

Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti

The quality of life of the elderly with the focus on the degree of independence

*Jana Virgulová, **Darina Schedová

*FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici, **DSS Veľký Krtíš

ABSTRAKT

Cieľ: Zámerom štúdie bolo zistiť ako seniori žijúci v domácom prostredí a seniori žijúci v sociálnom zariadení vnímajú kvalitu svojho života z pohľadu nezávislosti v aktivitách denného života.

Metódy: Zvolili sme medzinárodný dotazník pre meranie kvality života WHOQOL-BREF a Barthelovej test ADL. Seniori z domáceho prostredia vyplňali dotazník doručený prostredníctvom sestier ADOS a seniori v sociálnom zariadení vyplnili dotazník doručený prostredníctvom sestier pracujúcich v sociálnom zariadení. Vzorku tvorilo 140 seniorov.

Výsledky: Štatistickou analýzou sa nepotvrdil štatisticky významný vzťah medzi seniormi z domáceho prostredia a seniormi zo sociálneho zariadenia v subjektívnom vnímaní kvality života, fyzickým stavom v závislosti na sebestačnosti v aktivitách denného života.

Záver: Zistené výsledky môžu uplatniť zdravotnícki pracovníci v geriatrickom ošetrovatelstve.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to explore the attitude of the elderly receiving health care at home and those living in care homes towards their quality of life in activities of daily living.

Methods: In our study we used the internationally-known WHOQOL-BREF Questionnaire and the Barthel index of activities of daily living (ADL). The elderly living at home received the questionnaire from visiting nurses, residents of care homes from the nurses working in the care home. The study sample consisted of 140 elderly people.

Results: Statistical analysis did not confirm statistically significant difference in the attitude of the elderly living at home and those living in care homes towards their quality of life in daily activities.

Conclusion: The results of our study may be useful for nurses with geriatric nursing career.

KLÚČOVÉ SLOVÁ

senior, nezávislosť, sociálne zariadenia, domáce prostredie, kvalita života

KEY WORDS

the elderly, independence, social facilities, home care, quality of life

ÚVOD

Kvalitou života sa zaoberajú mnohé vedné odbory a zasahujú aj do oblasti starnutia a staroby. Tokárová (2002, s. 8) uvádza, že obsahom pojmu kvalita života sa zaoberáme najmä vtedy, keď sa nám životná situácia nejakým spôsobom mení, napríklad keď vyzdravieme alebo ochorieme, keď sa nám splnia alebo zrútia životné plány a pod. Vo všetkých podobných, ale aj menej dramatických súvislostiach individuálneho života si uvedomujeme hodnoty a šance, ktoré získavame alebo

strácame, čo môže byť pre nás výzvou na sebareflexiu a sebarealizáciu.

Uvažuje aj senior o kvalite života? Niet o tom pochyb, veď každý z nás túži prežiť svoj život čo najkvalitnejšie a seniori tiež nie sú výnimkou. Zásadnou zmenou v ich živote je vstup do dôchodkového veku, kedy sa mení ich sociálna pozícia a môže dôjsť aj k zmene hierarchii hodnôt (Balogová, 2005). Tokárová (2002) sa domnieva, že postoj seniora k starobe je jeden z najvýznamnejších atribútov v jeho živote, ktorý by mal viesť

k tvorbe nových noriem, k osobnej aktivite zameranej na naplnenie vlastných predstáv o kvalitnom živote, nakoľko kvalitu života považuje za subjektívnu kategóriu i keď je ovplyvnená vonkajšími faktormi (Balogová, 2005, s. 49).

Možnosť viesť samostatný život je podmienený schopnosťou postarať sa o seba a zabezpečiť si základné životné potreby. Podľa Trachtovej (2006) pojmom sebestačnosť môžeme rozumieť mieru samostatnosti, či účasť jedinca pri vykonávaní denných aktivít ako je hygiena, obliekanie, stravovanie, vyprázdňovanie. Pokiaľ je človek zdravý a má dostatok síl na zvládanie týchto aktivít, vykonáva ich samostatne, pravidelne a bez pomoci druhej osoby je sebestačný. Sebestačnosť a schopnosť postarať sa o seba je ovplyvnená mnohými faktormi ako je vývojová životná fáza človeka, funkčná zdatnosť človeka a prostredie v ktorom človek žije. K subjektívnym faktorom kvality života možno zaradiť morálne činitele, spokojnosť so životom, sebaúctu, možnosť kontroly svojho života, osobné vzťahy, duchovný život a vieru. Do skupiny objektívnych faktorov možno začleniť fyzický stav, kognitívne funkcie, emocionálny stav, funkčnú kapacitu, sociálnu a sexuálnu funkciu. K podstatným faktorom patrí však aj bývanie, prostredie, sociálna sieť so sociálnou podporou, spokojnosť s vládou a verejnými inštitúciami a kriminalita (Draganová, 2006).

CIEĽ PRÁCE

Cieľom výskumu bolo zistiť ako seniori žijúci v domácom prostredí a seniori žijúci v sociálnom zariadení hodnotia kvalitu svojho života, zdravia a ostatných životných oblastí vo vzťahu k sebestačnosti a nezávislosti v aktivitách denného života. Stanovili sme si hypotézy:

Východiskovú hypotézu: Predpokladáme, že kvalita života seniorov nie je podmienená zdravotným stavom a závislosťou od deficitu sebestačnosti v aktivitách denného života, sme overovali pomocou pracovných hypotéz:

PH 1 – Predpokladáme, že seniori žijúci v domácom prostredí udávajú vyššiu mieru sebestačnosti v aktivitách denného života, ako seniori žijúci v sociálnom zariadení.

PH 2 – Predpokladáme, že subjektívne vnímanie kvality života seniormi v domácom prostredí je vyššie, ako subjektívne vnímanie kvality života seniormi v sociálnom zariadení.

SÚBOR A METODIKA

Na získanie údajov sme zvolili dve metódy. Prvou metódou bol medzinárodný dotazník WHOQOL-BREF pre meranie kvality života, ktorý svojim zameraním meria štyri bazálne princípy kvality života – komplex-

nosť, subjektívnosť, relatívnu dôležitosť v rôznych oblastiach života a kultúrnu relevantnosť (Dragomerická, Bartoňová, 2006). Druhou metódou bol Barthelovej test aktivít denného života – ADL. WHOQOL-BREF predstavuje výber 26 položiek združenými do štyroch oblastí – DOM 1-DOM 4 fyzickej, psychologickej, sociálnej a prostredia. Pre štatistické spracovanie bol využitý spôsob analýzy s využitím 5 stupňovej Likertovej škály, štatisticky analyzovanej programom Excel, v ktorom sa výsledky vyjadrujú v podobe štyroch doménových skóre a priemerných hrubých skóre v dvoch samostatných položkách hodnotiacich celkovú kvalitu života a zdravotný stav. Výsledky dotazníka a ADL testu sme analyzovali metódami opisnej a induktívnej štatistiky (tabuľka početnosti, smerodajná odchýlka, t test, test hypotézy o priemere základného súboru, Chi-kvadrát). Na štatistické vyhodnotenie bolo možné spracovať 140 odpovedí. Z toho 70 boli seniori žijúci v domácom prostredí a 70 seniorov bolo z prostredia sociálneho zariadenia.

VÝSLEDKY

Priemerný vek seniorov z domáceho prostredia (ďalej súbor A) bol 71 rokov. Priemerný vek seniorov zo sociálneho zariadenia (ďalej súbor B) bol 75 rokov. Problematika zdravia je v interakčnom vzťahu k otázke sebestačnosti jednotlivca a jeho nezávislosti v aktivitách denného života. Sebestačnosť a nezávislosť seniorov sme testovali pomocou Barthelovej testovacej škály/ADL.

V súbore A na základe určenia kumulatívnej absolútnej a relatívnej početnosti možno konštatovať, že 70 seniorov (100 % celkového počtu) dosiahlo skóre 100 alebo nižšie (riadok 12). Pritom skóre rovnajúce sa presne číslu 100 dosiahlo 36 seniorov, čo tvorí 51,48 % všetkých testovaných. Na základe určenia kumulatívnej absolútnej a relatívnej početnosti možno konštatovať, že 70 seniorov (100 % celkového počtu) dosiahlo skóre 100, alebo nižšie (riadok 19). Pritom skóre rovnajúce sa presne číslu 100 dosiahlo 14 seniorov, čo tvorí 20,02 % všetkých testovaných. 44 % seniorov súboru B nezávládne samostatne kúpanie napriek tomu, že priestory kúpeľní sú úplne bezbariérové a majú k dispozícii dostatočné množstvo pomôcok na uľahčenie kúpania. V oblasti obliekania činnosť v menovanom zariadení nezávládne samostatne 7 % seniorov a 36 % obliekanie zvládne s pomocou zdravotníckeho personálu. V súbore A bazálnu osobnú hygienu samostatne zvládne 94 % seniorov a kúpanie nezávládne samostatne 31 % seniorov. Samostatne bez pomoci sa oblečie 83 % respondentov. Chôdzu po schodoch v súbore B nezávládne samostatne 34 % seniorov. V chôdzi po rovine je sebestačných až stredne závislých 53 % seniorov, pretože 13 % seniorov v súbore B je na invalidnom vozíku.

V chôdzi po rovine a po schodoch je v súbore A samostatných v priemere 53 % respondentov. 40 % v priemere potrebuje pri tejto činnosti pomoc druhej osoby. Plne kontinentných v súbore A je v priemere 85% seniorov a v súbore B 19 % seniorov.

Tab. 1 Štatistické hodnoty ADL v súboroch A a B

Doma A		Ústav B	
Stř. hodnota	87,0714286	Stř. hodnota	68
Směr. odchylka	19,4953145	Směr. odchylka	28,97275
Rozptyl výběru	380,067288	Rozptyl výběru	839,4203
Počet	70	Počet	70
Největší (1)	100	Největší (1)	100
Nejmenší (1)	10	Nejmenší (1)	0

$$P(T \leq t) \text{ one-tail} \\ p = 5,94E-06 = 0,059$$

H₀ zamietame v prospech alternatívnej hypotézy. Tvrdíme, že seniori žijúci v domácom prostredí udávajú vyššiu mieru sebestačnosti v aktivitách denného života, ako seniori žijúci v sociálnom zariadení.

Kvalitu života sme merali 5stupňovou Likertovou škálou dotazníka WHOQOL-BREF vyjadrujúcou množstvo (vôbec nie – maximálne), kapacitu (vôbec nie – úplne), frekvenciu (nikdy – neustále) a hodnotenie (veľmi nespokojný – veľmi spokojný; veľmi zlý – veľmi dobrý). Domény 1–4 súborov A + B dotazníka spracované programom Excel nám dali hodnotu jednotlivých domén (tab. 5 + 6). Získané výsledky sme porovnali s normou WHOQOL-BREF, kde sme zistili, že seniori obidvoch súborov dosahujú v DOM 2–3 mierne zníženú kvalitu života, pod spodnú hranicu normy. V DOM 4 priemernú kvalitu života (normu). V DOM 1 Fyzické zdravie obidva súbory seniorov A + B dosahujú zníženú kvalitu života.

Získané hodnoty WHOQOL-BREF sme podrobili korelačnej analýze. Urobili sme test hypotézy o priemere základného súboru štatistickou metódou Chi-kvadrát, ktorý testuje štatistickú nulovú hypotézu. Pearsonov test dobrej zhody sme urobili z frekvenčnej tabuľky, kedy početnosti v jednotlivých kategóriách sa rovnajú očakávaným (teoretickým) početnostiam. Ak je p = hodnota nižšia ako zvolená hladina významnosti (tradične 5 % = 0,05), nulová hypotéza sa zamietne. Znamená to, že rozdiel medzi početnosťami zistenými vo vzorke a očakávanými početnosťami je príliš veľký na to, aby bol iba dôsledkom náhodného výberu, teda je štatisticky významný. Nami zistená hodnota $p = 0,705$ dokazuje, že rozdiel medzi početnosťami

Tab. 2 Hodnoty domén WHOQOL-BREF a súborov A + B

	STD	priemer
Dom 1	2,5	
QoL		14,3 < 15,60 > 16,8
A		12,33
B		11,51
Dom 2	2,4	
QoL		13,6 < 14,80 > 16,0
A		12,90
B		12,98
Dom 3	2,9	
QOL		13,5 < 15,00 > 16,4
A		13,02
B		12,95
Dom 4	2,1	
QOL		12,3 < 13,30 > 14,3
A		13,37
B		13,10
Smer. odchýlka A	3,86	
Smer. odchýlka B	2,75	
p		= 0,705

zistenými vo vzorke a očakávanými početnosťami môže byť dôsledkom náhodného výberu, teda nie je štatisticky významný. Preto nulovú hypotézu nemožno zamietnuť. Tvrdíme, preto že kvalita života seniorov nie je podmienená zdravotným stavom a závislosťou od deficitu sebestačnosti v aktivitách denného života.

DISKUSIA

Medzi prvé výskumy zamerané na individuálne hodnotenie kvality života u zdravých seniorov bola dublinská štúdia SEIQOL (Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life). Základom tejto metódy bol štruktúrovaný rozhovor, vychádzajúci z vlastného hodnotového systému seniorov, pričom respondenti mali interpretovať päť oblastí, ktoré sú pre ich život najdôležitejšie. Seniori považovali za najdôležitejšie hodnoty sociálne kontakty a činnosti vo voľnom čase, zdravie, rodinu, bývanie a náboženstvo (Dragomirecká, 2009, s. 10).

Dotazníkom WHOQOL-BREF zisťoval kvalitu života u seniorov žijúcich v zariadení pre seniorov Ležovič (2011) v roku 2009 v Bratislave. Súbor tvorilo 183 seniorov, s priemerným vekom 76,6 rokov. Zistil, že vekom klesá kvalita života a najsilnejším korelátom kvality života je subjektívne hodnotenie vlastného zdravia. So svojim zdravím bolo spokojných 38 % respondentov a nespokojných 22 % respondentov. Len 1 % seniorov odpovedalo možnosťou veľmi spokojný.

Z jeho výsledkov sa ďalej dozvedáme, že 49 % respondentov hodnotilo svoju kvalitu života ako dobrú, 42 % respondentov ani dobrú, ani zlú, 5 % seniorov zlú a 1 % veľmi zlú. V našom výskume v samostatnej facete Q1 hodnotiacej kvalitu života 37 % seniorov hodnotilo kvalitu života ako zlú a 74 % seniorov ako dobrú. V druhej samostatnej facete Q 2 hodnotiacej celkový zdravotný stav 57 % respondentov vyjadrilo svoju nespokojnosť a 41 % spokojnosť so svojim zdravím. Len 3 % seniorov bolo veľmi spokojných so zdravotným stavom a kvalitou života. Farský a Solárová (2010) tiež skúmali kvalitu života seniorov žijúcich v zariadení sociálnej starostlivosti s využitím štandardizovaného dotazníka WHOQOL-BREF na vzorke 40 seniorov v Topoľčanoch. Z ich výsledkov vyplýva, že respondenti mali najväčší deficit v oblasti fyzického zdravia.

Hudáková a Derňárová (2011) skúmali rozdiely medzi sledovanými skupinami seniorov v sebestačnosti systémej položkami dotazníka ADL. Respondentmi boli seniori zo zariadení pre seniorov a seniori z geriatrických oddelení. Z výsledkov konštatujú, že obyvatelia zariadení pre seniorov vykazovali vyšší stupeň sebestačnosti v sebaobslužných činnostiach ako geriatrickí pacienti, pričom obe skupiny boli vekovo vyvážené. Autorky sa priklonili k názoru, že významnú úlohu zohráva aktuálny zdravotný stav, ktorý je u geriatrických pacientov horší, vďaka čomu sú vo vyššej miere závislejší od pomoci sestier a pomocného zdravotníckeho personálu v porovnaní s obyvateľmi zariadení pre seniorov. Odrazom kvality života je celková životná spokojnosť, ktorá je výsledkom vzťahov človeka k svojmu prostrediu (Tokárová, 2002, s. 165). Za pozitívne v zariadeniach sociálneho charakteru môžeme právom považovať prostredie vzhľadom zabezpečenia bezbariérového prístupu pre seniorov. Senior má možnosť privolať si pomoc vždy keď to potrebuje, či už v prípade pádu, alebo pri zhoršení zdravotného stavu. V domácom prostredí, je tiež možné prostredie seniorom prispôbiť k ich zdravotnému stavu s menšími úpravami. Osamelí seniori by mali mať k dispozícii telefón. Na otázku: „Ako bezpečne sa cítite vo svojom každodennom živote“, nám v našom výskume odpovedalo 59 % seniorov súboru A možnosťou stredne. V sociálnom zariadení volilo túto možnosť 46 % respondentov, ale pričom až 20 % seniorov súboru B oproti 11 % seniorov súboru A, sa cíti bezpečne vo svojom prostredí hodnotením veľmi. Domnievame sa, že dostupnosť a blízkosť zdravotnej starostlivosti v sociálnom zariadení je podmieňujúcim faktorom pre pozitívnejší názor seniora na otázku bezpečnosti prostredia v ktorom žije. I keď fyzický stav seniorov v sociálnom zariadení je horší oproti fyzickému stavu seniorov v domácom prostredí interakcia

medzi ľuďmi vedie k väčšej osobnej pohode jednotlivca a dáva pocit istoty, že v určitých dôležitých momentoch života nie je sám. Tento predpoklad opierame o skutočnosť, že život v komunite, vedie aj seniora k väčšej aktivite o motivuje ho k záujmu o seba samého. Je to základ pre elimináciu negatívnych pocitov, ktoré senior v domácom prostredí môže vnímať intenzívnejšie, nakoľko je vo väčšine prípadov viac menej odkázaný sám na seba.

ZÁVER

Seniori žijúci v domácom prostredí udávajú vyššiu mieru sebestačnosti v aktivitách denného života, ako seniori žijúci v sociálnom zariadení. V hodnotení kvality života seniori obidvoch súborov dosahujú v DOM 2–3 mierne zníženú kvalitu života (pod spodnú hranicu normy). V DOM 4 priemernú kvalitu života (normu). V DOM 1 Fyzické zdravie obidva súbory seniorov A + B dosahujú zníženú kvalitu života. Tvrdíme, preto že kvalita života seniorov nie je podmienená zdravotným stavom a závislosťou od deficitu sebestačnosti v aktivitách denného života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori*. 2. vyd. Prešov: Akcent print, 2005. 150 s. ISBN 80-969274-9-3.
- DRAGANOVÁ, H. et al. 2006. *Sociálna starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ J. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Príručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4.
- DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ J. 2009. *WHOQOL-OLD. Príručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.
- FARSKÝ, I., SOLÁROVÁ, M. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. *PROFESE on-line*. 2010, roč. 3, č. 4, s. 30–41. ISSN 1803-4330.
- HUDÁKOVÁ, A., DERŇÁROVÁ, L. 2011. Sebestačnosť ako významný aspekt kvality života seniorov. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: UK Bratislava, Jesenniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatelstva, 2011, s. 100–109. ISBN 978-80-89544-00-4.
- LEŽOVIČ, M. 2011. Kvalita života obyvateľov zariadení pre seniorov. In *Životné podmienky a zdravie. In Zborník vedeckých prác*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2011, s. 339–342. ISBN 978-80-7159-208-2.

- TOKÁROVÁ, A. 2002. *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti*. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta, 2002. 199 s. ISBN 80-8068-087-6.
- TRACHTOVÁ, E. 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovateľskom procese*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

KONTAKT NA HLAVNÍHO AUTORA

PhDr. Jana Virgulová
Fakulta Zdravotníctva SZU v Bratislave
so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičova 21
SK-974 05 BANSKÁ BYSTRICA
jana.virgulova@szu.sk