

Vnímání psychické dimenze kvality života seniory s chronickou nenádorovou bolestí

M. Schneiderová, A. Pokorná

SOUHRN

Hodnocení kvality života je stále častěji zmiňovaným fenoménem. Cílem naší práce bylo posouzení vybraných oblastí psychické dimenze kvality života u seniorů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb, kteří trpí chronickou nenádorovou bolestí. Prospektivní studie byla založena na participativním pozorování a objektivizujícím testování probandů s pomocí dotazníku WHOQOL-100. K posouzení vlivu bolesti v oblasti psychické domény byl využit dotazník deprese podle Yesavage. Soubor tvořilo 155 seniorů (121 žen a 34 mužů). Zjištěna byla významná korelace mezi aktuálním hodnocením kvality života

v psychické dimenzi u seniorů s chronickou nenádorovou bolestí a výskytem deprese. Nejvýznamněji byla ovlivněna schopnost soustředění se ($p = 0,000$) a pocity smutku či deprese ($p = 0,013$). Z výsledků vyplývá, že chronická nenádorová bolest významně ovlivňuje psychickou dimenzi kvality života seniorů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života – WHOQOL-100 – seniory – zařízení sociálních služeb – domov pro seniory – chronická nenádorová bolest

SUMMARY

Perception of the psychological dimension of quality of life by seniors with chronic non-malignant pain. Rating of quality of life is an ever more frequently mentioned phenomenon. The goal of our work was to evaluate chosen areas from the psychological dimension of quality of life in seniors living at social services facilities and who suffer from chronic non-malignant pain. The prospective study was based on participative observation and objectivising proband testing using the WHOQOL-100 questionnaire. To evaluate the psychological effects of pain, the depression questionnaire according to Yesavage was used. The studied group involved 155 se-

niors (121 women and 34 men). Significant correlation was found between current quality of life ratings in the psychological dimension and recent occurrences of chronic non-malignant pain and depression. The most affected areas were the ability to focus ($p=0.000$) and feelings of sadness or depression ($p=0.013$). The results show that chronic non-malignant pain significantly influences how patients living in social services facilities rate the psychological dimension of their quality of life.

KEYWORDS

quality of life – WHOQOL-100 – elderly – social services – home for the elderly – chronic nonmalignant pain

ÚVOD

Hodnocení kvality života v rámci empirických studií nevykazuje jednotné přístupy. V souvislosti s pobytem seniorů v zařízeních sociálních služeb je jejich kvalita života často vnímána jako spokojenost, ale i jako dobrý zdravotní stav – tedy asociuje jak subjektivně vnímané dimenze (pocit příjemně prožívaného života), tak objektivně měřitelné faktory (pří-

tomnost či spíše nepřítomnost symptomů nemoci, socioekonomický status apod.). Individuálně vnímaná kvalita života by však neměla zahrnovat jen relevantní objektivní oblasti života, ale také nemateriální a kolektivní hodnoty, jako je svoboda, spravedlnost nebo míra autonomie. Nemateriální hodnoty jako důstojnost, soukromí a bezpečnost nabývají pro seniory mnohem většího významu než přímo kvalita

života daná objektivními faktory (např. místem pobytu, environmentálními faktory), protože ty jsou dány místem, kde aktuálně žijí. Významné je tedy hodnocení vztahových relací, pocitů sounáležitosti a psychické vyrovnanosti a/nebo naopak nepohody až deprese třeba i v důsledku některých symptomů onemocnění. Existuje řada souvisejících nebo souřadných pojmů, které jsou často používány v souvislosti s kvalitou života jako synonyma, i když ani jejich přesný význam není dosud dostatečně definován. K nejčastěji používaným patří pojmy: „social well-being“ (sociální pohoda), „well-being“ (pocit pohody), „subjective well-being“ (individuální stav pohody), „social welfare“ (sociální blahobyt), „human development“ (lidský rozvoj), „standard of living“ (životní úroveň), popř. „happiness“ (štěstí), „health“ (zdraví), „wealth“ (bohatství), „satisfaction“ (spokojenost), což vede k nesnadnému uchopení i kontroverznosti obou fenoménů^(1, 2, 3). Jedním z významných faktorů, které ovlivňují kvalitu života seniorů, je chronická nenádorová bolest.

Trvalá existence bolesti u skupiny obyvatel vyššího věku zhoršuje mobilitu a soběstačnost a může být důvodem pro ztrátu sociálních kontaktů⁽⁴⁾. Narušení sociálních vztahů s blízkými osobami, které jsou seniory vnímány jako významná součást a často základ smysluplnosti života, ovlivňuje jeho subjektivně vnímanou kvalitu. Vztah smyslu života a deprese pak ve vyšším věku nabývá stále aktuálnějších rozměrů. Je to dáno změnami v demografickém stárnutí populace ve vyspělých zemích, ale také vnímáním heterogenity seniorské populace (odlišují se navzájem nejen věkem, vzděláním, finanční situací, životními podmínkami, ale i zdravotním stavem a s ním související mírou soběstačnosti atd.⁽⁵⁾). Během života na člověka, tedy i seniora, působí mnoho stresujících událostí, které mohou přispívat ke vzniku a trvání bolesti a ovlivnit její prožívání. Samotná chronická bolest vyvolává distres, zvyšuje výskyt negativních emočních projevů a ovlivňuje psychosociální kvalitu života. Pod vlivem chronické bolesti může dojít ke vzniku či akcentaci deprese, případně je jedinec více úzkostný a nekritický, než by byl za standardních okolností⁽⁶⁾.

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem prospektivní studie bez kontrolní skupiny, s využitím participativního pozorování a objektivního posouzení, bylo zhodnocení kvality života u vybraného souboru seniorů s chronickou nenádorovou bolestí, žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb. Záměrem bylo posoudit vybrané oblasti psychické dimenze kvality života u seniorů s chronickou nenádorovou bolestí, žijících v DpS. Základní premisa spočívala v tom, že vybrané demografické determi-

nanty (věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav) a výskyt pocitů smutku nebo deprese v souvislosti s bolestí na sobě závisí.

METODIKA

Pro účely studie byla zvolena prospektivní studie s využitím participativního pozorování a objektivního posouzení. Sběr dat pro posouzení ve studii byl založen na kombinaci vybraných položek ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-100, doplněných o položky zaměřené na demografické údaje o respondentech a zhodnocení škály deprese podle Yesavage (Geriatric Depression Scale – GDS)⁽⁷⁾. Respondenti museli splňovat následující kritéria: věkovou hranici 60 let a více; místo trvalého pobytu v zařízeních sociálních služeb (domov pro seniory) s minimální délkou půl roku; přítomnost chronické nenádorové bolesti (ověřeno z dokumentace) a ochotu a způsobilost podílet se na dotazníkovém průzkumu včetně využití objektivizujícího testu GDS. Data byla vyhodnocena prostřednictvím programu IBM SPSS (IBM Predictive Analysis Software) verze 19 s využitím chí-kvadrát testu, Kruskalova-Wallisova testu a Kendallova tau na 5% hladině významnosti.

VÝSLEDKY A DISKUSE

Celkem bylo identifikováno a osloveno 400 seniorů, kteří splňovali stanovená kritéria pro zařazení do studie. Finálně zhodnoceno bylo pomocí výše uvedených nástrojů 155 seniorů (z původně osloveného počtu, tj. 38,75 %). Výsledný počet zhodnocených seniorů byl potenciálně negativně ovlivněn kritériálními požadavky kladenými na soubor respondentů a pozitivně plnou asistencí výzkumníka při sběru potřebných informací k analýze dat (zejména objektivizujícímu hodnocení probandů). Z celkového počtu 155 (100,0 %) respondentů se studie zúčastnilo 121 žen (78,1 %) a 34 mužů (21,9 %). V době studie bylo 101 (65,2 %) respondentů odevzdaných, 26 respondentů (16,8 %) rozvedených, 18 respondentů (11,6 %) svobodných a 9 respondentů (5,8 %) vdaných/ženatých. Pouze jeden respondent (0,6 %) uvedl, že žije s druhem/družkou. Z hlediska soužití byla situace následující: nejvíce respondentů (n = 63; 40,6 %) sdílelo pokoj s jednou osobou a 61 (39,4 %) respondentů bydlelo na pokoji samo. Pouze 10 respondentů (6,5 %) sdílelo bydlení se dvěma osobami a 5 respondentů (3,2 %) žilo s partnerem/partnerkou (manželem/manželkou). Jiný způsob soužití označilo 16 respondentů (10,3 %) – sdíleli pokoj s 3, 4 či 5 osobami. Další informace viz tabulka 1.

Jedním ze základních předpokladů v naší studii bylo, že vybrané demografické determinanty (věk, pohlaví, vzdělání,

Tab. 1 Demografické údaje o respondentech

Sledovaná oblast	Min.	Max.	Průměr	Medián	Modus
Věk	60	100	80,1	81	87
Délka pobytu v DpS (v letech)	1	20	5	4	1
Trvání chronické nenádorové bolesti (v letech)	1	50	7,6	5	2
Škála deprese pro geriatrické pacienty podle Yesavage (body)	0	15	5,6	5	3

PŮVODNÍ PRÁCE

rodinný stav) a výskyt pocitu smutku nebo deprese v souvislosti s bolestí na sobě závisí. Při hodnocení vztahů mezi věkem a deklarovanými pocity smutku a deprese v důsledku bolesti u sledovaného souboru seniorů nebyl zjištěn statisticky významný vztah (Kruskalův-Wallisův test, $p = 0,830$). Stejně tak determinanta vzdělání nebyla identifikována jako významná (chí-kvadrát test, $p = 0,285$). Přepokládali jsme, že vzdělání sehrává úlohu ve schopnosti nalézat vhodná řešení a strategie ve zvládnání zátěže, psychické odolnosti a případně vyhledání odborné pomoci. Také rodinný stav seniorů v námi hodnoceném souboru nesouvisel s deklarovanými pocity smutku a deprese v důsledku bolesti (chí-kvadrát test, $p = 0,749$). Vycházeli jsme z obecně známého faktu, že rodinný stav patří k dominantním sociálním faktorům. Uvádí se, že u ženatých mužů je výskyt deprese nižší než u svobodných, kdežto vdané ženy vykazují vyšší výskyt než svobodné⁽⁸⁾.

V našem souboru byla nejvyšší intenzita výskytu pocitu smutku nebo deprese (hodně/maximálně) v souvislosti s bolestí zaznamenána u respondentů v partnerském svazku 40,0 % (dále pak u rozvedených 38,5 %, ovdovělých 33,7 % a svobodných 16,5 %). S přibývajícím věkem je také možné pozorovat zvyšující se nárůst stresorů. Je to dáno tím, že člověk často ztrácí své nejbližší, mění se jeho socioekonomická role, trpí řadou chronických somatických onemocnění včetně chronické bolesti, může různou měrou ztrácet soběstačnost, být umístěn do zařízení dlouhodobé péče apod.⁽⁹⁾ Studie byla prováděna u osob institucionalizovaných, u nichž je vyšší riziko dysforických projevů a deprese, ale většina byla ovdovělých anebo rozvedených (82 %) a také z toho důvodu je možné, že nebyl ověřen statisticky významný rozdíl. Naopak byl potvrzen statisticky významně častěji pocit deprese u žen s chronickou bolestí než u mužů (chí-kvadrát test, $p = 0,045$). Ženy nejčastěji (37,2 %) deklarovaly, že pocit smutku nebo deprese v souvislosti s bolestí pociťují hodně/maximálně. U mužů byl tento výsledek zaznamenán pouze u 17,6 %. Středně vnímaná intenzita výskytu pocitu smutku nebo deprese ve vztahu k bolesti byla zaznamenána v relativně stejném zastoupení u žen (30,6 %) i mužů (29,4 %). Žádný nebo minimální výskyt smutku či deprese byl uváděn u 32,2 % žen a 52,9 % mužů. Námi zjištěný výsledek odpovídá informacím dříve prezentovaným v odborných zdrojích. Pohlaví patří mezi rizikové a predisponující faktory rozvoje deprese u nemocných vyššího věku. Z obecného statistického pohledu ženy trpí depresí přibližně dvakrát častěji než muži (celoživotní prevalence se pohybuje okolo 20 %). Prevalence depresivní fáze u seniorské populace (nad 65 let) je prezentována u 1,4 % žen a u 0,4 % mužů. I když se jedná o nález nižší, než je u běžné populace (celoživotní prevalence deprese se pohybuje v rozmezí 5–16 %)⁽¹⁰⁾. V dospělé populaci je tedy riziko výskytu deprese uváděno mezi

5–16 % a prevalence ve vyšším věku je nejčastěji uváděna okolo 10 %, ovšem tato hodnota se týká plně vyjádřené depresivní symptomatologie splňující všechna kritéria depresivní fáze. Pokud dochází k aktivnímu vyhledávání depresivních příznaků u seniorů, včetně neúplně vyjádřených depresivních stavů, hodnoty se pohybují okolo 15–25 %⁽¹¹⁾. Významně vyšší riziko vzniku deprese je pak možno nalézt u seniorů somaticky nemocných nebo institucionalizovaných⁽¹²⁾. Opět lze hovořit o shodě mezi našimi zjištěními a odbornými zdroji. V případě hodnocení výskytu deprese u geriatrických probandů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb s chronickou nenádorovou bolestí, dle Yesavage (GDS), ve vztahu ke všem sledovaným oblastem psychické dimenze kvality života, byly ověřeny statisticky významné vztahy, neboť signifikance Kendallova tau testu nepřekročila kritickou hodnotu 0,05 (tab. 2). Při testování bylo ověřeno, že se stoupající bolestí se zhoršují projevy deprese a snižuje se schopnost soustředění seniorů. Bolest je významným faktorem, který ovlivňuje vnímání seniora. Schopnost vigillance (udržení celkové schopnosti pozornosti a její koncentrace) je postupně involučně omezena se zvyšujícím se věkem. K nejčastějším ovlivňujícím faktorům patří únava (starší lidé se mnohem častěji a rychleji unaví, což vyžaduje delší čas k regeneraci organismu)⁽¹³⁾. Bolest, ať již chronického typu, anebo výskyt bolestí neurčitěho charakteru, má vliv na kognitivní uvědomění i následné upoutání pozornosti⁽¹⁴⁾. Efektivita pozornosti seniorů závisí také na situačním kontextu či typu úkolu. Koncentrace se mění mnohem méně a k jejím výrazným změnám nedojde, pokud se jedná o jednoduchou nebo dobře známou činnost, kterou senior vykonává téměř automaticky, a zároveň na něj nepůsobí z okolí rušivé irelevantní zvukové podněty. Kvalita pozornosti je také důležitým indikátorem celkové úrovně fungování kognitivních funkcí⁽¹⁵⁾. Také z výše uvedených důvodů by vliv bolesti na koncentraci jedince vyššího věku neměl být bagatelizován. Z námi získaných výsledků je zřejmé, že test podle Yesavage má vysokou schopnost identifikovat změny psychického stavu seniora a souvisí se subjektivně vnímanou kvalitou života u seniorů s chronickou nenádorovou bolestí.

ZÁVĚR

Z realizované prospektivní studie provedené u seniorů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb (domovech pro seniory) byl jednoznačně identifikován vliv chronické nenádorové bolesti na jejich kvalitu života v psychické doméně. Seniori s chronickou nenádorovou bolestí častěji trpí pocity smutku a deprese, mají potíže se soustředěním a se zvyšující se bolestí se zhoršuje skóre škály deprese podle Yesavage

Tab. 2 Hodnocení vztahu výskytu příznaků smutku a deprese (dle GDS) u seniorů v psychické dimenzi hodnocení kvality života

Sledované oblasti psychické dimenze kvality života	Výsledek skóre dle Yesavage (p)
Pocítujete bolest?	0,013
Jak se dokážete soustředit, když máte bolesti?	0,000
Jak moc Vás trápí pocity smutku nebo deprese (špatná nálada) v souvislosti s bolestí?	0,000

(Geriatric Depression Scale – GDS). Z uvedeného vyplývá doporučení pro klinickou praxi v sociálních i zdravotních službách ve smyslu efektivního využívání objektivizujících škál pro hodnocení aktuálního stavu bolesti u seniorů. Většina seniorů při prvním kontaktu nedeclarovala jednoznačné změny nálady, ale při důkladném posouzení s využitím GDS byla zjištěna vysoká korelace s hodnocením kvality života dle WHOQOL-100 (vybraných položek).

Literatura

- 1. Dragomirecká E, Bartoňová J.** WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2006.
- 2. Rapey, M. Quality of Life Research:** A Critical Introduction. GBR (London): SAGE Publications Ltd. 2003.
- 3. Gurková E.** Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing 2011.
- 4. Pokorná A, Eckelová I.** Efektivita léčby bolesti z pohledu seniorů. *Bolest* 2013; 16(2): 77–82.
- 5. Ondrušová J, Dragomirecká E.** Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie* 2012; 3: 193–205.
- 6. Raudenská J.** Psychologie chronické bolesti ve stomatologii. *Stoma team* 2011; 11(5): 81–85.
- 7. Roth J, Preiss M, Uhrová T.** Deprese v neurologické praxi. Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory. Praha: Galén 1999.
- 8. Pidman V.** Poruchy nálady u seniorů: příručka pro pacienty a jejich rodiny. Praha: Maxdorf 2010.
- 9. Holmerová I, Vaňková H.** Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi* 2009; 6(2): 111–114.
- 10. Laňková J, Raboch J.** Deprese: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2013.
- 11. Drástová H, Krombolz R.** Deprese v séniu. *Med praxi* 2006; 3(5): 241–243.
- 12. Franková V.** Depresivní poruchy ve stáří. *Postgrad med* 2010; 12(6): 634–642.
- 13. Gillernová I, Kebza M, Rymeš M a kol.** Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí. Praha: Grada Publishing 2011.
- 14. Lužný J.** Hodnocení bolesti u klientů se středně těžkou a těžkou demencí. *Oše por asistence* 2013; 4(4): 678–683.
- 15. Vágnerová M.** Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum 2007.

Autorky prohlašují, že v souvislosti s publikací článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny farmaceutickou firmou.

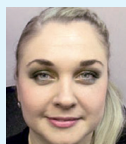
Geri a Gero 2015; 2: 70–73

PhDr. Michaela Schneiderová¹
doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.²

¹Katedra ošetrovatelství LF MU, Brno
²Institut biostatistiky a analýz LF MU, Brno

PhDr. Michaela Schneiderová

e-mail: mschneid@med.muni.cz



Pracuje jako asistentka na katedře ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Po promoci na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (2007) pracovala krátce jako asistentka na LF UK v Hradci Králové, kde se plně začala věnovat oboru ošetrovatelství. Rigorózní zkoušku v tomto oboru složila na Slovenské zdravotnické univerzitě v Bratislavě (2009). Předmětem jejího výzkumného zájmu je kvalita života jedinců s bolestí (Ph.D., 2015).