

Možnosti merania kvality života u sestier z pohľadu ich vzdelania

The Possibilities of Measuring Quality of Life in Nurses from the Perspective of Their Education

Anna Hudáková, Ľudmila Majerníková, Andrea Obročníková

Prešovská univerzita v Prešove, Faculta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

<https://doi.org/10.54937/zs.2023.15.1.22-28>

Abstrakt

Cieľ. Hlavným cieľom tejto štúdie bolo analyzovať vnímanie subjektívnej a objektívnej kvality života u našich respondentov. Chceli sme zistiť, ktoré z metód sestry využívajú v klinickej praxi a charakterizovať nástroje, ktoré respondenti považovali za najdôležitejšie pri hodnotení celkovej kvality života. Metódy. Výskum bol realizovaný formou dotazníka WHOQOL-BREF. Výskumnú vzorku tvorilo 155 sestier. Na štatistické spracovanie výsledkov sme použili Mann-Whitneyov test, Chí-kvadrát test, t-test a deskriptívnu štatistiku. Výsledky. Na základe štatistického spracovania údajov sme zistili signifikantné rozdiely vo vnímaní medzi subjektívnou a objektívnou kvalitou života u sestier ($p=0,001$). Škálu zmysluplnosti života poznalo 17,1 % sestier s vysokoškolským vzdelaním a 25 % sestier so stredoškolským vzdelaním. Medzi vybranou skupinou respondentov neboli signifikantné rozdiely ($p=0,237$). Významné rozdiely sú v skúmanej oblasti vedomostí sestier a ich ukončenom vzdelaní ($p=0,001$). Záver. Z výsledkov výskumu sme zistili, že sestry poznajú len niektoré metódy merania kvality života. Metódy merania kvality života v ošetrovateľstve umožňujú detekovať množstvo problémov u pacientov.

Kľúčové slová: Sestry. Klinická prax. Metódy. Kvalita života. Vzdelanie.

Abstract

Objectives. The main objective of this study was to analyze the perception of subjective and objective quality of life among our respondents. We wanted to determine which of the methods used by nurses in clinical practice and characterize the tools that respondents considered most important in assessing the overall quality of life. Methods. The research was conducted in the form of a questionnaire WHOQOL-BREF. The research sample consisted of 155 nurses. The statistical processing of the results, we used the Mann-Whitney test, Chi-square test, t-test and descriptive statistics. Results. Based on the statistical processing of data, we found significant differences in perception between subjective and objective quality of life for nurses ($p=0.001$). The Scale of life meaningfulness was known to 17.1 % of university-educated nurses and 25 % of secondary educated nurses. There weren't significant differences between the selected group of respondents ($p=0.237$). There are significant differences in the examined area of knowledge of the nurses and their completed education ($p=0.001$). Conclusion. From the results of the research, we found that nurses know only some methods of measuring the quality of life. Methods of measuring the quality of life in nursing make it possible to detect a number of problems in patients.

Key words: Nurses. Clinical practice. Methods. Quality of life. Education.

Úvod

Koncept kvality života prioritne predpokladá, že sociálne a fyzické prostredie ovplyvňuje kvalitu života ľudí v ňom žijúcich. Proces percepcie môžeme chápať ako množstvo fyziologických, sociálnych a psychologických faktorov, ktoré sú zodpovedné za pocit (ne) uspokojenia z prostredia, ktoré jednotlivca či sociálnu skupinu obklopuje [1].

Zdravotný stav je v súčasnosti vnímaný ako „metasystém“ obsahujúci vzájomne prepojené jednotlivé systémy; a to fyzické, psychické a sociálne, pričom záleží na tom, ako osoba či sociálna skupina vníma a interpretuje zdravie a chorobu, ako reaguje na predstavy o ľudskom tele a jeho fungovaní [2]. Samotný pojem zdravie je definovaný ako „dynamická rovnováha organizmu vo vzťahu ku endogénnym a exogénnym podmienkam, ktorá zabezpečuje jeho správne fungovanie. V celospoločenskom význame je v súčasnosti zdravie chápané nielen ako sociálny indikátor kvality života, ale aj ako faktor, ktorý má rastúci zdrojový význam pre sociálny a ekonomický rozvoj jednotlivých regiónov [3].

Zdravie má podstatný význam, preto všetky aktivity jednotlivca a spoločnosti musia smerovať k jeho udržaniu.

Zdravotníctvo, ale aj ošetrovateľstvo ako jeho integrálna súčasť má dominantnú úlohu na prinavrátení, zlepšení alebo udržaní zdravia jednotlivca, rodiny, komunity. Profesionáli v klinickej praxi musia disponovať adekvátnou výbavou vedomostí a zručností, ktoré musia byť kontinuálne dopĺňané o nové poznatky, metódy, postupy počas celého ich profesionálneho života. Kvalita poskytovanej starostlivosti závisí od prvotného posúdenia pacienta, ktoré výhradne štandardne používaným, kompozitne realizovaným priebehom predurčuje následnú diagnostiku a liečbu pacienta. V prípade, že posúdenie je nekompletné alebo neobsahuje štandardné postupy a metódy existuje riziko, že následné postupy „sa uberajú iným smerom.“ Posudzovanie je prvým krokom v rámci ošetrovateľského procesu. Merací nástroj, škála alebo dotazník sú súčasťou posúdenia a slúžia pre objektivizáciu subjektívnych údajov, získaných od pacienta [4]. Pre hodnotenie potrieb je vhodné použiť štandardizovaný nástroj, ktorý môže pomôcť monitorovať jednotlivé oblasti potrieb [5]. Každý štandardizovaný nástroj by mal byť validný, reliabilný a kultúrne senzitívny, mal by teda spĺňať psychometrické vlastnosti.

Nástroje používané v klinickej praxi sú orientované na základné potreby osoby: dýchanie, výživa, vyprázdňovanie, pohyb, spánok a iné. V klinickej praxi najviac používané nástroje sú: ADL - Activity of Daily Living podľa Barthelovej na hodnotenie aktivít denného života; MMSE- Mini-Mental State Examination, nástroj na hodnotenie mentálnej úrovne; MST - Mobility Screening Test, skriningový test mobility, test na hodnotenie motorických funkcií: pohyblivosti, svalovej sily, stability a obratnosti jedinca; MoCA - Montreal Cognitive Assessment, skriningový test na hodnotenie kognície; Morseovej stupnica pádov (Morseovej Fall Scale); MUST - Malnutrition Universal Screening Tool ako skriningový nástroj k hodnoteniu malnutricie a mnoho iných nástrojov [6]. Využívanie hodnotiacich a meracích nástrojov v prístupe k pacientovi patrí k štandardom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

V ošetrovateľstve sa stretávame s problematikou kvality života pomerne často. Koncept kvality života bol analyzovaný už v tridsiatich rokoch dvadsiateho storočia, kedy sa skúmala jej súvislosť s chronicky chorými pacientmi. Podstatne neskôr (v roku 2005) bol vytvorený nástroj Quality of Life in Later Life (QuiLL) pre účely detekcie kvality života v seniorskej populácii. Ide o krátky 27-položkový generický nástroj na meranie kvality života u seniorov (osôb nad 65 rokov). Autori tento nástroj vytvorili pre potreby hodnotenia a plánovania starostlivosti v komunitnej starostlivosti. Zároveň ide o nástroj, ktorého administrácia je pomerne jednoduchá, rýchla a neposkytuje duplicitné informácie, získavané aj z iných zdrojov. QuiLL koreloval so Spitzerovým indexom kvality života ($r = 0,61$, $p < 0,001$), čím sa overila súbežná validita nástroja [7]. Pre meranie kvality života u seniorov je nástroj adekvátny, splňa požadované psychometrické vlastnosti, jeho vnútorná konzistencia $\alpha = 0,85$ (v štúdiu realizovanej na vzorke 1044 osôb $\alpha = 0,88$).

Nedostatočná implementácia hodnotiacich nástrojov pre jednotlivé oblasti kvality života v praxi je závažná a vyplýva najmä z minimálnych procesov validácie nástrojov, z nedostatku modifikovaných verzií a manuálov pre ich používanie. Samotné ochorenie a jeho následky výrazným spôsobom ovplyvňujú emocionalitu a celkovú kvalitu života jedinca. Pre dosiahnutie požadovanej ošetrovateľskej starostlivosti je podstatné používanie hodnotiacich nástrojov. Posudzovanie tak nie je vykonávané len „povrchnou“ metódou, čo by mohlo viesť k negatívnym dôsledkom v starostlivosti o pacienta [6].

Prístupy v percepcii kvality života

Evaluačné nástroje, ktoré sa snažia monitorovať objektívny stav výhradne (domény) fyzického zdravia jedincov a ich spokojnosť so zdravím sú dostatočne prepracované, definujú kvalitu života prostredníctvom troch prístupov: psychologického, aplikačného a syntetizujúceho [8]. V psychologickom prístupe sa zamerali na konceptuálnu diferenciaciu medzi jednotlivými pojmami kvality života, pohodou a spokojnosťou. Pri hodnotení aplikačných prístupov kvality života poukazujú na rozdiely medzi pojmami ako: zdravie, zdravotný stav, kvalita života. Pri spracovaní syntetizujúcich prístupov integrovali komponenty a faktory kvality života do istého teoretického rámca, ktorý vychádza z konceptuálnych modelov. Ondrejka tvrdí, že koncepcia kvality života by mala vyjadrovať komplexný subjektívny a dynamicky sa meniaci stav jedinca, a preto by mala byť multidimenzionálnou a každý komponent by mal byť multifaktorovo determinovaný [9].

Školstvo podobne ako zdravotníctvo prechádzalo po roku 1989 mnohými zmenami, najmä uznaním statusu, incidenciou mnohých problémov a ekonomických obmedzení. Dôraz mnohých odborníkov [10], [11] sa presúva aj do oblasti vzdelávania pedagógov a zdravotníkov, kde sa kladie dôraz na možnosti sociálno-osobnostného rozvoja v priebehu ich pregraduálnej prípravy, ich kompletizácie s humanizáciou výchovy a vzdelávania. Saturácia potrieb jedinca a ich uspokojenie v podobe poskytnutých zdravotníckych služieb vyúsťuje do pocitu spokojnosti so zdravím, neskôr do uvedomenia si osobného pocitu z naplnenia jednotlivých domén kvality života. Pozitívne akcelerovaná percepcia kvality života u samotných pacientov, ale aj u zdravotníkov pomáha pochopiť ich vlastné portfólio a implementovať štandardný náhľad na jej koncept do praxe.

Meranie kvality života v zdravotníctve a v ošetrovateľstve bolo ovplyvnené spomínanými psychologickými prístupmi (prezentovanými konštruktom SWB) a aplikačnými medicínskymi prístupmi (koncepcia HRQoL). Konštrukt SWB predstavuje originálny psychologický pojem, aplikovaný v rámci psychologických výskumov kvality života a používa sa v psychológii na hodnotenie kvality života ako celku. V rámci prístupu k SWB rovnako ako v rámci prístupu ku kvalite života sa stretávame s nejednoznačnosťou a rozdielnymi názormi. Vo všeobecnosti je vyjadrovaný vo väčšom rozsahu opisne, vo vzťahu k ďalším príbuzným pojmom. V anglosaskej literatúre je charakterizovaný najčastejšie pojmami ako spokojnosť, šťastie, blaho a pod., v spojitosti s kvalitou života súvisí tiež s pojmom subjektívna pohoda (well-being) a psychologická pohoda (psychological well-being) [12], [13]. Vybraným modelom môžeme určiť prívlastok psychologické, avšak niektoré vychádzajú z medicínskeho, sociologického, či ekonomického prostredia a majú potenciál využitia okrem iného v psychologickom výskume a v pedagogike (Kačmárová et al., 2013).

Iní autori subjektívnu pohodu vymedzujú ako hodnotenie života osoby prostredníctvom kognitívnych a emocionálnych reakcií. Okrem iného vyjadruje, že ľudia uvažujú o svojom živote v zmysle jeho naplnenia a uspokojenia, zároveň si vytvárajú úsudky o jednotlivých špecifických aspektoch svojho života, ako je práca, manželstvo, iné. Na základe toho reagujú na zažívané udalosti afektívne prostredníctvom emócií a nálad [14], [15]. Takúto povahu hodnotenia života vystihuje koncept subjektívnej pohody, ktorý zahrňuje niekoľko samostatných komponentov: životnú spokojnosť, spokojnosť s dôležitými oblasťami života (napr. pracovná či manželská spokojnosť), pozitívny afekt (prežívanie príjemných emócií a nálad), nízku úroveň negatívneho afektu [16]. Pôvod subjektívnej pohody na psychologickú úroveň je daný nielen autorským zázemím a sférou využívania konštruktu. Subjektívna pohoda hodnotí prežívanie osoby, ktoré prepája kognitívnu a afektívnu rovinu reagovania na udalosti života samotnou osobou. Rovnako využívaný pojmový aparát je typický pre psychologické skúmanie. Cummins objasňuje stabilitu hodnotenia na pozitívnom póle naprieč rôznymi životnými situáciami [17]. Psychológii sa pripisuje záujem o subjektívne hodnotenie života osoby a „narábanie“ s tzv. „mäkkými“ údajmi, ktoré majú počiatok v introspekcii. Povahu týchto údajov je možné ilustrovať porovnaním s objektívnymi „tvrdými“ údajmi, ktoré sa využívajú v iných vedných disciplínach [18].

Kvalita života a zdravie

Model kvality života súvisiaci so zdravím (HRQoL) sa vyskytuje v mnohých elektronických databázach a disponuje viacerými nástrojmi. Dôkazom toho je nástroj, ktorý vytvorila pracovná skupina a spolupráci s WHO a je známy ako WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). V ňom je zakomponované vnímanie kvality života zo subjektívneho pohľadu a v spojitosti s dennými aktivitami [18]. Názorový konsenzus, ktorý prevláda v zdravotníctve a v ošetrovatelstve považuje kvalitu života za subjektívny fenomén, kde koncept kvality života je vymedzený ako subjektívne vnímanie alebo hodnotenie. Niektorí autori uvádzajú pojmovú konfúziu, ktorá vznikla pri vymedzení subjektívnej a objektívnej kvality života. Ide predovšetkým o nepresné používanie pojmov ako: subjektívna kvalita života verus subjektívna pohoda, subjektívna kvalita života verus spokojnosť, spokojnosť verus subjektívna pohoda, objektívna kvalita života verus funkčný stav. Autorka zdôrazňuje, že pojmy subjektívna pohoda, spokojnosť a funkčný stav by nemali byť stotožňované s pojmom kvalita života [12]. Watson rozlišuje medzi krátkymi emocionálnymi epizódami, pocitmi radosti alebo momentálneho šťastia a podstatou stavu šťastia, ktorý je koncipovaný ako pocit spokojnosti v konkrétnych oblastiach života jednotlivca ako sú vzťahy, práca a zdravie [20].

Cieľ štúdie

Naším zámerom bolo analyzovať percepciu subjektívnej a objektívnej kvality života u našich respondentov. V práci sme zisťovali úroveň informovanosti sestier o metódach na meranie oblasti kvality života u pacientov. Chceli sme zistiť, ktoré z uvedených metód využívajú sestry v klinickej praxi, a s ktorými nástrojmi sa stretli v rámci pregraduálnej prípravy (počas štúdia).

Metodika

Štúdiu sme realizovali v Nemocnici s Poliklinikou v Levoči. Výskumnú vzorku tvorilo 155 respondentov, sestier pracujúcich pri lôžku v nemocničnom zariadení. V rámci vzdelania išlo o relatívne homogénne rozdelenie skupín: sestry s vysokoškolským vzdelaním - 70 (VŠ) a sestry so stredoškolským vzdelaním - 85 (SŠ).

Ako metódu sme použili skrátenú verziu dotazníka WHOQOL-100 od Svetovej zdravotníckej organizácie: nástroj WHOQOL- BREF, ktorý obsahuje 24 položiek, zahrnutých do štyroch domén a dvoch samostatných položiek pre analýzu celkovej kvality života a zdravotného stavu jednotlivca (celkovo 26 položiek) [19]. Prioritne nás zaujímalo vnímanie subjektívnej a objektívnej kvality života v skúmanom súbore a percepcia ich celkovej kvality života.

Pre potreby monitoringu používania metód na meranie kvality života v klinickej praxi sme skúmanému súboru predstavili niekoľko dotazníkov skúmania kvality života a životnej spokojnosti (ich základné charakteristiky) Išlo o nástroje, ktoré sú validné, s overenými psychometrickými vlastnosťami, štandardne sú odporúčané pre ich využívanie v každodennej praxi. Splňali vlastnosti nástrojov pre hodnotenie kvality života:

- Dotazník kvality života podľa WHO ((World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL - 100)

- Škála spokojnosti so životom (*Satisfaction with life scale - SWLS*)
- Zdravie súvisiace s kvalitou života (*Health Related Quality of Life - HRQoL*)
- Program hodnotení individuálnej kvality života (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - SEIQoL*)
- Škála životnej zmysluplnosti (*ŠŽZ*).
- Dotazník životnej spokojnosti (*DŽS*).

Chceli sme zistiť, ktoré z uvedených nástrojov sestry používajú v klinickej praxi, prípadne s ktorým nástrojom sa zoznámili počas štúdia na strednej alebo na vysokej škole. Rozdelenie súboru sme realizovali týmto spôsobom: sestry so stredoškolským vzdelaním: S-SŠ a sestry s vysokoškolským vzdelaním: S-VŠ.

Závislé premenné tvorili: úroveň vedomosti o metódach merania kvality života v ošetrovatelstve, úroveň vedomosti o používaní jednotlivých škál na monitorovanie kvality života v klinickej praxi a postoje sestier k využívaniu metód merania kvality života v klinickej praxi. Nezávislou premennou bolo vzdelanie respondentov.

Štatistické metódy

Štatistické spracovanie bolo realizované pomocou štatistického programu IBM SPSS Statistics 22.0. Spracovanie a analýza získaných údajov bola riešená pomocou deskriptívnej štatistiky (M - priemer, SD – smerodajná odchýlka).

V rámci štatistických postupov sme na skúmanie rozdielov použili t-test a neparametrický Mann-Whitney U test (pre dva nezávislé výbery). Na skúmanie korelácií bol použitý korelačný koeficient a Chí-kvadrát test (test zhody distribúcií), ktorým overujeme štatistickú významnosť (hladina významnosti bola pri všetkých premenných < 0,05). V závere sme využili jedno výberový Z-test, ktorým sme testovali či zistené rozdiely sú štatisticky významné alebo spôsobené len náhodnými vplyvmi.

Výsledky a diskusia

Kvalitu života môžeme skúmať na rôznych úrovniach a sférach, od makroúrovne cez národnú úroveň alebo ako špecifikáciu kvality života vo vybraných skupinách. V súčasnosti je nespochybniteľná dualita kvality života (Quality of Life – QoL), resp. dvojdimenzionálnosť uvedeného pojmu. Hlavnou preferovanou dimenziou je dimenzia subjektívne-psychologická, ktorá sa zaoberá tým, ako jedinci prežívajú svoj život (human well-being). Druhou skúmanou dimenziou je dimenzia objektívne-priestorová, ktorá analyzuje najmä podmienky, v ktorých ľudia svoj život žijú (environmental quality) [21].

Pre zistenie postojov sestier k používaniu nástrojov na meranie kvality života v praxi sme chceli zistiť ich osobnú percepciu kvality života z hľadiska subjektívneho a objektívneho pohľadu, kde dominovala percepcia subjektívnej kvality života (SQo) (tab. 1).

Predpokladali sme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vnímaní medzi subjektívnou a objektívnou kvalitou života u našich respondentov. Na základe korelačného koeficientu ($r=0,592$) sme zistili, že čím pozitívnejšie respondenti vnímali svoju objektívnu kvalitu života (OQoL) (fyzické zdravie, materiálne zabezpečenie, sociálny status v spoločnosti), tým lepšie hodnotili svoju subjektívnu kvalitu života (SQoL) (ľudská emocionálna, všeobecná spokojnosť so životom). Výsledok testu $p=0,001$ potvrdil, že spomínaný vzťah je štatisticky významný (tab. 2).

Tab. 1 Diferenciácie vo vnímaní subjektívnej a objektívnej kvality života

	Vzdelanie	n	M	SD	T	P
OQaL	S-VŠ	70	2,07	0,95	-1,012	0,313
	S-SŠ	85	2,24	1,04		
SQaL	S-VŠ	70	2,16	0,99	-4,377	0,000
	S-SŠ	85	2,84	0,94		

OQaL- Objektívna kvalita života; SQaL- Subjektívna kvalita života, n – počet, M – priemer, p-hladina významnosti

Tab. 2 Hodnotenie QaL pomocou korelačného koeficientu

r	0,592
p	0,001

r- korelačný koeficient, p=hladina významnosti

Signifikantné rozdiely vo vnímaní kvality života u skúmanej vzorky a ich spokojnosťou so zdravím sme overovali Mann-Whitney U testom. V rámci dosiahnutého vzdelania boli sestry

so stredoškolským vzdelaním spokojnejšie so svojim zdravím v porovnaní so sestrami s vysokoškolským vzdelaním, ktoré kvalitu svojho zdravia považujú za „priemernú“. Rozdiel v zisteniach je možné dokumentovať väčším rozsahom vedomostí a informácií zo zdravotných vied u S-VŠ v porovnaní s pregraduálnou prípravou u S-SŠ. Výsledok Mann-Whitney U testu (p=0,002) potvrdil, že existuje vzťah medzi spokojnosťou so zdravím a kvalitou života (tab. 3).

Tab. 3 Percepcia kvality života a spokojnosti so zdravím (Mann-Whitney U test)

Sledované oblasti	M (S-SŠ)	M (S-VŠ)	Me S-SŠ	Me S-VŠ	Mann-Whitney U test	Z test	P
Kvalita života	84,48	70,13	2	2	2424,0	-2,11	0,034
Spokojnosť so zdravím	87,59	66,35	2	3	2159,5	-3,05	0,002

M – priemer, Me - medián, Interkvartilový rozsah, SŠ- stredošk. vzdelanie, VŠ- vysokošk. vzdelanie, p – hladina významnosti.

Hofstede vyhotovil mnohé empirické výskumy a teórie, ktoré sa zaoberali sociálnymi psychologickými súvislosťami otázkami hodnôt a hodnotových orientácií, a rovnako sa zameriavali na problematiku kvality života. V rámci výskumu hodnôt, myšlienkových stereotypov a hodnotových preferencií vychádza z presvedčenia, že jednotlivé spôsoby ľudského myslenia sú určované najmä kultúrou [22].

Na overenie vnímania spokojnosti so životom u skúmanej vzorky sme použili Chí- kvadrát test zhody distribúcií. Predpokladali sme, že viac ako 50 % našich respondentov bude uvádzať pozitívne odpovede (teda, budú vo „väčšej miere“ spokojní so svojim životom). Z celkovej analýzy výsledkov môžeme vyhodnotiť, že obe skupiny respondentov hodnotia pozitívne svoju celkovú kvalitu života, teda sú spokojní so svojim životom (p = 0,001) (tab. 4).

Tab. 4 Percepcia celkovej kvality života (Chí- kvadrát)

Chí- kvadrát test	17,847
P	0,001

Chí-kvadrát, p=hladina významnosti

Osobné vnímanie kvality života respondentov predpokladá aj pretavenie vlastných názorov do jednotlivých subškál hodnotiacich kvalitu života, a následne do využívania metód a meraní kvality života v praxi. Snahám o akúkoľvek kvantifikáciu QoL musí predchádzať celková operacionalizácia všetkých pojmov, a rovnako voľba konkrétnych indikátorov kvality života. Mederly et al. definujú indikátory na meranie kvality života ako premenné, indexy a iné odvodené kvantitatívne charakteristiky, ktoré majú alebo by mohli mať nejaký vzťah ku kvalite ľudského života. Indikátory vytvárajú veľké

množstvo funkcií. Môžu zjednodušovať, objasňovať zoskupené informácie pre rozhodovanie, a zároveň pomáhať začleniť prírodné a sociálne vedy do procesu rozhodovania a smerovania k udržateľnému rozvoju života. Indikátory predstavujú dôležité nástroje pre prenos ideí a hodnôt. Hodnotením a sledovaním QoL prostredníctvom rôznych indikátorov sa zaoberá množstvo svetových programov a inštitúcií [23]. V tejto súvislosti sa stále častejšie začínajú objavovať, a zároveň využívať agregované ukazovatele QoL.

Predpokladali sme, že existujú významné rozdiely u skúmaného súboru v poznaní elementárnych metód na meranie vybraných oblastí kvality života, ktoré sestry využívajú vo svojej praxi. Tiež sme predpokladali, že respondenti sa vo väčšej miere stretli najmenej s dvoma metódami na meranie kvality života. Uvedené hypotézy sme overovali Mann-Whitney U testom, Chí-kvadrátovým testom zhody distribúcií a Z- testom. Sestry potvrdili, že sa stretli vo svojej praxi v nemocničnom zariadení, prípadne počas vzdelávania (S-VŠ) so štandardným typom dotazníka hodnotenia kvality života. V skúmanej oblasti existuje štatisticky významný vzťah v spomínaných oblastiach (p=0,001). Môžeme konštatovať, že existujú významné rozdiely medzi skúmanou vzorkou (rozdelenu na základe prediktora - vzdelanie), kde sestry s S-VŠ vzdelaním sa stretli s používaním nástrojov na meranie QoL častejšie ako sestry so S-SŠ.

Metódy, ktoré monitorujú jednotlivé úrovne uspokojovania faktorov kvality života detekujú hlavnú podstatu, tzv. „jadrovú“ kvalitu života. V tomto smere ako najvýraznejšia metóda sa ukazuje SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), ktorá zahŕňa kľúčovú podstatu jedinca. Pojem kvality života sa v súčasnosti využíva na hodnotenie zdravotných

a sociálnych intervencií v širokom spektre nepriaznivých životných okolností a ochorení. S metódou merania kvality života prostredníctvom SEIQoL, ktorá hodnotí dvanásť kategórií životných cieľov sa sestry v našej štúdií stretli len ojedinele. Na základe Mann-Whitney U testu môžeme zhodnotiť, že existujú významné rozdiely medzi skupinami respondentov v tejto oblasti ($p=0,051$). Metóda SEIQoL vznikla na základe kombinácie dvoch metód a to metódy „Barometer každodennej nálady“ (Daily mood reports) a „Dienerovej metódy“ (The Satisfaction with Life Scale). Využíva kombináciu uvedených metód, pričom zisťuje, do akej miery sme schopní plniť svoje stanovené životné ciele. Dienerova metóda zahŕňa výsledky faktorovej analýzy vybraných komponentov, ktoré popisujú aktuálne rozpoloženie či náladu jedinca. Zisťovali sme, či sa sestry oboznámili s touto metódou počas svojej praxe, prípadne v priebehu vzdelávania. Sestry v oboch skupinách (S-SŠ, S-VŠ) uviedli, že s danou metódou sa doposiaľ nestretli.

Medzi spôsoby merania spokojnosti jednotlivca so životom patrí aj metóda „Barometer každodennej nálady“ (Daily mood reports). V uvedenej metóde je človek požadovaný, aby v pravidelných časových intervaloch zaznamenával svoje pocity. V rámci hodnotenia škály „Barometer každodennej nálady“

(Daily mood reports) sme zistili významné rozdiely medzi skupinami respondentov. Obe skupiny sestier (S-SŠ, S-VŠ) v najväčšom počte uviedli, že poznajú Barometer každodennej nálady v súvislosti s metódou VAS (Vizuálna analógová škála), kedy je človek požadovaný, aby svoje prežívanie zaznamenával v pravidelných časových intervaloch na zvolenej priamke.

Zisťovali sme, či sestry sa stotožňujú s myšlienkou, že metódy merania kvality života by sa mali využívať v klinickej praxi. Výsledky potvrdili, že obe skupiny sestier (S-SŠ, S-VŠ) súhlasia s využívaním metód merania kvality života v klinickej praxi, najmä pri nástroji WHOQOL ($p=0,001$). Okrem iného sme zisťovali, v akej oblasti je metóda najviac využívaná v praxi u sestier. Sestry so stredoškolským vzdelaním uviedli, že túto škálu využívajú na posudzovanie psychického zdravia (osobného prežívania) klienta a sestry s vysokoškolským vzdelaním uvedenú škálu využívajú najčastejšie na posudzovanie bolesti. Pomocou Mann-Whitney U testu sme zistili, že existujú významné rozdiely medzi skúmanými skupinami respondentov, ich vzdelaním a osobným postojom k tejto problematike, keďže výsledok je štatisticky významný ($p=0,015$). Sestry v našej štúdií nepoznajú iné (neuvedené) metódy, ktorými meriame kvalitu života v praxi ($p=0,762$) (tab. 5).

Tab. 5 Diferenciácie v poznaní uvedených metód (S-SŠ, S-VŠ), Mann-Whitney test

Metódy QoL	M (S-SŠ)	M (S-VŠ)	Me S-SŠ	Me S-VŠ	Mann-Whitney U test	Z test	P
WHOQOL	90,81	61,53	1	2	1822,0	-4,27	0,001
SEIQoL	83,54	70,26	2	3	2433,0	-1,95	0,051
Využitie v praxi	72,74	83,21	2	2	2540,0	-1,51	0,129
Iné metódy merania QaL	76,60	78,59	2	2	2864,0	-0,30	0,762

M - priemer, Me - medián, S-SŠ-sestry so stredošk. vzdel., S-VŠ- sestry s vysokošk. vzdel., p – hladina významnosti.

Diferenciácie pri používaní metód kvality života sestrami v praxi a ich ukončeným vzdelaním sme zisťovali pomocou Chí- kvadrát testu. V ponuke metód, určených na detekciu kvality života u ich klientov boli: Škála životnej zmysluplnosti (ŠZZ); Škála spokojnosti so životom (Satisfaction with life scale - SWLS); Program hodnotení individuálnej kvality života (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - SEIQoL); Zdravie súvisiace s kvalitou života (Health Related Quality of Life - HRQoL) a Dotazník životnej spokojnosti (DŽS).

Škála životnej zmysluplnosti (ŠZZ; Halama, 2002) [24] meria stupeň naplnenosti života zmyslom. Okrem iného autor definuje zmysel života ako „osobný systém presvedčení, cieľov a hodnôt, ktorý človeku umožňuje prežívať, uvedomovať si a riadiť svoj život ako hodnotný, účelný a naplňujúci.“ ŠZZ poznalo 17,1 % S-VŠ a 25 % S-SŠ. Neexistujú významné rozdiely medzi zvolenými skupinami respondentov ($p=0,237$). ŠZZ pozostáva z dvadsiatich výrokov, ktoré sa týkajú života respondenta a sú označené na stupnici od 1 (vôbec nesúhlasím) do 5 (úplne súhlasím). Tvoria ju tri dimenzie, z ktorých každá má šesť položiek. Kognitívnu dimenziu tvoria položky týkajúce sa celkovej životnej orientácie, pochopenia života a svojho miesta vo svete (napr. „Svoj život považujem za hodnotný a užitočný“). Motivačnú dimenziu tvoria položky, týkajúce sa cieľov, plánov, sily a vytrvalosti pri ich realizácii (napr. „V mojom živote sú veci, v ktorých sa naplno angažujem“). Afektívna dimenzia zahŕňa položky, ktoré súvisia so životnou spokojnosťou, naplnenosťou, avšak v negatívnej rovine znechutením, pocitom jednotvárnosti (napr. „Som so svojím životom spokojný/á, aj keď je niekedy

ťažký“). Metodika vyhodnotenia položiek zahŕňa skóre dimenzií aj celkové skóre, lebo pri štatistickej analýze sa jednotlivé dimenzie ukázali ako závislé, ale nie zhodné. Výsledkom škály je zistenie: čím je vyššie celkové skóre, tým vyššia je úroveň životnej zmysluplnosti. Nízke skóre poukazuje na nízku úroveň životnej zmysluplnosti. Škála má vyhovujúcu reliabilitu, faktorovú štruktúru aj konvergentnú validitu [24].

Tab. 6 Diferenciácie pri používaní metód QoL v praxi a ich vzdelaním (Chí- kvadrát test)

Metódy detekcie QoL	S-VŠ	S-SŠ	Chí- kvadrát	P
ŠZZ	12 17,10 %	21 25,00 %	1,400	0,237
DŽS	29 41,40 %	60 71,40 %	14,088	0,001
SEIQoL	14 20,00 %	13 15,50 %	0,540	0,462
HRQoL	33 39,30 %	12 17,10 %	9,052	0,003
SWLS	24 34,30 %	23 27,40 %	0,858	0,354

ŠZZ - Škála životnej zmysluplnosti; DŽS - Dotazník životnej spokojnosti; SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life; HRQoL - Health Related Quality of Life; SWLS - Satisfaction with Life Scale.

Dotazník životnej spokojnosti (DŽS) potvrdilo 71,4 % S-SŠ. Existujú signifikantné rozdiely medzi skúmanými oblasťami vedomostí sestier a ich ukončeným vzdelaním ($p=0,001$) (tab. 6).

V rámci komparácie oboch skupín v používaní ďalších metód QoL v praxi dominovala skupina S-VŠ v porovnaní s S-SŠ. Pri používaní metódy HRQoL bola potvrdená štatistická významnosť ($p=0,003$) v prospech S-VŠ (39,30 %) v porovnaní so S-SŠ (1710 %).

Škála spokojnosti so životom (Satisfaction With Life Scale - SWLS; Diener et al., 1985) [25] je známy a často používaný nástroj na meranie kognitívnych komponentov subjektívnej osobnej pohody. Samotné šťastie definuje pod perspektívou hedónie. Ide o päťpoložkovú škálu, ktorá posudzuje všeobecnú spokojnosť so životom. Hodnotí na základe vlastnej spätnej výpovede jedinca podľa kritérií, ktoré sú značne subjektívne. Účastníci hodnotia svoju spokojnosť so životom na 7-stupňovej škále (1=rozhodne nesúhlasím, 7=rozhodne súhlasím). Diener et al. (1985) udávajú test-retest reliabilitu po dvoch mesiacoch index 0,82 a Cronbachova Alpha má index 0,87. Tiež boli testované jeho psychometrické charakteristiky, ktoré boli označené ako veľmi dobré [26].

Korelácia medzi sebahodnotením a životnou spokojnosťou sa v rôznych výskumných súboroch pohybuje medzi hodnotami 0.5 až 0.7 [27], [28], [29]. Ak hľadáme zdroje sebahodnotenia na základe sebahodnotenia na adjektívnych škálach najlepším prediktorom vysokého sebahodnotenia adolescentov je podľa Blatného (2000) charakteristika „úspešný“. Podľa uvedeného autora je vzťah medzi sebahodnotením a životnou spokojnosťou tesný, avšak variabilita oboch premenných je spoločná maximálne v 50 %, pretože človek môže byť spokojný so svojím životom a súčasne nespokojný so sebou. Hodnotenie svojho života je nevyhnutné pre možnosti percepcie a využitia metód QoL v praxi, tiež vo vzťahu k iným.

Z hľadiska vnímania konceptu kvality života pokladajú sestry (S-VŠ) za najdôležitejšie metódy hodnotenia kvality života súvisiace so zdravím, metódu HRQoL (Health Related Quality of Life) ($p=0,003$). Mareš uvádza Model pre koncepčné uchopenie, a následné meranie QoL v čase, kde predpokladá, že vo vnímaní jednotlivca dochádza ku určitému posunu k tzv. „response shift“. Na urýchlení priebehu posunu sa podieľa prvá dimenzia, ktorá zastrešuje model „katalyzátor zmeny“, ktorým môže byť zmenený zdravotný stav jednotlivca. Druhú dimenziu vytvárajú sociodemografické charakteristiky, charakterizované vekom a pohlavím a niektoré stabilnejšie charakteristiky osobnosti (optimizmus, očakávania, spirituálne začlenenie). Tretiu dimenziu modelu predstavujú kognitívne, behaviorálne a emocionálne procesy, ktoré vytvárajú tzv. „mechanizmus zmeny“, prostredníctvom ktorého sa jednotlivec snaží adaptovať na zmeny svojho stavu. K uvedenému mechanizmu patria jednotlivé stratégie zvládania, sociálne porovnávanie, zmeny v hierarchii cieľov a očakávaní jedinca. Štvrtú dimenziu modelu predstavuje tzv. „Posun v odozve“, ktorý zasahuje do jednotlivcovho hodnotenia a zmyslu QoL [30]. Výsledkom tejto zmeny je rekalibrácia, teda zmena vnútorných štandardov a jednotlivých poradí na škále hodnôt, zmena v oblasti hierarchie hodnôt a zmena konceptov, tzv. rekonceptualizácia [31]. Ssamotná percepcia QoL predstavuje poslednú dimenziu modelu, ktorá tvorí fyzickú, psychologickú a sociálnu oblasť tohto multidimenzionálneho konštruktú. Mareš uvádza

procesuálny model QoL, kde boli skúmané jednotlivé premeny, ku ktorým dochádza pod vplyvom niektorých vonkajších udalostí a vnútorných zmien odohrávajúcich sa v človeku. V uvedenom modeli autori skúmali zmeny v kvalite života žien po diagnostikovaní a zahájení liečby karcinómu prsníka. Zmena úrovne kvality života vplyvom stanovenia onkologickej diagnózy, a následnej terapie konkrétneho ochorenia výrazne ovplyvňuje všetky oblasti kvality života žien, akými sú: sociálne roly/funkcie, psychický stav, ekonomický status, prežívané emócie, sociálne vzťahy jedincov. Procesuálny model sa zaoberá aj výsledkom pôsobenia jednotlivých oblastí a skúma kvalitu života, emocionálne prežívanou klientkou po absolvovaní onkologickej liečby [30], [32].

Limity výskumu. Naša štúdia disponuje pomerne menším výskumným súborom (čo do kvantity), od ktorých sme získavali údaje. Zaujímavé zistenia by sa mohli dosiahnuť v rámci rozšírenia výskumu na viaceré zdravotnícke zariadenia na Slovensku.

Záver

Pojem kvality života sa stáva frekventovaným pojmom. Nemôžeme ho preto opomenúť v zdravotníctve, v ošetrovateľstve ani v pedagogike, a to v rámci samotnej pregraduálnej prípravy budúcich sestier.

Z výsledkom výskumu sme zistili, že sestry uviedli len niektoré metódy na meranie kvality života, ktoré poznali počas svojej pregraduálnej prípravy na fakultách (S-VŠ), avšak v menšom rozsahu na stredných školách (S-SŠ). Opäť sa potvrdzuje skutočnosť, že sestry potrebujú univerzitné vzdelanie podľa kritérií Európskej únie pre dosiahnutie odporúčanej úrovne kreditového systému (ECTS kredity), ktoré je zárukou profesionálnej a vysoko odbornej prípravy.

Sestry ako budúci odborníci vo svojej profesii musia poznať dimenzie kvality života, dešifrovať rozdiely v subjektívnej a objektívnej percepcii kvality života, ovládať nové metódy jej merania, aby ich následne vedeli použiť v klinickej praxi u svojich pacientov. V austrálskej štúdií sa podarilo dokázať vplyv vzdelania na životnú spokojnosť. Autori zistili, že s vyšším ukončeným vzdelaním lineárne stúpala aj životná spokojnosť [33].

V súčasnej dobe prebiehajú na univerzitnej úrovni, na fakultách lekárske a nelekárske odborov procesy kultúrnej a obsahovej validácie mnohých nástrojov pre oblasť kvality života so zameraním na konkrétne ochorenie, prípadne na špecifický status jedinca. Príkladom je nástroj MSOoL – 54 pre hodnotenie QoL u pacientov so sclerosis multiplex, autorky prof. Barbary Vickrey z Californie. Po realizácii jazykovo-kultúrnej adaptácie celosvetovo uznávaného a štandardne používaného dotazníka MSQOL-54 (v rokoch 2020 – 2022) bola jeho validizovaná slovenská verzia sprístupnená pre odbornú verejnosť s celoplošným využitím v rámci Slovenskej republiky.

Metódy merania oblastí kvality života sú veľkým prínosom pre zdravotnícku aj ošetrovateľskú prax, umožňujú detekovať množstvo problémov u pacientov, avšak ich implementácii predchádza dlhodobé úsilie pedagógov, výskumníkov a odborníkov z praxe.

Vyhlásenie o konflikte záujmov:

Autori potvrdzujú, že v súvislosti so zverejnením tohto článku neexistujú žiadne konflikty záujmov.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] Lambiri D, Biagi B, Royuela V. Quality of Life in the Economic and Urban Economic Literature. *Soc Indic Res.*, 2007;84(1). <https://doi.org/10.1007/s11205-006-9071-5>
- [2] Heřmánová E. *Concepts, theories and measurements of quality of life*. Praha: Slon; 2012, p. 239.
- [3] Halvorsrud L. et al. Quality of life in older Norwegian adults living at home: a cross-sectional survey. *Journal of Research in Nursing*. 2012;17(1):13-28. <https://doi.org/10.1177/17449871110374273>
- [4] Hudáková A. Teoretické východiská ošetrovateľského procesu. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, 2019, 145 s.
- [5] Bužgová R. Paliatívna péče ve zdravotnických zařízeních. Potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015, 168 s.
- [6] Pokorna A. et al. 2013. *Ošetrovateľství v geriatrici. Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 200 s.
- [7] Kačmárová M, Babinčák P, Mikulášková G. *Theories and tools for measuring subjectively assessed quality of life*. Presov. FF PU Presov, Grafotlač; 2013, p. 254.
- [8] Gurková E, Žiaková K. Conceptualization of quality of life in nursing. *Profese on line*. 2009;II(2):89-103. [cited 2022/09/16]; Available from: <http://www.pouzp.cz/text/cs/konceptualizacia-kvality-zivota-vošetrovatelstve.aspx> <https://doi.org/10.5507/pol.2009.008>
- [9] Ondrejka I. *Depression in the context of quality of life*. Rožňava: Roveň; 2006, p. 126.
- [10] Walterová E. Učitelé: proměny profese a rekonstrukce jejich vzdělávání. *Pedagogická revue*, 2002, roč. 54, č. 3, s. 220-239.
- [11] Prokop J. Proměny profese polských učitelů se zaměřením na vzdělávací programy. *Pedagogická revue*, 2005, roč. 57, č. 2, s. 125-138.
- [12] Gurková E. Evaluation of Quality of Life. *For clinical practice and nursing research*. Praha: Grada; 2011, p. 224.
- [13] Waterman A, Schwartz S, Zamboanga B, Ravert R, Williams M, Agocha M. et al. The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The Journal of Positive Psychology*. 2010; 5(1):41-61. <https://doi.org/10.1080/17439760903435208>
- [14] Bačišin V. Measuring the quality of life in the world. In. Quality of life in the conditions of globalization, 26. – 27. October 2011, Bratislava: Statistical Office of Slovakia, 2011; p. 64-68.
- [15] Diener E, Oishi S. Are Scandinavians happier than Asians? Issues in comparing nations on subjective well-being. In. Columbus, F. (Ed.). *Politics and economics of Asia*. Hauppauge; 2003.
- [16] Diener E. Guidelines for National Indicators of Well-being and III - being. *Journal of Happiness Studies*, 2006; 7(4):398-403. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9000-y>
- [17] Cummins RA, Eckersley R, Pallant J, Vugt J, Misajon R. Development a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 2003; 64:159-190. <https://doi.org/10.1023/A:1024704320683>
- [18] Babinčák P. Definitions, theoretical models and quality of life indicators. In. Bačová, V. (Ed.). *Quality of life and social capital - psychological dimensions*. Presov FF PU, 2008; p. 41-75.
- [19] Dragomirecká E, Bartoňová J. Questionnaire of Quality of life WHO: WHOQOL-BREF. Psychometric properties and first experience with the Czech version. *Psychiatrie*, 2006;10(3):144-149.
- [20] Watson AC, Ottati VC, Morabito M, Draine J, Kerr AN, Angell B. Outcomes of police contacts with persons with mental illness: The impact of CIT. *Administration and Policy in Mental Health*. 2010; 37(4):302-317. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0236-9>
- [21] Delle Fave A, Brdar I, Freire T, Vella-Brodrick D, Wissing M, Fave A. The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings. *Social Indicators Research*, 2011;100(2):185-207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- [22] Hofstede G. *Cultures and organizations*. Software of human mind. Praha: Linde; 2006, p. 336.
- [23] Mederly P., Topercer J., Nováček P. 2004. Indikátory kvality života a udržiteľného rozvoje: kvantitatívni, vícerozmerný a variantní přístup. Praha. FSV UK, CESES, 117 s.
- [24] Halama P. Development and construction of a scale of meaningfulness in life. *Czechoslovak psychology*. 2002;46(3).
- [25] Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985 Feb;49(1):71-5. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- [26] Pavot W., Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2008;3(2):137-152. [cited 2023/02/16]; Available from: <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- [27] Blatný M. *Personality Correlates of Self-Esteem and Life Satisfaction: Similarities and Differences*. 10th European Conference on Personality, Cracow : 2000, July 16 – 20.
- [28] Diener E., Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, roč. 68, s. 653-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- [29] Koubeková E. Dimenzie osobnosti vo vzťahu k životnej spokojnosti adolescentov z aspektu medzipohlavných rozdielov. *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia*, 23. Psychologické dni, Bratislava: Pelikán, 2005.
- [30] Mareš J. *Quality of life in children and adolescents*. Brno; 2006, p. 298.
- [31] Taillefer MCH. et al. Health- Related Quality of Life Models. *Social Indicators Research*. 2003; 64(2):290-322.
- [32] Mokhtari-Hessari P., Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes*, 2020;(18):338. [cited 2023/01/24]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>
- [33] Dear K., Henderson S., Korten A. Well-being in Australia – findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002;7:503-509. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0590-3>

Kontakt:

PhDr. Anna HUDÁKOVÁ, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovateľstva
Partizánska, 1; 080 01 Prešov
e-mail: Anna.Hudakova@unipo.sk
tel.: +421 51 7562 460