DLOUHODOBÁ PÉČE O NESOBĚSTAČNÉ SENIORY A KVALITA ŽIVOTA JEJICH PEČUJÍCÍCH

LONG-TERM CARE OF DEPENDENT ELDERLY AND QUALITY OF LIFE THEIR CARERS

Marie Macková

Abstract: *This article focuses on the issue of long-term care of dependent elderly and quality of life of their carers. Elderly care has an impact on the quality of life of family members. The research was carried out through a questionnaire and interview. The quality of life was measured using the WHOQOL instrument. The research aimed to identify the current levels of family members' quality of life and the factors influencing the quality of life thereof. The research findings showed a lower quality of life for family caregivers as compared to non-caregivers in the Czech Republic. The main factor effecting the quality of life was a degree of elderly dependency. This research represents a contribution to descriptions of life situation and position of family carers of their dependent elderly.*

Keywords: *Long-term care, Dependent, Elderly, Quality of life, Family carers.*

Úvod

V mnoha evropských zemích je důležitým politickým problémem očekávané zvýšení poptávky po dlouhodobé péči o velmi staré lidi. Podle průzkumu Eurobarometru (2007), řada občanů Evropské unie vyjadřuje obavy z péče o svoji osobu v období stáří. Zejména mají strach, že péče nebude kontinuální a nebude v odpovídající kvalitě. Řada občanů předpokládá, že péči jim budou zajišťovat rodinní příslušníci. Podobně smýšlejí i tvůrci zdravotní a sociální politiky. Otázkou je, zda takovou péči budou schopny rodiny poskytovat? Péče o nesoběstačného seniora je fyzicky i časově náročná a nese s sebou často snížení kvality života samotného rodinného příslušníka, který o nesoběstačného seniora pečuje.

1 Soběstačnost seniorů

Přirozenou potřebou člověka je být nezávislý tzn. soběstačný v oblastech běžných denních činností. Ve stáří jsou zvýrazněny především potřeby fyziologické jako příjem potravy, vyprazdňování, spánek, teplo a pohoda. Některé potřeby starší lidé nepociťují v dostatečné míře, například potřebu hydratace. Samozřejmě ale nestačí uspokojovat pouze fyziologické potřeby. V dostatečné míře je třeba uspokojovat i vyšší potřeby, které úzce souvisejí s kvalitou života seniora. Senioři se často fixují na rodinu, protože pociťují potřebu lásky a sounáležitosti, stejně jako pocit jistoty a bezpečí.

V oblasti psychických potřeb poukazuje Vágnerová (2007) na potřebu stimulace, smysluplné aktivity a potřebu seberealizace zejména při odchodu do důchodu.

Pichaud, Thareauová (1998) poukazují na důležitost zachování autonomie každého člověka. Tato autonomie představuje možnost rozhodovat o svém životě, být pánem svého chování a způsobu života, přičemž závislost a autonomie se dle těchto autorů vzájemně nevylučují. Pokud jsou schopnosti rozhodovat se nebo něco vykonávat narušeny, je člověk odkázán na pomoc okolí. Stupeň autonomie a soběstačnosti jedince určuje podíl pomoci okolí v uspokojování potřeb.

Sýkorová a Chytil (2004) se ve svém výzkumu dotazovali seniorů na jejich vnímání pojmu autonomie. Senioři nejčastěji prezentovali pojetí své autonomie jako samostatné zvládání každodenních činností, tedy fyzickou soběstačnost. Za velmi důležitý atribut nezávislosti rovněž označili finanční soběstačnost.

Kalvach (2004, s.196) definuje pojem soběstačnost seniora jako „schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí". Soběstačnost je přitom určována dvěma faktory – funkční zdatností organismu (zahrnuje i potřebné dovednosti a znalosti) a náročností prostředí (soběstačnost lze častěji udržet či obnovit úpravou prostředí, než zvýšením funkční zdatnosti).

2 Kvalita života

Kvalita života je jen těžce uchopitelný pojem. Každý z nás vnímá kvalitu života jiným způsobem. Kvalitu života můžeme chápat z celkového pohledu na život nebo ve vztahu ke zdraví.

Výchozí definicí kvality života pro účely této práce byla zvolena definice kvality života dle Světové zdravotnické organizace. Ta definuje kvalitu života jedince „jako vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním a zájmům" (WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP, 1996). Zvolení této definice bylo záměrné, neboť při výzkumu byl použit dotazník WHO 8, vytvořený právě touto výše zmíněnou skupinou.

I přes určité potíže v jednoznačném vymezení kvality života je patrné, že ve výzkumném pojetí je kvalita života vícerozměrná veličina. Tato vícerozměrnost je vyjádřena ve výzkumných instrumentech shluky či okruhy otázek zkoumajících určitou oblast života. Dotazníky kvality života zpracované WHOQOL jsou takto strukturovány pomocí domén, které zahrnují jednotlivé aspekty života. Toto rozčlenění (přestože je obsáhlé i obecně přijatelné, nemůže ale zahrnout všechny možné interindividuální rozdíly) je také jednou z možností, jak se více přiblížit k obsahovému pojetí kvality života.

V českém prostředí je přijímáno rozlišení několika rovin kvality života dle Bergsmy a Engela (1988). Makroúroveň, se týká velkých společenských útvarů (určitá země nebo světadíl). Mezoúroveň zahrnuje malé sociální skupiny, kam lze počítat i formální či neformální skupiny lidí se stejným onemocněním a také pečující, kteří vzájemně sdílejí své zkušenosti. Osobní rovina je spojena s kvalitou života jedince a v současné době je to rovina, na kterou je soustředěna největší pozornost.

Kvalitu života lze měřit dle Křivohlavého (2002) ze tří hledisek. Dělicím kriteriem je fakt, kdo kvalitu života hodnotí.Kvalitu života může hodnotit druhá osoba, dále ji

může hodnotit sama hodnocená osoba a třetí možností je kombinace obou předešlých způsobů.

3 Metody

Průzkum zaměřený na kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory byl proveden na území Olomouckého kraje v roce 2012. Byl využit integrovaný design výzkumu, což znamená, že data byla získávána za pomoci dotazníkového šetření, kombinovaného s rozhovory.

3.1 Výběrový soubor

Soubor respondentů tvořilo 216 pečujících. Tito pečující nemohli být vybráni pomocí náhodného výběru, protože není dostatečně popsána skupina pečujících. Kritéria nezbytná pro vzájemnou srovnatelnost vzorku pečujících byla záměrně poměrně široká. Jednalo se o nesoběstačnost seniora ve všedních denních činnostech, senior i pečující museli trvale pobývat na území ČR a pečující byl v příbuzenském vztahu k seniorovi.

Data byla získávána za pomoci účelového výběru (dostupnost pečujícího) v kombinaci s technikou snowball. Tato technika byla použita z důvodu „neviditelnosti pečujících“, tak jak o ní pojednává například Tošnerová (2001, s. 12).

V souboru byly zastoupeny z 80 % ženy, převažovala věková kategorie 51- 60 roků. Nejčastěji uváděným vzděláním bylo vzdělání středoškolské (41 %). Téměř polovina pečujících byla ve starobním důchodě a žila na venkově. Co se týče příbuzenského vztahu, byly mezi pečujícími zejména dcery/synové (69 %). Tři čtvrtiny pečujících poskytovaly v době výzkumu péči nesoběstačnému seniorovi déle než pět let.

3.2 Použité metody

Pro zpracování dat vycházejících z dotazníkového šetření byly použity vybrané statistické metody. Data byla nejdříve kódována a posléze zpracována popisnou statistikou v relativních i absolutních četnostech.

4 Kvalita života pečujících a úroveň závislosti seniora

4.1 Kvalita života pečujících

Kvalita života pečujících byla sledována v osmi oblastech: kvalita života, zdraví, energie k životu, vlastní osoba, osobní vztahy, finance, každodenní aktivity, životní prostředí. Respondenti tyto oblasti hodnotili na pětibodové škále, kde stupeň 1 značil nejhorší možnou kvalitu života a stupeň 5 nejlepší možnou kvalitu života.

Údaje o kvalitě života jsou záměrně prezentovány zvlášť pro skupinu žen a pro skupinu mužů, což umožňuje vzájemné srovnání. Dalším důvodem je větší zastoupení žen a také zjištěný statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě života mezi skupinou žen a mužů.

Tab. 1: Hodnocení kvality života – průměrné skóre u jednotlivých položek

Sledovaná oblast	***ŽENY***	***MUŽI***
Kvalita života	3,42	3,02
Zdraví	3,19	2,15
Energie k životu	3,69	2,78
Vlastní osoba	3,37	2,71
Osobní vztahy	3,82	3,63
Finance	3,12	3,02
Každodenní aktivity	3,18	2,75
Životní prostředí	3,53	3,23

Zdroj: (Macková, 2012)

4.2 Úroveň závislosti seniora

Míra závislosti seniora ve všedních denních činnostech byla hodnocena dle Barthelova testu, který vyplňoval pečující. Podle výsledného skóre byl senior zařazen do jedné ze tří skupin závislosti.

Tab. 2: Úroveň závislosti seniora

Kategorie	**Relativní četnost (%)**
Mírná závislost (65-95 bodů)	40,9
Střední závislost (45-60 bodů)	26,8
Vysoká závislost (0- 40 bodů)	32,3

Zdroj: (Macková, 2012)

4.3 Srovnání kvality života pečujících podle úrovně závislosti seniora

Následující tabulka srovnává jednotlivé sledované oblasti kvality života pečujících podle úrovně závislosti seniora. Můžeme z ní vysledovat, že úroveň kvality života je ve všech sledovaných oblastech nižší u obou pohlaví při péči o seniora, který je vysoce závislý na péči.

Tab. 3: Kvalita života pečujícího dle úrovně závislosti seniora

Sledovaná oblast	*Péče o mírně závislého seniora*		*Péče o středně závislého seniora*		*Péče o vysoce závislého seniora*	
	ŽENY	*MUŽI*	*ŽENY*	*MUŽI*	*ŽENY*	*MUŽI*
	Prům. skóre	*Prům. skóre*	*Prům. skóre*	*Prům. skóre*	*Prům. skóre*	*Prům. skóre*
kvalita života	3,29	3,65	3,45	3,12	2,36	2,12
zdraví	3,13	3,16	3,36	2,92	2,14	2,31
energie k životu	3,38	2,39	3,5	2,81	3,21	2,36
vlastní osoba	3,16	3,62	3,36	2,18	3,06	2,33
osobní vztahy	3,61	3,39	3,73	3,16	3,19	3,37
finance	3,21	3,22	3,05	3,36	3,11	3,17
každodenní aktivity	3,21	3,61	3,45	3,12	3,07	2,97
životní prostředí	3,38	3,44	3,41	3,15	3,26	3,13

Zdroj: (Macková, 2012)

5 Diskuze

Pokud hovoříme o pečujících, obvykle si v této roli představíme ženu. Tento fakt nám potvrdil i náš vzorek. Vzhledem ke způsobu výběru respondentů můžeme předpokládat, že náš vzorek tedy reprezentuje populaci pečujících jako takovou. Věková kategorie pečujících, která byla nejčastěji zastoupena (51 -60 roků), odpovídá příbuzenskému vztahu dcera/syn. Vzdělání pečujících je proporcionálně zastoupeno, odpovídá podílu jednotlivých stupňů vzdělání v české populaci. Věková struktura probandů koresponduje i s jejich socioekonomickým postavením, polovina uvedla, že je již ve starobním důchodu.

Zjištěné údaje o příbuzenských vazbách ukazují, že péče o nesoběstačného seniora probíhá v nejužším okruhu rodiny, v tak zvané nukleární rodině. Díky faktu, že tři čtvrtiny dotazovaných pečovaly o svého příbuzného déle než pět let, můžeme předpokládat větší výpovědní hodnotu o případných změnách a dopadech na kvalitu života pečujících v souvislosti se zátěží pečování.

Téměř 69 % pečujících uvedlo, že sdílí s nesoběstačným seniorem společnou domácnost. Společné bydlení pečujícího a příjemce péče má dvojí (a poměrně protikladný) praktický význam. Na jedné straně je to v případě vysoké závislosti seniora téměř nutnost z hlediska zajištění péče, na druhé straně je to z hlediska pečujícího určitý rizikový faktor. Výsledky japonské studie (Rodina a riziko srdečních chorob, 2009) ukázaly, že ženy, které sdílejí domácnost se svými rodiči nebo rodiči partnera jsou vystaveny trojnásobnému riziku srdečních chorob, což je dáváno do souvislosti se stresem z plnění mnoha rolí (dcera, matka, partnerka…). V případě

zajišťování péče k tomu přibývá ještě role pečujícího, která toto riziko bude zřejmě ještě zvyšovat.

Údaje o počtu pečujících osob z rodiny odrážejí skutečnost, že případy, kdy se na poskytování péče podílejí významně členové rodiny ve větším počtu, jsou méně časté. Důvod je nutno hledat v tom, že více početné nukleární rodiny jsou dnes již méně častou variantou, ale právě tyto rodinné vztahy (pečující – příjemce péče) mají největší zastoupení v rámci rodinné péče.

Z dat o době strávené pečováním za 24 hod. lze vypozorovat, že téměř 46 % pečujících stráví pečováním minimálně tolik hodin, kolik činí denní pracovní doba, čili náročnější pečování (dle hlediska závislosti seniora) může obrazně představovat celý či více jak celý pracovní úvazek.

V případě pečujících jsou rozdíly v kvalitě života mezi ženami a muži opačné než v celé populaci. Výsledky výběrového šetření o zdravotním stavu české populace ukazují na vyšší celkové skóre kvality života u mužů než u žen (ÚZIS, 2002, s. 93).

Tento rozdíl nepřímo potvrzuje, že pečování o nesoběstačného seniora v rodině je specifickou náročnou životní situací, která má výrazný genderový aspekt. Převaha žen (nejčastěji dcer) mezi pečujícími osobami souvisí s chápáním a postavením sociální role ženy ve společnosti. Pečování je vnímáno jako součást ženské přirozenosti, zvláště pak u role ženy v rodině a manželství.

Muži ve své roli především pociťují závazek ke své práci a jsou také často přesvědčeni, že mají oproti ženám menší schopnost zvládnout péči a seniory. Praxe ukazuje, že tato rolová očekávání se promítají i do denního života, protože podle zjištěných rozdílů má pro muže činnost pečování větší dopad na kvalitu života, což může být také chápáno jako ukazatel toho, jak dobře se s rolí pečujícího dokáží vypořádat ženy a muži.

Osobní výpovědi jednotlivých pečujících pak dokreslují současnou pozici pečujícího v české společnosti. Jednoznačně se ve všech výpovědích objevovala celková zátěž pečujícího. Dále byla zmiňována malá společenská a finanční podpora a vliv pečování na emocionální stránku pečující osoby.

Závěr

V úvodu byla položena otázka, zda je vůbec v silách rodin poskytovat dlouhodobou péči o nesoběstačného seniora. Výzkum ukázal, že ano, ovšem za určitých předpokladů.

Zátěž pečujícího souvisí se stupněm závislosti seniora na péči. V případě, kdy je nutno pečovat o zcela závislého seniora, je vhodné, aby péči zajišťovalo více členů rodiny, z důvodu prevence přetížení pečovatele. V opačném případě hrozí reálně nebezpečí přetížení pečujícího spojené se sníženou kvalitou jeho života. V konečném důsledku pak toto přetížení pečujícího může vést buď k potřebě péče o samotného pečujícího nebo ke snížení kvality poskytované péče.

Stát by měl zajistit pečujícím rodinám lepší podmínky pro výkon péče. Důležité jsou dva faktory - zlepšení nabídky formální podpůrné sítě a vhodnější ekonomická podpora pečovatelů.

Reference

BERGSMA, J., ENGEL, G. L. Quality of live. Does measurement help? In *Health Policy*, 1988, vol. 10, p. 267–279. ISSN 0168-8510.

EUROBAROMETR - kolektiv autorů. *Health and long-term care in the European Union*. 2007. [cit. 2013-03-01]. *Dostupné na WWW:*
< http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf t>.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatrie a gerontologie*. 1.vyd. Praha. Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se starými lidmi.* 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80–7178-184-3.

Rodina a riziko srdečních chorob (rubrika Aktuality). Zdravotnické noviny. Praha: *Mladá fronta*. 2009, roč. 58, č. 5, s. 13. ISSN 0044-1996.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.

TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, I. Interní klinika FNKV Praha, 2001. 68 s. ISBN 80-238-8001-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007.461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002*. HIS CR 2002. Praha: ÚZIS ČR, 2003. 137 s. ISBN 80-7280-296-8

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP. *What quality of life?* World Health Forum, 1996. [cit. 2013-03-10]. *Dostupný na WWW:*
<http://whqlibdoc.who.int/whf/1996/vol17-no4/WHF_1996_17(4)_p354-356.pdf>

Kontaktní adresa

Marie Macková, PhDr., PhD., RSW
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395, 532 01 Pardubice, Česká republika
E-mail: marie.mackova2@upce.cz, tel. číslo: 466 037 734