

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domskem varstvu Quality of life of older people with depression in residential care

Zoltan Pap, Ana Habjanič[†], Branislava Belović

Ključne besede: duševno zdravje; samooceena zdravja; socialna vključenost; dom starejših

Key words: mental health; self-assessed health status; social inclusion; nursing homes for the elderly

Zoltan Pap, dipl. zn.;
Univerzitetni klinični center
Maribor, Oddelek za psihiatrijo,
Ob železnici 30, 2000 Maribor

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
zoltan.pap91@gmail.com

doc. dr. Ana Habjanič[†], Doctor
of Health Sciences, Finland,
spec. geron. zn.; Fakulteta za
zdravstvene vede Univerze v
Mariboru, Žitna ulica 15,
2000 Maribor

prim. mag. Branislava Belović,
dr. med., spec. socialne
medicine in pediatrije;
Nacionalni inštitut za javno
zdravje, Območna enota
Murska Sobota, Ulica arhitekta
Novaka 2b, 9000 Murska
Sobota

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Zoltana Pap
*Kakovost življenja starostnikov z
depresijo* (2013).

Prejeto/Received: 15. 6. 2014
Sprejeto/Accepted: 31. 1. 2015

IZVLEČEK

Uvod: Starostno obdobje spremljajo številne spremembe, ki povečajo starostnikovo ranljivost in hkrati oblikujejo značilne simptome depresije ter vplivajo na kakovost življenja. Namen raziskave je ugotoviti razlike v kakovosti življenja, vključevanju v družabne aktivnosti in samooceeni zdravja starostnikov z depresijo in starostnikov brez depresije.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Vključenih je bilo 138 oseb, od tega 69 oseb z depresivno motnjo in 69 oseb brez depresivne motnje. Podatki so bili pridobljeni z osebnim anketiranjem starostnikov, ki so bili stanovalci izbranih domov za starejše občane v Pomurju. Uporabljen je bil vprašalnik EuroQol-5D (Euro Quality of life – 5 Dimension), zanesljivost je bila dobra ($r = 0,86$). Raziskava je potekala oktobra 2013. Pridobljeni podatki so bili obdelani v statističnem programu IBM SPSS Statistics ver. 19.0. Za testiranje hipotez je bil uporabljen test χ^2 .

Rezultati: Rezultati pokažejo, da je kakovost življenja depresivnih anketirancev značilno slabša ($p < 0,001$) kot kakovost življenja anketirancev brez depresije. Anketiranci z depresijo se značilno manj ($p < 0,005$) vključujejo v družabne aktivnosti. Prav tako je samooceena zdravja anketirancev z depresijo, prikazana z vizualno analogno lestvico, značilno slabša ($p < 0,001$).

Diskusija in zaključek: Depresija povzroča hudo poslabšanje kakovosti življenja obolelih oseb. Starostniki z depresijo, ki bivajo v domskem varstvu, pogosteje opuščajo aktivnosti, za katere bi bili še zmožni, in se manj vključujejo v družabne aktivnosti. Več pozornosti je potrebno nameniti za ohranjanje obstoječih sposobnosti starostnikov in tako ohraniti posameznikov občutek lastne učinkovitosti in zadovoljstva.

ABSTRACT

Introduction: The period of old age is accompanied with many changes which increase the vulnerability of elderly people, bring about typical symptoms of depression and influence the quality of life. The main purpose of this research is to identify the difference in the quality of life, inclusion in social activities and self-assessed health status of the elderly with and without depression.

Methods: Quantitative methodology was used in this research. It included 138 participants, 69 of which suffered from depression and 69 did not suffer from depression. Data were collected through personal interviews with the elderly who were residents of nursing homes for the elderly in the Pomurje region. Interviews were conducted with the help of EuroQol-5D (Euro Quality of Life – 5 Dimension) questionnaire. The reliability coefficient was good ($r = 0.86$). Research work was conducted in October 2013. Data analysis was performed using an IBM SPSS Statistics ver. 19.0 statistical programme. For hypothesis testing Hi-square test was used.

Results: The results show that the quality of life of the respondents with depression was significantly poorer ($p < 0.001$) than the quality of life of those without depression disorder. Respondents with depression are significantly less involved ($p < 0.005$) in social activities than those without depression disorder. Self-assessed health status grade of respondents with depression is also significantly worse ($p < 0.001$). The results are shown with visual-analogue scale.

Discussion and conclusion: Depression causes severe deterioration in quality of life of individuals suffering from it. The elderly with depression disorder, living in nursing homes for the elderly, more often exclude themselves from the activities, which they are physically capable of performing and they are less willing to join social activities. More emphasis should be placed to retain the existing skills of the elderly and thus their feeling of self-efficiency and satisfaction would be preserved.

Uvod

Raziskovanje kakovosti življenja starostnikov je v zadnjih letih deležno vedno več pozornosti, saj število starostnikov narašča (Nemec, 2007; Muršec, 2011; Smovnik, 2011; Kogoj, 2013). Med drugim se raziskave nanašajo tudi na kakovost življenja starostnikov v povezavi z njihovo nastanitvijo in oskrbo, saj je danes vse več starostnikov nameščenih v različne oblike institucionalnega varstva. V Sloveniji je bilo v letu 2012 v domskem varstvu okrog 6,5 % starejših od 65 let (Kerbler, 2012), zato je tudi smiselno raziskovati kakovost življenja stanovalcev domov za starejše.

Izboljšanje socialnih in zdravstvenih pogojev omogoča vedno daljšo življenjsko dobo in velikemu številu starostnikov tudi zadovoljivo telesno in duševno zdravje. Kljub vsemu še vedno ostaja pomemben delež starostnikov, ki trpijo zaradi različnih zdravstvenih težav. Pogosta duševna motnja v starostnem obdobju je depresija, ki je pogosto povezana z drugimi telesnimi in duševnimi obolenji (Rudolf, 2004). Depresija je resno zdravstveno stanje, ki prizadene telo, razpoloženje in mišljenje (Kores Plesničar, 2004). Obolenim povzroči hudo oškodovanost tako na področju fizičnega kot socialnega delovanja (Kores Plesničar, 2006) in je najpogostejši vzrok za odsotnost z dela ter zgodnjo upokojitvev (Csépe, 2007). Prevalenca depresije se po vsem svetu giblje med 10 in 25 % (Kores Plesničar, 2011). Mnogo večjo prevalenco pa dosegajo depresivni simptomi, ki ne zadoščajo za postavitve diagnoze. Takšni simptomi so še posebej pogosti med starostniki, pri katerih je depresija težje prepoznana zaradi pogoste prisotnosti telesnih obolenj in upada kognitivnih sposobnosti. Delež starostnikov, pri katerih depresivna simptomatika dosega kriterije za postavitve diagnoze, je večja pri starostnikih v eni izmed oblik institucionalnega varstva (Roškar, 2010). Poleg bioloških in psiholoških dejavnikov je starostna depresija pogosteje pogojena z različnimi socialnimi dejavniki. Predvsem specifične življenjske okoliščine, ki spremljajo starost, povečajo verjetnost negativnih čustvenih stanj. Starostniki se pogosto srečujejo z dogodki, kot so izgube partnerja in prijateljev, zdravstvene težave in z njimi povezana zmanjšana samostojnost (Šadl, 2007). Tudi osamljenost in slabše socialno-ekonomsko stanje močno vplivata na starostnikovo duševnost (Tančič Grum, 2010). Negativna čustvena stanja se dodatno stopnjujejo pri starostnikih, ki bivajo v institucionalnem varstvu. Predvsem brezkompromisno prilagajanje domskemu redu, onemogočena samostojna skrb za sebe in svoje okolje ter zmanjšani stiki s svojci in prijatelji povzročajo občutke nekoristnosti, izgube individualnosti in pasivnosti (Postružnik, 2000). Starostniki, ki bivajo v institucionalnem varstvu, izražajo večjo željo po prijaznih besedah, možnosti izražanja čustev, pojasnitvah, strpnosti ob izvajanju različnih negovalnih intervencij (Habjanič, 2011).

Specifični dejavniki tveganja oblikujejo tudi značilno klinično sliko depresije v starosti. Predvsem poslabšanje simptomov telesnih obolenj in pretirano pritoževanje nad telesnimi simptomi, za katere ni možno najti telesnega izvora (somatizacija), sta pomembna simptoma starostne depresije. Pogosto so prisotne še različne motnje kognitivnih funkcij, različne oblike spremenjenega vedenja in anksioznost. Prepoznavanje depresije v starosti je težavno predvsem zaradi minimalnega izražanja žalosti (Poštuvan, 2010).

Simptomatika depresije ima izrazito negativen vpliv na kakovost življenja obolelih oseb, njihovih družin in tudi okolja (Škes, 2010; Murtić, 2011). Nezdrave življenjske navade, ki so značilne za bolnike z depresijo (kajenje, telesna neaktivnost, visoka telesna masa), so pogosto dejavnik tveganja za razvoj telesnih obolenj (Škes, 2010). Depresija povzroča večjo samomorilno ogroženost in umrljivost, predvsem zaradi kardiovaskularnih obolenj. Povzroča tudi podaljšano bolnišnično zdravljenje in visoke stroške medicinske obravnave (Škes, 2010). Obolelemu povzroča tudi večjo odvisnost in zmanjšanje življenjskih in socialnih spretnosti (Chan, et al., 2008). Kakovost življenja stanovalcev domov za starejše se pogosto poskuša zagotoviti s tehnično opremljenostjo domov. Pozablja se, da je kakovost življenja povezana predvsem s stanovalčevimi lastnimi ocenami o lastnem zdravju in bivanju. Kakovost življenja v domskem varstvu zagotavljajo predvsem primerna duhovna aktivnost stanovalcev in pravilne socialne interakcije med stanovalci, zaposlenimi in obiskovalci. Velik doprinos h kakovosti življenja je čim večja samostojnost pri opravljanju fizičnih potreb in pri skrbi za lastno okolje (Gašparovič, 1999).

Namen in cilji

Namen raziskave je prispevati k boljšemu razumevanju pomena depresije za kakovost življenja starostnikov v domskem varstvu.

Cilji raziskave so bili ugotoviti razliko v kakovosti življenja, vključevanju v družabne aktivnosti v okviru doma starejših ter samooceni zdravja pri stanovalcih domov za starejše občane z depresijo in brez depresije.

Raziskovalne hipoteze:

- Kakovost življenja stanovalcev izbranih domov za starejše občane z depresijo je slabša kot kakovost življenja stanovalcev brez depresije.
- Stanovalci izbranih domov za starejše občane z depresijo se manj vključujejo v družabne aktivnosti v okviru doma starejših občanov kot stanovalci brez depresije.
- Samoocena zdravja stanovalcev izbranih domov za starejše občane z depresijo je slabša kot samoocena zdravja stanovalcev brez depresije.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji, podatke smo pridobili s pomočjo anketiranja s standardiziranim vprašalnikom.

Opis instrumenta

Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo standardiziranega vprašalnika EuroQol-5D (Euro Quality of life – 5 Dimension) (The EuroQol Group, 1990). Vprašalnik je namenjen za ugotavljanje kakovosti življenja v povezavi z zdravstvenim stanjem pri določenih ciljnih skupinah. Visoko zanesljivost vprašalnika so potrdili testi ponovnega preizkušanja ($r = 0,86$) (McDowell & Newell, 1996). Avtorji vprašalnika še niso dokončno raziskali njegove občutljivosti. Veljavnost vprašalnika EQ-5D je bila ocenjena s primerjavo pridobljenih rezultatov iz vprašalnikov SF-36 (Short Form 36 Health Survey) in HUI-3 (Health Utilities Index Mark 3). Korelacija s HUI-3 je bila 0,69, korelacija s SF-36 je bila 0,64 za vprašanja telesne komponente in 0,52 za vprašanja duševne komponente (McDowell & Newell, 1996). Vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega tipa. Prvi del vprašalnika se nanaša na pet skupin trditev, ki predstavljajo pet dimenzij funkcionalnega stanja (gibanje, osebna higiena, bolečina, depresivnost/zaskrbljenost in zmožnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti). Drugi del vprašalnika vsebuje vizualno analogno lestvico, na kateri so anketiranci označili oceno svojega zdravstvenega stanja od 0 (najslabše zdravstveno stanje) do 100 enot (najboljše zdravstveno stanje). Vizualna analogna lestvica je pripomoček, ki nazorno prikazuje posameznikovo subjektivno pojmovanje lastnega zdravja. Zaradi mnenja, da je socialna aktivnost posameznika pomemben doprinos h kakovosti življenja in zaradi dejstva, da je socialna izolacija lahko posledica depresije, smo vprašalnik dopolnili z dodatnim vprašanjem. Vprašanje se je nanašalo na pogostost vključevanja stanovalcev izbranih domov v družabne aktivnosti, ki se organizirajo v okviru doma starejših.

Opis vzorca

Raziskava je temeljila na priložnostnem vzorcu stanovalcev izbranih domov za starejše občane v Pomurju ($n = 4$), starejših od 60 let. Anketirali smo 138 oseb, ki so predstavljali dve skupini. V vsako skupino je bilo vključenih 69 oseb. Prva skupina anketirancev je predstavljala skupino stanovalcev z depresijo. To so bili stanovalci, ki so imeli v svoji dokumentaciji s strani osebnega zdravnika ali specialista psihiatra postavljeno medicinsko diagnozo depresivne motnje, ali stanovalci, ki so imeli s strani osebnega zdravnika ali specialista psihiatra predpisano redno antidepresivno terapijo. V drugo skupino anketirancev so bili vključeni

stanovalci brez depresije. To so bili stanovalci, ki niso imeli postavljene medicinske diagnoze depresivne motnje in niso prejeli redne antidepresivne terapije. Sodelovanje v raziskavi je zavrnilo 11 stanovalcev, odzivnost je bila 92,6 %. 68,8 % vseh anketirancev je bilo žensk in 31,2 % moških. Največ anketirancev je pripadalo starostni skupini od 81 do 90 let (37,5 %). Sledili so jim stanovalci starostne skupine od 71 do 80 let (31,6 %), nato stanovalci starostne skupine od 61 do 70 let (21,1 %). Najmanj stanovalcev je pripadalo starostni skupini starejših od 90 let (8,8 %). Povprečna starost anketirancev je bila 78,8 let. Največ anketiranih starostnikov je imelo končano osnovno šolo ali manj (66,4 %), sledili so jim starostniki s končano srednjo šolo (29,2 %). Najmanj anketiranih starostnikov je imelo končano višjo šolo ali več (4,4 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri izvedbi raziskave smo upoštevali Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Kersnič & Filej, 2006). Za dovoljenje za opravljanje raziskave smo zaprosili vodstva izbranih domov za starejše občane, od katerih smo prejeli pisna soglasja, in zdravnike, ki so pooblaščen za zdravstveno oskrbo stanovalcev izbranih domov. Pred anketiranjem smo vsem sodelujočim predstavili namen in cilje raziskave. Pojasnili smo tudi, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in anonimno ter da so podatki namenjeni izključno raziskavi. Anketiranje je potekalo oktobra 2013 v Domu starejših Ljutomer, Domu starejših Rakičan, Domu starejših Lendava in v DOSOR, d. o. o. (Dom starejših občanov Radenci). Podatke smo pridobili z osebnim anketiranjem stanovalcev. Na podlagi odgovorov na vprašanja o petih funkcionalnih stanjih (gibanje, osebna higiena, običajne dejavnosti, bolečina/neugodje in zaskrbljenost/depresija) smo anketirane stanovalce razvrstili v štiri kategorije kakovosti življenja. V kategorijo zelo dobra kakovost življenja smo uvrstili stanovalce, ki so na tri ali več vprašanj odgovorili, da nimajo težav pri omenjenih funkcionalnih stanjih. V kategorijo dobra kakovost življenja smo uvrstili tiste stanovalce, ki so na vprašanja enkrat do dvakrat odgovorili, da nimajo težav, v preostalih vprašanjih pa so odgovorili, da imajo zmerne težave. V kategorijo zadovoljiva kakovost življenja smo uvrstili stanovalce, ki so v treh ali več primerih odgovorili, da imajo zmerne težave. V kategorijo slaba kakovost življenja pa smo uvrstili stanovalce, ki so na tri ali več vprašanj odgovorili, da omenjenih aktivnosti niso sposobni opravljati. Na podlagi razvrstitve anketirancev v eno izmed štirih kategorij kakovosti življenja smo primerjali kakovost življenja stanovalcev z depresijo in stanovalcev brez depresije. Pri stanovalcih z depresijo in stanovalcih brez depresije smo primerjali samooceno zdravja na vizualni analogni lestvici in stopnjo vključevanja v družabne aktivnosti. Pridobljeni podatki so bili

obdelani v statističnem programu SPSS, Verzija 19 (IBM SPSS Statistics. 19). Za testiranje postavljenih hipotez smo uporabljali test χ^2 . Za mejo statistične značilnosti smo določili $p < 0,005$.

Rezultati

Primerjava kakovosti življenja anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije na podlagi vprašanj o petih funkcionalnih stajih (gibanje, osebna higiena, bolečina, depresija/zaskrbljenost, običajne dejavnosti)

Prvo vprašanje se je nanašalo na stopnjo gibanja anketirancev. 43,5 % vseh anketirancev je odgovorilo, da nimajo težav s hojo, 47,1 % jih je odgovorilo, da imajo nekaj težav pri hoji, in 9,4 %, da ne morejo samostojno hoditi. Primerjava anketirancev z depresijo in brez depresije je pokazala, da imajo več težav z gibanjem anketiranci z depresijo. 11,6 % anketirancev z depresijo ne more samostojno hoditi, 53,6 % jih ima nekaj težav pri gibanju in 34,8 % jih nima nobenih težav pri gibanju. Med anketiranci brez depresije je 7,2 % oseb, ki ne morejo samostojno hoditi, 40,6 % jih ima nekaj težav na področju gibanja in 52,2 % jih nima nobenih težav pri gibanju.

Na vprašanje o sposobnosti opravljanja osebne higiene je 75,4 % vseh anketirancev odgovorilo, da pri osebni higieni nimajo težav, 15,2 % jih ima nekaj težav in 9,4 % anketirancev osebne higiene ne more opravljati samostojno. Primerjava anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije je pokazala, da imajo anketiranci z depresijo na področju osebne higiene več težav. 10,1 % anketirancev z depresijo osebne higiene ne zmore samostojno opravljati, 18,8 % jih ima pri opravljanju osebne higiene nekaj težav in 71,0 % anketirancev z depresijo nima nobenih težav. Med anketiranci brez depresije jih je 8,7 % navedlo, da osebne higiene ne zmorejo samostojno opravljati, 11,6 % jih ima pri tem nekaj težav in 79,7 % jih pri opravljanju osebne higiene nima nobenih težav.

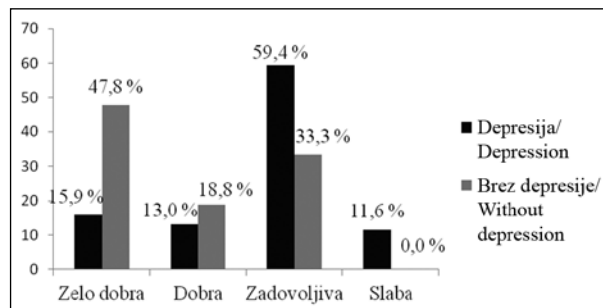
Na vprašanje o prisotnosti bolečine je 19,6 % vseh anketiranih stanovalcev odgovorilo, da nimajo bolečin. Še znosne bolečine ima 52,2 % anketirancev, 28,3 % jih navaja neznosne bolečine. Primerjava anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije je pokazala, da imajo pogostejše bolečine anketiranci z depresijo. Med anketiranci z depresijo jih je 42,0 % navedlo, da imajo neznosne bolečine, 46,4 % jih ima še znosne bolečine in 11,6 % jih nima nobenih bolečin. Med anketiranci brez depresije jih je 14,5 % z neznosnimi bolečinami, 58,0 % jih ima še znosne bolečine in 27,5 % jih nima nobenih bolečin.

Naslednje vprašanje se je nanašalo na sposobnost opravljanje vsakodnevnih dejavnosti, kot so kuhanje, čiščenje, pospravljanje, družinske aktivnosti in prostočasne aktivnosti. 43,5 % vseh anketirancev je

odgovorilo, da nimajo nobenih težav pri opravljanju običajnih aktivnosti. 38,4 % jih ima nekaj težav in 18,1 % jih vsakodnevne aktivnosti ne zmore samostojno opravljati. Primerjava anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije je pokazala, da imajo večje težave pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti anketiranci z depresijo. Med anketiranci z depresijo jih je 24,6 % navedlo, da niso sposobni opravljati vsakodnevnih aktivnosti. 34,8 % jih ima pri tem nekaj težav in 40,6 % jih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti nima nobenih težav. Med anketiranci brez depresije jih je 11,6 % poročalo o nezmožnosti opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, 42,0 % jih ima nekaj težav in 46,4 % jih pri opravljanju omenjenih aktivnosti nima nobenih težav.

Na vprašanje o prisotnosti depresije ali zaskrbljenosti je 29 % vseh anketirancev odgovorilo, da niso zaskrbljeni ali depresivni, 44,9 % anketirancev je poročalo o zmerni zaskrbljenosti ali depresiji, 26,1 % anketirancev je bilo skrajno zaskrbljenih ali depresivnih. Primerjava anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije je pokazala večjo prisotnost depresije ali zaskrbljenosti med anketiranci z depresijo. Med anketiranci z depresijo jih je 42,0 % poročalo o skrajni zaskrbljenosti ali depresiji, 46,4 % jih je zmerno zaskrbljenih ali depresivnih in 11,6 % anketirancev ni zaskrbljenih ali depresivnih. Med anketiranci brez depresije jih je 10,1 % skrajno zaskrbljenih ali depresivnih, 43,5 % jih je poročalo o zmerni zaskrbljenosti ali depresiji in 46,4 % anketirancev ni zaskrbljenih ali depresivnih.

Primerjava kakovosti življenja anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije na podlagi petih funkcionalnih staj



Legenda/Legend: % - odstotek/percentage; zelo dobra - zelo dobra kakovost življenja/very good quality of life; dobra - dobra kakovost življenja/good quality of life; zadovoljiva - zadovoljiva kakovost življenja/satisfactory quality of life; slaba - slaba kakovost življenja/poor quality of life; depresija - anketiranci z depresijo/respondents with depression; brez depresije - anketiranci brez depresije/respondents without depression

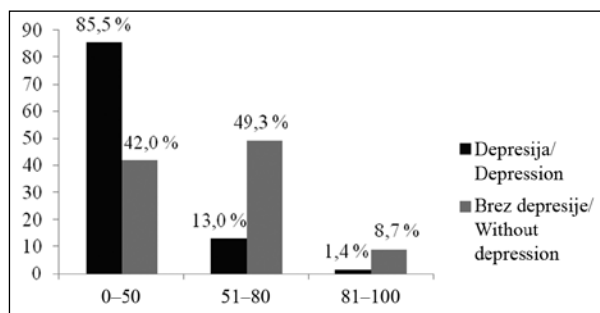
Slika 1: Primerjava kakovosti življenja anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije na podlagi petih funkcionalnih staj

Figure 1: Comparison of respondents with depression and respondents without depression based on the five functional stages

Na podlagi vprašanj o petih dimenzijah funkcionalnega stanja (gibanje, osebna higiena, bolečina, običajne dejavnosti, depresija/zaskrbljenost) smo stanovalce razvrstili v štiri kategorije kakovosti življenja. 31,9 % vseh anketirancev ima zelo dobro kakovost življenja, 15,9 % dobro, 46,4 % zadovoljivo in 5,8 % slabo. Statistično značilno je, da imajo anketiranci z depresijo slabšo kakovost življenja kot anketiranci brez depresije ($\chi^2 = 24,790$, $p < 0,001$) (Slika 1). S tem smo tudi potrdili hipotezo, da je kakovost življenja stanovalcev izbranih domov za starejše občane z depresijo slabša kot kakovost življenja stanovalcev brez depresije.

Primerjava samoocene zdravja na vizualni analogni lestvici anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije

Vizualno analogno lestvico smo zaradi lažje interpretacije razdelili na tri območja. Območje od 0 do 50 prikazuje najslabšo samooceno zdravja, območje od 51 do 80 srednjo, in od 81 do 100 najboljšo samooceno zdravja. 5,1 % vseh anketirancev je svoje zdravstveno stanje na vizualni analogni lestvici ocenilo v območju od 81 do 100, 31,1 % anketirancev v območju od 51 do 80 in 63,8 % anketirancev v območju od 0 do 50. Statistično značilno je, da je samoocena zdravja anketirancev z depresijo po vizualni analogni lestvici in na podlagi anketiranja z vprašalnikom EQ-5D slabša kot pri anketirancih brez depresije ($\chi^2 = 28,334$, $p < 0,001$) (Slika 2). Omenjeni rezultati potrjujejo hipotezo, da je samoocena zdravja stanovalcev izbranih domov za starejše občane z depresijo slabša kot samoocena stanovalcev brez depresije.



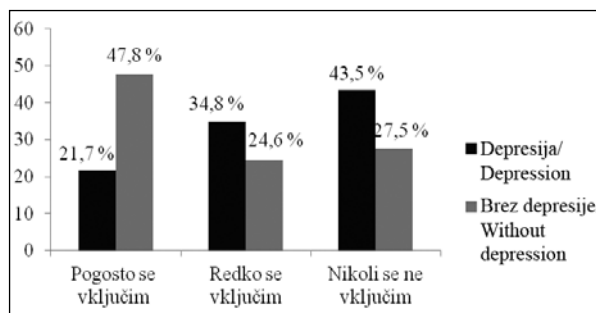
Legenda/Legend: % - odstotek/percentage; 0-50 - najslabša samoocena zdravja/worst health self-assessment; 51-80 - srednja samoocena zdravja/middle health self-assessment; 81-100 - najboljša samoocena zdravja/the best health self-assessment; depresija - anketiranci z depresijo/respondents with depression; brez depresije - anketiranci brez depresije/respondents without depression

Slika 2: Primerjava samoocene zdravja anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije na podlagi vizualne analogne lestvice

Figure 2: Comparison of respondents with depression and respondents without depression on the basis of visual-analogue scale

Primerjava anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije na področju vključevanja v družabne aktivnosti, ki se organizirajo v okviru doma starejših

Vprašanje, ki se je nanašalo na pogostost vključevanja v družabne aktivnosti v okviru doma starejših, je pokazalo, da se 34,8 % vseh anketirancev pogosto vključuje v družabne aktivnosti, 29,7 % se jih le redko in 35,5 % se jih nikoli ne vključi v družabne aktivnosti. Statistično značilno je, da se anketiranci z depresijo manj vključujejo v družabne aktivnosti kot tisti brez depresije ($\chi^2 = 10,415$, $p < 0,005$) (Slika 3). Rezultati potrjujejo hipotezo, da se stanovalci izbranih domov za starejše občane z depresijo manj vključujejo v družabne aktivnosti v okviru doma starejših občanov kot stanovalci brez depresije.



Legenda/Legend: % - odstotek/percentage; pogosto se vključim - v družabne aktivnosti pogosto vključeni/often included in social activities; redko se vključim - v družabne aktivnosti redko vključeni/rarely included in social activities; nikoli se ne vključim - v družabne aktivnosti nikoli vključeni/never included in social activities; depresija - anketiranci z depresijo/respondents with depression; brez depresije - anketiranci brez depresije/respondents without depression

Slika 3: Primerjava anketirancev z depresijo in anketirancev brez depresije na področju vključevanja v družabne aktivnosti v okviru doma starejših

Figure 3: Comparison of respondents with depression and respondents without depression in inclusion in social activities in nursing homes for the elderly

Diskusija

Vprašalnik, uporabljen v raziskavi, je vseboval vprašanja, ki so se nanašala na pet različnih funkcionalnih stanj (gibanje, osebna higiena, običajne dejavnosti, depresivnost/zaskrbljenost, bolečina). Na področju gibanja so rezultati pokazali, da je med depresivnimi starostniki več tistih, ki imajo zmerne oziroma hude težave pri hoji. Gibanje je v tesni povezavi z zmožnostjo opravljanja osebne higiene, zato so tudi rezultati na to vprašanje podobni.

Večjo pojavnost težav na področju gibanja in osebne higiene med depresivnimi stanovalci lahko pripišemo tesni povezavi telesnega in duševnega zdravja. Prisotnost depresije lahko poslabša telesno

stanje oz. poveča njegovo negativno percepcijo. Stanje telesnega zdravja se lahko objektivno poslabša zaradi vedenja, značilnega za depresivne bolnike, saj je njihova stopnja sodelovanja pri zdravljenju manjša in pogosteje opuščajo skrb za lastno zdravje. Subjektivno poslabšanje telesnega zdravja izvira prav iz negativne percepcije, kar je značilno za depresivne bolnike. Zaradi občutka zmanjšane sposobnosti pri starostnikih pogosteje opazimo opuščanje dejavnosti, za katere bi le-ti še bili sposobni (Pap, 2013).

Rezultate naše raziskave smo primerjali s predhodnimi raziskavami, opravljenimi v enakih institucijah in z enakim instrumentom kot naša raziskava. Nemeč (2007) v svoji raziskavi ugotavlja, da sta med stanovalci domov za starejše občane dve tretjini takšnih, ki pri gibanju nimajo težav. Iz primerjave podatkov je razvidno, da se je v obdobju šestih let zmanjšal delež stanovalcev, ki nimajo težav na področju gibanja.

Posledica nezadostnega števila kadra v socialnih in zdravstvenih ustanovah je lahko med drugim tudi pomanjkanje spodbud in razumevanja do stanovalcev na področju ohranjanja obstoječih sposobnosti. Negovalni kader zaradi pomanjkanja časa pogostokrat prehitro nudi pomoč in tako stanovalcu odvzame možnost samostojne skrbi zase in svoje okolje (Pap, 2013). Tudi Janež (2004) ugotavlja, da so glavne slabosti v domovih za starejše povečanje števila stanovalcev in pomanjkanje časa zaposlenih. Pomanjkanje spodbud za ohranitev funkcionalnih sposobnosti namreč pri starostnikih povzroči zmanjšanje samostojnosti, kar negativno vpliva na kakovost življenja. Mali (2004) je v svoji raziskavi dognala, da ima nepomičnost in odvisnost od drugih največji negativen vpliv na počutje starostnikov, saj jih prikrajša za stike z zunanjim svetom in zmanjša stopnjo avtonomije posameznika. Nasprotno mnenje navaja Janež (2004), ki je v svoji raziskavi ugotovil, da se stanovalci domov ne počutijo slabo ali ponižane med negovanjem. Pap (2013) navaja, da počutje stanovalcev domov za starejše občane delno pogojujejo tudi odnosi med stanovalci domov in zaposlenim osebjem ter tudi dolžina bivanja starostnika v instituciji. Tudi Mali (2004) in Krajnc in Krajnc (2005) so v svojih raziskavah ugotovili, da medsebojna pomoč vpliva na kakovost življenja in daje večji občutek sprejetosti.

O prisotnosti bolečine je 28,3 % anketirancev naše raziskave odgovorilo, da ima neznosne bolečine. Nemeč (2007) ugotavlja, da je med stanovalci domov za starejše občane 7,5 % takih, ki imajo neznosne bolečine. Pap (2013) navaja, da povečanje pojavnosti neznosne bolečine med stanovalci domov za starejše občane lahko delno pripišemo tudi depresivni motnji. Depresija namreč povzroča intenzivnejše zaznavanje bolečine oz. stopnjo bolečine dodatno povečuje.

Pri stanovalcih domov smo prav tako ugotavljali sposobnost opravljanja vsakodnevni dejavnosti. Iz primerjave stanovalcev z depresijo in stanovalcev brez

depresije je razvidno, da imajo stanovalci z depresijo večje težave pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Nastale razlike lahko pripišemo simptomom depresije, kot so manjša motiviranost in občutek nesposobnosti. Zmanjšanje obsega vsakodnevnih aktivnosti je lahko tudi posledica telesnih obolenj. Omeniti je potrebno, da se ob prisotnosti depresije doživljanje simptomov telesnih obolenj poveča. Rezultati naše raziskave so pokazali manjše razlike med skupinama na področju osebne higijene in gibanja, kar lahko pripišemo načinu organiziranosti domov za starejše. V domovih, kjer je potekala raziskava, so namreč organizirani tako, da večino aktivnosti vsakdanje oskrbe opravijo tamkajšnji zaposleni. Takšna organiziranost domov stanovalcem odvzame možnost samostojne skrbi zase in svoje okolje ter s tem posredno zmanjša kakovost njihovega življenja. Samostojna skrb zase in svoje okolje namreč daje posamezniku občutek koristnosti in učinkovitosti. Tudi Mali (2004) v svoji raziskavi ugotavlja, da ima velik vpliv na kakovost življenja čim večja ohranitev prejšnjega načina življenja, saj se s tem daje možnost samostojnega odločanja o sebi.

O prisotnosti zaskrbljenosti ali depresije je več kot petina vseh anketiranih odgovorila, da so skrajno zaskrbljeni ali depresivni. Več tovrstnih odgovorov je bilo pri skupini anketirancev z depresijo. Nemeč (2007) v svoji raziskavi ugotavlja, da je med stanovalci domov za starejše 10,6 % tistih, ki so skrajno zaskrbljeni ali depresivni. Pap (2013) navaja, da lahko porast zaskrbljenosti ali depresije med stanovalci domov za starejše delno pripišemo slabim ekonomskim razmeram v Sloveniji. Depresija lahko nastopi tudi v reaktivni obliki, kot posledica različnih stresnih dogodkov, med katere lahko štejemo tudi odhod starostnika v domsko varstvo (Kobal Straus & Kalan, 2008). Jernejc (2008) navaja, da veliko starostnikov namestitev v domsko varstvo pričakuje s strahom in zaskrbljenostjo, saj ne vedo, kaj se bo tam dogajalo. Slaba informiranost o lastnem zdravstvenem stanju je morebiti prav tako vir zaskrbljenosti. Krajnc in Krajnc (2005) ugotavljata, da večja informiranost starostnikov o zdravstveni tematiki zmanjša stopnjo tesnobe in nezadovoljstva ter poveča zadovoljstvo z lastnim zdravjem. V naši raziskavi je zaskrbljujoč podatek o veliki prisotnosti zmerne zaskrbljenosti in depresije med stanovalci, ki niso bili uvrščeni v skupino depresivnih.

Na podlagi odgovorov na vprašanja o petih funkcionalnih stanjih smo anketirance razvrstili v štiri kategorije kakovosti življenja. Primerjava stanovalcev z depresijo in stanovalcev brez depresije je pokazala, da je največji delež stanovalcev z depresijo bil uvrščen v kategorijo zadovoljive kakovosti življenja. Največji delež stanovalcev brez depresije pa je pripadal kategoriji zelo dobre kakovosti življenja. Kakovost življenja stanovalcev z depresijo je značilno slabša ($p < 0,001$) kot kakovost življenja stanovalcev brez depresije.

Zaradi pomembnosti vključevanja stanovalcev v družabne aktivnosti doma smo v okviru raziskave vključili tudi to področje. Menimo, da je vključevanje v tovrstne aktivnosti velik doprinos h kakovosti življenja, kar potrjujejo tudi izsledki drugih raziskav. Mali (2004) navaja, da so stanovalci, ki ne sodelujejo v družabnih aktivnostih v okviru doma starejših, v manjši meri zadovoljni s svojim življenjem, zdravstvenim stanjem in trenutnim položajem. Ti stanovalci tudi niso želeli biti informirani o dogajanju v domu starejših in so bili splošno nezainteresirani za kakršnokoli dejavnost. Krajnc in Krajnc (2005) ugotavljata, da stanovalci domov za starejše občane, ki so bili vključeni v skupino za samopomoč, uživajo višjo kakovost življenja.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da se največji delež stanovalcev z depresijo nikoli ne vključi v družabne aktivnosti v nasprotju s stanovalci brez depresije, ki se v večjem deležu pogosto vključijo v družabne aktivnosti. Stanovalci z depresijo se značilno manj ($p < 0,005$) vključujejo v družabne aktivnosti kot stanovalci brez depresije.

V okviru naše raziskave nas je zanimalo tudi, kako stanovalci ocenjujejo svoje zdravje, kar smo ugotavljali s pomočjo vizualne analogne lestvice. Kakovost življenja je lahko zelo dobra ne glede na starost, kar nazorno kaže primer anketiranke v naši raziskavi. Gospa, stara 91 let, je na vizualni analogni lestvici označila svoje stanje zdravja s 100. Tudi na vprašanja o petih funkcionalnih stanjih je odgovorila, da na nobenem izmed teh področij nima težav. Glede vključevanja v družabne aktivnosti je povedala, da se poleg domskih aktivnosti pogosto odpravi s taksijem v mesto zaradi pevskih vaj, ki potekajo tedensko.

Primerjava podatkov, ki smo jih pridobili s pomočjo vizualne analogne lestvice, prikazujejo razliko v subjektivnem pojmovanju lastnega zdravstvenega stanja stanovalcev z depresijo in stanovalcev brez depresije. Največji delež stanovalcev z depresijo je samooceno lastnega zdravja označilo v območju, ki prikazuje najslabšo samooceno zdravja. Samoocena zdravja stanovalcev z depresijo je značilno slabša ($p < 0,001$) kot samoocena zdravja stanovalcev brez depresije.

Večina raziskav starostnikov obravnava populacijo, ki je nameščena v različne oblike institucionalnega varstva. Manjši delež raziskav se nanaša na starostnike, ki živijo doma, pogosto odmaknjeni od urbanega okolja. V našo raziskavo nismo vključili starostnikov z začetnimi oblikami demence. Nadaljnje raziskave starostnikov se lahko usmerijo v raziskovanje depresivnih simptomov pri bolnikih z demenco. Vpliv depresije na intenzivnejše zaznavanje bolečine bi bilo potrebno proučiti tudi z vidika potreb paliativne obravnave v domovih za starejše.

Raziskava dokazuje potrebo po nenehnem raziskovanju in spremljanju kakovosti življenja starostnikov, še posebej tistih v domovih za starejše. Le na osnovi izsledkov je možno načrtovati in izvajati

ukrepe za izboljšanje kakovosti življenja starostnikov. Omejitev raziskave je dejstvo, da le-ta ni potekala v vseh domovih za starejše občane v Pomurju, ampak samo v izbranih. V raziskavo niso bili zajeti vsi pomurski starostniki, zato rezultatov ne moremo posploševati.

Zaključek

Depresija povzroča hudo poslabšanje kakovosti življenja obolelih oseb. Depresivni starostniki, predvsem tisti, ki so nameščeni v različne oblike institucionalnega varstva, neredko opuščajo aktivnosti, za katere bi bili še zmožni. Posledično se pojavi izguba samostojnosti in odvisnost od tuje pomoči. Zaradi depresije se prav tako zmanjša starostnikovo vključevanje v družabne aktivnosti. Percepcija simptomov telesnih obolenj, pogostih v starostnem obdobju, je mnogo hujša pri starostnikih, ki hkrati trpijo tudi zaradi depresije. Zaradi velikega vpliva depresije na kakovost življenja starostnikov menimo, da je potrebno veliko pozornost nameniti ohranjanju obstoječih sposobnosti starostnikov in tako ohraniti posameznikov občutek lastne učinkovitosti in zadovoljstva. Starostniki, ki bodo imeli omogočeno samostojno skrb zase, bodo v manjši meri izpostavljeni odvisnosti od svojcev in prehitri namestitvi v domove starejših, ki predstavlja enega od rizičnih dejavnikov za razvoj depresije. Prav tako je potrebno ohraniti in spodbujati socialne stike z družino in prijatelji. Pozitivne učinke prinaša tudi povezanost z lokalno skupnostjo, v kateri dom za starejše deluje, in razvit sistem druženja prostovoljcev s starostniki. Dolgoročna zagotovitev kakovosti življenja starostnikov je možna preko starostnikom naklonjene družbene klime, ki temelji na izkazovanju spoštovanja in razumevanja potreb, ki jih to življenjsko obdobje prinaša.

Literatura

Chan, S., Shoumei, J., Chiu, H., Wai-Tong, C., Thompson David, R., Yan H., et al., 2008. Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), pp. 355–362.

Csépe, A., 2007. *A depressziós betegek közvetlen elérésének kommunikációs modellje: doktori értekezés*. Sopron, Magyarország: Nyugat-Magyarországi egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Gazdasági folyamatok elmélete és gyakorlata, Doktori iskola, p. 80.

Gašparovič, M., 1999. Kakovost življenja starostnikov v domskem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(3/4), pp. 187–192.

Habjanič, A., 2011. Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 39–47.

- Janež, N., 2004. *Kakovost bivanja starostnikov in predsodki, ki jih imajo starejši v zvezi z domovi za ostarele: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 46–48.
- Jernejc, S., 2008. *Kvaliteta življenja v zasebnem domu: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 36–63.
- Kerbler, B., 2012. Stanovanjsko varstvo starejšega prebivalstva v Sloveniji: domovi za starejše in lastniško zasedena stanovanja. *Revija za geografijo*, 7(1), pp. 101–114.
- Kersnič, P. & Filej, B. eds., 2006. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kobal Straus, K. & Kalan, M., 2008. Povečana potreba po psihiatrični obravnavi in zdravstveni negi v Domu upokojujencev Idrija. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(2), pp. 107–116.
- Kogoj, A., 2013. Duševne motnje v starosti. In: Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., & Ziherl, S. eds. *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Ljubljana and Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 157–163.
- Kores Plesničar, B., 2004. Depresija kot populacijski problem. In: *Izobraževalni program iz javnega zdravja II. Izobraževalni center Pekre-Maribor*. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, pp. 53–54.
- Kores Plesničar, B., 2006. Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije. *Farmacevtski vestnik*, 57(4), pp. 241–244.
- Kores Plesničar, B., 2011. Motnje razpoloženja (afektivne motnje). In: Kores Plesničar, B. ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 54–59.
- Krajnc, S. & Krajnc, M., 2004. Vpliv skupin starih za samopomoč na kakovost življenja v lokalni skupnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(3) pp. 221–227.
- Mali, J., 2004. Kvaliteta življenja in zadovoljstvo stanovalcev in zaposlenih v domu starejših občanov. *Socialno delo*, 43(2), pp. 105–114.
- McDowell, I., & Newell, C., 1996. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Muršec, M., 2011. Značilnosti duševnih motenj v starosti. In: Kores Plesničar, B. eds. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 68–73.
- Murtić, Z., 2011. *Duševne motnje z vidika javnega zdravja v Pomurju: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 7–9.
- Nemec, B., 2007. *Utjecaj zabrinutosti, utučenosti i tjeskobe na samoocenu zdravlja klijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Pomurja: magistrski rad*. Murska Sobota: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, pp. 31–58.
- Pap, Z., 2013. *Kakovost življenja starostnikov z depresijo: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 65–70.
- Postružnik, A., 2000. Nematerialna pomoč starostnikov. *Socialno delo*, 39(4), pp. 337–345.
- Poštuvan, V., 2010. Značilnosti depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi. In: Tančič Grum, A., Roškar, S., & Poštuvan, V. eds. *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 50–57.
- Roškar, S., 2010. Epidemiologija depresije in samomora med starejšimi. In: Tančič Grum, A., Roškar, S., & Poštuvan, V. eds. *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 27–32.
- Rudolf, M., 2004. Depresija v starosti. In: Pišljari, M. ed. *Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, pp. 39–45.
- Smovnik, S., 2011. Zdravstvena nega starostnikov z duševno motnjo. In: Kores Plesničar, B. eds. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 80–88.
- Šadl, Z., 2007. Čustveno doživljanje starostnikov. *Socialno delo*, 46(1), pp. 13–19.
- Škes, M., 2010. Depresije u gradu Zagrebu. In: Štimac, D., Polič-Vižintin, M. & Majič, T. eds. *Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena djelatnost u Gradu Zagrebu u 2010. godini*. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", pp. 1–4.
- Tančič Grum, A., 2010. Dejavniki tveganja za razvoj depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi. In: Tančič Grum, A., Roškar, S., & Poštuvan, V. eds. *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 33–46.
- The EuroQol Group, 1990. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), pp. 199–208.

Citirajte kot/Cite as:

Pap, Z., Habjanič, A. & Belović, B., 2015. Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domskem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 44–51. <http://dx.doi.org/10.14528/sn.2015.49.1.43>