

## Komplexne o kvalite života pacienta

*MUDr. Igor Ondrejka, PhD., Psychiatrická klinika JLF UK a MFN, Martin,*

*doc. MUDr. Katarína Adamicová, PhD., Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN, Martin*

Kvalitu života ako dynamicky sa meniaci stav ovplyvňuje komplex klinických, osobných a sociálnych činiteľov. Jej podpora sa stáva jedným z cieľov terapeutickkej a ošetrovateľskej intervencie.

Zdravotnícka starostlivosť sa v súčasnosti orientuje na pacienta ako na individualitu, ktorá ovplyvňuje stanovenie cieľa a výber prostriedkov k nemu smerujúcich. Vyjadruje to aj čoraz častejšie používaný pojem klient, ktorý kladie dôraz na aktivitu v stave zdravia a choroby.

Holistický čiže celostný prístup vníma pacienta ako jedinečnú bio-psycho-sociálnu a spirituálnu bytosť, pričom zrovnoprávňuje subjektívne kritériá s objektívnymi (organopatologickými). Vyjadrený je aj novším termínom kvalita života, ktorý sa v odbornej literatúre vyskytuje čoraz častejšie. Doteraz nedošlo k zhode v definícii kvality života, jej zložiek a činiteľov. Najčastejšie ju definujeme pomocou iných pojmov, charakteristických znakov, ktoré pokladáme za podstatné, s objasnením priesečníka súvislostí týchto znakov.

(1)

Kvalita života sa stáva jedným z cieľov ošetrovateľských intervencií. Kolcabová (2) zaviedla pojem komfort ako pozitívne kritérium ošetrovateľskej starostlivosti, pričom jej definícia sa zhoduje s ohraničením pojmu kvalita života. Komfort definuje ako uspokojenie základných ľudských potrieb, uvoľnenie, úľavu, pohodlie a transcenciu v kontexte fyzickom, psycho, spirituálnom a sociálnom, ktoré vyplývajú z konkrétnej zdravotnej situácie.

Testa a Nackley (3) zaviedli termín kvalita života vzťahujúca sa na zdravotný stav (health-related quality of life). Bech (4) vychádzal pri posudzovaní kvality života z tzv. PCASEE-modelu, na základe ktorého vypracoval škálu kvality života pozostávajúcu zo šiestich zložiek: P - somatické (fyzické) problémy, C - kognitívne problémy, A - emočné (afektívne) problémy, S - sociálne dysfunkcie, E1 - ekonomické problémy, E2 - osobnostné problémy. Nemčeková a Žiaková (5) uvádzajú, že kvalitu života možno posudzovať na základe dynamiky, hierarchického usporiadania ľudských potrieb a podľa možností ich uspokojovania.

Z doterajších skúseností je zrejmé, že koncepcia kvality života by mala byť multidimenzionálna, t. j. mala by zahŕňať subjektívnu pohodu ako emočný komponent, spokojnosť ako kognitívny komponent, sociálne fungovanie ako výkonový komponent a zmysel života ako spirituálny komponent. Pojmy subjektívna pohoda (well-being) a spokojnosť (satisfaction) sa často nesprávne zamieňajú. Pohodu definujeme pomocou emócií, vzťahuje sa na aktuálne situácie. V praxi ju možno posudzovať Dotazníkom pohody podľa SZO (The Well-Being Questionnaire), ktorý má 10 položiek so stupnicou od 0 do 3. Súhrnné skóre dosahuje

hodnoty od 0 do 30, pričom vyššie celkové skóre indikuje vyššiu aktuálnu celkovú pohodu. (4) Spokojnosť definujeme pomocou kognícií, kognitívnych úsudkov a hodnotení minulosti. Možno rozlišovať celkovú spokojnosť so životom a špecifickú spokojnosť (napr. so vzdelaním, zamestnaním, bývaním, vzťahmi, zdravotným stavom, s liečbou, s ošetrovateľskou starostlivosťou atď.).

### Sociálne fungovanie

Sociálne fungovanie je významným komponentom kvality života. Vyjadruje sa stupňom postihnutia (disablement). Druhá os Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCh -10 slúži na hodnotenie postihnutia obmedzujúceho plnenie úloh, ktoré sú očakávané v konkrétnom sociokultúrnom prostredí. Postihnutie zahŕňa poškodenie (impairment), zneschopnenie (disability) a hendikep.

Poškodenie vyjadruje stratu alebo abnormitu psychickej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúry alebo funkcie. Zneschopnenie je obmedzenie alebo chýbanie (následkom poškodenia) schopnosti vykonávať činnosť normálnym spôsobom v danom sociokultúrnom prostredí. Hendikep je znevýhodnenie jednotlivca vyplývajúce zo zneschopnenia, ktoré limituje plnenie úloh zodpovedajúcich veku, pohlaviu, sociálnym a kultúrnym činiteľom. Postihnutie možno posudzovať Škálou postihnutia podľa SZO (WHO Disablement Scale) v štyroch špecifických oblastiach fungovania: A -Starostlivosť o vlastnú osobu, B -práca, C - rodina a domácnosť, D -fungovanie v širšom sociálnom kontexte. Hodnotí sa na 6-bodovej stupnici od 0 (bez postihnutia) do 5 (ťažké postihnutie). (6) Pretrvávanie postihnutia po akútnom štádiu ochorenia je príčinou dlhodobej práceneschopnosti a invalidizácie pacienta.

### Zmysel života

Zmysel života súvisí s hodnotovým systémom človeka a s jeho napĺňaním. Život je potenciálne zmysluplný za akýchkoľvek podmienok. Ak je človek v hľadaní zmyslu úspešný, potom je šťastný, zároveň je schopný trpieť. Utrpenie bezprostredne nevedie k zúfalstvu. Len utrpenie, ktoré je bez zmyslu, spôsobuje zúfalstvo. Strata zmyslu života je príčinou noogénnej depresie a noogénnej neurózy. Zmysel života možno posudzovať pomocou LOGO-testu od Lukášovej. (7) Zmysluplnosť života ovplyvňuje úroveň pohody, spokojnosti, sociálnych funkcií, ako aj celkovú kvalitu života. Možno ho definovať ako spirituálny alebo transcendentálny komponent kvality života.

### Subjektívny a objektívny prístup

Kvalita života je odrazom subjektívneho prežívania pacienta, preto by jej posudzovanie malo byť subjektívne. Subjektívny stav sa však prejavuje aj v objektívnych životných podmienkach. U pacientov s nízkym vekom, s nízkym intelektom a pri poklese kritickosti je otázne, či subjektívne posúdenie kvality života prinesie validné informácie.

## Vzťahy medzi časom a kvalitou života

Jednotlivé zložky- kvality života sa menia v čase. Subjektívna pohoda, ktorá závisí od aktuálneho emočného stavu, sa zvyčajne mení najrýchlejšie, zmeny v spokojnosti a v sociálnom fungovaní bývajú pomalšie. Zmeny v zmysle života vykazujú väčšiu interindividuálnu variabilitu. Niektorí pacienti nestrácajú zmysel života ani pri vážnejších zdravotných problémoch. Vplyv pohody, spokojnosti a fungovania na vonkajšie životné podmienky je pomalým procesom. Kvalita života nie je stacionárna ani v prípade chronických ochorení, ktoré ju znižujú postupne. Možno ju však udržať alebo zvýšiť pomocou komplexných liečebných a ošetrovateľských stratégií v komunite.

## Klinické činitele

Kvalita života počas choroby závisí od intenzity, pestrosti, trvania a dynamiky zmien klinických symptómov ochorenia. Intenzívnejšie a pestrejšie príznaky spôsobujú výraznejší pokles kvality života. Možno predpokladať rozdiely v kvalite života pri akútnom a chronickom ochorení. Mnohé chronické ochorenia, aj keď bezprostredne neohrozujú život človeka a prejavujú sa minimálnymi príznakmi, spôsobujú postupný pokles kvality života, ktorý možno zastaviť alebo aspoň zmierniť komplexným terapeutickým a ošetrovateľským manažmentom pacientov.

## Osobne činitele

Pri chronických ochoreniach nemusí byť kvalita života v súlade s intenzitou príznakov a problémov vyplývajúcich z ochorenia. Dôležitým faktorom sú osobné činitele (vek, pohlavie, osobnostné charakteristiky) ovplyvňujúce adaptáciu na ochorenie, ktorá vyžaduje uplatňovanie zložitých mechanizmov a stratégií spracovania celého spektra špecifických stresov. Tento proces označujeme ako koping s chorobou. Uplatňovanie neúčinných kopingových stratégií spôsobuje maladaptáciu s postupným poklesom kvality života.

## Sociálne činitele

Kvalita života pacienta závisí aj od interakcií s jeho sociálnym prostredím. Rodina pacienta, ale aj širšie sociálne prostredie (kolegovia, priatelia, spolužiaci, učitelia atď.) bývajú významnými podpornými činiteľmi. Pomáhajú pacientovi adaptovať sa na chorobný stav, čím sa podieľajú na zvyšovaní kvality jeho života. Na druhej strane ju však môžu aj druhotne zhoršiť, čo býva významné najmä v prípade chronických ochorení. Dôležitá je otázka postojov a prijatia pacienta aj s ochorením. Vzťahy sú však obojstranné. Chronické ochorenie člena rodiny ovplyvňuje jej funkčnosť a kvalitu života všetkých jej členov.

Podpora kvality života sa stáva jedným z cieľov ošetrovateľských intervencií. Jej posudzovanie by malo byť komplexné, holistické. Možno vy chádzať z multidimenzionálneho koncepčného modelu, ktorý obsahuje subjektívnu pohodu, spokojnosť, sociálne fungovanie a zmysel života ako komponenty kvality života. Pri zistení poklesu v niektorej zložke treba analyzovať jeho príčiny. Ošetrovateľské stratégie na podporu kvality života treba zamerať nielen na pacienta, ale aj na jeho rodinu. Podpora kvality života je významným nástrojom aj v prevencii recidív ochorení.

#### Literatúra

1. Fetisovová, Ž., Mažgútová, A.: Hospicová starostlivosť a kvalita života. Medicínsky monitor, 2001, 2, s. 33 - 34.
2. Kolcaba, K. Y.: A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, 19, 1994, s. 1178 - 1184.
3. Testa, M. A., Nackley, J. F.: Methods for quality of life studies. Annu. Rev. Public. Health., 15, 1994, s. 535 - 559.
4. Bech, P.: The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening. Springer Verlag, Berlin, 1996, 86 s.
5. Nemčeková, M., Žiaková, K.: Kvalita života ľudí trpiacich bolesťou. JLF UK, Martin, 1997, 70 s.
6. Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diag nostika. Maxdorf Jessenius, Praha, 1996, 504 s.
7. Frankl, V. E.: Víle ke smyslu. Cesta, Brno, 1997, 212 s.