

původní práce

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV VO VYBRANÝCH DIALYZAČNÝCH CENTRÁCH NA SLOVENSKU

PATIENTS' QUALITY OF LIFE IN SELECT DIALYSIS CENTERS
IN SLOVAKIA

**Mário Ležovič¹, Matej Mucská¹,
Zuzana Hološová¹**

**¹Fakulta verejného zdravotníctva SZU,
Bratislava**

Došlo: 6. 6. 2013.
Přijato: 23. 9. 2013.

Kontaktní adresa

RNDr. Mário Ležovič, PhD., MPH
Fakulta verejného zdravotníctva SZU
Limbová 12,
833 03 Bratislava, SR
e-mail: mario.lezovic@szu.sk

Střet zájmů: žádný.

Súhrn

Ležovič M, Mucská M, Hološová Z. Kvalita života pacientov vo vybraných dialyzačných centrách na Slovensku

Úvod:

Kvalitou života pacientov sa v súčasnej medicíne zaoberá čoraz viac autorov. Cieľom dnešnej medicíny je nielen dosiahnuť dlhší život, ale predovšetkým dosiahnuť lepšiu kvalitu života alebo zachovať kvalitu života ľudí s chronickými ochoreniami, pričom sa kladie dôraz na faktory, ktoré ovplyvňujú subjektívne vnímanie kvality života.

Cieľ:

Cieľom práce je posúdenie kvality života dialyzovaných pacientov, kde sme chceli zistiť, ako títo ľudia hodnotia kľúčové oblasti svojho života, tzn. ako sú pre nich tieto oblasti dôležité a ako sú s nimi spokojní.

Materiál a metóda:

Súbor tvorilo 100 pacientov troch dialyzačných centier, použil sa dotazník WHOQOL-Bref, údaje sa triedili editorom Microsoft Excel, štatisticky vyhodnocovali programom SPSS. Na koreláciu domén a otázok Q1 a Q2 a socio-demografických premenných sme použili Spearmanov korelačný koeficient signifikantný na hladine významnosti $p < 0,01$ a $p < 0,05$.

Výsledky:

Väčšina dialyzovaných pacientov hodnotí kvalitu života pomerne dobre, nižšie hodnotí spokojnosť so zdravím, často sa vyskytujú u nich negatívne pocity. Kvalitu života dialyzovaných pacientov a ich spokojnosť so zdravím výrazne ovplyvňuje psychické zdravie, v menšej miere i fyzické zdravie, tieto korelácie boli štatisticky významné na hladine $p < 0,01$.

Záver:

Kvalita života ako dynamicky sa meniaci stav je ovplyvnená u dialyzovaných pacientov podľa našich výsledkov najmä duševným zdravím, preto sú na jej zlepšenie u týchto pacientov potrebné psychologické intervencie.

Kľúčové slová:

chronické zlyhanie obličiek, dialýza, kvalita života, spokojnosť, WHOQOL-Bref.

Summary

Ležovič M, Mucska M, Hološová Z. Patients' quality of life in select dialysis centers in Slovakia

Introduction:

Patients' quality of life is becoming the center of attention and an increasing number of authors have addressed this topic in the recent years. The aim of today's medical care is not only to increase life expectancy, but more importantly, improve or slow down the deterioration of the quality of life of people with chronic diseases, with the emphasis being placed on the factors which influence the subjective perception of quality of life.

Aim:

The objective of this research was to assess the quality of life in patients undergoing chronic dialysis. In this study we evaluated the patient's perception of key aspects of their life, the relevance of these areas to their overall perception of quality of life and their level of satisfaction with these areas.

Material and methods:

The study group included 100 patients from 3 dialysis centers. The WHOQOL-Bref questionnaire was used and data was tabulated using Microsoft Excel and statistically evaluated with SPSS. For correlation of domains and questions Q1 and Q2 and socio-demographic variables, we used the Spearman correlation coefficient with a significance level of $p < 0.01$ and $p < 0.05$.

Results:

Most patients on dialysis evaluated their life as quite good, with satisfaction of their health judged lower with negative feelings occurring more often. Quality of life of dialysis patients and their satisfaction with their health is strongly influenced by their mental health, with their physical health having a lesser effect. These correlations were statistically significant ($p < 0.01$).

Conclusion:

Quality of life for dialysis patients is a dynamically changing condition, which according to our results is influenced mainly by mental health, and therefore psychological interventions are necessary in order to improve quality of life of these patients.

Key words:

chronic renal failure, dialysis, quality of life, satisfaction, WHOQOL-Bref.

ÚVOD

Kvalita života sa stala jedným z najčastejšie používaných pojmov súčasnej medicíny. Vyjadruje názor, že zdravotná starostlivosť má zmysel do tej miery, do akej pozitívne ovplyvňuje život pacientov. V dnešnej dobe, pre ktorú je charakteristické predlžovanie dĺžky života a prevaha chronických, dlhotrvajúcich chorôb nad infekčnými chorobami, sa za hlavný cieľ medicíny nepovažuje zdravie alebo predĺženie života samo o sebe, ale zachovanie alebo zlepšenie kvality života (1–3).

Kvalita života je ovplyvňovaná telesným zdravím, psychickým stavom, stupňom nezá-

vislosti, sociálnymi vzťahmi, prostredím a spiritualitou (4).

Kvalita života vo vzťahu k zdravotnému stavu pacienta charakterizuje, čo pacient s renálnou insuficienciou prežíva ako následok choroby a poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Ide o hodnotenie stupňa zvládnutia rolí a kvality prežívania života v porovnaní s tým, čo považuje pacient sám za ideálne. Účelom merania kvality života nie je zistiť prítomnosť a závažnosť symptómov ochorenia, ale ukázať, ako je u pacienta manifestácia alebo liečba choroby prežívaná (5–8).

V celosvetovom meradle trpí chronickou obličkovou chorobou 10 % obyvateľov, pričom asi 5 % má významne zníženú glomerulárnu filtráciu. Frekvencia chronickej obličkovej choroby v poslednom čase narastá, čo súvisí so zvyšovaním veku populácie, ale i s nárastom počtu civilizačných ochorení, ako sú diabetes mellitus, kardiovaskulárne ochorenia a vysoký krvný tlak. Vzhľadom na ich vysokú prevalenciu chronické obličkové ochorenia predstavujú nielen medicínsky problém, ale aj problém verejného zdravotníctva. Celosvetovo stúpa počet ľudí s ochoreniami obličiek, vo vyspelých štátoch o 5–8 % ročne. Príčinou je starnutie populácie a vysoké zastúpenie rizikových faktorov v populácii ako je hypertenzia, diabetes mellitus, obezita, hyperlipidémia (9).

Cieľom práce je posúdenie kvality života dialyzovaných pacientov, kde sme chceli zistiť, ako títo ľudia hodnotia kľúčové oblasti svojho života, to znamená, ako sú pre nich tieto oblasti dôležité a ako sú s nimi spokojní.

METODIKA

V našej štúdii sme použili krátku verziu dotazníka Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL-Bref s 26 otázkami, 24 otázok je združených do štyroch domén: fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie a dvoch otázok celkového hodnotenia – kvalita života a spokojnosť so zdravím. Dotazník bol testovaný v 23 krajinách a v súčasnosti existuje takmer v 50 jazykových verziách. Dotazník WHOQOL-Bref je určený na samostatné vyplňanie respondentmi, ale môže sa v prípade potreby vyplniť aj formou rozhovoru. Čas potrebný na jeho vyplnenie sa udáva približne 5 minút, administrácia formou rozhovoru 15–20 minút. Súčasťou dotazníka sú základné demografické údaje. Výsledky dotazníka WHOQOL-Bref sa vyjadrujú v podobe štyroch doménových skóre a priemerných hrubých skóre dvoch samostatných položiek hodnotiacich celkovú kvalitu života (Q1) a zdravotný stav (Q2). Hrubé skóre domén sa pohybuje od minima 4 do maxima 20, pričom vyššia hodnota poukazuje na lepšiu kvalitu života (1).

Súbor tvorilo 100 pacientov, ktorí sú zaradení na čakaciu listinu na transplantáciu. Zber údajov prebiehal v dialyzačných centrách v Rimavskej Sobote, Žiari nad Hronom a v Topoľ-

čanoch v období máj – júl 2012, celkovo bolo rozdáných 120 dotazníkov, pričom návratnosť bola 100 (83 %) dotazníkov. Dotazník bol samostatne vyplňaný pacientmi, pričom bola zabezpečená ich anonymita, bol administrovaný so súhlasom vedúcich dialyzačných stredísk pracovníkmi týchto stredísk. Na triedenie a spracovanie údajov sme použili tabuľkový editor Microsoft Excel, údaje boli štatisticky vyhodnotené v programe SPSS. Na testovanie korelácie otázok Q1 a Q2 a domén ako aj na testovanie socio-demografických premenných vek, vzdelanie s doménami sme použili Spearmanov korelačný koeficient. Na testovanie rodinného stavu a domén sme použili Oneway Anova analýzu a Kruskal-Wallisov test. Štatistické testovanie významnosti bolo na hladine významnosti $p < 0,01$ a $p < 0,05$.

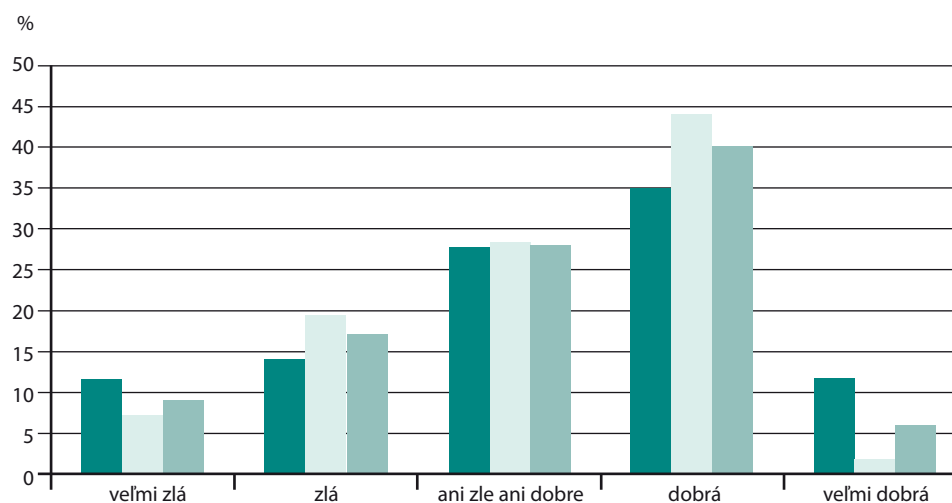
VÝSLEDKY

Dotazník vyplnilo spolu 100 pacientov z dialyzačných centier, z čoho mužov bolo 43 % a žien 57 %. Celkový vekový priemer bol 56,6 rokov, pričom maximálny vek bol 81 rokov, minimálny 27 rokov.

Podľa hodnotenia kvality života pacientov dialyzačných centier, celkovo (40 %) pacientov najviac hodnotí svoju kvalitu života ako dobrú a rovnako aj jednotlivé pohlavia hodnotia kvalitu života ako dobrú, muži 34,9 % a ženy 43,9 % (graf 1). Podľa spokojnosti so svojím zdravím 32,6 % mužov bolo nespokojných so svojím zdravím, 23,3 % mužov bolo spokojných so svojím zdravím. U žien bolo 35,1 % nespokojných so svojím zdravím a 22,8 % žien bolo spokojných so svojím zdravím (graf 2).

Vzťah domén WHOQOL-BREF k socio-demografickým charakteristikám sme overovali porovnaním priemerov a korelačnou analýzou na výberovom súbore hemodialyzovaných pacientov. Porovnanie doménových skóre pre mužov a ženy nepreukázalo významný rozdiel medzi pohlavím. Najsilnejšou koreláciou kvality života je subjektívne hodnotenie vlastného zdravia na päťbodovej škále. Táto položka je mimo iného súčasťou používaného dotazníka SF-36 a považuje sa na základe medzinárodných štúdií za veľmi dobrý indikátor zdravotného stavu.

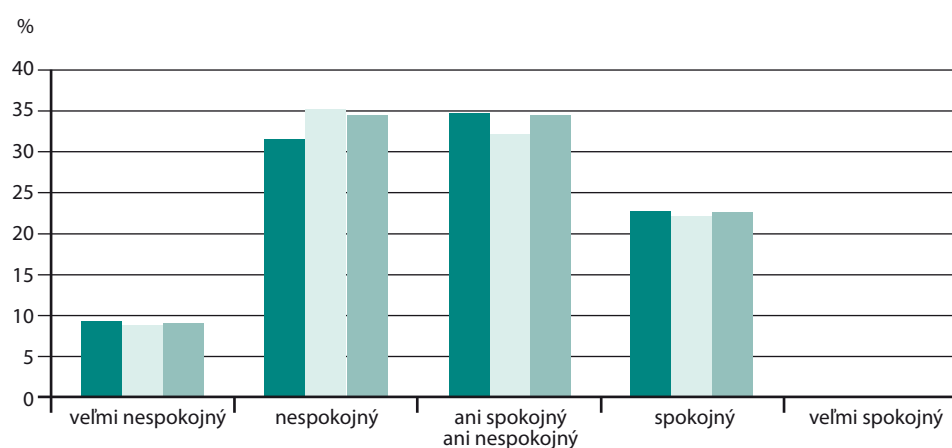
Tabuľka 1 obsahuje priemerné hrubé skóre domén. Interval normy je spočítaný ako priemer $\pm$ štandardná odchýlka, to znamená pre



muži	11,6 %	14,0 %	27,9 %	34,9 %	11,6 %
ženy	7,0 %	19,3 %	28,1 %	43,9 %	1,8 %
spolu	9 %	17 %	28 %	40 %	6 %

Graf 1. Kvalita života dialyzovaných pacientov

Graph 1. Quality of life of dialysis patients



muži	9,3 %	32,6 %	34,9 %	23,3 %	0 %
ženy	8,8 %	35,1 %	33,3 %	22,8 %	0 %
spolu	9 %	34 %	34 %	23 %	0 %

Graf 2. Spokojnosť so zdravím u dialyzovaných pacientov

Graph 2. Satisfaction with health in dialysis patients

Doménu 1 ide o interval 9,7–15, pre Doménu 2 ide o interval 10,8–16,9 pre Doménu 3 ide o interval 11,8–17,2 a pre Doménu 4 ide o interval 11,1–15,7.

Korelácia samostatných položiek a doménových skóre nám pomáha pochopiť, čo vlastne zisťujeme, keď sa pýtame na celkovú kvalitu

života, resp. čím je odpoveď na túto otázku ovplyvnená. Korelačné koeficienty uvedené v tabuľke 2 znázorňujú úzky vzťah medzi prežívaním a celkovým hodnotením kvality života. Ďalším silným korelátom je doména fyzického zdravia. Je teda potvrdený úzky vzťah kvality života k zdraviu a oprávnenosť

Tab. 1. Výsledný súhrn deskriptívnej analýzy domén pre WHOQOL-Bref pre súbor dialyzovaných pacientov
Table 1. The summary of the descriptive analysis domain for the WHOQOL-Bref for dialysis patients

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4
Priemer	12,33	13,89	14,48	13,44
Chyba priemeru	0,268	0,306	0,271	0,230
Medián	12	14	15	13,50
Modus	13	13	15	12
Štandardná odchýlka (SD)	2,678	3,058	2,710	2,298
Rozptyl výberu	7,173	9,351	7,343	5,279
Rozdiel max.–min.	11	12	11	12
Minimum	7	7	9	7
Maximum	18	19	20	19
Počet	100	100	100	100

Poznámka:

Doména 1 – fyzická oblasť

Doména 2 – psychologická oblasť

Doména 3 – sociálne vzťahy

Doména 4 – životné prostredie

Rozpätie u jednotlivých domén je 4–20; pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života.

Tab. 2. Korelácie domén WHOQOL-BREF a otázok Q1 a Q2 dialyzovaných pacientov
Table 2. Correlations WHOQOL-BREF domains and questions Q1 and Q2 dialysis patients

		Kvalita života	Spokojnosť so zdravím	Fyzické zdravie	Prežívanie	Sociálna oblasť	Prostredie
Kvalita života	correlation coefficient sig. (2-tailed) N	1,000 100					
Spokojnosť so zdravím	correlation coefficient sig. (2-tailed) N	,662** ,000 100	1,000 100				
Fyzické zdravie	correlation coefficient sig. (2-tailed) N	,549** ,000 100	,495** ,000 100	1,000 100			
Prežívanie	correlation coefficient sig. (2-tailed) N	,657** ,000 100	,447** ,000 100	,722** ,000 100	1,000 100		
Sociálna oblasť	correlation coefficient sig. (2-tailed) N	,626** ,000 100	,374** ,000 100	,535** ,000 100	,663** ,000 100	1,000 100	
Prostredie	correlation coefficient sig. (2-tailed) N	,402** ,000 100	,363** ,000 100	,706** ,000 100	,645** ,000 100	,480** ,000 100	1,000 100

** Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti 0,01 (pri dvojstrannej hypotéze).

Tab. 3. Korelácie domén WHOQOL-Bref a socio-demografických premenných**Table 3.** Correlation of WHOQOL-BREF domains of socio-demographic variables, dialysis patients

Spearman's rho		Fyzické zdravie	Prežívanie	Sociálna oblasť	Prostredie
vek	correlation coefficient	-,184	,032	-,008	,024
	sig. (2-tailed)	,067	,750	,938	,816
	N	100	100	100	100
vzdelanie	correlation coefficient	,394**	,170	,170	,273**
	sig. (2-tailed)	,000	,090	,090	,006
	N	100	100	100	100

**Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti 0,01 (pri dvojstrannej hypotéze).

Tab. 4. Post hoc komparácie priemerných hodnotení fyzické zdravia podľa vzdelanie**Table 4.** Post hoc comparisons of average ratings of physical health by education (Tukey HSD)

Vzdelanie	Vzdelanie	Štandardná chyba	Sig.
základné	stredné bez maturity	,756	1,000
základné	stredné s maturitou	,790	,069
základné	vysokoškolské	,929	,020
stredné bez maturity	stredné s maturitou	,578	,005
stredné bez maturity	vysokoškolské	,756	,002
stredné s maturitou	vysokoškolské	,750	,729

*Priemerný rozdiel je signifikantný na hladine významnosti 0,01.

používať tento údaj ako indikátor celkového zdravia. Ukazuje sa taktiež dôležitosť pozitívneho rozmeru duševného zdravia, ako je prežívanie pozitívnych pocitov, zmysluplnosť života, pozitívny vzťah k sebe a pocit dobrej duševnej kondície.

Pri korelácii samostatných položiek (Q1, Q2) a doménových skóre tabuľka 2 sme zistili silnú koreláciu medzi celkovým hodnotením kvality života a prežívaním, úzky vzťah je tiež medzi doménou sociálna oblasť a celkovým hodnotením kvality života. Doména fyzické zdravie dobre koreluje s celkovým hodnotením kvality života a súčasne i so spokojnosťou so zdravím.

Koreláciou domén a socio-demografických premenných vek a vzdelanie sme nezistili žiadnu koreláciu domén s vekom, pri korelácii domén so vzdelaním sme zistili koreláciu domén fyzické zdravie a prostredie s úrovňou vzdelania tabuľka 3, pričom je štatisticky významný rozdiel v doméne fyzické zdravie medzi osobami so stredoškolským vzdelaním bez maturity a osobami so stredoškolským vzdelaním s maturitou ($p = 0,005$) a osobami s vysokoškolským vzdelaním ($p = 0,002$) (tab. 4).

Porovnávaním skóre socio-demografickej premennej rodinný stav v jednotlivých domé-

nach sme nezistili žiadny štatisticky významný rozdiel.

DISKUSIA

Vzhľadom na to, že frekvencia chronickej obličkovej choroby v poslednom čase narastá, čo súvisí so zvyšovaním veku populácie, ale i s nárastom počtu civilizačných ochorení, tieto ochorenia predstavujú nielen medicínsky problém, ale i problém verejného zdravotníctva. Za posledných 10 rokov sa na Slovensku výrazne zvýšil počet hemodialyzovaných pacientov, kým v roku 2000 to bolo 2613 pacientov, v roku 2010 to bolo 4001 pacientov. Počty transplantácii obličiek sa za posledné roky veľmi nemenia, v roku 2006 bolo 139 transplantácií pri 726 čakateľoch, v roku 2009 sa vykonalo 164 transplantácií pri 589 čakateľoch a v roku 2010 to bolo 156 transplantácií na 493 čakateľov. V Slovenskej republike je v súčasnosti v porovnaní s vyspelými krajinami kapacita pre dialyzačnú liečbu pacientov s chronickou renálnou insuficienciou dostatočná. Avšak iba málo štúdií je zameraných na kvalitu života týchto pacientov, pričom po-

znanie faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života môže viesť k jej zvýšeniu.

Na základe uvedeného sme našu prácu zamerali na kvalitu života dialyzovaných pacientov s cieľom zistiť, ako hodnotia kvalitu svojho života, ako sú spokojní so svojim zdravím a ako vnímajú rôzne aspekty svojho života a výsledky práce sme porovnávali s prácami iných autorov.

Analýza výsledkov nášho výskumu ukazuje, že väčšina dialyzovaných pacientov hodnotí kvalitu svojho života ako „dobrú“ a „ani dobrú ani zľú“. Viac pacientov hodnotí kvalitu života ako veľmi zľú v porovnaní s pacientmi, ktorí hodnotia kvalitu svojho života ako veľmi dobrú. Pri hodnotení kvality života medzi mužmi a ženami nie je štatisticky významný rozdiel graf 1. Podobné výsledky boli zaznamenané aj pri hodnotení kvality života dialyzovaných pacientov v dialyzačných centrách v Bratislave (10). Rebollo a Moreno udávajú taktiež zníženú kvalitu života u dialyzovaných pacientov, ale zaznamenali nižšiu kvalitu života u žien ako u mužov (11, 12).

Pri hodnotení spokojnosti so zdravím väčšina dialyzovaných pacientov je nespokojná a ani spokojná ani nespokojná, ani jeden pacient nie je veľmi spokojný so svojim zdravím graf 2. Nižšia spokojnosť so zdravím u týchto pacientov vyplýva z ich chronického ochorenia. Medzi mužmi a ženami nebol zistený štatisticky významný rozdiel. Takmer rovnaké výsledky sú aj u pacientov navštevujúce dialyzačné centrá v Bratislave (10).

Napriek nižšiemu hodnoteniu kvality života, spokojnosti so zdravím a potrebe medicínskej liečby, pre každodenný život dialyzovaní pacienti v našej štúdii považujú svoj život za zmysluplný, život sa im páči, prijímajú svoj fyzický výzor a majú dostatok energie na každodenný život. Moreno (12) vo svojej práci zistil, že u dialyzovaných pacientov je najviac ovplyvnená práca, rekreácia a voľno časové aktivity, domáce práce, spánok a odpočinok, podobne pacienti v štúdii Paraskeviho majú problémy s rekreáciou a finančným zabezpečením (13).

Pri analýze odpovedí na vnímanie rôznych aspektov života sú naši pacienti priemerne spokojní so spánkom, sami so sebou a s možnosťou vykonávania každodenných činností, väčšina pacientov je spokojná s osobnými vzťahmi a podporou komunity, prístupom k informáciám a zdravotníckym službám a s dopravou, menej spokojní sú s pracovnou

kapacitou. Podobné výsledky boli zaznamenané u bratislavských pacientov (10), rozdiel je iba v menšej spokojnosti s dopravou na dialýzu, zatiaľ čo Paraskevi vo svojej práci zistil menšiu podporu pacientov zo strany komunity, čo vedie k sociálnej izolácii pacientov s hemodialýzou, problémy s dostupnosťou zdravotníckych služieb, dopravou a s dostupnosťou k novým informáciám.

Väčšina dialyzovaných pacientov v našej štúdii je spokojných s podmienkami miesta, kde žijú, pričom medzi mužmi a ženami je štatisticky významný rozdiel, až 62,8 % mužov je spokojných s podmienkami miesta, kde žijú, ale žien je spokojných iba 29,8 %.

Napriek dostatku energie, spokojnosti so sebou a pomerne dobrej kvalite života dialyzovaní pacienti v našej štúdii až v 75 % niekedy alebo stredne často pociťujú negatívne pocity, čo je v zhode i s prácami Ginieri-Coccossisa, Paraskeviho i Ferreiru. Ginieri-Coccossis u hemodialyzovaných pacientov zistil deficit duševného zdravia, ktorý je typický pre dlhodobu dialyzovaných pacientov (14). Podobne Ferreira zistil, že miera depresie súvisí s dĺžkou dialyzačnej liečby (15). Paraskevi podľa dotazníka GHQ-28 zistil vyššiu mieru úzkosti/nespavosti a ťažkej depresie a taktiež vyšší výskyt samovrážd u hemodialyzovaných pacientov v porovnaní s pacientmi liečenými peritoneálnou dialýzou. Poruchy spánku a odpočinku boli prítomné i v štúdii Morenu (12). Naša štúdia v zhode s ostatnými štúdiami ukazuje na významný vplyv terminálneho štádia chronického obličkového ochorenia na duševné zdravie dialyzovaných pacientov a na potrebu psychologických intervencií u pacientov v hemodialyzačnom programe.

Analýzou priemerného hrubého skóre jednotlivých domén sme zistili najvyššie skóre v doméne sociálna oblasť, najnižšie v doméne fyzické zdravie tabuľka 1, podobné výsledky boli zistené aj u dialyzovaných pacientov v Bratislave (10). Podobné výsledky zaznamenal Ginieri-Coccossis. Vo svojej štúdii zistil štatisticky významné rozdiely v priemerných skóre u dlhodobu hemodialyzovaných pacientov v doménach fyzické zdravie, prežívanie a prostredie oproti pacientom krátkodobu hemodialyzovaným a pacientom s peritoneálnou dialýzou (14). Tieto výsledky poukazujú na vplyv terminálneho štádia chronického obličkového ochorenia, hlavne na dlhodobu hemodialyzačnej liečbe na fyzické a duševné zdravie a taktiež na prostredie.

Analýzou korelácií samostatných položiek a domén dotazníka WHOQOL-Bref sme zistili úzky vzťah medzi prežívaním, sociálnymi vzťahmi, fyzickým zdravím a celkovým hodnotením kvality života a medzi fyzickým zdravím a spokojnosťou so svojim zdravím (tab. 2), čo zodpovedá i výsledkom v štúdiu bratislavských dialyzovaných pacientov s tým rozdielom, že v našej štúdii je silnejšia korelácia medzi prežívaním a celkovým hodnotením kvality života, pričom u bratislavských pacientov je užší vzťah medzi fyzickým zdravím a celkovým hodnotením kvality života (10). Najsilnejším korelátorom kvality života je subjektívne hodnotenie spokojnosti so zdravím na päťbodovej škále. Na základe týchto výsledkov môžeme predpokladať, že udržanie dobrého psychického zdravia má výrazný vplyv na kvalitu života.

Analýzou korelácií domén a socio-demografických premenných vek a vzdelanie sme na rozdiel od pacientov v bratislavskej štúdii a Morena nezistili vzťah medzi vekom a doménami, zistili sme koreláciu vyššieho vzdelania s doménou fyzické zdravie a prostredie, čo je i v súlade aj s inými štúdiami (tab. 3 a 4) (10 až 13). Pri porovnávaní skóre socio-demografickej premennej rodinný stav podľa domén sme nezistili žiadny štatisticky významný rozdiel.

Ginieri-Coccosis vo svojej štúdii pri porovnávaní pacientov s hemodialýzou a peritoneálnou dialýzou v závislosti od dĺžky liečby (hranica 4 roky) zistil nižšiu kvalitu života u hemodialyzovaných pacientov liečených nad 4 roky hlavne v doménach fyzické zdravie, sociálne vzťahy a prostredie a deficit duševného zdravia podľa dotazníka GHQ-28 v oblasti úzkosť/nespavosť a ťažká depresia (14). Rovnaké výsledky zaznamenal Paraskevi v podobnej štúdii, v ktorej znížená kvalita života v doméne sociálnych vzťahov vedie až k sociálnej izolácii hemodialyzovaných pacientov (13). Rebollo porovnával kvalitu života transplantovaných pacientov a pacientov na dialýze, výsledky jeho štúdie ukazujú vyššiu kvalitu života transplantovaných pacientov, pacientov s vyšším vzdelaním a lepšou ekonomickou situáciou a pacientov s nižšou komorbiditou. Výsledky jeho štúdie taktiež poukazujú na nižšiu kvalitu života u žien ako u mužov. Vzhľadom na výsledky práce Rebollo odporúča na zlepšenie kvality života dialyzovaných pacientov zvýšiť počty transplantácií obličiek (11). Ferreira pri hodnotení kvality života dialyzovaných pacientov bez depresie a s depresiou zistil nižšiu

kvalitu života v skupine dialyzovaných pacientov s depresiou, pričom zvýšený výskyt depresií súvisí s dĺžkou dialyzačnej liečby. Vyššie rozdiely zaznamenal v doméne fyzické zdravie a prežívanie (15). Moreno v španielskej štúdii s najvyšším počtom pacientov zistil, že až u 26 % pacientov má ochorenie signifikantný účinok na kvalitu života, hlavne v oblasti práce, rekreácie, zábavy, starostlivosti o domácnosť, spánku a odpočinku (12). Ďalšími faktormi, ktoré majú negatívny účinok na kvalitu života, sú vek, komorbidita, ženské pohlavie. Pozitívny účinok má stupeň vzdelania, socioekonomické postavenie a neprítomnosť anémie.

ZÁVER

Kvalita života je globálnejší pojem ako zdravie, pretože predstavuje viac úrovňový pohľad človeka na možnosti jeho fyzického, psycho-spirituálneho a sociálneho uplatnenia v živote. Účelom hodnotenia kvality života nie je zistiť závažnosť symptómov ochorenia, ale zistiť ako chorý svoje ochorenie a jeho liečbu prežíva. Kvalita života je dynamicky sa meniaci stav, ktorý je ovplyvňovaný celým radom fyzických, psychických a socio-ekonomických faktorov. Monitorovanie a poznanie týchto faktorov nám umožňuje rôznymi intervenciami zvýšiť kvalitu života dialyzovaných pacientov.

Výsledky nášho prieskumu ukazujú na pomerne dobrú kvalitu života dialyzovaných pacientov, nižšia spokojnosť so zdravím u týchto pacientov vyplýva z ich chronického ochorenia. U pacientov v našej štúdii sme zistili, že majú dostatok energie na každodenný život, považujú svoj život za zmysluplný a život sa im páči, napriek tomu väčšina pacientov často pociťuje negatívne pocity, ako sú smutná nálada, zúfalstvo, úzkosť a depresia. Tieto výsledky ukazujú na potrebu psychologickéj intervencie u dialyzovaných pacientov na zlepšenie ich duševného zdravia, a tým i kvality života. Dialyzovaní pacienti podľa našich výsledkov sú spokojní s prístupom k zdravotníckym službám, s dopravou, informáciami potrebnými ku každodennému životu, sociálnymi vzťahmi a podmienkami miesta, kde žijú. Menšiu spokojnosť pociťujú so svojou pracovnou kapacitou a s dostatkom financií na uspokojovanie potrieb, čo ukazuje na potrebu intervencií do vytvárania pracovných príležitostí pre dialyzovaných pacientov, a tým i k zlepšeniu ich

finančnej situácie, ktorá umožní rozšírenie ich voľno časových aktivít.

Výsledky našej práce ukazujú, že kvalitu života dialyzovaných pacientov a ich spokojnosť so zdravím výrazne ovplyvňuje psychické zdravie, v menšej miere i fyzické zdravie. Najsilnejším korelátom kvality života je subjektívne hodnotenie spokojnosti so zdravím. Taktiež tieto výsledky poukazujú na potrebu

ovplyvnenia faktorov, ktoré zlepšujú predovšetkým duševné zdravie. Z faktorov, ktoré ovplyvňujú fyzické zdravie podľa výsledkov nášho prieskumu, je potrebné ovplyvniť spánok a pracovnú kapacitu. Naša štúdia ďalej dokázala úzky vzťah stupňa vzdelania k fyzickému zdraviu a prostrediu, čo by malo viesť k zameraniu intervencií do vzdelávania dialyzovaných pacientov.

LITERATURA

1. **Dragomerická E, Bartoňová J.** WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2006.
2. **Levická J.** Kvalita života ako sociálny jav. Kontakt 2002; č. 4. 171–176.
3. **Payne J.** Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005.
4. **Džuka J.** Kvalita života a subjektívna pohoda- teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In: Džuka J. Psychologické dimenzie kvality života. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove 2004.
5. **Bullová A, Mokán M.** Život dialyzovaného pacienta. Sestra 1999; 2, č. 4, s. 15.
6. **Corrigan PW, Buican B.** The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. Journal of Nervous and Mental Disease 1995; 183(5): 281–285.
7. **Libigerová E, Mullerová H.** Posuzování kvality života v medicíne. Čes. a slov. Psych. 2001; 97(4): 183–186.
8. **Makovický P, Ježíková A, Grandtnerová B, Mokán M.** Problémy dialyzovaných pacientov. Interná medicína 2003; 3(9): 518–523.
9. **Gomboš V.** Manažment pacientov so zlyhaním obličiek pred zaradením a po zaradení do dlhodobého dialyzačného programu. Interná medicína 2005; 5(6): 357–362.
10. **Ležovič M.** Kvalita života dialyzovaných pacientov. Lekársky obzor 2011; 60(2): 70–75.
11. **Rebollo P, et al.** Health-related quality of life in end stage renal disease patients over 65 years. Geriatr Nephrol Urol 1998; 8(2): 85–94.
12. **Moreno F, López Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrabano F.** Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. Nephrol Dial Transplant 1996; 11(2): 125–129.
13. **Paraskevi T.** Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. J Clin Med Res 2011; 3(2): 132–138.
14. **Ginieri-Coccossis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C.** Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. BMC Nephrol 2008; 14: 9–14.
15. **Ferreira RC, Da Silva Filho CR.** Quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. J Bras Nefrol 2011; 33(2): 129–135.