

Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty*

HYNEK JEŘÁBEK**

Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy, Praha

Family Care for Seniors as a 'Labour of Love' – New Arguments

Abstract: This paper is based on a survey among 435 Czech households caring for a dependent senior in the family to inquire into the conditions and circumstances of caring for seniors in the family. The concept of 'care as a labour of love' (Graham) is contrasted with the concept of the 'defamilisation of care' (Glenn) and 'social rights for elderly care' (Fine). The author finds that more demanding family care, measured as the level of IADL or BADL, is reflected in a growing number of hours spent on family care. The author shows the significant differences in the psychological and financial burden experienced by primary caregivers in relation to how demanding the level of care required is. The article presents evidence of the existence of 'collective family care' in situations where demanding personal care for a senior is required. The participation of other family members in providing care for a senior in situations of demanding personal care demonstrates some features of family cohesion.

Keywords: BADL, IADL, family care, seniors, family solidarity, social cohesion, Czech Republic.

Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 2: 243–265

Úvod

Předkládaný příspěvek se zabývá rodinnou péčí o seniory v České republice. Zajímalo nás, zda se v podmínkách náročné osobní péče o seniory projevuje rodinná solidarita a rodinná soudržnost. Koncept „péče jako práce z lásky“ („labour of love“) [Graham 1983], podpořený některými výsledky analýz Lydie

* Studie byla napsána v rámci projektu výzkumu rodinné péče o seniory v České republice. Je součástí výsledků širšího výzkumného projektu „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti“, registrační číslo 1 J 028/04-DP2, TP-5 „Moderní společnost a její proměny“ Národního programu výzkumu, sponzorovaného MPSV. Vedoucím projektu byl prof. PhDr. Jiří Musil, CSc. – Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy, CESES. První verze statí byla prezentována na mezinárodní konferenci ESA v Glasgow ve dnech 3.–6. 9. 2007. Autor děkuje dr. Marku Skovajsovi i dvěma anonymním recenzentům za cenné připomínky, z nichž většinu zapracoval do textu.

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc., Institut sociologických studií, Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy, U Královské 8, 158 00 Praha 5, e-mail: hynek.jerabek@gmail.com.

W. Li [Li 2005: 470–472], je v příspěvku konfrontován s koncepcí, v níž by odpovědnost za péči neměla již rodina, ale společnost, komunita, stát („defamilization of care“) [Glenn 2000], resp. s koncepcí „sociálních práv na starobní péči“ („social rights for elderly care“) [Fine 2007]. Zjišťujeme, nakolik se náročnější rodinná péče, měřená vyššími potřebami péče o seniora, projevuje rostoucím rozsahem poskytované péče, kterou jednotlivé pečující osoby věnují rodinné péči o seniora. A zajímalo nás, jak se členové rodiny podělí o tuto péči. Zaměřili jsme se také na rozdíly v psychické a finanční zátěži, jak je pocíťována hlavními pečujícími v rodinách. V závěru se pokoušíme shrnout, zda je možno najít dostatek podpory pro tvrzení, že průvodním znakem rodinné péče o seniora je soudržná rodina.

Teoretická východiska a hypotézy

„Caring for elderly parents“ (péči o stárnoucí rodiče) vymezuje Christiane Millward jako „opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo služby, vykonávané pro tělesnou a duševní pohodu starších osob, které z důvodu své chronické fyzické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti vykonávat samy“ [Millward 1999: 2]. Michal D. Fine zdůrazňuje mnohé významy pojmů „care“ and „caregiving“ v soudobé společnosti. Mezi jiným upozorňuje na dvojí význam slova péče (care): „Caring je jak přídavné jméno, odvozené od care a označující někoho, kdo je laskavý a poskytuje citovou podporu jiným, tak i příčestí přítomné, označující praktické poskytování péče a pomoci.“ [Fine 2007: 29]

1. Dva modely péče o seniory: model „rodinné péče“ a model „nerodinné péče“

Hilary Graham ve své inspirativní práci „Pečování – práce z lásky“ („Caring – a labour of love“) [Graham 1983] charakterizuje péči jako práci z lásky. Rodinná péče o staré nesoběstačné členy rodiny je provázena jednak praktickou péčí („care of“) jednotlivých členů rodiny o seniora, jednak láskou a starostí („care about“), která tuto péči provází a která je často hlavní motivací k této péči a jejím průvodním konstitutivním rysem. Teorie Hilary Graham staví na představě, že péče o staré rodiče je přirozenou součástí života rodiny, že jako samozřejmost vyrůstá z lásky ke starému členu rodiny, který postupně ztrácí svou samostatnost a soběstačnost. Doslova říká: „Péče ... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtné...“ [Graham 1983: 16]

V návaznosti na základní konceptualizaci péče obsaženou v kolektivní monografii *Práce z lásky. Ženy, práce a pečování* [Finch, Groves 1983] rozlišují Berenice Fisher a Joan Tronto čtyři fáze procesu péče: projev zájmu („caring about“), starost o („taking care of“), pečování („caregiving“), a přijímání péče („care-receiving“) [Fisher, Tronto 1990: 40–45]. Přitom *zájem* definují jako „pozornost věnovanou ... udržování kontinuity světa kolem nás.“ [op. cit.: 40] *Starost* vymezují jako: „... převzetí odpovědnosti za aktivity, které udržují svět v chodu...“ [ibid.].

Pečování charakterizují jako: „práce při zajišťování služeb a poskytování péče.“ A *přijímání péče* definují jako: „... odpovědi těch, kterým je péče poskytována, na proces péče.“ [ibid.] Tato dekompozice péče na dílčí složky umožňuje přesněji popsat reálné situace péče, zejména pokud dochází k dělbě rolí v péči o seniora.

Příkladem klasického rozboru neformální rodinné péče o seniora může být studie Elaine M. Brody [Brody, Schoonover 1986], v níž podrobila rozboru dvě skupiny: zaměstnané ženy a ženy, které nejsou v zaměstnání. Obě skupiny poskytovaly svým ovdovělým nesoběstačným matkám osobní i další péči. Tato práce pro nás byla inspirací z hlediska použití některých klíčových proměnných měřících stupeň potřeby péče o seniora pomocí množství základních životních aktivit (BADL) a podle množství instrumentálních aktivit (IADL), které si senior nedokáže sám zabezpečit, i ve způsobu zjišťování rozsahu poskytované péče. Hlavní hypotéza naší studie byla inspirována analytickými výsledky Lydie W. Li, která na souboru 888 amerických seniorů testovala množství poskytované neformální péče a její souvislosti s měnicími se potřebami seniorů, indikovanými výší IADL a BADL, a to za situací, kdy seniorovi byla, anebo naopak nebyla, poskytována placená profesionální péče. U jednoho z výsledků jejích analýz, totiž že: „... nárůst nesoběstačnosti v zabezpečování základních životních činností a instrumentálních aktivit měl za následek nárůst neformální péče...“ [Li 2005: 471], jsme vlastně ověřovali, zda platí také v podmínkách péče o seniory v českých rodinách.

Širší pohled na péči v rodině i ve společnosti zvolil Michael D. Fine [2007: 31–39] ve své souhrnné monografii *Pečující společnost? Péče a dilemata při poskytování osobních služeb v 21. století*. Podrobně rekapituluje postupný vývoj pojmů a utváření teorie péče. Zdůrazňuje přitom základní argumenty feministické teorie i obecnější modely pojetí péče ve vztazích k ošetrovatelské teorii a praxi, k etice péče a k politice péče [op. cit.: 39–140]. Ukazuje, že současné zvyšující se celospolečenské nároky na péči o seniory, projevující se v souvislosti s demografickým vývojem, je třeba konceptuálně řešit prostřednictvím „smíšených (hybridních) forem péče“, při nichž je péče sdílena rodinou a formálními službami (placenými i neplacenými) a kde rodiny využívají „... příspěvky na péči, slevy na daních i přímé platby k úhradě služeb domácí péče“ [op. cit.: 200–201]. Na základě podrobného rozboru procesů proměn moderní a postmoderní společnosti, včetně růstu individualismu i důsledků globalizace, dospívá k závěrům, které akcentují celospolečenské formy odpovědnosti za péči o seniory ve společnosti 21. století [op. cit.: 223]. V závěru tedy podtrhuje přístup Morrise a Williamse, „... kteří považují péči a pečování za právo člověka a za významnou ekonomickou činnost. Právo pečovat o druhé, právě tak jako právo péče o vlastní osobu, musí být doprovázeno právem přístupu k pečovatelským službám, pokud to situace vyžaduje.“ [op. cit.: 223–224] Způsob řešení, který Fine navrhuje, kdy: „... péče by měla být dosažitelná a přístupná pro příští generace, je založen na koncepci péče, která je připravena k využití jako druh zboží a předmět spotřeby nabízený a poskytovaný mnoha firmami a společnostmi ...“ [op. cit.: 224] S Michaelem Finem je možno souhlasit

v tom ohledu, že současné pečující rodiny akutně potřebují pomoc (soukromých pečovatelských služeb), které by doplnily rodinné pečovatele/pečovatelky všude tam, kde na péči sami/y nestačí. Hybridní formy péče o seniory považujeme tedy za způsob řešení, který může být slučitelný s rodinnou péčí o seniory za předpokladu, že rodina zůstane aktivní, ponechá si odpovědnost a bude rozhodovat všechny významné otázky týkající se péče o své seniory.

Na první pohled velmi podobné stanovisko jako Michael D. Fine zastává Evelyn Nakano Glenn. Ta argumentuje ve prospěch zlepšení komunitní a soukromé péče. Hovoří o potřebě přenesení povinnosti péče o staré občany z rodiny na ostatní instituce [Glenn 2000: 89–91]. Podstatný rozdíl mezi oběma teoriemi a koncepcemi péče spočívá v důrazu, který Glenn klade na přenesení odpovědnosti za péči o seniora z rodiny na širší společenské celky, a v důsledku tedy také v přenesení rozhodovacích pravomocí mimo rodinu.

Teorie péče o seniory, které počítají s právem na péči (právem na dosažitelnost pečovatelských služeb, když jsou požadovány) a s přenesením odpovědnosti za péči z rodiny na širší společenské útvary, počínaje komunitou a konče sociálním státem, mají za důsledek nejen *osvobození rodiny od povinnosti péče*, ale jejich důsledkem je také „zespolečenštění“ péče o seniory, tedy především řada změn v rozhodování, které se týká péče o seniory v celospolečenském měřítku. Péče o seniory se v rámci tohoto „osvobozeného“ pojetí stává součástí celospolečenského diskurzu spolu s úvahami o výdajích na zdravotnictví, na důchodové zabezpečení i spolu s diskusemi o právu na eutanázii. Kdyby se rodina zbavila odpovědnosti za péči o seniory, jak by mohla o této péči ještě také rozhodovat? Tato „péče o seniory“ by se jako složka „společenské odpovědnosti“ logicky mohla stát legitimní součástí „optimalizačních úvah“ v rozměru celé společnosti se všemi důsledky v oblasti rozhodování, které si lze představit. Je třeba mít na paměti skutečnost, že spolu s „odpovědností“ za péči o seniora přechází z rodiny na instituci také právo rozhodovat o rozsahu a kvalitě této péče. „Osvobodit“ rodinu od péče o seniora s sebou tedy nese i značná rizika, která nejsou na první pohled patrná.

2. Praktické, empiricky testovatelné, důsledky modelu „rodinné péče“ a modelu „nerodinné péče“

Obě krajní teoretické koncepce se pokusme představit jejich praktickými důsledky a empiricky verifikovatelnými rozdíly platnými v současné péči o seniory v České republice, alespoň pokud to dokážeme ukázat na výsledcích našeho výzkumu.

Jaké empirické důsledky hypoteticky vyplývají z koncepce „rodinné péče jako práce z lásky“?:

1. *Pečující rodina zvažuje rozsah potřeb opečovávaného a těmto potřebám přizpůsobuje rozsah a intenzitu péče. Dlouhodobě vysoké nároky péče se negativně projevují zvýšenou zátěží pečujících členů rodiny.*

Jaké jsou naopak empirické důsledky hypoteticky vyplývající z koncepce „péče jako společenského nároku seniora“?:

2. *Také při péči v rodině, jako v případě institucionální péče, je opečovávanému seniorovi poskytována pomoc v rozsahu průměrných, společensky přijatých „standardů“ péče. Standardy péče se jistě liší v závislosti na stupni nesoběstačnosti seniora, nepříznivě působí se však postupným změnám v potřebě péče o konkrétního seniora. Potřeby pečujících jsou v rovnováze s potřebami opečovávaného a v souvislosti se zvýšenými potřebami opečovávaného nedochází ke zvýšené zátěži pečujících osob.*

Který z modelů péče o seniory platí pro současnou českou pečující rodinu? Platnost modelu „rodinné“ péče se může potvrdit, pokud se prokáže, že rodinná péče pružně reaguje na flexibilní potřeby opečovávaného seniora. Zároveň se musí prokázat, že tato péče roste s rostoucími potřebami opečovávaného a že vede ke zvýšené zátěži hlavní pečující osoby. Platnost konkurenčního modelu vycházejícího ze „společenských standardů péče“ a „péče jako společenského nároku seniora“ se prokáže, pokud se bude rozsah zjištěné péče o seniory pohybovat v rámci společensky přijatých standardů bez velkých rozdílů v poskytované péči pro jednotlivé seniory. Zároveň by mělo platit, že síly pečujících nejsou vystavovány zvýšené zátěži spojené s vyššími nároky péče o seniora. Platnost první z teoretických koncepcí, tedy koncepce rodinné péče, je přijatelná a prokazatelná jen za předpokladu, že rodinná péče se přizpůsobuje vyšším (diferencovaným) potřebám opečovávaného seniora i za situace, kdy dochází k nadprůměrné zátěži pečujících osob.

3. IADL a BADL jako charakteristiky indikující potřebnou intenzitu péče o seniora

Abychom mohli posoudit platnost některého z předložených modelů péče o seniory v rodině, zkoumali jsme nejprve rozsah potřeby péče o seniory v českých podmínkách. Zjišťovali jsme jednak schopnosti seniorů, v konkrétních zkoumaných rodinách, samostatně provádět základní aktivity denního života (BADL), jednak jejich schopnosti samostatně zabezpečovat instrumentální aktivity denního života (IADL).

Velmi podrobné posouzení těchto potřeb uvádějí K. G. Manton a J. G. Soldo ve studii „Disability and mortality among the oldest old“ („Nezpůsobilost a úmrtnost mezi nejstaršími seniory“). Rozlišují podle Katze [Katz 1983] mezi základními životními činnostmi, při nichž senior potřebuje pomoc, které označují jako BADL („basic activities of daily living“), zajišťujícími hlavní životní funkce seniora, jako jsou krmení, mytí a oblékání; a tzv. pomocnými činnostmi, které označují zkratkou IADL („instrumental activities of daily living“): např. finanční výpomocí, nákupy, drobnými domácími pracemi, přípravou pokrmů, telefonováním nebo podáváním léků. Uvažují index BADL,¹ který vyjadřuje v číselné podobě

¹ V uvedené studii Manton a Soldo pracují se šesti základními aktivitami denního života. V našem výzkumu jsme použili rozsáhlejší soubor 18 sledovaných položek.

bě počet činností, s nimiž respondent potřebuje pomoci [Manton, Soldo 1992: 212]. Jako skupina osob vyžadujících nejvyšší stupeň pomoci (5–6 aktivit) jsou uvedena ve věkové skupině 65–74 let 2 % osob, ve věkové skupině 75–84 let jsou to 4,5 % osob a ve věkové skupině přes 85 let 10,4 % starých lidí. V této nejvyšší věkové skupině přitom 46 % osob potřebuje pomoc alespoň v jedné základní denní aktivitě [ibid.].

V geriatrickém výzkumu [např. Lindeboom, Vermeulen et al. 2003] je zmínováno 113 různých verzí ADL škál. V našem projektu jsme vycházeli ze stejného principu jako Katz a jako Manton a Soldo. Použili jsme přehled ukazatelů sledovaných při určování sociálních dávek, konkrétně příspěvku na péči o závislou osobu. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky používá dvojici soubor sledovaných položek a v našem dotazníku jsme vycházeli z tohoto přehledu. Pro konstrukci indexu BADL, tj. pro posouzení stupně závislosti, tedy schopnosti sebeobsluhy a schopnosti seniora sám o sebe pečovat v základních životních činnostech, jsme vycházeli ze souboru 18 ukazatelů § 9, odst. 1 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. [zákon o sociálních službách 2006: § 9]. Pro konstrukci indexu IADL, tj. pro posouzení stupně nesoběstačnosti, tedy potřeby pomoci v instrumentálních aktivitách denního života, jsme použili soubor dalších 18 ukazatelů § 9, odst. 2 téhož zákona [ibid.]. Každý z indexů (BADL i IADL) nabývá hodnot od 0 do 18 a vyjadřuje počet úkonů, které opečovávaná osoba samostatně nezvládá, se kterými potřebuje pomoci.²

První z indexů (BADL) obsahuje 18 položek vyjadřujících schopnosti sebeobsluhy a schopnosti seniora sám o sebe pečovat: o své jídlo, lůžko, hygienu, zdravotní potřeby, pohyb po bytě. Index je konstruován jako počet činností, které senior nemůže samostatně vykonávat. Jeho výše vyjadřuje, *nakolik senior potřebuje, aby o jeho osobu někdo pečoval*. Tento přehled aktivit v zásadě odpovídá principu stupnice BADL, kterou zavedl Katz [1983] a již používají také Manton a Soldo [1992].

Druhý index (IADL) obsahuje 18 odlišných položek vypovídajících o tom, *nakolik senior potřebuje pomoci při samostatném vyřizování svých praktických instrumentálních potřeb*. Soustřeďuje se na jeho kompetence v běžném životě při zabezpečování komunikace, obstarávání běžných záležitostí, nákupů, vaření, úklidu, praní a obstarání domácnosti. Vyjadřuje, *v kolika činnostech běžného života senior potřebuje instrumentální pomoc* a odpovídá modelu IADL [srov. Lawton, Brody 1969].³

² Přehled ukazatelů uvádí zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006 v § 9 [zákon 2006]. V odstavci 1 jsou uvedeny položky pro zjišťování stupně závislosti, které odpovídají konstrukci indexu BADL, v odstavci 2 položky pro zjišťování stupně nesoběstačnosti, které odpovídají konstrukci indexu IADL.

³ Návaznost obou indexů podrobněji vysvětlíme v oddílu věnovaném metodologii výzkumu.

4. Péče hlavního pečujícího versus společná rodinná péče

Druhou otázkou, již sledujeme v našem výzkumu, je rozlišení mezi individuální péčí hlavní pečující osoby a společnou péčí několika členů rodiny o seniora. Většina současné literatury věnované péči o seniory posuzuje tuto péči z hlediska hlavního pečujícího („primary caregiver“). Součástí našeho pojetí rodinné péče o seniora je představa, že se do péče zapojuje „celá rodina“, tedy větší počet jejích členů, ne jen jedna pečující osoba. Tomu jsme přizpůsobili dotazování v pečujících rodinách a zjišťovali jsme, jaké činnosti vykonávají jednotliví členové rodiny, případně i profesionálové a další osoby, a kolik času každý z nich věnuje péči o seniora. Jsme přesvědčeni, že takový pohled na rodinnou péči je realističtější a že může přinést nové významné poznatky.

Proti sobě stojící modely „rodinné péče“ a „osvobození rodiny od péče“ vypovídají o protikladu „rodinu zavazující“ a „rodinu osvobozující“ péče o seniora. Jak vypadá konfrontace obou modelů ve světle dat o sdílené péči rodiny o seniora? Vedle tohoto protikladu nám takto podrobně zjišťovaná data umožní porovnat situaci osamělé hlavní pečující osoby se situací hlavní pečující osoby, která pečuje společně s ostatními a opírá se přitom o pomoc a podporu dalších členů rodiny nebo jiných osob.

Tento společný aspekt rodinné péče zdůraznily Norah Keating, Karen Kerr a další autorky v článku: Kdo náleží k rodině v „rodinné péči“? („Who's the Family in Family Caregiving?“) [Keating et al. 2003]. Podle této studie je pro určení, kdo náleží do pečující rodiny, rozhodující osoba hlavního pečujícího („primary caregiver“). Úzké rodinné svazky dalších rodinných příslušníků s touto hlavní pečující osobou jsou klíčové pro jejich potenciální nebo skutečnou účast na péči o seniora. Článek poskytuje však jen teoretickou oporu pro výzkum. Jeho autorky neanalyzují konkrétní data o rodinné péči. Teoretická pomoc pro nás spočívala zejména v argumentaci, která připisuje klíčovou úlohu v utváření sítě pečujících osob jejich vztahu k hlavní pečující osobě („primary caregiver“). Tou je ve většině rodin buď manželka (partnerka), manžel (partner), nebo dcera či snacha opečovávané osoby. Také další výzkumníci potvrzují významnou úlohu ostatních členů rodiny kromě základní pečující osoby v rodinné péči o seniora. Například Tennstedt et al. [1989] píše, že 75 % seniorů uvádí dvě až čtyři sekundární pečující osoby. Této teoretické opory jsme využili pro design zjišťování konkrétní péče o seniora v rodině. Naším jediným informátorem v pečujících rodinách byla hlavní pečující osoba. S tímto členem rodiny byl veden rozhovor. Byla to většinou žena a byla dotazována na konkrétní vlastní aktivity péče a pomoci i na rozsah pomoci a péče, které poskytují seniorovi všechny ostatní pomáhající osoby. Tennstedt et al. uvádějí, že péče se „... spíše koncentruje uvnitř rodiny hlavní pečující osoby, než aby byla rozdělena (rozprostřena) v rámci širší rodiny“ [Tennstedt 1989: 683]. Lze tedy předpokládat, že hlavní pečující je osobou, která nejčastěji koordinuje „dělbu péče a pomoci“ v rodině.

V předkládané studii jsme se rozhodli sledovat tuto širší rovinu analýzy. Respektujeme určující roli hlavní pečující osoby v péči o seniora v rodině. Pod-

půrnou úlohu dalších členů rodiny považujeme však za důležitou součást modelu péče o seniora v rodině. Tyto další pečující nebo pomáhající osoby doplňují celkový obraz rodinné péče a hypoteticky pomáhají vysvětlit některé ze sledovaných skutečností rodinné péče o seniora.

Do určité míry náš výzkum navazuje na náročný design výzkumu mezigenerační solidarity, v němž Ivo Možný formuloval obecné populační podmínky pro pokračování mezigenerační solidarity: „... musela by podstatně posílit rozvětvená, vícegenerační rodina. Musela by ve společnosti posílit solidarita mezi generacemi a teprve více dětí v rodině by vytvořilo potřebnou pojistku proti případným selháním jednoho z nich.“ [Možný et al. 2004: 9] Ivo Možný mimo jiné prokázal postupné proměny motivací k mezigenerační pomoci, srovnej např. [Možný et al. 2004: 46], a jeho závěry můžeme tedy chápat nejspíše jako obecnější, na hodnoty a postoje zaměřený, konceptuální rámec naší velmi detailně zaměřené studie.

Hypotéza 1. o významu rodinné péče předpokládá vznik zátěže v důsledku poskytování intenzivní rodinné péče, a to zejména pro hlavní pečující osobu. Tuto zátěž měříme ve dvou rovinách, jako psychickou zátěž a finanční zátěž, jak je pociťována hlavní pečující osobou. Předpokládáme, že tato zátěž se bude zvyšovat s ohledem na rostoucí potřeby seniora z hlediska zabezpečení jeho základních životních aktivit (BADL). Dále předpokládáme, že tato pociťovaná zátěž se může lišit s ohledem na počet osob, které se podílejí na péči o seniora. Pokud se podaří prokázat, že samostatně pečující osoba je vystavena větší zátěži, než pociťuje pečující, který ve své péči není osamocen, budeme to považovat za podpůrné zjištění ve prospěch modelu „rodinné péče“. Rodinné zázemí hlavního pečovatele tvoří přirozený kontext tohoto modelu pečování, vyplývá ze stejného motivačního zdroje a nelze je ani „nárokovat“, ani s ním není možno „počítat“ v případě modelu „péče jako společenského nároku seniora“.

Metodologie výzkumu

Tento příspěvek je jedním z výstupů empirického šetření z konce roku 2006. Standardizované rozhovory s hlavními pečujícími osobami v domácnostech provedla firma SC&C v prosinci 2006 a v lednu 2007. Dotazovali jsme osm skupin osob cca po sto respondentech a klíčem pro jejich rozdělení byly tři otázky: zda v minulosti pečovaly o seniora v rodině, zda nyní pečují a zda je taková péče v nedaleké budoucnosti čeká. Odpovědi ano a ne na tyto tři otázky nám rozdělily respondenty do osmi skupin.

Známe reprezentativní rozložení osob v České republice z pohledu těchto tří otázek. V bezprostředně předcházejícím reprezentativním výzkumu populace České republiky jsme zjišťovali, zda a nakolik české rodiny pečují o své seniory v rodině. Péče o seniory v českých rodinách je rozložena velmi nerovnoměrně.

Tabulka 1 ukazuje proporcionální rozdělení respondentů z hlediska současné, minulé a předpokládané budoucí péče. V současnosti pečuje jen 8 % rodin

Tabulka 1. Současná, minulá a budoucí péče o seniory v českých rodinách

	ano	ne
A1) Pečujete Vy sám/sama nebo některý z dalších členů Vaší domácnosti o starého člena Vaší rodiny v současnosti?	8 %	92 %
A2) Pečoval/a jste Vy sám/sama nebo některý z dalších členů Vaší domácnosti o starého člena Vaší rodiny v posledních pěti až deseti letech?	22 %	78 %
A3) Uvažujete-li Vaši rodinu, řekl/a byste, že v příštích pěti, případně deseti letech bude třeba pečovat (vyřešit způsob péče) o některého z Vašich blízkých z důvodu jejich stáří?	28 %	72 %

Zdroj: Výzkum „Social Justice 2006“ FSV UK 2006.

dotázaných dospělých respondentů. V minulosti však pečovalo 22 % rodin českých respondentů. V následujících pěti nebo deseti letech předpokládá 28 % reprezentativního souboru českých dospělých respondentů, že jejich rodina bude postavena do situace, kdy bude třeba pečovat o jejího staršího člena.

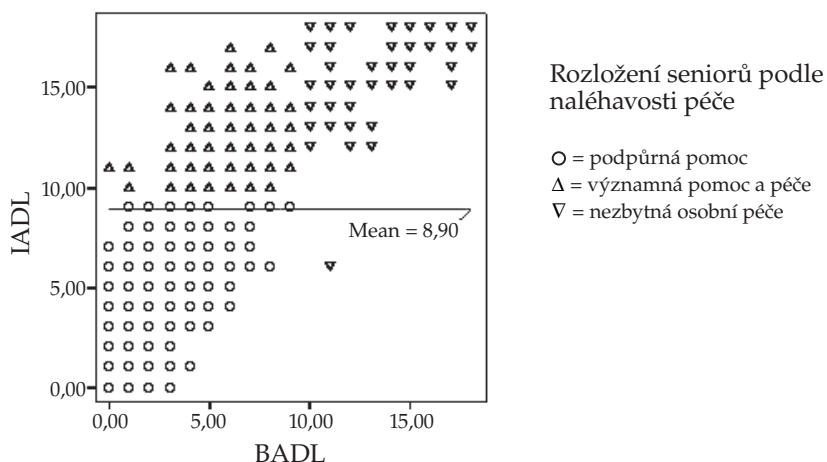
Shrňme-li údaje o současné i minulé péči do souhrnného ukazatele, získáme ještě koncentrovanější pohled na české domácnosti. Nějakou zkušenost s péčí o seniora (dnes nebo dříve) má čtvrtina českých rodin. Tři čtvrtiny českých domácností nemají ani současnou, ani minulou zkušenost s rodinnou péčí o seniora. Ve světle této skutečnosti se zdá příliš optimistický údaj výzkumu Jitky Veselé [Veselá 2002: 6]. Podle ní 80 % respondentů ve věku 50–65 let, tedy v zásadě nejpravděpodobnějších potenciálních pečovateli, uvedlo, že by v případě potřeby pečovali o staršího člena své rodiny. Budou skutečně pečovat? Částečnou odpověď lze najít v tomtéž výzkumu, když se autorka stejných lidí zeptala, co by jim mohlo zabránit, aby tuto péči uskutečnili. Důvodů je celá řada, a projdeme-li je spolu s odpovídajícími, pochopíme, že pro mnohé z nich v jejich konkrétní situaci pečování bohužel nepřípadá v úvahu [Veselá 2002: 7].

Vzhledem k položenému souboru otázek nás zajímalo porovnání jednotlivých skupin respondentů a jejich rodin mezi sebou, a proto jsme zvolili komparativní uspořádání analýzy.⁴ Základem souboru byla skupina rodin, které v současné době pečují. Dotazovali jsme 435 hlavních pečujících osob z těchto rodin a domácností. Podmínkou pro zařazení do skupiny dotazovaných byla péče členů rodiny o seniora alespoň 12 hodin týdně.⁵ Každé hlavní pečující osobě v tomto souboru jsme položili otázky týkající se současné péče o seniora v rodině. Těm, kteří dnes nepečují, ale pečovali v minulosti, a jichž bylo kolem dvou set, jsme

⁴ Z důvodu komparativního designu, který se nesoustřeďuje na výpověď o celku, ale na porovnání relativně homogenních skupin, pracujeme s neváženými daty.

⁵ Z konkrétních podrobných odpovědí vyplývá, že některé rodiny nedosahují této intenzity péče o svého seniora.

Graf 1. Vztah indexů BADL a IADL: umístění případů potřebujících „podpůrnou pomoc“, „významnou pomoc a péči“ a vyžadujících „nezbytnou osobní péči“



Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

položili otázky týkající se tohoto období péče. Doplnkem byl kratší dotazník, který byl určen pro dvě sítě osob, které dnes ani dříve nepečovaly. V těchto rozhovorech jsme se soustředili na jejich připravenost pečovat a na jejich postoje k rodinné a institucionální péči. Postojové otázky a představy do budoucna jsme zjišťovali u všech dotázaných, a na mnoho otázek existují tedy srovnatelné odpovědi. Náš příspěvek analyzuje data jen o rodinách pečujících v současnosti.

Při analýze BADL a IADL jsme dospěli ke zjištění závislosti, která nás dovedla ke konstrukci typologie naléhavosti a potřebnosti péče o jednotlivé seniory. V našem souboru se nevyskytovaly osoby, u nichž bychom zjistili naléhavou potřebu osobní péče (vysoký index BADL) a zároveň nízkou potřebu instrumentální pomoci (nízký IADL). Vyšší hodnoty indexu BADL testujícího závislost seniora v základních aktivitách denního života se významně častěji objevují v případech, že senior má současně také větší množství handicapů v instrumentálních aktivitách běžného života IADL. Naopak, pokud mu běžný život testovaný indexem IADL nečiní v zásadě potíže, nenajdeme v BADL významnější problémy, četnější a významnější potřebu péče.⁶

Graf 1 podává přehled o rozložení četností ve dvoudimenzionálním prostoru tvořeném znaky BADL a IADL.⁷ Ze vztahu obou použitých indexů BADL a IADL jsme učinili hypotetický závěr, že z hlediska naléhavosti potřeby péče je možno rozlišit tři kvalitativně odlišné skupiny seniorů: a) dostatečně zabezpe-

⁶ Přesněji řečeno, vyskytla se jen jedna osoba s touto charakteristikou. Zařadili jsme ji mezi seniory vyžadující nezbytnou péči.

⁷ Oba znaky nabývají hodnot od 0 až do 18.

Tabulka 2. Konstrukce tří stupňů naléhavosti potřeby: podpůrná pomoc (53,1 %), významná pomoc a péče (26,9 %) a nezbytná osobní péče (20 %)

Potřeba nezbytné péče			Potřeba podpůrné pomoci		IADL	Celkem
			malá	velká		
BADL	malá	N	podpůrná	231	1	232
		%	pomoc	53,1 %	0,2%	
	z celku					
	velká	N	významná	117	nezbytná	203
		%	pomoc a péče	26,9 %	osobní péče	
	z celku					
celkem		N		348	87	435

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

čené podpůrnou pomocí, b) potřebující významnou pomoc a dílčí péči, c) vyžadující nezbytnou osobní péči. V grafu jsou rozlišeny tyto tři skupiny seniorů. Jejich rozložení ve třech kvadrantech ukazuje i hranici hodnoty IADL, při níž „potřeba podpůrné pomoci“ přerůstá v „potřebu významné pomoci a dílčí péče“ a také hranici BADL, kde „potřeba významné pomoci a dílčí péče“ přechází v „potřebu nezbytné osobní péče“.

Tabulka 2 ukazuje konstrukci tří stupňů naléhavosti potřeby péče o seniora na základě vztahů mezi indexem BADL a indexem IADL. 53,1 % námi zkoumaných seniorů v České republice vystačí s podpůrnou pomocí; 26,9 % potřebuje významnou pomoc a péči a 20 % osob vyžaduje nezbytnou osobní péči.⁸

Uvedená klasifikace koresponduje také s rozdělením typických činností péče o seniora v domácím prostředí na a) podpůrnou péči, b) neosobní péči a c) osobní péči [Jeřábek et al. 2005: 12, 31]. Do první skupiny aktivit bývá řazena finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, na úřady apod. Druhá skupina činností neosobní péče zahrnuje nejčastěji péči o domácnost, vaření, úklid, praní apod. a vyžaduje již cykličnost a pravidelnost. Třetí oblast aktivit – osobní péče – vyžaduje v zásadě nepřetržitou přítomnost pečující osoby a zahrnuje osobní hygienu, včetně toalety, nakrmení, podávání léků, manipulaci s pacientem (tj. zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení po bytě). Starý člověk v rodině je na této péči životně závislý.

Skupina seniorů, kterou jsme označili jako potřebující podpůrnou pomoc, je tedy především příjemcem činností podpůrné péče. Pro druhou skupinu, potřebující významnou pomoc a péči, je třeba zabezpečit zejména neosobní péči

⁸ Rozdělení seniorů do jednotlivých skupin je podmíněno záměrným výběrem pro náš výzkum a bude použito ke komparativnímu, nikoli k deskriptivnímu účelu.

a částečně také osobní péči a výpomoc. Pro třetí skupinu seniorů je osobní péče nutností, říkáme, že je nezbytná.

V souvislosti s navrženou typologií rodin z hlediska potřeby intenzivní nebo méně intenzivní péče o seniora v rodině je třeba zmínit komplexní přístup, který zvolila Carol Levine [Levine 1999]. Navrhla typologii rodinné péče z hlediska její výkonnosti. Rozlišila přitom zejména „vysokou výkonnost rodinné péče“ a „vysoké potřeby opečovávaného“. Na vysokou výkonnost rodinné péče má podle Carol Levine vliv počet osob poskytujících pomoc a podporu, spolupráce v rodině, pohodlné a uzpůsobené bydlení a také silná společenská síť a sociální podpora. Vysoké potřeby opečovávaného jsou mimo jiné podmíněny počtem činností ADL, s nimiž senior potřebuje pravidelně denně pomáhat.

Roste rodinná péče s potřebami seniorů?

V analytické části článku uvedeme výsledky, které jsou založeny na analýze rozhovorů se 435 pečujícími osobami o pomoci a péči, kterou ony a další osoby poskytují seniorům ze své rodiny, o těchto rodinách a o potřebách jejich seniorů. Některé z nich zde předkládáme formou průkazných tvrzení. Jiné uvádíme spíše jako hypotézy a pokusíme se jim lépe porozumět a podrobněji je osvětlit v následné, kvalitativní fázi zkoumání. V ní jsme se obrátili na některé z dříve zkoumaných rodin formou hloubkových rozhovorů, případně dalších kvalitativních technik.

Důležitým hlediskem, které analýza sledovala, bylo rozlišení tří skupin pečujících domácností podle intenzity potřeby péče o seniora v rodině. Máme na mysli skupinu 231 seniorů potřebujících podpůrnou pomoc, 117 seniorů potřebujících významnou pomoc a péči a 87 seniorů vyžadujících nezbytnou osobní péči. Předkládané výsledky analýz těchto skupin seniorů a jejich pečujících rodin se soustřeďují na tři nejdůležitější okolnosti péče o seniora v rodině: 1) čas věnovaný péči o seniora v rodině; 2) počet pečujících osob a intenzitu péče o seniory v rodinách ve vazbě na tento počet a 3) psychickou a finanční zátěž péče o seniory, jak je pociťována hlavními pečujícími osobami. Provedli jsme podrobnou analýzu zabývající se členy pečujících rodin, jejich zátěží v těchto rozdílných situacích a vzájemnou pomocí členů rodin v takto odlišných podmínkách.

1. Čas věnovaný péči o seniora v rodině

Číselné údaje o rodinné péči o seniora nemají deskriptivní povahu. Nejedná se o údaje, které by proporcčně odrážely situaci v celé české populaci. Slouží k analytickým cílům této stati a jejich cílem je porovnávat rodinnou péči ve třech kvalitativně odlišných případech: v rodinách, které 1) občas pomáhají svým seniorům, kteří potřebují podpůrnou pomoc; 2) občas pečují a často podporují své senio-

Tabulka 3. Rozložení rodin podle počtu hodin poskytované péče

Počet hodin týdně za celou rodinu	Počet	Procento
0–12 hodin	91	21
13–24 hodin	94	22
25–36 hodin	93	21
37–48 hodin	58	13
49–72 hodin	39	9
73 hodin a více	60	14
celkem	435	100

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

ry, kteří potřebují významnou pomoc a péči, a 3) starají se pravidelně o seniory, jejichž zdravotní stav a stupeň nesoběstačnosti vyžaduje nezbytnou osobní péči.

Sečteme-li dohromady čas, který všechny zúčastněné osoby v pečující rodině vynaloží na péči o seniora, zjistíme, že každá z těchto rodin vydává v průměru 41 hodin svého času týdně. Výpočty provádíme pro rodiny pečující o svého seniora v domácích podmínkách $N = 435$. Vzhledem k velkým rozdílům mezi jednotlivými rodinami poskytují přesnější obraz o péči údaje o rodině, která stojí ve středu statistické řady – o mediánové rodině: celkem „mediánová“ pečující rodina vydává na péči o svého seniora 28 hodin času za týden. Z těchto dvou hodnot (průměr 41 hodin a medián 28 hodin) vyplývá, že existují rodiny, jejichž „časový výdaj“ daleko přesahuje průměrně vynaložený počet pečovatelských hodin. Pečovat kratší dobu je „normální“, pečovat velký počet hodin je „mimořádné“. I s těmito případy se však opakovaně setkáváme a mají svůj důvod především ve vysoké náročnosti péče o seniora.

Z údajů předchozího výzkumu víme, že tři čtvrtiny českých rodin nemají žádnou zkušenost s péčí o seniora. Z nyní analyzovaných dat – tabulka 3 – vyplývá, že i mezi pečujícími rodinami je domácí péče o seniora rozdělena velmi nerovnoměrně. Relativně velký podíl domácností pomáhá svým seniorům v menší míře. Naopak intenzivní, časově náročná péče je charakteristická jen pro dosti malý podíl pečujících rodin. Dvě třetiny rodin (přesněji 64 % domácností v prvních třech řádcích tabulky) vynakládají dohromady maximálně 36 hodin týdně. Jen necelých 100 rodin (23 % ze souboru pečujících rodin – dvě nejintenzivněji pečující skupinky) věnuje péči o seniora 49 a více hodin týdně.

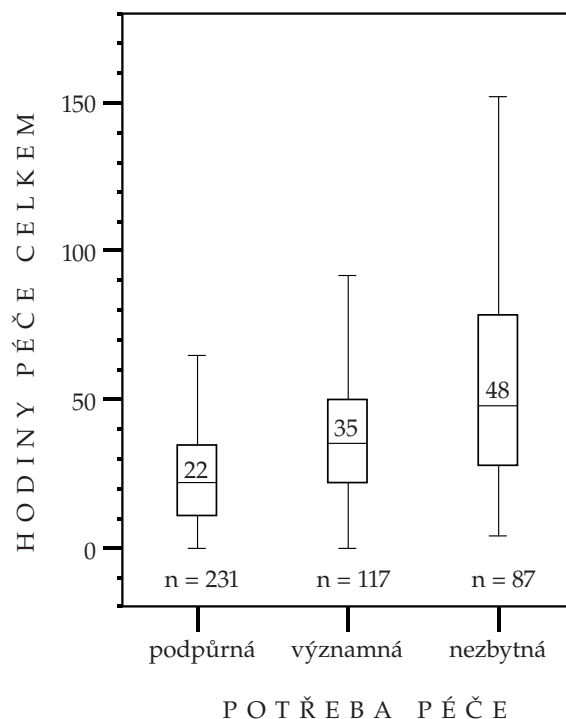
Vzhledem k tomu, že se počet hodin rodinné péče o seniora velmi významně liší mezi jednotlivými rodinami, zajímalo nás, co je příčinou těchto rozdílů. Tabulka 4 ukazuje, jak se počet hodin péče liší ve vazbě na reálnou potřebu péče o jednotlivé skupiny seniorů. Průměrný (41 hodin) nebo střední – mediánový (28 hodin) počet hodin péče, pokud by sloužily jako „standard“ nebo „norma“

Tabulka 4. Hodiny péče za týden ve skupinách seniorů podle potřeby péče

Závislost intenzity poskytované rodinné péče na intenzitě potřeby péče o seniora	Intenzita poskytované rodinné péče v hodinách za týden	
Intenzita potřeby rodinné péče	Medián	Průměr
Podpůrná pomoc	22	31
Významná pomoc a péče	35	46
Nezbytná osobní péče	48	62
Celkem	28	41

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

Graf 2. Celkový počet hodin péče ve skupinách podle potřeby péče



Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

Poznámka: Jestliže ve skupině seniorů, která potřebuje podpůrnou pomoc, dosahují hodiny péče až 65 hodin, ve skupině seniorů, kteří potřebují významnou pomoc a péči, je to již 92 hodin a ve skupině vyžadující nezbytnou péči je to dokonce až 150 hodin poskytované péče. „Anténka“ ukazuje rozmezí hodnot ve skupině bez outlierů (mimořádně vzdálených hodnot). Uvnitř „obdélníčku“ je zapsán medián.

péče o seniora v rodině, by zajistily bez problémů pouze potřeby seniorů, kteří potřebují jen podpůrnou pomoc, tedy nejčastěji činnosti podpůrné péče. Velká variabilita v potřebách seniorů i pružná reakce rodin na tyto rostoucí potřeby péče tedy více odpovídají platnosti hypotézy „rodinné péče“ a svědčí pro odmítnutí hypotézy „péče jako společenského nároku seniora“ jako nerealistické, jako varianty, která je, alespoň v souboru pečujících rodin, v protikladu ke zjištěným skutečnostem.

Zatímco pomoc první skupině seniorů potřebující *podpůrnou pomoc* je vyjádřena v průměru 31 hodinami týdně (medián 22 hodin), druhá skupina seniorů, potřebující *významnou pomoc a péči*, získává pomoc a péči v rozsahu průměrných 46 hodin týdně (medián 35 hodin) a třetí skupina seniorů, vyžadující *nezbytnou osobní péči*, je opečovávána v průměru 62 hodin za týden (medián 48 hodin). Výsledky zobrazuje také graf 2, včetně variability v rozsahu péče. Analýza prokázala, že rodinná péče citlivě reaguje na potřeby seniorů z hlediska nestejných nároků péče a je odpovídajícím řešením vysoké proměnlivosti jejich různorodých životních situací. *Výsledky jednoznačně vypovídají ve prospěch koncepce „rodinné péče jako práce z lásky“.*

2. Počet pečujících osob, nároky péče a intenzita péče o seniory v rodinách

Další analýzu jsme zaměřili na testování spolupráce v pečujících rodinách. Porovnáme-li tři skupiny seniorů podle náročnosti péče, průměrný počet pečujících osob je ve všech případech zhruba stejný – v průměru dvě osoby pečující o seniora (viz tabulku 5). Víme však, že spolu s růstem potřeb seniora roste celkový počet hodin péče, kterou rodina vynakládá. Logickým důsledkem tedy je, že *vzrůstá zátěž jednotlivých osob účastnících se péče*, většinou hlavní (někdy jediné) pečující osoby.

Průměrný počet hodin péče na osobu týdně za celek všech v současnosti pečujících rodin v našem souboru je 21,5 *hodiny na osobu* (viz tabulku 6). Přitom v první – *podpůrné* skupině věnuje jedna osoba týdně v průměru 15,5 *hodiny* pomoci seniorovi. Ve druhé skupině seniorů, potřebující *významnou pomoc a péči*, věnuje průměrně týdně jedna pečující osoba 26 *hodin* péče. Ve třetí skupině, vyžadující *nezbytnou osobní péči*, připadá na jednu osobu týdně v průměru 31 *hodin* péče. Pečující rodiny reagují na vyšší potřebu pomoci a na potřebu náročnější péče větším rozsahem péče. Obecně však *neplatí*, že by zvýšený rozsah péče o seniory, kteří potřebují větší péči, byl zajišťován větším počtem pečujících osob. Vyšší nároky péče o seniora mají za následek, že *konkrétní pečující* (většinou hlavní pečující) *věnuje starosti a péči o svého rodinného příslušníka větší počet hodin*.

Pokud použijeme podrobnější rozbor ve skupinách podle náročnosti péče, získáme plastičtější pohled. V tabulce 7 vidíme ve sloupcích skupiny pečujících domácností podle stoupajících nároků péče o seniora (podpůrná pomoc, významná pomoc a péče a nezbytná osobní péče) a v řádcích pak počty pečujících osob

Tabulka 5. Celkový počet pečujících ve skupinách podle potřeby péče

Senior potřebuje:	Průměr (počet osob)	95% interval spolehlivosti	
		dolní hranice	horní hranice
podpůrnou pomoc	2,16	2,00	2,33
významnou pomoc a péči	2,11	1,91	2,31
nezbytnou osobní péči	2,24	2,01	2,47

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

Tabulka 6. Hodiny péče na osobu ve skupinách podle potřeby péče

Senior potřebuje:	Poskytovaná péče průměrný počet hodin na osobu
podpůrnou pomoc	15,5
významnou pomoc a péči	26,0
nezbytnou osobní péči	31,0
celkem	21,5

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

(1 až 4 pečující osoby). Jednotlivá pole tabulky obsahují údaje o průměrném počtu hodin péče připadajícím na osobu, kterou seniorovi poskytují ty osoby, které jsou k dispozici pro danou situaci péče.

V případě „podpůrné pomoci“ se počty hodin pomoci významně neliší s ohledem na počet pomáhajících osob (viz 1. sloupec tab. 7). Počet pomáhajících osob a jejich aktivita jsou v případě této skupiny seniorů dány spíše „ochotou“ členů rodiny než „nutností“ toho, aby někdo vykonal „nezbytný úkon péče“. Ve skupinách seniorů potřebujících „významnou pomoc a péči“ a „nezbytnou osobní péči“ jsou objektivní nároky péče podstatně větší. K rozdělení potřebné péče mezi zúčastněné osoby zde ve větší míře dochází z důvodu nutnosti – tlaku okolností. Při této naléhavosti péče je důležitá již pomoc druhé pečující osoby. Ukazuje se, že existuje jistý „mezní“ průměrný počet hodin péče, kterou poskytuje jedna osoba (cca 42 až 44 hodin týdně). Tento průměr není ve sledovaných skupinách rodin překračován. Některá z pečujících osob, nejčastěji hlavní pečující osoba, v jednotlivých případech pečuje déle, v průměrech za skupinu se však vyšší průměr na osobu nevyskytuje. Další hodiny péče vykonávají další osoby.

Uvedenou tezi částečně potvrzuje i poměr mezi počty rodin s jedním a se dvěma pečujícími (viz údaje v tabulce 7). V případě „potřeby podpůrné pomoci“

Tabulka 7. Průměrné hodiny péče/os. ve skupinách rodin podle počtu pečujících osob

Počet pečujících osob	Skupiny podle potřebnosti péče – senior potřebuje:		
	podpůrnou pomoc	významnou pomoc a péči	nezbytnou osobní péči
	Počet poskytovaných hodin péče / v hodinách na osobu / (počet rodin)		
1 pečující osoba	17 hod./os. (79)	43 hod./os. (36)	42 hod./os. (21)
2 pečující osoby	14 hod./os. (87)	19 hod./os. (48)	33 hod./os. (40)
3 pečující osoby	20 hod./os. (33)	21 hod./os. (20)	22 hod./os. (14)
4 pečující osoby	10 hod./os. (21)	20 hod./os. (6)	15 hod./os. (8)
Počty rodin ve skupině	231 rodin	117 rodin	87 rodin

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

Tabulka 8. Senioři vyžadující „nezbytnou osobní péči“ (rozdělení hodin péče mezi pečující osoby)

Počty rodin Počet pečujících osob	1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba	Celkový počet hodin péče v rodině	Počet rodin
1 pečující osoba	42 hod.	–	–	–	42	21
2 pečující osoby	40 hod.	25 hod.	–	–	65	40
3 pečující osoby	44 hod.	12 hod.	11 hod.	–	67	14
4 pečující osoby	27 hod.	9 hod.	7 hod.	19 hod.	62	8

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

se starají dvě pečující osoby o 10 % častěji než jedna (87:79). Potřebuje-li senior „významnou pomoc a péči“, je pečovatelských dvojic již o 33 % více než samostatných pečovatelů/pečovatelek (48:36). V případě „nezbytné osobní péče“ je podíl rodin se dvěma pečujícími osobami již téměř dvojnásobný (40:21, tj. o 90 % více) oproti počtu samostatně pečujících osob. Za významné je možno považovat zjištění, že v případě nezbytné osobní péče se vyžadovaná péče o seniora postupně rozkládá úměrně zvyšujícímu se počtu osob podílejících se na péči (viz tabulku 8).

Nezbytná péče se nedá nijak odbýt, senior ji nezbytně potřebuje, neobejde se bez ní. Členové rodiny si tuto skutečnost uvědomují (často společně) a reagují

na ni pomocí hlavní pečující osobě. Za této, vysoce náročné situace se projevuje vzájemná pomoc mezi členy rodiny. Rodina přijala péči o seniora jako společnou povinnost. Pokud se potřeba pomoci zvyšuje, větší počet členů rodiny, pokud jsou „po ruce“, pocituje odpovědnost za péči a podílí se na této péči. Můžeme soudit, že rostoucí potřeba pomoci „probouzí solidaritu“ v dalších členech rodiny. Práce se dá rozdělit mezi několik pečujících, někdy by na ni dokonce ani jedna pečující osoba sama nestačila, a někdy ani dvě. *V této náročné životní situaci rodina, která se stará o seniora vyžadujícího nezbytnou osobní péči, přijímá situaci péče společně.*⁹

3. Psychická a finanční zátěž péče o seniory: jak je pocíťována hlavními pečujícími osobami?

Očekáváme, že při vyšší náročnosti péče se velmi pravděpodobně projeví také z ní vyplývající vyšší psychická, případně i finanční, zátěž, pocíťovaná při poskytování péče. Tuto pocíťovanou zátěž jsme zjišťovali dotazem u hlavní pečující osoby.¹⁰ Zjišťovali jsme dva druhy zátěže: *psychickou a finanční zátěž* (viz tabulku 9). Jednotlivé skupiny pečujících podle stupně nároků na péči o seniora se mezi sebou významně lišily z hlediska zátěže, a to jak pocíťované psychické zátěže, tak i pocíťované finanční zátěže. Situaci psychicky vůbec nezvládá v průměru 3 % hlavních pečovatelek a pečovatelů a finančně nezvládá 2 % pečujících.

Psychická zátěž pocíťovaná hlavní pečující osobou vzrůstá spolu s rostoucí náročností péče o seniora. V první skupině seniorů potřebujících jen „podpůrnou pomoc“ se vysoká zátěž týká 1 % pečujících osob nezvládajících psychicky situaci a 7,5 % těch, kteří potřebují povzbuzení. Ve druhé skupině jsou to 3 % a 21 % a ve třetí, nejnáročnější skupině vyžadující „nezbytnou péči“ jsou tato čísla již významně vyšší: 9 % osob zátěž situace často psychicky nezvládá a 26 % potřebuje podporu nebo povzbuzení (viz 1. část tabulky 9).

Finanční zátěž spojená s intenzivní péčí o seniora v rodině také prokazatelně roste v závislosti na růstu náročnosti pečovatelské situace (viz 2. část tabulky 9). Zatímco v první skupině seniorů potřebujících jen „podpůrnou pomoc“ situaci finančně nezvládá 1 osoba z 227, tj. 0,4 %, a finanční pomoc by občas potřebovalo

⁹ Můžeme se vrátit k teoretické úvaze, která stála na počátku projektu „sociální a kulturní soudržnosti“, totiž, že existují dvě podoby rodinné solidarity – „mechanická solidarita“ a „organická solidarita“. Ta první vzniká v okamžiku „přijetí situace péče“ rodinou a je založena na společném hodnotovém zázemí pečující rodiny. Ta druhá následuje a zajišťuje podmínky uskutečňování této společné péče a je založena na dělbě rolí a na přízpůsobování členů rodiny této „situaci péče“. Srovnej [Jeřábek 2004, 2008].

¹⁰ Položili jsme dvě otázky: „1. Jak zvládáte péči psychicky?“ „2. A jak zvládáte péči po finanční stránce?“ Každá z otázek používala kategorizaci odpovědí na čtyřstupňové škále od 1 až do 4: 1 = nečiní mi obtíže; 2 = zvládám ji s obtížemi; 3 = je to pro mne obtížné; potřebuji povzbuzení a podporu (občas bych potřeboval/a finanční výpomoc); 4 = nezvládám ji; s doplňkem psychicky: – častokrát mě musí někdo jiný zastoupit/vystřídat; s doplňkem finančně: – častokrát nutně potřebuji finanční výpomoc.

Tabulka 9. Psychická a finanční zátěž pečujících ve skupinách podle náročnosti péče

Skupiny podle potřeby péče	Druh zátěže: % osob potvrzujících nejvyšší zátěž (počet)									
	psychická zátěž					finanční zátěž				
	1	2	3 = „potřebuje podporu“	4 = „zátěž nezvládá“	Celkem	1	2	3 = „potřebuje výpomoc“	4 = „zátěž nezvládá“	Celkem
Senior potřebuje:										
„podpůrnou péči“	(167)	(40)	7 % (17)	1 % (3)	100 % 227	(172)	(39)	7 % (17)	0,4 % (1)	100 % 227
„významnou pomoc a péči“	(47)	(42)	21 % (25)	3 % (3)	100 % 117	(68)	(35)	11 % (13)	1 % (1)	100 % 117
„nezbytnou péči“	(26)	(30)	26 % (22)	9 % (8)	100 % 86	(44)	(22)	16 % (14)	8 % (7)	100 % 86
v celku (počet)	(240)	(112)	15 % (64)	3 % (14)	100 % 430	(284)	(96)	10 % (44)	2 % (9)	100 % 430

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

Poznámka: 1 = péče mi nečiní obtíže; 2 = zvládám ji s obtížemi; 3 = je to pro mne obtížné; potřebuji povzbuzení a podporu (občas bych potřeboval/a finanční výpomoc); 4 = nezvládám ji; s doplňkem psychicky: – často/krát mě musí někdo jiný zastoupit/vystřídat; s doplňkem finančně: – často/krát nutně potřebuji finanční výpomoc. Tabulka obsahuje (poněkud netradičně) jen údaje o dvou nejvyšších stupních pocítované zátěže 3 = „potřebuje podporu“ a 4 = „zátěž nezvládá“.

Tabulka 10. Psychická zátěž samostatně/společně pečujících

Senior potřebuje: „významnou pomoc a péči“ nebo „nezbytnou péči“	Psychická zátěž: % osob potvrzujících nejvyšší zátěž				Celkem
	1	2	3 = „potřebuje podporu“	4 = „zátěž nezvládá“	
<i>Pečuje jedna osoba</i>	26 % (15)	37 % (21)	28 % (16)	9 % (5)	100 % 57
<i>Pečuje více osob</i>	39 % (57)	35 % (51)	21 % (31)	4 % (6)	100 % 145
Celkem pečuje (jedna nebo více osob)	36 % (72)	36 % (72)	23 % (47)	5 % (11)	100 % 202

Zdroj: Výzkum „Péče o seniory v rodině, soubor pečujících rodin“ FSV UK 2006/07.

7% hlavních pečujících, ve druhé skupině je to 1% a 11%, a ve třetí, nejnáročnější skupině vyžadující „nezbytnou péči“, jsou tato čísla opět významně vyšší: 8% osob situaci finančně nezvládá a potřebovalo by často nezbytnou finanční výpomoc a dalších 16% pečujících potřebuje občasnou finanční podporu.

Jednotlivé skupiny pečujících rodin se tedy výrazně liší z hlediska psychické i finanční zátěže úměrně náročnosti péče, kterou jejich senior od nich potřebuje. Oba typy zátěže vykazují statisticky významné rozdíly mezi třemi skupinami péče. Uvedené zjištění podporuje platnost hypotézy o „rodinné péči“, podle níž pečující osoby v rodinách pečují i na úkor vysoké zátěže, kterou podstupují.

Zajímalo nás ještě, zda pociťovaná náročnost psychické zátěže se mění podle počtu osob, které o seniora v rodině pečují. Tabulka 10 ukazuje, že v souboru těch, kteří pečují o seniory vyžadující „významnou pomoc a péči“ nebo „nezbytnou péči“, se nejvyšší psychická zátěž týká 9% pečujících, kteří pečují samostatně oproti 4% společně pečujících, a také potřebu psychické podpory vyjádřil větší počet samostatně pečujících nežli ve společně pečujících rodinách (28% oproti 21%). Rozdíly jsou statisticky významné na 5% hladině významnosti přesto, že se jedná o malé počty pečujících.

Samostatně pečující osoba vystavená potřebě naléhavé osobní péče o seniora se nachází v obtížné situaci. Pociťuje psychickou zátěž ve větší míře. Pokud pečuje větší počet osob, situace je poněkud snesitelnější. Z uvedeného srovnání zátěžových situací je možno formulovat jen obecnější hypotézu, jejíž platnost bude třeba podrobit dalšímu zkoumání: „V situaci náročné péče o seniora v rodině se uplatňuje a projevuje rodinná solidarita a rodinná soudržnost.“ Přitom budeme rozlišovat „mechanickou rodinnou soudržnost“ [viz Jeřábek 2004: 75–80, 2008: 139–144] jako složku spočívající především na sdílených hodnotách většího počtu

společně pečujících členů rodiny, a „organickou rodinnou soudržnost“ [tamtéž], založenou na prakticky zabezpečené dělbě rolí a odpovědnosti při péči o seniora. K ověření této nově formulované hypotézy však bude třeba zkoumat všechny pečující osoby a dotazovat i opečovávaného seniora.

Závěry

Výsledky analýz ukazují, že potřeby seniora, kterému je poskytována péče rodinou, mají určující vliv na rozsah poskytované péče vyjádřený počtem hodin takové péče. Stejně významným zjištěním je skutečnost, že s rostoucími nároky péče vzrůstá průměrný počet hodin péče na pečující osobu. Přitom v nejnáročnějších pečovatelských situacích se pečující osoby dělí o nároky péče. S ohledem na počet pečujících osob se často rozkládá potřebný rozsah péče na dvě, tři nebo čtyři pečující osoby. Psychická i finanční zátěž pečujících rodin, pociťovaná hlavními pečujícími osobami, vzrůstá spolu s reálnými nároky péče, které se liší podle potřeb seniorů. Přitom rozložení psychické i finanční zátěže na více osob je pociťováno jako snížení této zátěže. Z uvedených výsledků analýz vyplývá závěr podporující výchozí tezi Hilary Graham o tom, že péče je „práce z lásky“. Pokud tuto tezi formulujeme v pozměněné formě v analytickém jazyce, je možno konstatovat, že *rozsah a intenzita péče poskytované seniorům jejich rodinami jsou úměrné potřebám těchto seniorů*. Právě rozdílný rozsah potřeb seniorů, daný množstvím základních aktivit denního života (BADL), v nichž potřebují péči a v nichž se neobejdou bez pomoci, je určující pro rozsah péče, který je jim rodinou poskytován. V tomto ohledu je rodinná péče jako práce z lásky, pružně se přizpůsobující proměňujícím se (většinou v čase rostoucím) potřebám seniora, prakticky nenahraditelná běžnými zařízeními institucionální péče.¹¹ Principiálně především proto, že každá taková institucionální péče musí být, již ze své provozní podstaty, založena na normách, „standardech“, jimiž je vyjádřena náročnost a rozsah péče o každého jednotlivého seniora. Tyto standardy nemohou pružně reagovat, tak jako milující rodina, na zpravidla postupně narůstající potřeby péče. Rodina pečuje tolik, kolik je potřeba. Je to péče z lásky a právě tato charakteristika rodinné péče ji činí nenahraditelnou.

Druhým závěrem, k němuž nás výsledky opravňují, je několika analýzami podpořené zjištění, že část rodin pečuje o seniora společně. S rostoucí náročností péče se počet hodin péče, kterou v průměru vykonává jedna pečující osoba, zvyšuje. Zároveň se však, v případech nejnáročnějších situací, celkový rozsah potřebné péče rozkládá na větší počet pečujících osob, které si vzájemně vypomáhají. Také pociťovaná psychická zátěž, spojená s rodinnou péčí o seniora, je nižší a lépe snesitelná v situacích, kdy pečuje větší počet osob. Společná péče a sdílená odpo-

¹¹ Výjimečná zařízení založená na principu lásky k bližnímu, jako jsou řádovými sestrami vedené hospice a jim obdobná zařízení, jen ukazují, že z každého pravidla se najde výjimka.

vědnost zúčastněných pečujících členů rodin patrně činí mnohou takovou situaci náročné péče o seniora snesitelnou a prakticky snáze uskutečnitelnou.¹²

Společnou péči o seniora v rodině jsme zaznamenali zejména v nejnáročnějších pečovatelských situacích. V těchto okamžicích jsou členové rodiny na sobě vzájemně závislí, objevuje se jejich vzájemná pomoc. V této souvislosti jsme jako hypotézu formulovali předpoklad existence „rodinné soudržnosti“, která se projevuje především v situacích náročné osobní péče. Její dvě předpokládané složky: „mechanickou rodinnou soudržnost“, spočívající na sdílených hodnotách společně pečujících členů rodiny, a „organickou rodinnou soudržnost“, založenou na praktické dělbě rolí při péči o seniora, budou předmětem podrobnějšího rozboru v následujících výzkumných pracích.

HYNEK JEŘÁBEK je profesorem sociologie na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. Učí také v Plzni a přednášel ve Vídni, Düsseldorfu, Kostnici a Berlíně. Zabývá se výzkumem rodinné péče o seniory a problémy mezigenerační solidarity. Soustavně se věnuje analytické metodologii a historii empirického výzkumu. Metodologické otázky výzkumné práce v sociologii řeší nejnověji v pěti kapitolách monografie *Advanced Lazarsfeldian Methodology* (Praha: Karolinum, 2008).

Literatura

- Brody, E. M., C. B. Schoonover. 1986. „Patterns of Parent-Care When Adult Daughters Work and When They Do Not.“ *The Gerontologist* 26 (4): 372–381.
- Finch, J., D. Groves (eds.). 1983. *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fine, M. D. 2007. *A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st Century*. New York: Palgrave Macmillan.
- Fisher, B., J. Tronto. 1990. „Toward a Feminist Theory of Caring.“ Pp. 35–62 in Emily K. Abel, Margaret K. Nelson (eds.). *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Glenn, E. N. 2000. „Creating a Caring Society.“ *Contemporary Sociology* 29 (1) Utopian Visions: Engaged Sociologies for the 21st Century: 84–94.
- Graham H. 1983. „Caring: a Labour of Love.“ Pp. 13–30 in Janet Finch, Dulcie Groves (eds.). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Jeřábek, H. 2004. „Sociální soudržnost, solidarita a péče o staré lidi v rodinách.“ Pp. 74–81 in Jiří Musil et al. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*. Studie CESES / CESES Papers 9/2004. Praha: CESES, FSV UK.
- Jeřábek, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Studie CESES / CESES Papers 11/2005. Praha: CESES, FSV UK.

¹² Pomoc pečujícím rodinám poskytovaná terénními službami může významně snížit zátěž pečujících. V našich datech, sbíraných v době před začátkem působnosti zákona o sociálních službách (od 1. 1. 2007), se tato profesionální pomoc rodinám ještě výrazně neprojevila.

- Jeřábek, H. 2008. „Familiäre Altenpflege als Beispiel des sozialen Zusammenhalts.“ Pp. 137–161 in A. Amann, F. Kolland (eds.). *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Katz, S. 1983. „Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living Mobility and Instrumental Activities of Daily Living.“ *Journal of the American Geriatrics Society* 31 (12): 721–727.
- Keating, N., K. Kerr et al. 2003. „Who’s the Family in Family Caregiving?“ Pp. 103–123 in D. Cheal (ed.). *Family. Critical Concepts in Sociology. Vol. I*. London: Routledge.
- Lawton, M. P., E. M. Brody. 1969. „Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living.“ *The Gerontologist* 9 (3): 179–86.
- Levine, Carol. 1999. „Home Sweet Hospital. The Nature and Limits of Private Responsibilities for Home Health Care.“ *Journal of Aging and Health* 11 (3): 341–359.
- Li, L. W. 2005. „Longitudinal Changes in the Amount of Informal Care Among Publicly Paid Home Care Recipients.“ *The Gerontologist* 45 (4): 465–473.
- Lindeboom R., M. Vermeulen, R. Holman, R. J. De Haan. 2003. „Activities of Daily Living Instruments: Optimizing Scales for Neurologic Assessments.“ *Neurology* 60 (5): 738–742.
- Manton, K. G., B. J. Soldo. 1992. „Disability and Mortality Among the Oldest Old: Implications for Current and Future Health and Long-term Care Service Needs.“ Pp. 199–250 in R. M. Suzman et al. (eds.). *The Oldest Old*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Millward, C. 1999. „Caring for Elderly Parents.“ *Family Matters* (52): 26–30.
- Možný, I. et al. 2004. *Mezigenerační solidarita*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno.
- Tennstedt, S. L., J. B. McKinlay, L. M. Sullivan. 1989. „Informal Care for Frail Elders: The Role of Secondary Caregivers.“ *The Gerontologist* 29 (5): 667–683.
- Veselá, J. 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV.
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006. Praha: MPSV.