

## INŠTITUCIONÁLNA STAROSTLIVOSŤ A KVALITA ŽIVOTA SENIOROV

Institutional care and quality of life of elderly people

Ivan Farský<sup>1</sup>, Katarína Žiaková<sup>1</sup>, Igor Ondrejka<sup>2</sup>

7: 200 - 398, 2005

ISSN 1212-4117

<sup>1</sup>Ústav ošetrovateľstva JLF UK v Martine<sup>2</sup>Psychiatrická klinika JLF UK a MFN v Martine**Summary**

The work is aimed at specific features of the quality of life of elderly people living in facilities of the institutional community care. The group included 60 persons (30 women, 30 men) of  $74.1 \pm 5.7$  years of age. Of them, 30 persons lived in a boarding house and 30 persons lived in an old people house. Differences in the quality of their life, well-being, meaning of the life, type of involvement, gender, time of stay in the facility, evaluation of health condition, satisfaction with accommodation conditions and general satisfaction were determined depending on the type of care and gender. The quality of life was assessed by the PCASEE scale, the well-being by the well-being questionnaire, involvement by the involvement scale, meaning of life by the logo test, dependence by the Barthel index. The evaluation of the health, satisfaction with accommodation conditions and general satisfaction were considered based on the self-assessment scale. The clients of the old people home had a significantly lower quality of life, more bio-psycho-social problems, they evaluated their health conditions more negatively and they were less satisfied with the stay in the facility in comparison with clients of the boarding house for retired persons. The involvement in the family and household in men was larger than that in women. Thus, the method for following the quality of life can be effectively employed in practice in the identification of problems and needs of elderly people and in the indication of specific forms of the care.

Key words: elderly people - quality of life - health - institutional care

**Súhrn**

Práca je zameraná na špecifickú kvalitu života seniorov žijúcich v zariadeniach inštitucionálnej komunitnej starostlivosti. Súbor tvorilo 60 seniorov (30 žien, 30 mužov) vo veku  $74,1 \pm 5,7$  rokov, z toho 30 seniorov žilo v penzióne a 30 seniorov v domove dôchodcov. Zistovali sa rozdiely v kvalite života, pohode, zmysle života, postihnutí, veku, trvaní pobytu v zariadení, hodnotení zdravia, spokojnosti s bytovými podmienkami a celkovej spokojnosti v závislosti od typu starostlivosti a pohlavia. Kvalita života sa posudzovala PCASEE škálou, pohoda dotazníkom pohody, postihnutie škálou postihnutia, zmysel života LOGO testom, závislosť Barthelovým indexom. Hodnotenie zdravia, spokojnosť s bytovými podmienkami a celková spokojnosť sa hodnotili sebaopisovými stupnicami. Klienti domova dôchodcov mali signifikantne nižšiu kvalitu života, viac bio-psycho-sociálnych problémov, negatívnejšie hodnotili svoje zdravie a boli celkovo menej spokojní s pobytom v zariadení ako klienti penziónu dôchodcov. Muži boli viac postihnutí v rodine a domácnosti ako ženy. Metódy na sledovanie kvality života možno účinne uplatňovať v praxi pri identifikácii problémov a potrieb seniorov a pri indikovaní špecifických foriem starostlivosti.

Kľúčové slová: seniori - kvalita života - zdravie - inštitucionálna starostlivosť

**ÚVOD**

V poslednom období dochádza k tzv. geriatrizácii medicíny a ošetrovateľstva. Je to spôsobené zvýšeným výskytom pacientov/klientov seniorov vo všetkých medicínskych odboroch (Haškovcová, 2002).

Aktuálne demografické trendy majú vplyv aj na ošetrovateľskú starostlivosť. Ošetrovateľstvo sa musí zamerať na poskytovanie starostlivosti

seniorom hlavne mimo nemocničného prostredia. Starostlivosť by mala byť zameraná najmä na preventívne opatrenia, zlepšovanie zdravia a zvyšovanie, resp. udržiavanie kvality života samostatne žijúcich starých ľudí a na starých ľudí žijúcich v komunite. Starostlivosť o seniorov vychádza jednak z objektívnych kritérií (zdravotný stav, funkčná kapacita atď.) a jednak zo subjektívnych kritérií (zo subjektívneho stupňa uspokojovania

bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb), pričom zohľadňuje všeobecné a individuálne špecifiká vyplývajúce z vyššieho veku.

Pojem kvalita života (KŽ) dosiaľ nie je v odbornej literatúre jednotne definovaný. Obvykle vyjadruje subjektívny dynamicky sa meniaci stav v somatickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej oblasti. Kvalita života sa vyjadruje aj pomocou jej emočnej zložky – pohody (well-being), kognitívnej zložky – spokojnosti (satisfaction), výkonovej, funkčnej zložky – postihnutia (disablement) a spirituálnej či transcendentálnej zložky – zmyslu života, teda hodnotového systému a jeho napĺňania (Fetisovová a Mažgútová, 2001). Kvalita života patrí v geriatrickej a gerontologickej medzi dôležité ukazovatele, aj keď v porovnaní s fyziologickými funkciami sa ťažšie meria. Treba ju hodnotiť z perspektívy rôznych väzieb, ktoré sú porovnateľné s hierarchiou potrieb človeka. Medzi tieto väzby patria základné schopnosti a faktory, ako sú autonómia, sebestačnosť, schopnosť rozhodovania, neprítomnosť bolesti a utrpenia, zachovanie zmyslových schopností, udržanie sociálneho podporného systému, určitý finančný štandard, pocit užitočnosti pre iných, určitý stupeň pocitu šťastia a pod. (Litomerický, 1996).

Pokles kvality života sa u seniora prejaví atmosférou ťaživosti, absenciou zmyslu života, závislosťou a stratou autonómie. Ak ide o kvalitný život, ľudia nestrácajú zmysel života ani možnosti prejavu svojej osobnosti. Ich sociálne interakcie sú bohaté, pričom fyzické schopnosti môžu byť aj zhoršené (Bayer, 1998).

## CIEĽ

Práca je zameraná na špecifiká kvality života seniorov žijúcich v zariadeniach inštitucionálnej komunitnej starostlivosti. Zistovali sa rozdiely v kvalite života, pohode, zmysle života, postihnutí, veku, trvaní pobytu v zariadení, hodnotení zdravia, spokojnosti s bytovými podmienkami a celkovej spokojnosti v závislosti od typu starostlivosti a pohlavia.

## SÚBOR A METODIKA

Do súboru bolo zaradených 60 seniorov, ktorí bývali v domove-penzióne pre dôchodcov v Martine, z toho bolo 30 žien a 30 mužov, 30 seniorov žilo v penzióne pre dôchodcov (PD) a 30 seniorov žilo v domove dôchodcov (DD). Priemerný vek seniorov bol  $74,2 \pm 5,5$  roka, priemerná doba trvania pobytu v zariadení bola  $4,4 \pm 3,6$  roka.

Zaraďujúce kritériá boli: vek  $\geq 65$  rokov, ochota k spolupráci, informovaný súhlas, scho-

pnosť pochopiť inštrukcie výskumných metodík.

Vylučujúce kritériá boli: ťažšia sluchová porucha, ťažšia komunikačná porucha, stredná a ťažká kognitívna porucha.

Kvalita života bola posudzovaná PCASEE škálou (Bech, 1996), ktorá obsahuje 6 subškál po 5 položiek. Skóre subškál: 0-25, celkové skóre: 0-150. Vyššie skóre poukazuje na vyššiu kvalitu života. Subškály: P- somatické, C- kognitívne, A- emočné, S- sociálne, E1- ekonomické, E2- osobnostné problémy.

Pohoda sa zisťovala WHO dotazníkom pohody (WBQ) – WHO Well-Being Questionnaire (Bech 1996), ktorý má 10 položiek kvantifikovaných na stupnici od 0 – 3. Vyššie súhrnné skóre indikuje vyššiu pohodu.

Postihnutie sa hodnotilo Škálou postihnutia podľa WHO (DS) – Disablement Scale (Smolík, 1996). Subškály: A – starostlivosť o vlastnú osobu, B – pracovný výkon, C – rodina a domácnosť, D – fungovanie v širšom sociálnom kontexte. Postihnutie sa hodnotí na stupnici 0 – 5, pričom vyšší stupeň poukazuje na výraznejšie postihnutie.

Barthelov index (ADL) sme použili na posúdenie stupňa závislosti v sebaopatre, aktivitách denného života. Kvantifikuje sa na stupnici 0 – 100. Vyššia hodnota znamená nižšiu závislosť (Mahoney a Barthel, 1965).

Zmysel života sa posudzoval LOGO – testom (Lukasová, 1997), pričom vyššie skóre poukazuje na nižší zmysel života, vyššiu existenciálnu frustráciu.

Negatívne hodnotenie zdravia (NHZ), spokojnosť s bytovými podmienkami (SBP) a celková spokojnosť s pobytom v zariadení (GS) sa posudzovali na zostavených stupniciach. NHZ a GS sa hodnotilo na stupnici od 0 do 5, pričom pri NHZ znamená 0 najlepšie a 5 najhoršie subjektívne hodnotenie zdravia, pri GS 0 = úplná nespokojnosť a 5 = maximálna spokojnosť. SBP malo stupnicu od 0 do 2, pričom vyššie číslo znamená vyššiu spokojnosť. Medzi zisťované parametre patrili aj vek seniorov a trvanie pobytu v zariadení (I).

Na štatistické spracovanie výsledkov sa použili neparametrický Mann-Whitneyou test. Za štatisticky významné sme považovali tie rozdiely, kde hodnota  $p < 0,05$ .

## VÝSLEDKY

V práci sa porovnali vybrané aspekty kvality života seniorov žijúcich v zariadení inštitucionálnej komunitnej starostlivosti v závislosti od typu poskytovanej starostlivosti a od pohlavia. U klientov DD sme zistili nižšiu celkovú kvalitu života, viac somatických, kognitívnych, emočných a osobnostných problémov ako u klientov PD.

V kontexte bio-psycho-sociálnych problémov uvádzali klienti DD najviac somatických problémov a klienti PD vyjadrovali najvýraznejšie sociálne problémy. Klienti DD mali nižšiu celkovú pohodu, mali vyššie postihnutie v starostlivosti o vlastnú osobu, v pracovnom výkone, vo fungovaní v rodine a domácnosti a v širšom sociálnom kontexte ako klienti PD. Klienti DD boli najvýraznejšie postihnutí v širšom sociálnom kontexte a klienti PD uvádzali najvyššie postihnutie vo fungovaní v rodine a vedení domácnosti. Vyššia závislosť v aktivitách denného života sa zistila u klientov DD. Nižší zmysel života sa zistil u klientov DD, klienti DD tiež negatívnejšie hodnotili svoje zdravie a uvádzali celkovo nižšiu spokojnosť s pobytom v zariadení ako klienti PD. Klienti DD mali vyšší priemerný vek a dlhšie trvanie pobytu v zariadení. Nesignifikantný rozdiel u klientov DD a PD sme zistili v položkách sociálne dysfunkcie, ekonomické problémy a spokojnosť s bytovými podmienkami.

Muži boli signifikantne viac postihnutí vo fungovaní v rodine a domácnosti ako ženy. Ďalšie rozdiely v závislosti od pohlavia neboli zistené. V kontexte bio-psycho-sociálnych problémov uvádzali ženy najviac somatických problémov a muži najviac sociálnych problémov. Ženy boli najvýraznejšie postihnuté vo fungovaní v širšom sociálnom kontexte, muži boli najviac postihnutí vo fungovaní v rodine a vedení domácnosti.

## DISKUSIA A ZÁVERY

Kvalita života všeobecne, najmä však u staršieho človeka, sa dostáva na popredné miesto hierarchie hodnotového systému vo svete. Medzi dôvody tohto posunu patrí populačný vývoj s trvalým rastom podielu starých ľudí a jeho projekcia do budúcnosti, zdravie seniorov, vysoký výskyt chorôb a s tým súvisiace ťažkosti a utrpenie ako aj meniace sa postoje spoločnosti k starým ľuďom. Kvalita života v senu je multidimenzionálna, je determinovaná biologickými, psychickými, sociálnymi a spirituálnymi činiteľmi (Farský et al., 2005).

Metódy na zisťovanie kvality života možno uplatniť pri komplexnom posudzovaní stavu seniorov, pri identifikácii ich aktuálnych problémov. Výsledky skúmania kvality života v komunite seniorov majú teoretický, vedecký význam, a zároveň sú významné aj v praxi pri voľbe špeciálnych foriem starostlivosti a liečby. Kvalita života nie je stacionárna ani v prípade chronických ochorení či staroby. Možno ju udržiavať alebo zvyšovať pomocou komplexných liečebných a ošetrovateľských stratégií v komunite (Ondrejka a Adamicová, 2003). Jedným z východísk pre

komplexný ošetrovateľský manažment seniorov v komunite je posúdenie ich kvality života a postihnutia sociálneho fungovania (Zamboriová et al., 2004).

Klientom domova dôchodcov je poskytovaná zdravotno-sociálna starostlivosť, zatiaľ čo klientom penziónu pre dôchodcov sa poskytuje najmä sociálna starostlivosť. Z hľadiska komplexnosti starostlivosti u tejto komunity seniorov treba proporcionálne uspokojovať všetky typy potrieb, a to biologické, psychické, sociálne a v neposlednej rade aj spirituálne. Osobitý dôraz treba klásť na oblasti, v ktorých sa zistia deficity.

Pri zaraďovaní seniorov do konkrétneho typu inštitucionálnej starostlivosti sa uplatňujú objektívne ukazovatele. Subjektívne ukazovatele, vyjadrené dimenziou kvality života, nie sú zatiaľ zaraďujúcim kritériom pre prijatie do domova či penziónu pre dôchodcov.

U niektorých seniorov zisťujeme, že objektívne deficity funkčného potenciálu, sebaopatery úzko súvisia s ich subjektívnym spracovaním. V mnohých prípadoch sa však zisťujú veľké diferencie medzi zisteniami pri subjektívnom a objektívnom posudzovaní kvality života a jej aspektov.

Počas pobytu v zariadení sa subjektívne aj objektívne ukazovatele kvality života, zdravia či funkčného potenciálu menia vplyvom mnohých faktorov, napr. vplyvom aktuálneho somatického ochorenia, stresorov, psychickej poruchy či nedostatočnej adaptácie na pobyt v zariadení. Z uvedeného vyplýva, že aj klienti penziónu pre dôchodcov v individuálnych prípadoch môžu potrebovať porovnateľnú mieru starostlivosti ako klienti domova dôchodcov.

Z výsledkov testových metodík zameraných na komplexné posúdenie kvality života seniorov žijúcich v zariadeniach inštitucionálnej komunitnej starostlivosti vyplýva, že optimálne hodnoty sa nedosiahli v žiadnej skúmanej položke pri subjektívnom posudzovaní. Zistené výsledky zároveň poukazujú na výrazné rozdiely v závislosti od typu starostlivosti. Klienti DD majú nižšiu celkovú kvalitu života, viac bio-psycho-sociálnych a spirituálnych problémov, negatívnejšie hodnotia vlastné zdravie, sú celkovo menej spokojní s pobytom v zariadení ako klienti PD. Klienti DD majú zároveň vyšší priemerný vek a žijú dlhšie v tomto zariadení.

Podpora, udržiavanie a prevencia zhoršenia kvality života ako aj činiteľov, ktoré ju ovplyvňujú, vyžaduje komplexnú, multidisciplinárnu starostlivosť. Táto starostlivosť by mala zahŕňať predovšetkým diagnostiku zdravia a potrieb seniorov v somatickej, psychickej, sociálnej aj spirituálnej

nej oblasti, a to na medicínskej a ošetrovateľskej úrovni, na ktoré naväzujú konkrétne lekárske, ošetrovateľské a v indikovaných prípadoch aj sociálne intervencie. Vzhľadom k zisteným výraznejším deficitom v kvalite života a jej komponentoch treba klásť zvýšený dôraz na klientov DD.

Výraznejšie somatické problémy, nižšia pohoda, väčšia závislosť v aktivitách denného života ako aj výraznejšie postihnutie v starostlivosti o vlastnú osobu poukazujú na potrebu kompenzácie, stabilizácie chronických ochorení, liečbu akútnych ochorení, akútnej exacerbácie chronických ochorení a komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť vrátane rehabilitačnej starostlivosti.

Potreba kontinuálneho monitoringu psychického zdravia, psychologicko-psychiatrických intervencií vyplýva z deficitov v emočnej, kognitívnej a osobnostnej oblasti, ako aj z poklesu pohody seniorov. Uvedené problémy môžu poukazovať na niektoré psychické poruchy, napr. na demenciu a depresiu, ktoré sú najmä v začínajúcich štádiách nediagnostikované a neliečené. Adekvátny manažment týchto porúch výrazne prispieva k zvyšovaniu kvality života.

Sociálne dysfunkcie obsahujúce socio-ekonomické problémy, postihnutie sociálneho fungovania v užšom a širšom kontexte aj závislosť

v bežných denných aktivitách možno zmierňovať podporou vo vytváraní a skvalitňovaní medziľudských vzťahov, zvyšovaním sebaopatery, legislatívnymi zmenami, regionálnymi a celospoločenskými opatreniami na zvýšenie životného štandardu seniorov.

Spirituálna dimenzia je v práci vyjadrená pomocou zmyslu života. Zmysel života úzko súvisí s hodnotovým systémom a jeho napĺňaním, sebatranscendenciou. Deficit zmyslu života môže viesť k existenciálnej frustrácii a k tzv. noogénym problémom, ktoré môžu byť príčinou depresie, suicidiálneho konania, abúzu alkoholu a psychoaktívnych látok.

Muži uvádzajú výraznejšie postihnutie v starostlivosti o rodinu a vo vedení domácnosti ako ženy. Postihnutie možno zmierňovať edukačnými, psychologickými a sociálnymi intervenciami zameranými na klienta a jeho rodinu.

V ostatných skúmaných aspektoch kvality života sa nezistili signifikantné rozdiely v závislosti od pohlavia.

Záverom možno uviesť, že kvalita života seniorov žijúcich v komunitných zariadeniach nie je optimálna, vyžaduje ďalšie skúmanie ako aj snahu o poskytovanie takej starostlivosti, ktorá prinesie očakávané skvalitnenie ich života.

Tab. 1: Charakteristika súboru

| n 60 | pd         | dd         | m          | ž          |
|------|------------|------------|------------|------------|
| n    | 30         | 30         | 30         | 30         |
| vek  | 72,1 ± 5,1 | 76,2 ± 5,2 | 74,1 ± 5,7 | 74,3 ± 5,3 |
| t    | 3,6 ± 3,6  | 5,3 ± 3,5  | 4,2 ± 3,6  | 4,7 ± 3,6  |

**n** - počet seniorov, **pd** - penzión pre dôchodcov, **dd** – domov, dôchodcov, **m** – muži, **ž** – ženy, **t** - trvanie pobytu v zariadení

Tab. 2: Diferencie: penzión/domov

| pd 30, dd 30 | x     | SD    | p       |
|--------------|-------|-------|---------|
| Ppd          | 14,97 | 3,8   |         |
| Pdd          | 10,6  | 3,76  | < 0,001 |
| Cpd          | 16,66 | 2,89  |         |
| Cdd          | 13,23 | 3,66  | < 0,001 |
| Apd          | 16,1  | 3,48  |         |
| Add          | 13,87 | 4,26  | < 0,01  |
| Spd          | 13,46 | 3,07  |         |
| Sdd          | 11,7  | 3,71  | n.s.    |
| E1pd         | 14,07 | 4,62  |         |
| E1dd         | 13,67 | 4,61  | n.s.    |
| E2pd         | 16    | 2,78  |         |
| E2dd         | 13,43 | 3,8   | < 0,01  |
| PCASEEpd     | 91,28 | 12,36 |         |
| PCASEEdd     | 76,5  | 17,95 | < 0,001 |
| WBQpd        | 17,45 | 3,8   |         |
| WBQdd        | 12,57 | 5,8   | < 0,001 |
| DS-Apd       | 0,31  | 0,54  |         |
| DS-Add       | 1,47  | 1,36  | < 0,01  |
| DS-Bpd       | 1,21  | 0,82  |         |
| DS-Bdd       | 2,27  | 1,34  | < 0,01  |
| DS-Cpd       | 1,45  | 0,87  |         |
| DS-Cdd       | 2,1   | 1,32  | < 0,05  |
| DS-Dpd       | 1,24  | 0,83  |         |
| DS-Ddd       | 2,33  | 1,18  | < 0,001 |
| ADLpd        | 97,41 | 3,44  |         |
| ADLdd        | 79,83 | 16,37 | < 0,001 |
| LOGOpd       | 21,17 | 4,94  |         |
| LOGOdd       | 27,7  | 6,59  | < 0,001 |
| NHZpd        | 2,28  | 0,88  |         |
| NHZdd        | 3,47  | 0,78  | < 0,001 |
| SBPpd        | 1,55  | 0,57  |         |
| SBPdd        | 1,43  | 0,63  | n.s.    |
| GSpd         | 3,86  | 0,79  |         |
| GSdd         | 2,9   | 0,92  | < 0,001 |
| Vekpd        | 72,1  | 5,06  |         |
| Vekdd        | 76,17 | 5,16  | < 0,01  |
| Tpd          | 3,57  | 3,56  |         |
| Tdd          | 5,28  | 3,51  | < 0,05  |

**pd** - penzión pre dôchodcov, **dd** - domov dôchodcov, **x** - aritmetický priemer, **SD** - štandardná deviácia, **p** - štatistická významnosť rozdielov, **n.s.** - nesignifikantný rozdiel

**P** - somatické problémy, **C** - kognitívne problémy, **A** - emočné problémy, **S** - sociálne problémy, **E1** - ekonomické problémy, **E2** - osobnostné problémy, **PCASEE** - celková KŽ, **WBQ** - pohoda, **DS-A** - postihnutie v sebaopatre, **DS-B** - postihnutie v pracovnom výkone, **DS-C** - postihnutie v rodine a domácnosti, **DS-D** - postihnutie v širšom sociálnom fungovaní, **ADL** - nezávislosť v aktivitách denného života, **LOGO** - zmysel života, **NHZ** - negatívne hodnotenie zdravia, **SBP** - spokojnosť s bytovými podmienkami, **GS** - celková spokojnosť, **T** - trvanie pobytu v zariadení

Tab. 3: Diferencie: ženy/muži

| m 30, ž 30 | x     | SD    | p      |
|------------|-------|-------|--------|
| Pž         | 13,07 | 4,9   |        |
| Pm         | 12,43 | 3,81  | n.s.   |
| Cž         | 14,62 | 4,2   |        |
| Cm         | 15,2  | 3,2   | n.s.   |
| Až         | 14,66 | 4,62  |        |
| Am         | 15,27 | 3,41  | n.s.   |
| Sž         | 12,79 | 3,72  |        |
| Sm         | 12,37 | 3,32  | n.s.   |
| E1ž        | 13,52 | 4,58  |        |
| E1m        | 14,2  | 4,63  | n.s.   |
| E2ž        | 14,17 | 4,05  |        |
| E2m        | 15,2  | 2,98  | n.s.   |
| PCASEEž    | 82,83 | 18,5  |        |
| PCASEEm    | 84,67 | 15,76 | n.s.   |
| WBQž       | 14,76 | 5,63  |        |
| WBQm       | 15,17 | 4,71  | n.s.   |
| DS-Až      | 0,76  | 1,18  |        |
| DS-Am      | 1,03  | 1,19  | n.s.   |
| DS-Bž      | 1,59  | 1,15  |        |
| DS-Bm      | 1,9   | 1,3   | n.s.   |
| DS-Cž      | 1,48  | 1,21  |        |
| DS-Cm      | 2,07  | 1,05  | < 0,05 |
| DS-Dž      | 1,76  | 1,18  |        |
| DS-Dm      | 1,83  | 1,15  | n.s.   |
| ADLž       | 88,97 | 12,49 |        |
| ADLm       | 88    | 16,9  | n.s.   |
| LOGOž      | 24,68 | 7,07  |        |
| LOGOm      | 24,33 | 6,35  | n.s.   |
| NHZž       | 2,79  | 1,15  |        |
| NHZm       | 2,97  | 0,89  | n.s.   |
| SBPž       | 1,52  | 0,57  |        |
| SBPm       | 1,47  | 0,63  | n.s.   |
| GSž        | 3,38  | 1,05  |        |
| GSm        | 3,37  | 0,93  | n.s.   |
| Vekž       | 74,28 | 5,26  |        |
| Vekm       | 74,07 | 5,74  | n.s.   |
| Tž         | 4,72  | 3,61  |        |
| Tm         | 4,18  | 3,64  | n.s.   |

**m** - muži, **ž** - ženy, **P** - somatické problémy, **C** - kognitívne problémy, **A** - emočné problémy, **S** - sociálne problémy, **E1** - ekonomické problémy, **E2** - osobnostné problémy, **PCASEE** - celková KŽ, **WBQ** - pohoda, **DS-A** - postihnutie v sebaopatere, **DS-B** - postihnutie v pracovnom výkone, **DS-C** - postihnutie v rodine a domácnosti, **DS-D** - postihnutie v širšom sociálnom fungovaní, **ADL** - nezávislosť v aktivitách denného života, **LOGO** - zmysel života, **NHZ** - negatívne hodnotenie zdravia, **SBP** - spokojnosť s bytovými podmienkami, **GS** - celková spokojnosť, **T** - trvanie pobytu v zariadení

## LITERATÚRA

**Bayer A. 1998:** Kvalita života v starobe, úloha geriatrickej medicíny. Lekársky obzor 47: 94 – 95.

**Bech P. 1996:** The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10. Springer-Verlag, Berlin

**Farský I. et al. 2005:** Determinanty kvality života v senu. In: J. Čáp et al. (ed.): Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. JLF UK, Martin, 292 – 298.

**Fetisovová Ž., Mažgútová A. 2001:** Hospicová starostlivosť a kvalita života. Medicínsky monitor 2: 33 -34.

**Haškocová H. 2002:** Manuálek sociální gerontologie. IDV PZ, Brno.

**Jarošová, D. 2005:** Využití MDS-HC nástroje v domácí péči. In: J. Čáp et al. (ed.): Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. JLF UK,

Martin, 336 - 342.

**Litomerický Š. 1996:** Kvalita života človeka a intervenčná gerontológia. Lekársky obzor 45: s. 177-180.

**Lukasová E. S. 1997:** K validizaci logoterapie. In: V. E. Frankl (ed.): Vůle ke smyslu, Cesta, Brno, s. 183 – 209.

**Mahoney F. I., Barthel D. 1965:** Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14: 56 – 61.

**Ondrejka I., Adamicová K. 2003:** Komplexne o kvalite života pacienta. Sestra 2: s. 8 - 9.

**Smolík P. 1996:** Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha.

**Zamboriová M. et al. 2004:** Senior nursing care management. In: K. A. Sirkka (ed.) Proceeding of the toward active old age – European conference on the care elderly. [s.n.], Pori, 58.

*Ivan Farský*  
*ivanf@tipnet.sk*