

ZDRAVIE AKO KĹÚČOVÝ FAKTOR KVALITY ŽIVOTA STARŠÍCH ĽUDÍ

Martina Hrozinská

X: 1–107, 2008
ISSN 1212–4117

UKF Nitra, FSVaZ, katedra socialnej prace a soc. vied, Slovenská republika

Souhrn

Príspevok poukazuje na teoretické a metodologické možnosti uchopenia kvality života starších ľudí, najmä kvality života v súvislosti so zdravím. Autorka príspevku poukazuje na dôležitosť akceptácie autonómie (nezávislosti) staršieho človeka pri meraní a hodnotení kvality života.

Kľúčové slová: starší ľudia – kvalita života starších ľudí – zdravie – nezávislosť a sebestačnosť

Potrebnosť konceptu kvality života v sociálnych vedách a v gerontológii obzvlášť je podľa nášho názoru vysoko opodstatnená. Odchod do dôchodku, strata blízkeho človeka, samota a izolácia boli vyzdvihnuté ako významné vplyvy na kvalitu života starších ľudí. Nutnosť výskumu kvality života v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti sa odzrkadľuje okrem iného v zameraní sa na chorobnosť viac ako na úmrtnosť.

Podľa Bonda a Cornerovej (2004, s. 91) „objavenie kvality života súvisiacej so zdravím ako dominantnej témy v gerontologickom výskume do značnej miery odzrkadľuje tri obsiahle trendy.

Po prvé – nastala zmena v lekárskej záujme od manažmentu akútnych stavov po chronické ochorenia. Pre väčšinu ľudí s chronickým ochorením, z ktorých značné percento tvoria seniori, liečba nie je reálnou alternatívou a cieľom zdravotnej starostlivosti sa stáva organizovanie starostlivosti, spomalenie prirodzenej progresie ochorenia a zachovanie kvality života.

Po druhé – informácie o zdravotných výsledkoch, vrátane kvality života súvisiacej so zdravím, sú požadované na všetkých stupňoch a úsekoch zdravotných a sociálnych služieb ako prostriedok posudzovania a porovnávania efektívnosti nových intervencií a zdravotných technológií. Pre jednotlivých lekárov je výsledok merania neodlučiteľnou súčasťou bežného monitorovania pokroku jednotlivých pacientov a využíva sa pri zakladaní spoľahlivého východiska pre lekárske rozhodovanie. Výsledok me-

rania je dôležitý aj pre výskumnú agendu.

Po tretie – rozsiahle zmeny v štruktúre a manažmente zdravotnej starostlivosti. V Británii boli sprevádzané úmyselnými pokusmi vlády presunúť vplyv z lekárskej profesie na riadenú „obchodnú“ osvetu s dôrazom na perspektívu jedinca, označovaného aj ako pacient, spotrebiteľ, užívateľ, zákazník alebo klient. Podľa očakávania, že spotrebiteľia zdravotných a sociálnych služieb by mali byť zainteresovaní do rozhodovania o tom, ako hodnotiť efektívnosť služieb v rámci demokratického systému. Dôsledkom tejto rétoriky je názor, že ak jedinca sú stimulovaní k participácii na rozhodovacích procesoch, pozornosť sa upriami na to, čo je pre nich dôležité a na určenie efektívnych záverov, ktoré sú relevantné a primerané pre rôznych jedincov a osobám poskytujúcim im starostlivosť.“ V súvislosti s týmto trendom poukazujú Ľ. Pavelová a M. Tvrdon (2006) na možnosti komunitnej sociálnej práce práve konštitúovaním modelu komunitnej starostlivosti, ktorá sa usiluje sa o kultiváciu sociálnych sietí a dobrovoľníckych služieb, ktorých cieľom je uspokojovanie potrieb obyvateľov, a to zvlášť seniorov, a zároveň vytvára priestor pre ich participáciu na svojom živote.

Kvalita života jednotlivcov je prepojená s historickým, ekonomickým a spoločenským kontextom, v ktorom sú umiestnení, a bude jednotlivcovo ovplyvnená životnými skúsenosťami. Mnohé kľúčové oblasti kvality života určujú v sociálno-gerontologickom výskume odraz požiadavky pre politický výskum, a to najmä

v hodnotení fyzického a sociálneho prostredia, v ktorom ľudia žijú. Z tohto dôvodu je potrebné rozlišovať a odlišovať kvalitu života od kvality poskytovaných služieb. Hughesová (1990, in.: Bond, Cornerová, 2004, s. 6) vytvorila zoznam kľúčových oblastí kvality života a následne i koncepcný model kvality života. Spomínaný zoznam obsahuje pozitívne ako aj negatívne aspekty starnutia.

Oblasti dôležité pre kvalitu života starších ľudí:

- Subjektívna spokojnosť: globálna kvalita života stanovená jednotlivými staršími ľuďmi
- Faktory fyzického prostredia: usporiadanie štandardného bývania alebo ústavného bývania, dohľad nad fyzickým prostredím, prístup k službám ako obchody, verejná doprava a trávenie voľného času
- Faktory sociálneho prostredia: rodina a sociálne zázemie, úroveň rekreačných aktivít, kontakt s vládnyimi a dobrovoľnými organizáciami
- Socio-ekonomické faktory: príjem a majetok, stravovanie a celkový štandard života
- Kultúrne faktory: vek, pohlavie, národnosť, vierovyznanie a sociálna vrstva
- Faktory zdravotného stavu: fyzická pohoda, funkčné schopnosti a mentálne zdravie
- Faktory osobnosti: psychologická pohoda, morálny stav, spokojnosť so životom a šťastie
- Faktory osobnej nezávislosti: schopnosť rozhodovania, pohybové ovládanie a ovládanie vlastného prostredia

Pracovná skupina pre kvalitu života bola vytvorená Svetovou zdravotníckou organizáciou v roku 1993. Odborníci v nej definovali kvalitu života ako „vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy“ (WHO QoL Group, 1993, in.: Zikmund, 2001, s. 5). Svetová zdravotnícka organizácia definovala (prostredníctvom výskumného projektu WHOQoL 1997) tieto indikátory kvality života:

1. fyzické zdravie – ovplyvňuje energiu, únavu človeka, bolesť a diskomfort či spánok;
2. psychické zdravie – vyjadruje image, pozitívne a negatívne city, sebahodnotenie,

- spôsob myslenia, učenie a pozornosť;
3. úroveň nezávislosti – pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť od liekov;
4. sociálne vzťahy – ide o osobné vzťahy, sociálnu oporu, sexuálne aktivity;
5. prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie, sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácií, cestovanie;
6. spiritualita – osobná viera a presvedčenie, hodnotová orientácia.

Život osôb vyššieho veku je často charakterizovaný ako plný chorôb a zdravotných problémov. Je takmer o „jedinej istote“ v živote- smrti. Preto nie je prekvapujúce, že zdravotný stav sa považuje podľa gerontológov za veľmi dôležitý faktor kvality života. Fyzická pohoda, funkčná schopnosť či mentálne zdravie bývajú často asociované s kvalitou života.

V posledných dvoch desaťročiach bol výskum kvality života zameraný na kvalitu života v súvislosti so zdravím, resp. zdravotnou starostlivosťou. Aby sa rozlišovalo medzi kvalitou života v širšom zmysle a požiadavkami lekárskej medicíny, pojem „kvalita života súvisiaca so zdravím“ sa teraz používa vo väčšom rozsahu. Bowling (1996) poznamenáva, že v zdravotnom výskume je stále viac a viac moderné stotožňovať všetky ne-klinické údaje s „kvalitou života“, hoci v skutočnosti málo ľudí realizuje komplexné hodnotenie kvality života. Najväčším problémom pri vyšetrovaní (prieskume) kvality života je, že výskumníci rýchlo vyčísľujú to, čo nie je možné kvantifikovať.

Zikmund (1997, podľa Kováč, 2001, s. 35) poukazuje na medicínske hľadisko prostredníctvom klinického prístupu, pri ktorom sa kvalita života premieta cez tieto ukazovatele:

- zmiernovanie (zbavovanie sa) utrpenia (telesného i duševného), predovšetkým bolesti;
- dosahovanie nezávislosti jedinca od iných osôb v každodennom kolobehu života;
- schopnosť, resp. spôsobilosť zvládať národné situácie, záťaž a stres;
- spôsobilosť žiť vo vyhovujúcich spoločenských vzťahoch, zapájať sa do spoločenských aktivít;
- vlastné zabezpečovanie života uspokojovaním konkrétnych, predovšetkým materiálnych potrieb;

- spokojnosť s vlastným životom, príležitostná radosť z neho, zážitky šťastia.

Bowling (1995) skúmal populáciu dospelých v roku 1993 vo Veľkej Británii použitím sociálnej teórie (Brunswick 1956) a priblíženie hodnotenia kvality života vyvinutej O'Boyleom (1989). Bowling skúmal oblasti ľudského života a chcel od respondentov, aby vymenovali tie, ktoré sú najdôležitejšie v ich súčasnom živote (dobré aj zlé). Starší respondenti slobodne spomenuli svoj zdravotný stav ako prvý najdôležitejší bod vo svojom živote, následne ich vzťah s rodinou alebo príbuznými a zdravie druhej osoby.

Zdravie je bezpochyby dôležitým aspektom v živote starších ľudí. Prevláda v rozhovoroch najmä starších ľudí. Je veľmi často jednou z prvých tém v rozhovoroch pri stretnutí sa dvoch ľudí akéhokoľvek veku. Ak sa komunikujúci vyjadria, že trpí nejakými zdravotnými problémami či chorobou, mnohokrát chcú ostatní diskutujúci získať detailný popis symptómov, terapie choroby či prognózy uzdravenia sa a pod. Samotní starší ľudia, keď hovoria napríklad o fyzických schopnostiach seniorov, taktiež použijú zdravie v kombinácii s neschopnosťou a nesebačnosťou. Výskumníci mnohokrát ovplyvnení touto skutočnosťou, považujú zdravie za hlavnú premennú v niektorých výskumoch kvality života.

Prečo je zdravie také dôležité vo vnímaní kvality života starších ľudí? Pre mnohých ľudí je narušenie zdravia dôvodom fyzickej a psychickej závislosti. Vážnejšie narušenie zdravia môže v ľuďoch evokovať nevyhnutné úmrtie. Čiastočne je to odôvodnené obavou z fyzického a mentálneho poklesu a obavou zo závislosti od iných ľudí pri vykonávaní bežných potrieb či prác. V rozhovoroch o zdraví a chorobách často prehliadame iné spolupôsobiace faktory na našu kvalitu života.

Za účelom pochopenia kvality života a dôležitosti zdravia treba zväžiť význam závislosti a nezávislosti starších ľudí.¹ Ovládanie udalostí svojho života zo dňa na deň bolo považované za menej dôležité, ako to videli jednotlivci vo svojich predstavách. Proces adaptácie sa môže odzrkadľovať v predefinovaní vlastnej stratégie, ktorá zahŕňa predefinovanie ich vlastnej kvality života.

Autonómia znamená schopnosť viesť život

podľa vlastných pravidiel, zostať pánom svojho správania a spôsobu života. Autonómia znamená slobodu vo výbere, rozhodovaní. Čím menej je človek autonómny, tým väčší je podiel pomáhajúceho na pomoci a naopak. Potreba autonómie v zmysle byť slobodný, byť sám sebe zákonom, rozhodovať sám za seba tvorí štvrtý stupeň v Maslowovej hierarchii potrieb.

Pri práci so seniormi je dôležité rozlišovať 5 základných stupňov sebačinnosti staršieho človeka (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 42–43):

1. Človek môže uspokojiť svoje potreby sám, staršia osoba si všetko robí sama, nepotrebuje zásah ďalšej pomáhajúcej osoby.
2. Človek nemôže sám uspokojiť svoje fyziologické potreby, jedná za neho pomáhajúci, ktorý zaistí fyziologické potreby, ale ďalšie hierarchicky vyššie potreby si saturuje starší človek sám. Vyskytuje sa aj kategória seniorov, ktorým stav fyzickej závislosti od iných ľudí vyhovuje, nechávajú všetko robiť druhých, prehnane sa nechávajú obsluhovať inými.
3. Človek môže z časti uspokojiť svoje fyziologické potreby; pomáhajúci pomáha v denných činnostiach, je potrebné dôkladne sledovať stav danej osoby, ktorý sa stále vyvíja a mení, diferencovať medzi úkonmi, ktoré si vyžadujú pomoc zo strany ďalšej osoby a úkonmi, ktoré je senior schopný zvládnuť sám.
4. Človek môže uspokojiť svoje fyziologické potreby, ale potrebuje byť vedený; pomáhajúci podnecuje, naznačuje, vedie seniora. Jedná sa najmä o zmetených, dezorientovaných starších ľudí.
5. Človek už nemôže uspokojiť svoje potreby a ani nevyzerá, že by bol schopný sám rozhodnúť o tom, čo potrebuje; v tomto prípade pomáhajúci zaistí starostlivosť o telesné potreby človeka a zároveň za neho rozhoduje. Snažíme sa aj v takejto situácii neprerušit' so seniorom komunikáciu.

Je dôležité mať na zreteli obzvlášť pri práci s osobami vyššieho veku, že človek môže byť fyzicky závislý a zároveň psychicky úplne autonómny. Súčasťou potreby autonómie je aj potreba uznania, vážnosti, pocitu užitočnosti, potreba niekomu alebo niečomu slúžiť. Byť zdravý znamená pre mnohých starších ľudí byť

sebestačný, nebyť odkázaný na pomoc iných ľudí. Zo zistení Dienera a kolektívu (1997) vyplýva, že spokojnosť so životom ako súčasť subjektívnej pohody pravdepodobne reflektuje napĺňanie jedincových hodnôt a cieľov a podieľa sa na jeho hľadaní zmysluplnosti života. Ak senior považuje zdravie za jednu z najdôležitejších životných hodnôt, možno usudzovať na jeho subjektívnu spokojnosť so životom v intenciách spokojnosti, prípadne nespokojnosti so zdravím a miera jeho subjektívnej spokojnosti môže vytvárať jednu podstatnú súčasť jeho celkovej kvality života.

ZÁVER

Posudzovanie kvality života v súvislosti so zdravím je relevantné pre klinické rozhodovanie, keďže poskytuje informácie o stave ochorenia a liečby ochorenia, poukazuje na to, ako sa zlepšuje schopnosť individua fungovať z pohľadu fyzického, spoločenského a psychologického. Posudzovanie kvality života môže mať význam pri rozhodovaní v oblasti zdravotnej technológie, pri hľadaní odpovedí na otázky, ktoré zohrávajú rolu aj pri skúmaní nákladov a prínosu alternatívneho liečenia – rôzne lieky, alebo služby, výsledky meraní kvality života pacientov môžu byť využívané pri porovnávaní skupín ochorení a pod.

Určovanie kvality v živote je a bude obzvlášť problematické. Rovnako kvalita nemôže byť obmedzená na predmetný a absolútny predpoklad určený expertmi. Pohľad starších ľudí na kvalitu života by mal byť pre nás prvoradý, má prednosť pred názormi expertov. Ale z pohľadu spoločenského názoru expertov vo výrazoch ako napríklad alokácia zdrojov, spôsob života či spotreba budú ďalšie dôležité.

LITERATÚRA

- BOND, J., CORNER, L.: Quality of life and older people. Berkshire: Open University Press, 2004.
BOWLING, A.: What things are important in people's

lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1995, p. 1447–1462.

BOWLING, A.: *Measuring Health*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 1996.

BRUNSWICK, E.: *Perception and the Representative Design of Psychological Experiments*. Berkeley, California: University of California Press, 1956.

DIENER, E., SUH, E., OISHI, S.: Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 1997, p. 25–41.

CORNER, L.: *Developing approaches to person-centred outcome measures for older people in rehabilitation settings*. Unpublished PhD thesis, University of Newcastle upon Tyne, 1999.

KOVÁČ, D.: Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového tisícročia. *Československá psychologie*, roč. 45, 2001, č. 1, s. 34–44.

O'BOYLE, C. A., MCGEE, H., HICKEY, A., O'MALLEY, K. J., JOYCE, C. R. B.: Reliability and validity of judgement analysis as a method for assessing quality of life. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 27, 1989, p. 155P.

PAVELOVÁ, E., TVRDOŇ, M.: *Komunitná sociálna práca*. Nitra: UKF, 2006, 175 s.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydanie. Praha: Portál, 1998, s. 156.

WHOQOL. *Measuring quality of life*. Geneva: World Health Organization, 1997.

ZIKMUND, V.: Kvalita života a medicína. In: *Medicínsky monitor*, 2001, č. 1, s. 5–7.

Vysvetlivky:

1. V diskusiách o zdraví so staršími ľuďmi Cornerová (1999) odhalila niekoľko faktorov, ktoré poskytujú význam zdravia účastníkov. Zmysel kontroly a príslušných pocitov sebaistoty, sebadôvery, spoľahlivosti a zmysel autonómie vyplynuli ako faktory zdravia a chorobnosti.

* *Príspevok vznikol v rámci projektu KEGA č. 3/5264/07 Ďalšie vzdelávanie učiteľov vybraných SOŠ v odbore: Sociálna gerontológia ako aj projektu CGA č. VII/4/2007 Príručka zo sociálnej gerontológie pre sociálnych pracovníkov z praxe.*

Martina Hrozenská
mhrozenska@ukf.sk