

## Konspekt k překladu článku

Článek popisuje studii s názvem Funkční mobilita, příznaky deprese, úroveň nezávislosti a kvalita života seniorů žijících doma a v domovech s pečovatelskou službou od tureckých autorů. Autor v úvodu uvádí, že seniorů v turecké populaci se procento (6,9%) seniorů stále zvyšuje. To dlouhodobě klade vyšší nároky na zdravotnictví a sociální služby. Cílem studie bylo porovnat skupiny seniorů tak, aby se díky výsledkům mohly upravit, nebo vytvořit modely domácí péče a modely plánování hospitalizační péče.

Studie byla prováděna prospektivně designovaně komparativní formou v roce 2003 a 2004. Účastnilo se jí 58 seniorů sledovaných oddělením Neurochirurgie Univerzity Hacettepe, 33 seniorů žilo v domově s pečovatelskou službou a 25 seniorů žilo ve vlastní domácnosti. Mezi kritéria pro zahrnutí patřilo: Samostatný přesun bez kompenzačních pomůcek (s výjimkou rovné hole) více než 12 metrů. Senior dále nesměl trpět klinickou depresí, závratěmi, závažným poškozením zraku, neurologickou vadou, nebo rakovinou a zároveň byl vyřazen každý se skóre 24 a méně v Krátkém testu kognitivních funkcí (MMSE).

U sociodemografických znaků se hodnotilo pohlaví, rok narození, rodinný stav a zda žijí v domově s pečovatelskou službou, nebo v domácnosti. Pokud subjekt žil v domácnosti, byl dotázán, zda žije doma o samotě, s partnerem, nebo s rodinou.

K měření funkční mobility použili autoři Timed Up & Go test (TUG). Při testu musel senior vstát ze židle, ujít tři metry, otočit se, ujít zpátky tři metry a opět se usadit na stejnou židli. Test se opakoval třikrát a zaznamenal se časový průměr všech tří pokusů.

K vyhodnocení příznaků deprese byla použita turecká geriatrická škála deprese o 30 položkách. Skóre se zaznamenávalo na bodové škále 0 až 30.

Pro vyhodnocení stupně nezávislosti autoři použili škálu Kahoku délkové studie stárnutí (v originále Kahoku Longitudinal Aging Study Scale). Ta spočívá v kvalitativním hodnocení dvanácti oblastí vědomí a činností: Chůze, chůze do a ze schodů, najezení se, umytí se, použití toalety, koupání, oblékání, dodržování medikace, použití telefonu, zraku a sluchu.

Kvalita života se hodnotila na vizuálně analogové škále kvality života od 0 do 100. Senioři subjektivně hodnotili zdraví, chuť k jídlu, spánek, náladu, paměť, rodinné vztahy, vztahy s přáteli a příbuznými, finanční stav, životní uspokojení a blaho.

Kvantitativní a kvalitativní data byla prezentována jako průměr. Demografická data byla uvedena jako n(%). Distribuce proměnných byla vyhodnocena testem Kolmogorov-Smirnovov, kde došlo k normálnímu rozpořazení, k meziskupinové analýze dat byl použit Studentuv T-test, k určení statistické významnosti autoři určili 95% interval spolehlivosti (95% CI).

Výsledky byly následující: průměr věku (77,48) a sociodemografický rozptyl byly podobné (tabulka 1). Funkční mobilita a stupeň nezávislosti byly horší u seniorů žijících doma (tabulka 2). Na druhou stranu horší výsledky vykazovali senioři z pečovatelských domovech v oblastech deprese a kvality života (tabulka 2).

**Tabulka 1.** Sociodemografické vlastnosti seniorů žijících doma a žijících v domově s pečovatelskou službou.

|                              | Senioři v pečovatelském domě (n=33) n (%) | Senioři žijící doma (n=25) n (%) | x <sup>2</sup> | P    |
|------------------------------|---|----------------------------------|----------------|------|
| <b>Pohlaví</b>               |   |                                  |                |      |
| Žena                         | 10 (30.3)                                 | 9 (36)                           |                | 0.21 |
| Muž                          | 23 (69.7)                                 | 16 (64)                          |                | .647 |
| <b>Věkové rozpětí</b>        |   |                                  |                |      |
| 65-74                        | 13 (39.4)                                 | 8 (32)                           |                | 0.39 |
| 74-84                        | 17 (51.5)                                 | 14 (56)                          |                | .825 |
| ≥85                          | 3 (9.1)                                   | 3 (12)                           |                |      |
| <b>Aktuální rodinný stav</b> |   |                                  |                |      |
| Svobodný                     | 7 (21.2)                                  | 6 (24)                           |                | 0.09 |
| V manželství                 | 5 (15.2)                                  | 4 (16)                           |                | .958 |
| Vdova/ec, rozvedený          | 21 (63.6)                                 | 15 (60)                          |                |      |

**Tabulka 2.** Porovnání skóre mezi Timed Up&Go testu (vteřiny), Geriatrické škály deprese, Kahoku škály délkové studie stárnutí a Kvality života (mm) mezi skupinami

|      | Senioři v domově s pečovatelskou službou | Senioři žijící doma | 95% CI |       |
|------|--|---------------------|--------|-------|
|      | Průměr (SD)                              | Průměr (SD)         | Dolní  | Horní |
| TUG  | 12.32 (4.16)                             | 14.91 (4.52)        | 4.88   | 0.29  |
| GDS  | 18.76 (5.39)                             | 15.88 (4.03)        | 0.30   | 5.45  |
| KALS | 25.81 (5.79)                             | 22.45 (5.21)        | 0.41   | 6.30  |
| QoL  | 61.34 (12.18)                            | 70.58 (11.47)       | 15.55  | 2.93  |

TUG, Test funkční mobility (Timed Up & Go Test); GDS, Geriatrická škála deprese; KALS, Kahoku škála délkové studie stárnutí; QoL, Kvalita života

Hlavní nálezy této studie ukázaly, že senioři žijící v domově seniorů mají vyšší funkční mobilitu a úroveň nezávislosti, ale mají více depresivních příznaků a nižší kvalitu života. Důvodem ke snížené úrovni nezávislosti a funkční mobilitě u seniorů žijících doma může být větší asistence u denních činnostech od rodinných příslušníků (což je v Turecku typické), než je potřeba.

Autoři dále uvádějí porovnání s další literaturou. Erdil et al<sup>1</sup> zjistili, že někteří doma bydlící senioři byli závislí v aktivitách jako například placení složenek, úklidu, praní prádla a nakupování. Kerem et al<sup>29</sup> porovnávali fyzické, sociální a psychologické zdraví seniorů bydlících doma a žijících v pečovatelském domově. Výsledky studií Erdil et al,<sup>1</sup> Kerem et al<sup>29</sup> a Tada et al<sup>28</sup> byly podobné této studii. Ve světle těchto nálezů může být doporučeno zdravotníkům a pečovatelům (včetně rodinných příslušníků), aby byli opatrní v omezování denních činností seniorů a brali v potaz jejich základní možnosti, namísto jednoduchého poskytnutí péče. Özer<sup>30</sup> ve své studii zkoumal životní spokojenost seniorů žijících v rodinném prostředí a v pečovatelských domovech. Scocco et al<sup>34</sup> zkoumali vnímání kvality života seniorů, kteří se přestěhovali do pečovatelského domova a zjistili, že kvalita života byla vnímána hůře po 6 měsících po přestěhování. Mezi důvody sníženého vnímání kvality života byly pocity osamění a opomíjení.

Autoři nezkoumali délku pobytu v pečovatelském domově, proto k diskuzi o QoL a depresi uvádí studie od kolektivů Scocco et al,<sup>34</sup> Özer,<sup>30</sup> a Sahin a Yalcin.<sup>31</sup>

Prevalence a rizikové faktory deprese u starších pacientů v pečovatelských domovech byly zkoumány Jongenelisem et al<sup>35</sup> a zjistili 3x až 4x vyšší výskyt prevalence než u seniorů žijících ve společenství. Ve studii také zmínili osamělost a nedostatek sociální podpory jako faktory spojené s nižší úrovní kvality života a bylo zjištěno, že také mohou být rizikovým ukazatelem deprese.

Chung<sup>32</sup> porovnával míru deprese u Korejských seniorů, kteří bydleli v pečovatelském domově a u těch, kteří bydleli ve svých domovech.

Autoři upozorňují na možnou souvislost mezi bydlením s příbuzným a menší mírou depresivních symptomů. S podobným výsledkem přišli i Kerem et al.<sup>29</sup>

Dále připomínají na důležitost vyhodnocování multidisciplinárním týmem. Domácím ošetřovatelům a rodinným příslušníkům autoři doporučují přenechávat seniorům některé povinnosti, například vyzvedávání vnoučat ze školy a placení složenek, nebo seniory podporovat v koníčcích k podpoření jejich samostatnosti. Ošetřovatelům v pečovatelských domovech doporučují zaměřením na psychologickou podporu a povzbuzení v kolektivních aktivitách jako podpora kvality života a snížení příznaků deprese.

Autoři v závěru diskuze rozvádí téma volnočasových aktivit, především poukazují na jejich pozitivní účinky na duševní pohodu.<sup>36</sup> Dokládají studie Onishi et al,<sup>37</sup> kteří zkoumali, kterých příjemných volnočasových aktivit se senioři rádi účastní a jaký vztah mají tyto aktivity ke kvalitě života. Uvedli, že míra potěšení, kterou starší osoby prožívali při činnostech jako například konverzace s rodinou nebo

sousedy, vykazovala výraznou spojitost se spokojeností starších osob. Onishi et al<sup>37</sup> také uvedli, že přítomnost spolubydlících a koníčků hraje důležitou roli ve kvalitě života. Hui et al<sup>38</sup> studovali účinek tance na fyzickou a psychickou pohodu seniorů, přišli se zjištěním, že tancování jako volnočasová aktivita fyzicky i psychicky seniorům byla velmi prospěšná. Eyigor et al<sup>39</sup> zveřejnili studii o zkoumání efektu skupinových Tureckých folklorních tanců na fyzický výkon, rovnováhu, depresi. Závěrem bylo zlepšení v oblasti výkonu, rovnováhy a kvality života.

V závěru autoři upozorňují na možné kulturní difference při použití studie v odlišné kultuře, přesto poukazují na všeobecnou potřebu zkoumání fyzických a psychických ukazatelů stavu u seniorů. Data mají sloužit zdravotníkům ke zvážení oblastí, které by mohli potencionálně potřebovat jejich zaměření při plánování domácí či nemocniční péče.