczną. Badania wskazują, że wzmocnienie rodzin w procesie opieki przyczynia się do wyższej jakości życia zarówno samych seniorów, jak i ich opiekunów,

zmniejsza także ryzyko wypalenia opiekunów rodzinnych (Zimmerman, 2000; Pleschberger, 2007).

W praktyce projekt FAMCARE, czerpiąc z założeń FCC, zakłada rozwijanie lokalnych sieci wsparcia, które integrują nie tylko instytucje publiczne (ośrodki pomocy społecznej, instytucje zdrowotne), lecz także organizacje pozarządowe, grupy nieformalne oraz samych członków rodzin. Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w Niemczech oraz Szwajcarii, tego typu zintegrowane działania środowiskowe, realizowane w duchu FCC, istotnie poprawiają efektywność świadczonych usług, a także satysfakcję rodzin z otrzymywanego wsparcia (Frei, 2012; Kobelt Neuhaus, Frei, 2016; Gysels i in., 2004).

W kontekście polskim projekt FAMCARE staje się pionierskim rozwiązaniem, które nie tylko integruje teoretyczne podejście FCC w opiece środowiskowej, ale również uwzględnia specyficzne uwarunkowania społeczne, kulturowe oraz instytucjonalne, stanowiąc realną alternatywę dla hierarchicznego modelu kompensacyjnego, dominującego w Polsce. Podejście to zmienia perspektywę rodziny z biernego odbiorcy wsparcia na aktywnego współtwórcę lokalnego systemu opiekuńczego (Kostka, 2018; Mroczek, 2020).

Podsumowując, inspiracje projektu FAMCARE koncepcją FCC są głęboko zakorzenione zarówno w teorii systemowej i ekologicznej, jak i w wynikach międzynarodowych badań empirycznych, które potwierdzają skuteczność podejścia zorientowanego na rodzinę w budowaniu efektywnych, trwałych i zintegrowanych systemów wsparcia dla osób starszych oraz ich rodzin.

FAMCARE WOBEC IDEI DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH

Projekt FAMCARE stanowi przykład innowacyjnego rozwiązania z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej, którego inspiracje płyną bezpośrednio z założeń modelu opieki zorientowanej na rodzinę (Family-Centered Care – FCC). Opierając się na FCC, projekt ten traktuje rodzinę nie jako biernego odbiorcę świadczeń, lecz jako aktywnego partnera i współtwórcę lokalnych systemów wsparcia. Takie podejście zakłada uwzględnienie całego ekosystemu relacji rodzinnych i społecznych w realizacji usług opiekuńczych i zdrowotnych,

promując aktywne włączanie rodziny w proces opieki oraz wzmacniając jej kompetencje (Kuo i in., 2012; Walsh, 2016).

Ważnym elementem projektu FAMCARE jest jego silne osadzenie w idei deinstytucjonalizacji usług społecznych, która postuluje odejście od dominującego dotychczas modelu opieki instytucjonalnej (np. domy pomocy społecznej, szpitale długoterminowe) na rzecz rozwiązań opartych na środowisku lokalnym. Deinstytucjonalizacja zakłada, że wsparcie powinno być dostarczane możliwie blisko miejsca zamieszkania osób zależnych, przy jednoczesnym zachowaniu ich więzi społecznych, rodzinnych oraz lokalnych (European Expert Group, 2012).

W projekcie FAMCARE założenia FCC i deinstytucjonalizacji są realizowane poprzez stworzenie lokalnych mechanizmów koordynacji usług opiekuńczych, przy wykorzystaniu podejścia case managementu. W ramach projektu przewidziano opracowanie narzędzi do mapowania zasobów lokalnych oraz aktywne budowanie sieci współpracy pomiędzy rodzinami, instytucjami samorządowymi, organizacjami pozarządowymi oraz usługodawcami prywatnymi. Dzięki temu seniorzy i ich rodziny mogą otrzymać wsparcie dostosowane indywidualnie do potrzeb, zasobów oraz możliwości ich środowiska życia (Walsh, 2016; Lambers, 2009).

Przykłady wdrożeń podobnych rozwiązań w krajach takich jak Niemcy, Austria czy Szwajcaria wskazują, że takie podejście prowadzi do istotnych korzyści społecznych. Zgodnie z wynikami badań realizowanych w Niemczech, wykorzystanie FCC oraz deinstytucjonalizacja w opiece geriatrycznej skutkują poprawą jakości życia seniorów, redukcją kosztów instytucjonalnych oraz zwiększeniem satysfakcji rodzin z otrzymywanych świadczeń (Kobelt Neuhaus, Frei, 2016; Frei, 2012).

W kontekście polskim FAMCARE może pełnić funkcję modelowego rozwiązania, które umożliwi lokalnym społecznościom wdrożenie praktycznych narzędzi z zakresu FCC oraz deinstytucjonalizacji, poprawiając jednocześnie dostępność, jakość oraz zrównoważenie systemów opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi.

ZAKOŃCZENIE: WNIOSKI I PERSPEKTYWY

Model opieki zorientowanej na rodzinę (FCC), wywodzący się z praktyki pediatrycznej, ewoluował w kierunku uniwersalnej koncepcji czy raczej filozofii wsparcia, która znajduje coraz szersze zastosowanie również w opiece nad osobami starszymi i zależnymi. Jego teoretyczne zakorzenienie w systemowym, ekologicznym i partycypacyjnym ujęciu człowieka oraz empirycznie potwierdzona skuteczność sprawiają, że FCC może stanowić istotną alternatywę wobec tradycyjnych, paternalistycznych modeli opieki, zwłaszcza w kontekście dynamicznych procesów demograficznych i rosnącej liczby osób niesamodzielnych.

Wdrożenie FCC w pracy z seniorami przynosi wiele korzyści: poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin, zwiększenie poczucia sprawczości i bezpieczeństwa opiekunów, lepszą koordynację usług oraz efektywniejsze wykorzystanie zasobów środowiskowych. Co istotne, FCC nie postrzega rodziny jako rezerwuaru siły roboczej ani jako przeszkody w profesjonalnym działaniu instytucji, lecz jako partnera i współtwórcę systemu opieki. Tym samym odpowiada na kluczowe wyzwania związane z potrzebą deinstytucjonalizacji, lokalizacji wsparcia i tworzenia zintegrowanych modeli usług.

Z perspektywy polskiego systemu opieki zdrowotnej i społecznej pełna implementacja FCC wymaga jednak przezwyciężenia kilku istotnych barier. Należą do nich: dominacja modelu kompensacyjnego, fragmentaryzacja systemu wsparcia, deficyt kompetencji partycypacyjnych w instytucjach opiekuńczych, a także brak jednolitych standardów współpracy z rodziną. Jednocześnie pojawiają się nowe możliwości, wynikające m.in. z reform polityki społecznej, rozwoju usług środowiskowych i wprowadzania elementów case managementu w programach koordynowanej opieki nad seniorami.

Projekt FAMCARE, który wykorzystuje założenia FCC w kontekście środowiskowej koordynacji opieki nad osobami starszymi, może stanowić przykład dobrej praktyki i kierunku rozwoju usług publicznych opartych na wzmacnianiu roli rodziny i wykorzystaniu lokalnych zasobów. Pokazuje on, że możliwe jest stworzenie modelu, który nie tyle zastępuje rodzinę w opiece, co aktywnie wspiera jej rolę i tworzy ramy partnerskiej współpracy między wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces wsparcia.

W świetle rosnących potrzeb starzejącego się społeczeństwa, dalsze badania, pilotaże oraz ewaluacje wdrożeń FCC w kontekście geriatry i opieki długoterminowej powinny stać się priorytetem polityki publicznej oraz działań naukowo-wdrożeniowych. Kluczowe będzie tu nie tylko dostosowanie podejścia FCC do polskich realiów społeczno-kulturowych, lecz także rozwijanie profesjonalnych kompetencji w zakresie pracy z rodziną, komunikacji empatycznej oraz międzysektorowej koordynacji usług.

Opieka zorientowana na rodzinę to nie tylko metoda – to zmiana paradygmatu. Jej wdrożenie w opiece nad osobami starszymi może stać się fundamentem bardziej godnej, skutecznej i zrównoważonej polityki społecznej wobec starzenia się populacji.

REFERENCES

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), s. 11–18.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman. New York.
- Bovaird, T., Loeffler, E. (2013). The role of co-production for better health and well-being: Why we need to change. W: E. Loeffler i in. (red.), *Co-production of health and wellbeing in Scotland*. Governance International. Birmingham.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson. New York.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. Cambridge.
- Cantor, H.M. (1975). Life space and the social support system of the inner city elderly of New York. *The Gerontologist*, 15, s. 23–27.
- Cantor, H.M. (1983). Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist*, 23(5), s. 597–604.
- Davidson, J.E., Aslakson, R.A., Long, A.C., Puntillo, K.A., Kross, E.K., Hart, J., ... White, D.B. (2017). Guidelines for family-centered care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), s. 103–128.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), s. 136–143, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>.
- European Expert Group. (2012). *Common European guidelines on the transition from institutional to community-based care*. European Commission.
- Frei, I.A. (2012). *Familienzentrierte Pflege: Grundlagen und Praxis*. *Pflegewissenschaft*, 14(9), s. 456–460.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. Herder and Herder. New York.
- Fürstaller, M. (2014). *Familienorientierte soziale Arbeit*. UTB. Stuttgart.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press. Cambridge.
- Graneheim, U.H., Johansson, A., Lindgren, B.M. (2014). Family caregivers' experiences of their supportive role in caring for a close relative with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), s. 689–697.
- Gysels, M., Higginson, I.J., Rajasekaran, M., Davies, E., Harding, R. (2004). Family care-giving in palliative and end-of-life care. *Palliative Medicine*, 18(7), s. 643–652, <https://doi.org/10.1191/0269216304pm930oa>.
- Jolley, J., Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), s. 164–170, <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>.
- Kobelt Neuhaus, D., Frei, I.A. (2016). *Familienzentrierte Pflege bei Demenz*. Hogrefe Verlag.
- König, A., Betz, T. (2020). *Partizipation von Kindern und Eltern in Kindertageseinrichtungen*. Springer VS Bern.

- Kostka, T. (2018). *Opieka geriatryczna – modele i strategie*. PZWL. Warszawa.
- Kulesza, M. (2017). *Rodzinne zasoby w pedagogice społecznej i praktyce psychopedagogicznej*. Difin. Warszawa.
- Kuo, D.Z., Houtrow, A.J., Arango, P., Kuhlthau, K.A., Simmons, J.M., Neff, J.M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), s. 297–305, <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>.
- Lambers, H. (2009). *Systemische Familienpädagogik*. Verlag Barbara Budrich. Opladen.
- Libura, M. (2017). Pacjent i rodzina jako partnerzy w opiece. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 51(3), s. 273–277.
- MacKean, G.L., i in. (2012). Advancing FCC in child health: A critical review. *Social Science & Medicine*, 75(9), s. 1735–1743, <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2012.07.033>.
- Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (red.). (2012). *PolSenior: Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia. Poznań.
- Mroczek, B. (2020). Rola rodziny w opiece zdrowotnej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 28(2), s. 102–107, <https://doi.org/10.5114/ppiel.2020.98767>.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press. Berkeley.
- Nolan, M. I in. (2004). Beyond personcentred care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), s. 268–279, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02885.x>.
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and dying in nursing homes. *Age and Ageing*, 36(2), s. 197–202, <https://doi.org/10.1093/ageing/af152>.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin. Boston.
- Schnepp, W., Fringer, A., Mayer, H. (2010). Familienzentrierte Pflege. *Pflegewissenschaft*, 12(6), s. 305–311.
- Shelton, T.L., Jeppson, E.S., Johnson, B.H. (1987). *Family-centered care for children with special health care needs*. Association for the Care of Children's Health. Washington.
- Shields, L., Pratt, J., Hunter, J. (2006). FCC: A review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), s. 1317–1323, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>.
- Simione, M., i in. (2020). Use of modified FCCA in obesity intervention. *Clinical Pediatrics*, 59(3), s. 275–282, <https://doi.org/10.1177/0009922819891405>.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2025). *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*. W: M. Szarota, B. Szatur-Jaworska (red.), *Polityka społeczna wobec starości i starzenia się* (s. 215–223). Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press. New York.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (wyd. popr.). University Press of Colorado. Boulder.

- Wells, N., Bronheim, S., Zyzanski, L., Hoover, C. (2015). Psychometric evaluation of the FCCA Tool. *Academic Pediatrics*, 15(2), s. 182–189, <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.10.002>.
- Wockenfuß, H. (2010). *Die Elternarbeit auf der neonatologischen Station: Familienzentrierte Pflege im klinischen Alltag*. Kohlhammer. Stuttgart.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory. W: J. Rappaport, E. Seidman (red.), *Handbook of community psychology* (s. 43–63). Kluwer Academic Publishers. Boston.
- Zoffmann, V., Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills. *Patient Education and Counseling*, 64(1–3), s. 78–86, <https://doi.org/10.1016/j.pcc.2005.11.017>.

ENDNOTES

- [1] Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS). Projekt realizowany jest przez Fundację *Popieram Rodzinę* jako lidera, we współpracy z partnerem ponadnarodowym – Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (Niemcy) – oraz partnerami krajowymi: Fundacją Rozwoju Integralnego z Radomia oraz gminą Jedlnia-letnisko. Zakończenie przedsięwzięcia zaplanowano na rok 2027.