

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV V KOMUNITNOM ZARIADENÍ**QUALITY OF LIFE OF SENIORS LIVING IN COMMUNITY SETTINGS**

Ivan Farský, Michaela Solárová

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

Abstrakt

Cieľ: Cieľom práce bolo posúdiť kvalitu života seniorov žijúcich v komunitnom zariadení.

Metódy: Kvalita života sa posudzovala prostredníctvom dotazníka WHOQOL-BREF. Vzorku tvorilo 40 seniorov. Z toho bolo 20 žien (priemerný vek $75,7 \pm 4,9$) a 20 mužov ($74,7 \pm 5,6$ roka).

Výsledky: Seniori žijúci v domove dôchodcov mali celkovo priemernú kvalitu života. Z hľadiska jednotlivých oblastí kvality života bola najhoršie hodnotená fyzická oblasť, výrazne lepšie boli hodnotené prostredie a psychická oblasť a najlepšie seniori hodnotili sociálnu oblasť.

Záver: Zistené výsledky možno uplatniť pri indikovaní špecifických foriem starostlivosti o seniorov žijúcich v komunitných zariadeniach.

Abstract

Aim: The purpose of this study was to assess quality of life in elderly in institutionalized community care.

Methods: All participants completed WHOQOL-BREF scale. Study sample consisted of 40 subjects. There were 20 women (mean age 75.7 ± 4.9 ys.) and 20 men (mean age 74.7 ± 5.6 ys.) in the group.

Results: The seniors had average level of quality of life. The lowest scored domain of quality of life was physical domain. Evidently better were scored domains Environment and

Psychological health. Seniors had the best score in Social domain.

Conclusion: These findings we can use as a starting-point for planning and realization of changes in health and social care of elderly in community care.

Kľúčové slová

kvalita života, seniori, WHOQOL-BREF, komunitná starostlivosť

Keywords

quality of life, elderly, WHOQOL-BREF, community care

Úvod

Demografické starnutie je historicky nevratným fenoménom, ktorý vedie k zásadnej premene vekových štruktúr populácie vo vyspelých krajinách. Nejde len o vzrastajúci počet seniorov, ale predovšetkým o ich životné podmienky. V súčasnosti u seniorov narastá význam subjektívneho hodnotenia zdravia, kvalita života sa dokonca považuje za významnejší a vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita a mortalita. (Payne, 2005) Seniori sú nútení vyrovnať sa, viac či menej úspešne, s veľkým množstvom pre nich významných strát, so zhoršovaním zdravotného stavu, často bez možnosti jeho úpravy. Aj napriek tomu je možné, aby si seniori udržali vysokú kvalitu života do vysokého veku, resp. do smrti. (Farský et al., 2007, s. 60)

Kvalita života

V geriatrickej a gerontologickej patrí kvalita života medzi dôležité ukazovatele, aj keď v porovnaní s fyziologickými funkciami sa ťažšie meria. U seniorov nestačí len hodnotiť ich objektívny zdravotný stav, pretože kvalita zdravia síce významne súvisí

a ovplyvňuje kvalitu života avšak nemožno ich stotožňovať. Celkový koncept kvality života je širší a pozostáva z množstva jednotlivých domén, ktoré kvalitu života každého človeka v rôznej miere ovplyvňujú. (Adamík et al., 2007, s. 7; Gurková, Žiaková, 2009, s. 97; Tobišková, Jarošová, 2009) Kvalita života je svojou povahou multidimenzionálny koncept, zahŕňa mnohé aspekty reflexie životnej reality. Tieto skutočnosti môžu mať pre rôznych ľudí rozdielny význam a stupeň dôležitosti. Pri štúdiu kvality života vznikajú preto otázky, či sú dôležité len objektívne merateľné faktory a ukazovatele a ich rozdiely alebo vzhľadom na subjektívnu povahu reflexie objektívnych podmienok je potrebné zvážiť aj ich významové a hodnotové aspekty na úrovni individua, skupiny či komunity. (Dingová, Nemčuková, 2008, s. 275) Ondrejka (2006, s. 14) uvádza, že koncepcia kvality života by mala vyjadrovať komplexný subjektívny a dynamicky sa meniaci stav jedinca, a preto by mala byť multidimenzionálna a každý komponent multifaktorovo determinovaný. Pohoda (well-being) je jej emočným komponentom, spokojnosť (satisfaction) kognitívnym, fungovanie v sociálnych rolách v zmysle postihnutia (disablement) je výkonovým komponentom a zmysel života je spirituálnym komponentom. Ďalším možným pohľadom na kvalitu života je ponímanie kvality života ako vyjadrenia miery uspokojenia či neuspokojenia potrieb jednotlivca. (Nemčuková et al., 2000, s. 67) SZO (1998, s. 11) poníma kvalitu života ako „vyjadrenie toho, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom“. Farský et al. (2007) identifikovali faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života v seniorov žijúcich v komunitnom zariadení. Zaradujú tam: sebahodnotenie (subjektívne hodnotenie

somatickej, psychickej, spirituálnej pohody a zdravia seniora); funkčný potenciál v societe; akceptácie zmenených životných podmienok, resp. adaptačno-adjustačný faktor viazaný na pobyt v komunitnom zariadení; efektívne spracovanie straty. Iniciatíva WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006) určila šesť oblastí kvality života s takýmto zastúpením indikátorov:

1. Telesné zdravie (energia a únava; bolesť a diskomfort; spánok a odpočinok).
2. Psychické funkcie (imidž vlastného tela a zjavu; negatívne emócie; pozitívne emócie; sebahodnotenie; učenie; myslenie; pamäť; pozornosť).
3. Úroveň nezávislosti (mobilita; aktivity v každodennom živote; závislosť od liekov a zdravotníckych pomôcok; pracovná kapacita).
4. Sociálne vzťahy (osobné vzťahy; sociálna podpora a opora; sexuálne aktivity).
5. Prostredie (finančné zdroje; sloboda; fyzická bezpečnosť; zdravie a sociálna starostlivosť; prostredie domova; možnosti získať informácie a kompetencie; fyzikálne prostredie – znečisťujúce látky; hluk; premávka; klíma; doprava).
6. Spiritualita (náboženstvo/osobné presvedčenia).

Na základe tejto koncepcie skonštruovala dotazník WHOQOL-100 na meranie kvality života.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo posúdiť kvalitu života seniorov žijúcich v komunitnom zariadení, porovnať kvalitu života v závislosti od pohlavia, ako aj porovnanie zistených údajov s populačnými normami SZO.

Súbor a metodika

Vzorku tvorili 40 seniorov, s priemerným vekom $75,2 \pm 5,2$ roka, ktorí žijú v domove dôchodcov v Topolčanoch. Z toho bolo 20 žien (priemerný vek $75,7 \pm 4,9$) a 20 mužov ($74,7 \pm 5,6$ roka).

Na posúdenie kvality života bol použitý dotazník WHOQOL-BREF, ktorý je skrátenou verziou dotazníka WHOQOL-100 a používa sa najmä pre potreby klinickej praxe. Pozostáva z 24 položiek/otázok združených do 4 oblastí. Fyzické zdravie je posudzované 7 položkami (napr. Ako Vám bolesť bráni v tom, čo potrebujete robiť?), 6 položiek je zameraných na posúdenie prežívania (napr. Těší Vás život?), sociálne vzťahy sú posudzované 3 otázkami (napr. Ste spokojný/á so svojimi osobnými vzťahmi?) a kvalita života v oblasti Prostredie je hodnotená 7 položkami (napr. Ako ste spokojný/á s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti?) Dotazník obsahuje aj 2 položky celkového hodnotenia kvality života a zdravotného stavu. Jednotlivé položky sú hodnotené od 1 do 5, pričom vyššie číslo znamená vyššiu kvalitu života v danej položke/oblasti. Skóre v doménach sa prepočítava aby bolo porovnateľné s WHO-QOL 100, potom sa môže pohybovať od 4 do 20. Počíta sa taktiež transformované skóre, ktoré vyjadruje kvalitu života pre jednotlivé oblasti v percentách.

Spracovanie údajov bolo robené v programe MS Office-Excel na úrovni popisnej štatistiky.

Výsledky
Tab. 1 Celkové hodnotenie KŽ a zdravia

	Hodnotenie KŽ Q1			Hodnotenie zdravia Q2		
	CS	M	Ž	CS	M	Ž
P	3,4	3,6	3,3	2,8	3	2,6
SD	0,7	0,7	0,7	1	1,1	0,9
N	40	20	20	40	20	20

P - priemer, SD - smerodajná odchýlka, CS - celkový súbor,
M - Muži, Ž - ženy

Tab. 2 Domény kvality života

	FZ			P			SV			PR		
	CS	M	Ž	CS	M	Ž	CS	M	Ž	CS	M	Ž
P	11,7	11,7	11,7	13,0	13,1	12,9	13,6	13,6	13,6	13,0	13,0	13,0
SD	1,8	1,7	1,9	2,0	2,3	1,7	2,2	2,5	2	2,0	1,9	2,1
N	40	20	20	40	20	20	40	20	20	40	20	20

FZ- fyzické zdravie, P - prežívanie, SV - sociálne vzťahy,
PR - prostredie

Tab.3 Domény kvality života - Transformované skóre

	FZ			P			SV			PR		
	CS	M	Ž	CS	M	Ž	CS	M	Ž	CS	M	Ž
P%	48,2	48,4	48	58	58,6	57,3	60	60	60	56,3	56,1	56,4
SD%	11,1	10,7	11,8	7,7	8,5	6,9	14	15,7	12,6	12,5	12,1	13,2
N	40	20	20	40	20	20	40	20	20	40	20	20

Diskusia

Priemerná kvalita života bola u seniorov 3,4. Maximálna kvalita života je vyjadrená hodnotením 5, takže 3,4 možno považovať za akýsi vyšší priemer kvality života. SZO (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 43) uvádza u tejto položky pre populáciu seniorov nad 75 rokov, priemernú odpoveď na úrovni 3,48, takže seniori v našom súbore hodnotili celkovú kvalitu života v rámci normy. (tab. 1)

Priemerná spokojnosť so svojim zdravím bola v celom súbore 2,8. O čosi vyššie boli spokojnejší muži 3,0 a ženy boli priemerne spokojné na úrovni 2,6 (tab. 1) SZO uvádza populačnú normu v tejto položke na úrovni 2,74. Z hľadiska pohlavia síce muži hodnotili celkovú kvalitu života a spokojnosť so zdravím priemerne o čosi lepšie ako ženy, avšak zistené rozdiely nepovažujeme za významné.

Oblasť fyzického zdravia kvality života bola hodnotená u všetkých seniorov, mužov aj žien na úrovni 11,7, čo predstavuje približne 48 % kvalitu života v danej oblasti (tab. 2, 3) Populačná norma pre danú vekovú skupinu je 12,1. Dosiahnutý priemer zaraďuje seniorov v našom súbore medzi 5-10 % populácie s najnižšou kvalitou života vo fyzickej oblasti.

Oblasť prežívania hodnotili seniori priemerne hodnotou 13, V transformovanom skóre to predstavuje približne 58 % kvalitu života v danej oblasti. SZO uvádza priemerné hodnoty u seniorov 13,07. Zároveň to predstavuje hodnotenie na úrovni 20 % - 25 % všeobecnej populácie s najnižšou kvalitou života v psychickej oblasti. Muži mali mierne vyššiu kvalitu života v tejto oblasti 13,1 v porovnaní so ženami 12,9 (tab. 2)

V sociálnych vzťahoch dosiahli seniori priemernú hodnotu 13,0. Predstavuje to približne 60 % z najlepšieho možného hodnotenia kvality života. (tab. 2, 3) SZO uvádza v tejto oblasti

priemerné hodnotu 13,37, takže tu už možno konštatovať mierny rozdiel s naším súborom v jeho neprospech. Zároveň to predstavuje hodnotenie na úrovni 20 % - 25 % populácie s najnižšou kvalitou života v sociálnych vzťahoch.

Prostredie hodnotili seniori priemerným skóre 13,0, čo predstavuje 56 % kvalitu života v tejto oblasti (tab. 2, 3) SZO uvádza priemernú hodnotu 13,26, takže v našom súbore bola kvalita života v oblasti prostredia mierne nižšia. Hodnota 13 zaraďuje seniorov v našom súbore medzi 35 % - 45 % populácie s podobným hodnotením prostredia z hľadiska kvality života.

Celkovo teda možno konštatovať, že hodnoty, ktoré sme získali prostredníctvom dotazníka WHOQOL-BREF u seniorov, sú podobné alebo sa približujú priemerným hodnotám, ktoré SZO uvádza pre danú vekovú oblasť. Po vypočítaní transformovaného skóre bol najväčší priemerný rozdiel medzi mužmi a ženami 1,3 %, takže možno konštatovať, že z hľadiska pohlavia sme nezistili rozdiely v jednotlivých doménach kvality života. Z hľadiska jednotlivých oblastí kvality života bolo najhoršie hodnotené fyzické zdravie, výrazne lepšie boli hodnotené prostredie a oblasť psychického prežívania a najlepšie seniori hodnotili sociálne vzťahy.

Z výsledkov vyplýva, že najväčší problém predstavuje oblasť fyzického zdravia. V súvislosti s tým je dôležité venovať sa telesným ochoreniam, zamerať sa na prevenciu ochorení v starobe.

V rámci starostlivosti je taktiež žiaduce zvyšovať kvalitu života v psychickej oblasti, prostredníctvom riešenia problémov, ktoré sa počas staroby často vyskytujú (napr. demencie, organický psychosyndróm, pokles kognitívnych funkcií, ...), ako aj ďalšími psychickými problémami, ktoré sa vyskytujú v každom vekovom období.

Pri zvyšovaní kvality života v sociálnej oblasti, je to najmä pomoc a podpora vytvárania nových plnohodnotných vzťahov, vytvárania prostredia pre kreativitu a zmysluplné aktivity pre seniorov, ako aj zapájanie seniorov do širšieho spoločenského života.

V oblasti prostredia je to najmä zlepšovanie kvality bývania, prispôsobenie bývania zhoršeným zdravotným podmienkam, obmedzeniam, vytvorenie priestoru pre súkromie, intimitu.

Pre kvalitu života je dôležité akceptovanie ľudskej dôstojnosti, zlepšovanie a udržiavanie celkovej pohody v domove dôchodcov.

Záver

Napriek tomu, že jednotlivé oblasti kvality života hodnotili seniori v rámci noriem pre danú vekovú populáciu nemožno sa s tým uspokojiť. Jedná sa totiž približne o 50 % kvalitu života. Aj keď nemožno predpokladať, že sa nám podarí dosiahnuť 100 % kvalitu života seniorov, ostáva pomerne veľký priestor na jej zvyšovanie. Starostlivosť o seniorov musí vychádzať jednak z objektívnych kritérií (zdravotný stav, funkčná kapacita, atď.) a jednak zo subjektívnych kritérií (zo subjektívneho stupňa uspokojovania bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb vyjadrených pomocou kvality života) pričom by mala zohľadňovať všeobecné a individuálne špecifiká vyplývajúce z vyššieho veku. (Farský et al., 2004, s. 52) Možnosti zlepšenia kvality života seniorov sú predovšetkým v zabezpečení interdisciplinárnej starostlivosti. Z hľadiska fyzického zdravia je to predovšetkým zabezpečenie geriatra a rehabilitačných pracovníkov v komunitnom zariadení aspoň na čiastočný úväzok, v psychickej oblasti je to využívanie skriningových metód na hodnotenie psychického zdravia

a následné zabezpečenie odbornej psychiatrickej starostlivosti pri psychických problémoch. V sociálnej oblasti je to najmä snaha o udržanie pre seniora významných vzťahov, zapájanie dobrovoľníkov a pod. V rámci regulačných opatrení, ktoré môžu viesť ku zvýšeniu kvality života seniorov možno spomenúť vyhlášku MZ SR 109/2009, ktorá od 1. 4. 2009 zavádza povinnosť vypracovávať plán ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj povinnosť priebežného hodnotenia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb.

Zisťovanie rôznych aspektov kvality života seniorov má význam v procese starostlivosti, pretože umožňuje komplexne posúdiť, v ktorých oblastiach je nízka kvalita života ale zároveň umožňuje voliť naozaj cieľovo-orientované intervencie.

Zoznam bibliografických odkazov

ADAMÍK, P. et al. Hodnotenie zdravia rodičov psychicky chorých detí. In BUŽGOVÁ, R. a JAROŠOVÁ, D. (ed.). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s. 7-12. ISBN 978-80-7368-230-9.

DINGOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. 2008. Metodologické problémy výskumu kvality života rómskeho etnika na Slovensku z hľadiska ošetrovateľstva. *Kontakt*. 2008, roč. 10, č. 2, s. 274-282. ISSN 1212-4117.

DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4.

FARSKÝ, I. et al. 2007. *Problematika kvality života v senu*. 1. vyd. Martin: Profa, 2007. 70 s. ISBN 978-80-969722-0-3.

FARSKÝ, I. et al. 2004. Vybrané aspekty kvality života v komunite seniorov. In Kudlová, P. (ed.). *Ošetrovateľství -*

perspektivní věda i umění. [CD-ROM]. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 52 – 57. ISBN 80-247-1156-7.

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovateľstve. *Profese on-line* [online]. Apríl 2009, roč. 2, č. 2. [cit. 2009-05-29]. Dostupný z www:

<http://www.pouzp.cz/text/cs/konceptualizacia-kvality-zivota-v-oseťrovatel-stve.aspx>. ISSN 1803-4330.

NEMČEKOVÁ, M. et al. 2000. *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8.

ONDREJKA, I. 2006. *Depresia v kontexte kvality života*. 1. vyd. Rožňava: Roveň, 2006. 126 s. ISBN 80-89168-15-9.

PAYNE, J. et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

ŠÍMOVÁ, E. 2004. Kvalita života seniorov. In DŽUKA, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2004. s. 128-137. ISBN 80-8068-282-8.

TOBIŠKOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D. 2009. Hodnocení kvality života seniorů v domově-penzioně pro důchodce. In ČÁP, J. a ŽIAKOVÁ, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin: JLF UK, 2009. s. 564 – 570. ISBN 978-80-88866-61-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2009. Vyhláška MZ SR z 11. 3. 2009, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb In *Zbierka zákonov č. 109/2009*. s. 965. [cit. 2010-01-21]. Dostupný z www:

<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=208896&FileName=zz2009-00109-0208896&Rocnik=2009>.

WHO. 1998. *Programme on mental health. WHOQOL User Manual*. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization, 106 p.

Kontakt na hlavního autora:

Mgr. Ivan Farský

Interný doktorand

Ústav ošetrovateľstva

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského
v Bratislave

Malá Hora 5

SK-036 32 MARTIN

farsky@jfmed.uniba.sk