PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA U SENIOROV S DEFICITOM SEBAOPATERY

Support of mental health in seniors with self-care deficiency

11: 1–270, 2009
ISSN 1212-4117

Dana Zrubcová, Zuzana Schmidtová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, katedra ošetrovateľstva

Summary

The contemporary demographic trend is characterized by a prolongation of the average life span and increase in the number of seniors. The varying demographic parameters also considerably affect granting of the nursing care. Due to senile changes and limitations associated with diseases, the ability of seniors to perform common activities of their daily life is frequently disturbed. The self-care deficit and loneliness can induce the origination of negative emotions supporting development of depressive mood. The depressive mood can also result from feelings of the loneliness, uselessness, retirement or death of a partner. For a nurse working in the Agency of the Household Nursing Care (AHNC) it is unavoidable to properly identify the level of the self-sufficiency and emotional condition of a senior, to plan effective interventions leading to the recovery of his/her well-being and self-sufficiency. The target of the work was to find, how the seniors evaluate their family background, social contacts and financial and dwelling conditions which they are living in. We were interested in a question: what is the effect of the self-care deficit on the senior mental health? Our interest was particularly focused on possible mutual relationships between the dependence concerning basic daily activities, loneliness and depressive mood development. The group included n=80 respondents – clients of the AHNC. We employed a structured interview and diagnostics scales: Test of instrumental daily activities for the assessment of the degree of dependence and Geriatric Scale of Depression for the consideration of the respondent emotional condition. Adverse social and financial conditions and insufficient family background exerted negative effects on the mental health and well-being of respondents. The deficiency of the self-care negatively affected the mental health and well-being of respondents after their dismissal from the institutional care to the household environment. Depressive mood was adjusted by stepwise reduction in the dependence during daily activities.

Key words: senior – mental health – self-care – nurse – deficiency

Súhrn

Súčasný demografický trend sa vyznačuje zvyšovaním strednej dĺžky života a nárastom počtu seniorov. Meniace sa demografické ukazovatele vo výraznej miere vplyvajú aj na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Následkom stareckých zmien a obmedzení súvisiacich s chorobami sa často narušuje schopnosť seniora vykonávať bežné aktivity denného života. Deficit sebaopateri a samota môže vyvolať vznik negatívnych emócií podporujúcich vznik depresívnej nálady. K depresívnej nálade môže viesť aj pocit samoty, zbytočnosti, odchod do dôchodku či smrť partnera. Pre sestru pracujúcu v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) je nevyhnutné správne identifikovať úroveň sebestačnosti a emočného stavu seniora, naplánovať efektívne intervencie vedúce k obnove jeho pohody a sebestačnosti. Cieľom práce bolo zistiť, ako hodnotia seniori svoje rodinné zázemie, sociálne kontakty, finančné a bytové podmienky, v ktorých žijú. Zaujímalo nás, ako vplýva deficit starostlivosti o seba na duševné zdravie seniorov. Zamerali sme sa najmä na možný vzájomný vzťah medzi závislosťou v základných denných činnostiach, osamelosťou a vznikom depresívnej nálady. Súbor tvorilo n=80 respondentov-klientov ADOS. Použili sme štrukturovaný rozhovor a diagnostické škály: Test inštrumentálnych denných činností na posúdenie stupňa závislosti a Geriatrickú škálu depresie na posúdenie emočného stavu respondentov. Nepriaznivé sociálne

a finančné podmienky a nedostatočné rodinné zázemie mali negatívny vplyv na duševné zdravie a pohodu respondentov. Deficit v sebaopatre negatívne ovplyvňoval duševné zdravie a pohodu respondentov po prepustení z inštitucionálnej starostlivosti do domáceho prostredia. Postupným znižovaním závislosti v denných aktivitách dochádzalo k úprave depresívnej nálady.

Kľúčové slová: senior – duševné zdravie – sebaopatera – sestra – deficit

ÚVOD

Súčasný demografický trend sa vyznačuje klesajúcou pôrodnosťou, znižovaním úmrtnosti, zvyšovaním strednej dĺžky života a nárastom seniorov nad 80 rokov (Poledníková et al., 2006, s. 34). Meniace sa demografické ukazovatele vo výraznej miere vplývajú aj na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Poledníková et al. (2006) citujú Hegyiho, ktorý uvádza, že z počtu obyvateľov nad 60 rokov na Slovensku je 38 % zdravých a sebestačných, 32% je chronicky chorých, ale kompenzovaných a sebestačných, 21 % je chronicky chorých s ohrozením sebestačnosti a 9 % je veľmi ťažko chorých. Vo vekovej skupine nad 80 rokov je relatívne zdravá a sebestačná len jedna tretina seniorov. Komunitné ošetrovateľstvo musí upriamiť pozornosť na poskytovanie starostlivosti seniorom s ohľadom na špecifiká vyplývajúce z ich veku v domácom prostredí. Starnutie je neoddeliteľnou súčasťou života každého jedinca, tento proces je ireverzibilný. Postupne klesá energia a vitalita. Spája sa s biologickými, sociálnymi, psychologickými, ale aj s ekonomickými zmenami, ktoré môžu znamenať pre starnúceho jedinca, rodinu a spoločnosť často veľký problém (Poledníková et al., 2006, s. 11). S pribúdajúcim vekom dochádza k zmenám i v emocionálnej oblasti. Seniori často podliehajú ľúlosti a neprimeranému dojatiu. K depresívnej náladе vedie pocit samoty, zbytočnosti, odchod do dôchodku či smrť partnera. Po smrti partnera prežíva ten druhý nevyhnutne pocit straty, prázdnoty a opustenosti (Kozierová et al., 1995, s. 678). So smútkom sa ľahšie vyrovná ten, kto má vo svojom okolí podporné osoby, priateľov, deti či vnúčatá. Následkom stareckých zmien a obmedzení súvisiacich s chorobami sa často narušuje schopnosť vykonávať bežné aktivity denného života. Deficit sebaopater a samota seniora môže vyvolať vznik negatívnych emócií podporujúcich vznik depresívnej nálady. Pre

sestru pracujúcu v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) je nevyhnutné správne identifikovať úroveň sebestačnosti a naplánovať efektívne intervencie vedúce k obnove sebaopater. Predpokladom kvalitnej starostlivosti je aj efektívna terapeutická komunikácia, ktorá má špecifiká vyplývajúce z možnej emočnej a citovej lability seniora. Vo väčšine prípadov však seniori prijímajú záujem o svoju osobu i prostredníctvom rozhovoru pozitívne. Úlohou sestry je rozpoznať nielen somatické problémy, ale aj duševnú nepohodu či prípadné suicidálne tendencie. Musí mať na pamäti, že aj napriek veľkému úsiliu nie vždy dosiahne u všetkých výrazné pokroky. Cieľom však musí byť snaha udržať seniora v prirodzenom domácom prostredí so zachovaním sebestačnosti, duševnej pohody a primeranej kvality života. Prostredie musí byť prispôbené potrebám seniora. Geriatrický pacient s obmedzenou sebestačnosťou a s niektorými špecifickými problémami a rizikami vyžadujú súčasne so zdravotnou i sociálnu starostlivosť (Kalvach, 2004, s. 515).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zistiť, ako hodnotia seniori svoje rodinné zázemie, sociálne kontakty, finančné a bytové podmienky, v ktorých žijú. Zaujímalo nás, ako vplýva deficit sebaopater na duševné zdravie seniorov. Zamerali sme sa najmä na možný vzájomný vzťah medzi závislosťou v základných denných činnostiach, osamelosťou a vznikom depresívnej nálady.

Súbor a metódy

Zaťažujúce kritériá pre respondentov boli:

1. Demografické údaje – vek 65 rokov a starší, pohlavie – muži, ženy.
2. Stupeň závislosti – ak v Teste inštrumentálnych denných činností IADL (Instrumental Activity Daily Living) respondent dosiahol

- pri prepustení z inštitucionálnej starostlivosti maximálne 40 bodov – závislosť.
3. Súhlas klienta s realizáciou prieskumu.

Vylučovacím kritériom pre respondentov boli:

1. Afektívna porucha alebo depresia diagnostikované pred hospitalizáciou.
2. Neochota spolupracovať.
3. Neschopnosť spolupracovať.

Súbor tvorilo: n=80 respondentov-klientov ADOS, žien n=57 (71,25 %) a mužov n=23 (28,75 %).

Vekový priemer u n=80 respondentov bol 72,57 rokov s vekovým rozpätím (65–93 rokov).

Respondenti boli zaradení do dvoch podskupín: osamelo žijúci n=40 respondentov; žijúci v spoločnej domácnosti s inou osobou n=40 respondentov.

Vo vybranom súbore pacientov sme použili:

Štrukturovaný rozhovor na zistenie hodnotenia rodinného zázemia, sociálnych kontaktov, finančných a bytových podmienok, v ktorých seniori žijú. Spokojnosť sme posudzovali Likertovou škálou na stupnici od 1 do 5, pričom 1=úplne nespokojný, 2=nespokojný, 3=skôr spokojný, 4=spokojný, 5=úplne spokojný.

Diagnosticke škály. Test inštrumentálnych denných činností IADL (Instrumental Activity Daily Living) na posúdenie stupňa závislosti. Kvantifikuje sa na stupnici 0–80. Vyššia hodnota znamená nižšiu závislosť. Geriatrickú škálu depresie YDS (Yesavage Depression Scale) na posúdenie emočného stavu respondentov. Kvantifikuje sa na stupnici 0–15. Hodnota 11 a viac sa pokladá za klinicky relevantnú depresiu. Pacienti boli testovaní opakovane – raz za 10 dní tak, aby sestry posúdili stupeň závislosti a emočný stav respondentov. Rozhovor a prvé testovanie boli realizované pri prvej návšteve sestry v domácom prostredí. Sestry realizovali desať meraní. Sestry sme vyberali na základe ošetrovateľských skúseností a ochoty spolupracovať. Prieskum sme realizovali po prekonzultovaní etických otázok a po získaní písomného súhlasu k anonymnému štatistickému spracovaniu údajov.

Výsledky

Predpokladali sme, že nepriaznivé sociálne a finančné podmienky a nedostatočné rodinné

zázemie majú negatívny vplyv na duševné zdravie a pohodu seniorov. Vychádzali sme z predpokladu, že s odchodom do dôchodku súvisí zmena v ekonomickom zabezpečení seniorov. Mesačný príjem v podobe dôchodku je výrazne nižší a náklady na život neustále stúpajú. Nemalé finančné čiastky musia seniori investovať do liekov. Z finančným zabezpečením bolo úplne nespokojných alebo nespokojných až 77,5 % osamelo žijúcich respondentov a 65 % respondentov žijúcich v spoločnej domácnosti s inou osobou. Spokojnosť vyjadrilo len 7,5 % respondentov osamelo žijúcich a 15 % respondentov žijúcich s inou osobou. S bytovými podmienkami bolo spokojných až 85 % respondentov žijúcich s inou osobou. Vo väčšine prípadov respondenti žijú vo vlastných bytoch alebo u detí. Aj napriek nie vždy vyhovujúcim podmienkam a samote 60 % osamelo žijúcich respondentov vyjadrilo spokojnosť so svojim bývaním. Predpokladáme, že vyjadrenie súvisí s určitými citovými väzbami na prostredie, v ktorom žijú desiatky rokov, neochotou a so zníženou schopnosťou adaptovať sa na nové, i keď možno komfortnejšie prostredie. So zabezpečením chodu domácnosti bolo nespokojných až 55 % osamelo žijúcich respondentov. Respondenti neboli po príchode z inštitucionálnej starostlivosti schopní samostatne vykonávať bežné domáce práce slúžiace k zabezpečeniu plynulého chodu domácnosti a uspokojenia ich potrieb. Ich vyjadrenie úzko súviselo s ich momentálnym zdravotným stavom vzhľadom k tomu, že aritmetický priemer skóre testu IADL pri 1. meraní bol AM=15, čo svedčí o závislosti. Respondenti preto museli využiť aj opatrovateľské služby. Rovnaké skóre AM=15 v teste IADL pri 1. meraní bolo namerané aj v súbore respondentov žijúcich s inou osobou. V tomto súbore však nespokojnosť s chodom domácnosti vyjadrilo len 10 % respondentov. Zodpovednosť o chod domácnosti v ich prípade už prebral iný člen domácnosti. Najčastejšie respondenti uvádzali pomoc manželky a detí.

Predpokladali sme, že po prepustení respondentov z inštitucionálnej starostlivosti do domácej starostlivosti sa postupne zníži stupeň závislosti podľa testu IADL.

Priemerné aritmetické hodnoty skóre jednotlivých meraní u osamelo žijúcich seniorov boli nasledovné: 1. meranie – AM=15, 2. meranie – AM=15, 3. meranie – AM=25, 4. meranie

– AM=30, 5. meranie – AM=50, 6. meranie – AM=50, 7. meranie – AM=70, 8. meranie – AM=70, 9. meranie – AM=70, 10. meranie – AM=70.

Priemerné aritmetické hodnoty skóre jednotlivých meraní u seniorov žijúcich v spoločnej domácnosti s inou osobou boli nasledovné: 1. meranie – AM=15, 2. meranie – AM=15, 3. meranie – AM=20, 4. meranie – AM=30, 5. meranie – AM=45, 6. meranie – AM=50, 7. meranie – AM=75, 8. meranie – AM=75, 9. meranie – AM=75, 10. meranie – AM=75.

U respondentov v oboch podskupinách priemerné namerané hodnoty svedčia o postupnom znižovaní závislosti z 15 bodov (závislosť) pri prvom meraní na 70 bodov (čiastočná závislosť) v podskupine osamelo žijúcich a 75 bodov (nezávislosť) v podskupine seniorov žijúcich v spoločnej domácnosti s inou osobou.

Predpokladali sme, že čím bude skóre v hodnotení IADL testu vyššie z 0–40 bodov (závislosť) na 75–80 bodov (nezávislosť), tým nižšie bude skóre v hodnotení Geriatrickej škále depresie z 11–15 bodov (klinicky relevantná depresia) na 0–5 bodov (normálny emočný stav). Predpokladali sme, že skóre v Geriatrickej škále depresie bude ovplyvňovať aj skutočnosť, či respondenti žijú osamelo alebo v spoločnej domácnosti s inou osobou.

Priemerné aritmetické hodnoty jednotlivých meraní u osamelo žijúcich seniorov: 1. meranie – AM=13, 2. meranie – AM=11, 3. meranie – AM=11, 4. meranie – AM=9, 5. meranie – AM=7, 6. meranie – AM=6, 7. meranie – AM=6, 8. meranie – AM=6, 9. meranie – AM=8, 10. meranie – AM=8.

Priemerné aritmetické hodnoty jednotlivých meraní u seniorov žijúcich v spoločnej domácnosti s inou osobou: 1. meranie – AM=13, 2. meranie – AM=11, 3. meranie – AM=9, 4. meranie – AM=8, 5. meranie – AM=6, 6. meranie – AM=5, 7. meranie – AM=5, 8. meranie – AM=5, 9. meranie – AM=5, 10. meranie – AM=5. V obidvoch podskupinách priemerné aritmetické hodnoty jednotlivých meraní svedčia o postupnom znižovaní stupňa depresie v závislosti od zlepšovania sebaopatery. V podskupine respondentov osamelo žijúcich došlo pri poslednom meraní

k zmene skóre zo 6 na 8. Predpokladáme, že zvýšenie skóre spôsobil fakt, že respondenti si uvedomovali skutočnosť, že sestra ukončí návštevy v ich domácnosti. Aj napriek tomu, že respondentom bola zabezpečená aj opatrovateľská služba, prítomnosť sestry a jej terapeutický rozhovor počas návštev pozitívne vplýval na duševnú pohodu a istotu seniorov.

Odporúčania pre prax

Aj napriek tomu, že náš prieskum má svoje limity, považujeme za vhodné uviesť niekoľko podnetov, ktoré vyžadujú riešenie: V primárnej prevencii v oblasti duševného zdravia nezabúdať na kategóriu seniorov. Vypracovať edukačný program pre seniorov zameraný na identifikáciu potenciálnej hrozby pre duševné zdravie. Vytvoriť pozíciu psychiatrickej komunitnej sestry. Zamerať pozornosť na zvyšovanie možností vzdelávania sestier v oblasti psychoterapie. Umožniť sestrám v ADOS vykonávať u seniorov aj psychoterapeutické aktivity.

ZÁVER

Zo zistených výsledkov vyplynuli nasledovné závery. Nepriaznivé sociálne a finančné podmienky a nedostatočné rodinné zázemie majú negatívny vplyv na duševné zdravie a pohodu seniorov. Deficit v sebaopatre negatívne ovplyvňuje duševné zdravie a pohodu seniorov po prepustení z inštitucionálnej starostlivosti do domáceho prostredia. Postupným znižovaním závislosti v denných aktivitách dochádzalo u seniorov k úprave depresívnej nálady.

LITERATÚRA

- POLEDNÍKOVÁ, E. et al.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2006, 216 s.
KALVACH, Z. et al.: *Geriatricke a gerontologické*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004, 861 s.
KOZIEROVA, B., ERBOVA, G., OLIVIEROVA, R.: *Ošetrovateľstvo I*, 2. 1. vyd., Martin: Osveta, 1995, 1458 s.

* Práca je čiastkový výskumný materiál projektu LEONARDO DA VINCI CZ/07/LLP-LdV/TOI/134001. Názov projektu : E- Learning in Community Care.

Dana Zrubcová a Zuzana Schmidtová
dzrubcova@ukf.sk