ZÁŤAŽ OPATROVATEĽA V DOMÁCOM PROSTREDÍ BURDEN IN FAMILY CAREGIVER

Mária Tabaková, Petra Václaviková

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Univerzita Komenského v Bratislave

Súhrn

Opatrovateľ v domácom prostredí, ktorý poskytuje opatrovateľskú starostlivosť rodinnému príslušníkovi, má v reťazci sociálnej a zdravotnej starostlivosti dôležité miesto. Cieľom našej práce bolo zistiť mieru opatrovateľskej záťaže. Ďalej sme zisťovali štatisticky významné rozdiely v záťaži opatrovateľa z hľadiska pohlavia, veku, dĺžky opatrovania, štruktúry bývania a z hľadiska sebestačnosti opatrovaného zisťovaného testmi ADL a IADL. Záťaž opatrovateľa bola meraná *Testom hodnotení pečovatelské zátěže pro rodinné pečující*. Vzorku tvorilo 70 respondentov, ktorí poskytovali opatrovateľskú starostlivosť rodinným príslušníkom. Na základe analýzy získaných údajov sme zistili, že najväčší počet respondentov pociťuje miernu záťaž (41%). Zistili sme významné štatistické rozdiely v záťaži opatrovateľa z hľadiska sebestačnosti opatrovaného (zisťovaná testmi ADL, IADL) a z hľadiska pohlavia opatrovateľa. Identifikovanie miery opatrovateľskej záťaže môže byť východiskom pre adekvátne naplánovanie ošetrovateľských intervencií realizovaných sestrou z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a môže prispieť k lepšiemu pochopeniu potreby využívania rôznych zdrojov pomoci.

Summary

The caregiver in the home environment who provide care for a member of the family have an important place in the chain of

social and health care. The aim of our work was to determine the degree of burden in caregivers. We further found out what the statistical significant differences in the burden of a caregiver are from the point of view of gender, age, length of care, living structure, and from the point of view of the self-sufficiency of the person cared for, by means of the ADL and IADL tests. The caregiver burden was measured by the *Caregiver Burden Interview Instrument for Family Caregivers*. The sample was made up of 70 respondents who provided care for family members. Based on an analysis of the data obtained, we discovered that the majority of respondents have a moderate burden (41%). We found out significant statistical differences in the burden of a caregiver from the point of view of the self-sufficiency of the person cared for (using ADL and IADL tests) and from that of the gender of the caregiver. The identified levels of caregiver burden can be a starting point for the adequate planning of care interventions carried out by a nurse from a home care agency, and can contribute to a better understanding of the need to use various sources of help.

Klíčové slová

opatrovatel, záťaž, opatrovaný

Key words

caregiver, burden, care recipient

Úvod

Opatrovateľ v domácom prostredí je osoba, ktorá pomáha uspokojovať potreby svojmu rodinnému príslušníkovi – opatrovanému. Vykonáva také činnosti, ktoré by opatrovaný

vykonával sám, keby mal k tomu dostatok síl, vôle alebo potrebné vedomostí. V reťazci sociálnej a zdravotnej starostlivosti predstavuje dôležité miesto. Bez jeho pomoci by opatrovaný v mnohých prípadoch nemohol zotrvať v domácom prostredí. Opatrovateľ nesie najväčší podiel zodpovednosti a záťaže starostlivosti aj pri pravidelne poskytovanej starostlivosti prostredníctvom sestry z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Východiskom pre adekvátne naplánovanie ošetrovateľských intervencií realizovaných u opatrovateľa môže byť hodnotenie jeho záťaže.

Z hľadiska intenzity a naliehavosti potrieb, ktoré opatrovaný vyžaduje, môžeme rozlíšiť tri stupne starostlivosti. (Jeřábek et al., 2005, s. 12) Môže ísť o podpornú starostlivosť (subsidiary care), v rámci ktorej je poskytovaná napríklad finančná podpora, sprevádzanie k lekárovi, zaistenie opráv v domácnosti. Predstavuje časovo, psychicky i fyzicky menej náročnejšiu starostlivosť ako druhý stupeň, pri ktorom hovoríme o neosobnej starostlivosti (impersonal care). Ide o činnosti, ktoré súvisia prevažne so starostlivosťou o domácnosť (napr. varenie, upratovanie, pranie). Tretí najnáročnejší stupeň je osobná starostlivosť (personal care). Psychické aj fyzické činnosti sú náročné a sú spojené aj s intímnou starostlivosťou. Vyžadujú nepretržitú prítomnosť opatrovateľa. Neustály pocit zodpovednosti je pravdepodobne najviac zaťažujúcim aspektom osobnej starostlivosti o blízku osobu.

Pocitovaná záťaž u opatrovateľa môže byť telesná, psychická, sociálna a finančná. Môže ísť o záťaž v oblasti voľného času, povinnosti voči vlastnej rodine, zamestnaniu, ale i vzťahov s ostatnými.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zistiť mieru opatrovateľskej záťaže u opatrovateľov poskytujúcich starostlivosť chorému príbuznému v domácom prostredí. Ďalej sme zisťovali štatisticky významné rozdiely v zvládaní záťaže opatrovateľa z hľadiska jeho veku, pohlavia, dĺžky opatrovania, štruktúry bývania a sebestačnosti opatrovaného.

Súbor

Prieskum sme realizovali v mesiacoch február až august 2007 v mestách Poltár, Lučenec a Rimavská Sobota. Prieskumu sa zúčastnilo 70 respondentov, ktorí poskytovali opatrovateľskú starostlivosť rodinnému príslušníkovi. Výber vzorky bol zámerný. K zaradujúcim kritériám sme priradili: vykonávanie opatrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí o rodinného príslušníka, podpísaný informovaný súhlas s účasťou na výskume a ochota spolupracovať. Vzorku tvorilo 23 mužov a 47 žien. Priemerný vek respondentov bol 55,27 rokov. Priemerná dĺžka opatrovania o príbuzného bola 3 roky a 3 mesiace. (bližšia charakteristika v tab. 1)

Tab. 1 Charakteristika opatrovateľov

<i>pohlavie</i>		
	n =70	100%
muži	23	33%
ženy	47	67%
<i>štruktúra bývania</i>		
	n =70	100%
spoločné bývanie	52	74%
oddelené bývanie	18	26%
<i>vek (X ± SD)</i>		
55,3 ± 15,2		
<i>dĺžka opatrovania v mesiacoch (X ± SD)</i>		
39,4 ± 26,8		

X-aritmetický priemer, SD-smerodajná odchýlka

Metodika

Na meranie záťaže opatrovateľa sme použili *Test hodnocení pečovatelské zátěže pro rodinné pečující* (Topinková, 1995). Ide o českú verziu nástroja, ktorá je prekladom pôvodnej verzie - *The Zarit Caregiver Burden Interview* (s drobnými jazykovými úpravami bez výraznej modifikácie) vyvinutej v roku 1980 autormi Zarit et al. Cronbachov alfa koeficient spoľahlivosti originálnej verzie vykazuje dostatočnú vnútornú konzistenciu škály (0,91). Validita bola potvrdená aj v kultúrnej a historicky odlišných podmienkach Českej republiky (Topinková, 1995). Jednotlivé položky, ktoré sú zamerané na fyzický, psychický, sociálny a finančný aspekt opatrovateľa, sú klasifikované na stupnici od 0 - 4 (0-nikdy, 1-zriedka, 2-niekedy, 3-dost' často, 4-takmer vždy). Hodnotí sa celkové skóre, pričom vyššie skóre indikuje vyššiu záťaž (0-20 bodov malá záťaž, 21-40 bodov mierna záťaž, 41-60 bodov značná záťaž, 61 a viac bodov veľmi vysoká záťaž). Sebestačnosť opatrovaných rodinných príslušníkov sme zisťovali pomocou Bartelovho testu základných denných aktivít - ADL (Staňková, 2001, s. 35) a testu inštrumentálnych denných činností - IADL (Staňková, 2001, s. 37) (tab. 2).

Tab. 2 Charakteristika opatrovaných

	n =70	100%
<i>ADL</i>		
vysoko závislí	30	43%
závislost středného stupně	10	14%
lehká závislost	25	36%
nezávislí	5	7%
<i>IADL</i>		
závislí	58	83%
částečně závislí	10	14%
nezávislí	2	3%

ADL- Bartelov test základních denních aktivit, IADL- test instrumentálních denních činností

Odpovědi respondentů jsme vyhodnocovali pomocí programu Microsoft Excel. Využili jsme deskriptivní statistiku - aritmetický průměr, směrodatnou odchylku a na zjištění statisticky významných rozdílů v zátěži opatrovatelů na základě vybraných premenných (věk, délka opatrování, sebestačnost opatrovaného, pohlaví, struktura bydlení) induktivní statistiku - Pearsonov korelační koeficient a test ANOVA na hladině významnosti (p) 0,05.

Výsledky

Při vyhodnocení odpovědí opatrovatelů podle celkového skóre jsme zjistili, že největší počet opatrovatelů $n = 29$ (41%) uvádí *miernu zátěž*. *Malú zátěž* uviedlo 16 opatrovatelů (23%), *značnú zátěž* tiež 16 opatrovatelů (23%) a najmenší počet opatrovatelů $n = 9$ (13%) potvrdilo *veľmi vysokú zátěž*. V tab. 3 je uvedený vzťah zátěže opatrovatele z hľadiska vybraných premenných. Z výsledkov vyplýva, že zátěž opatrovatele statisticky významne koreluje s ADL ($p=0,004$, $r=-0,343$), IADL ($p=0,00031$, $r=-0,418$), potvrdil sa aj statisticky

významný rozdiel v záťaži opatrovateľa z hľadiska pohlavia ($p=0,00059$). Opatrovateľská záťaž sa častejšie vyskytuje u žien ako u mužov.

Tab. 3 Vztah opatrovateľskej záťaže a vybraných premenných

vybrané premenné	r	$p(r)$
vek	0,148	0,221
dĺžka opatrovania	0,062	0,609
ADL	-0,343	0,004
IADL	-0,418	0,00031
vybrané premenné	p (ANOVA)	
pohlavie	0,00059	
štruktúra bývania	0,607	

r -Pearsonov korelačný koeficient, $p(r)$ -hodnota pravdepodobnosti

Štatistická významnosť sa nepotvrdila z hľadiska veku, dĺžky opatrovania a štruktúry bývania.

Odpovede na jednotlivé položky umožňujú identifikovať oblasti, ktoré opatrovatelia označili za najviac zaťažujúce. Patrí k nim *značná závislosť opatrovaného na opatrovateľovi* ($X=2,72$, $SD=1,27$), *pocitovanie celkovej záťaže* ($X=2,29$, $SD=1,09$), *nedostatočná pomoc od ďalších príbuzných* ($X=2,21$, $SD=1,54$) a *pocit nedostatku času pre seba* ($X=2,19$, $SD=1,23$).

Diskusia

Výsledky našej práce poukazujú, že záťaž opatrovateľa koreluje so sebestačnosťou opatrovaného. Tento vzťah potvrdila vo svojich štúdiach aj Topinková (1995). Sebestačnosť opatrovaného sa týka nielen inštrumentálnych denných činností, napr. telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie (IADL), ale aj základných denných aktivít, napr. jedenie, obliekanie, kúpanie (ADL). Strata sebestačnosti môže znamenať závislosť na druhých. Opatrovateľ kompenzuje bariéry, ktoré bránia

opatrovanému v uspokojovaní jeho potrieb. Poskytovanie pomoci si vyžaduje určité vedomosti, trpezlivosť a telesnú silu (Tošnerová, 2001, s. 12) Dlhodobé opatrovanie o nesebestačného človeka je v mnohých ohľadoch zatažujúce. Opatrovateľ pociťuje záťaž v oblasti fyzickej, psychickej, v oblasti voľného času, financií, povinnosti voči vlastnej rodine a zamestnaniu, ale i vzťahov s inými.

Podobné výsledky súvisiace s častejším výskytom opatrovateľskej záťaže u žien ako u mužov uvádzali viacerí autori (Topinková, 1995, Gallicchio et al., 2002). Častejší výskyt opatrovateľskej záťaže u žien ako u mužov môže súvisieť aj s rozdelením „ženských a mužských“ aktivít. Zatiaľ čo muži vykonávajú ťažšie domáce práce a finančné zabezpečenie, ženy sa viacej angažujú v domácich prácach (napr. nakupovanie, varenie, upratovanie, zabezpečenie celého chodu domácnosti), ktoré sú mnohokrát časovo veľmi náročné. Často sa dostávajú do situácie, keď sa musia zároveň starať o svoje deti, zvládať nároky v zamestnaní a opatrovať svojich chorých, nesebestačných členov rodiny. U žien v úlohe opatrovateľa bol zaznamenaný aj častejší výskyt depresie (Tošnerová, 2001, s. 12)

Aby opatrovateľská starostlivosť neznamenal neprekonateľnú záťaž, je potrebné opatrovateľovi poskytovať pomoc.

Môže sa realizovať prostredníctvom sociálnej opory, ktorá zahŕňa šesť hlavných komponentov: rodinu, blízkych priateľov, susedov, spolupracovníkov, komunitu a profesionálov.

Predstavuje systém, ktorý chráni ľudí proti potencionálnemu škodlivému vplyvu stresových udalostí. (Kebza, 2005, s. 159)

K profesionálom môžeme zaradiť aj sestru, ktorá v rámci agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti poskytuje opatrovanému ošetrovateľskú starostlivosť. Pri

svojej práci by sa mala zamerať nielen na opatrovaného ale aj na opatrovateľa. Bez jeho participácie by v mnohých prípadoch domáca ošetrovateľská starostlivosť nebola realizovateľná. Vo fáze posudzovania sa sestra zameriava aj na vzťahy v rodine, roly, dominanciu a pozíciu jednotlivých členov rodiny, vplyv kultúrnych prvkov na sebaopateru a závislú starostlivosť, kultúrne zvyklosti využívané na zabezpečenie manažmentu starostlivosti a iné. (Žiaková et al., 2003, s. 91)

Podľa položiek, ktoré opatrovatelia označili ako najviac zaťažujúce (pozri časť výsledky) môže sestra zamerať ošetrovateľské intervencie. Patrí k nim zabezpečenie vhodných kompenzačných pomôcok, ktoré podporujú samostatnosť pacienta, znižujú jeho námahu a zvyšujú bezpečnosť. Zároveň urýchľujú činnosť a môžu redukovať záťaž opatrovateľa. Ide napríklad o chodítko, toaletnú stoličku, podložnú misu, močovú fľašu... . Pri problémoch súvisiacich s nedostatočnou pomocou od ďalších príbuzných pomôžeme opatrovateľovi stretnúť sa s ostatnými rodinnými príslušníkmi, komunikovať s nimi a prípadne vypracovať harmonogram pomoci, v ktorom by boli zaradení. Takáto pomoc by umožnila opatrovateľovi aj vytvoriť si dostatok času pre seba.

Okrem pomoci sestry z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže opatrovateľ využiť aj opatrovateľskú starostlivosť poskytovanú rôznymi zariadeniami. Ide o profesionálnych opatrovateľov, ktorí vykonávajú služby pomoci pri sebaobsluhy v rámci verejných sociálnych služieb. Opatrovatelia, ktorí sa starajú o svojich príbuzných môžu získať aj peňažný príspevok za opatrovanie. Podrobné podmienky jeho nadobudnutia ustanovuje *Zákon č. 88/2001 o sociálnej pomoci*. Náročnú situáciu opatrovateľov môžu pomôcť zvládnuť aj

svojpomocné skupiny a respitná starostlivosť, ktorá sa zameriava na odľahčenie starostlivosti o chorých.

V zahraničí sa hodnotením opatrovateľskej záťaže zaoberali už na začiatku 80. rokov minulého storočia. (Bártlová, 2006).

V podmienkach SR neboli podobné výskumy realizované.

Záver

V súčasnom období je pozornosť venovaná predovšetkým opatrovanému a nie opatrovateľovi, ktorý starostlivosť poskytuje. V mnohých prípadoch nejde o krátkodobú starostlivosť, ale môže trvať niekoľko mesiacov, rokov, ale môže ísť aj o celoživotnú starostlivosť (napr. starostlivosť rodičov o hendikepované dieťa). Riziko vzniku opatrovateľskej záťaže je väčšie, ak je opatrovanie a celá zodpovednosť len na jednej osobe.

Tina a Karen (2007) zdôraznili, že pri opatrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí nejde o vzťah dvoch zložiek (opatrovateľ a opatrovaný), ale priradili k nim aj tretiu oblasť – verejný / súkromný program. Trojitý model vyjadrili nasledujúcou schémou.

Obr. 1 Trojitý model opatrovateľskej starostlivosti

V kontexte služieb poskytovaných štátom je pomoc opatrovateľov o seniorov pokladaná za samozrejmú. Bez nej by starostlivosť zaistovaná a poskytovaná štátom nemohla pokryť všetky potreby seniorov. Štát by mal preto podporovať služby, prostredníctvom ktorých sa opatrovateľom uľahčuje ich náročná práca.

Zoznam bibliografických odkazov

- BÁRTLOVÁ, S. 2006. Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt*, 2006, č. 2, s. 235-239. ISSN 1212-4117.
- GALLICCHIO, L. et al. 2002. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2001, vol. 17 (2), p. 154-163. [cit. 2008-05-11]. Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/89015932/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1640.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- STAŇKOVÁ, M. 2001. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. České ošetrovatelství 6. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- TINA, W.U., KAREN, L.O. 2007. Healthy Aging for Caregivers. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. 2007, vol. 1114, p. 326-336. [cit. 2008-05-11]. Dostupné z: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1196/annals.1396.017>
- TOPINKOVÁ, E. 1995. Péče o staré v rodině. Lze identifikovat rizikové rodiny s vysokou mírou pečovatelské zátěže? *Praktický lékař*, 1995, roč. 75, č. 7-8, s. 366-369.
- TOŠNEROVÁ, T. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. 68 s. ISBN 80-238-8001-2. Zákon č. 88/2001 Z.z., o sociální pomoci.

- ZARIT, S.H., REEVER, K.E., BACH-PETERSON, J. 1980. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings. *The Gerontologist*, 1980, 20(6), s. 649-655.
- ŽIAKOVÁ, K. et al. 2003. *Ošetrovateľstvo: teória a vedecký výskum*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.

Kontakt na autora:

Mgr. Mária Tabaková

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave

Malá Hora 5

036 32 Martin

e-mail: tabakova@lefa.sk