

Hodnotenie kvality života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti

Mgr. Magdaléna Sadovská

Detský domov Harmónia, Bratislava

Kvalitu života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti sme hodnotili generickým dotazníkom WHOQOL-BREF a špecifickým dotazníkom pre pacientov s rakovinou QLQ C30. Zisťovali sme, či je kvalita života ovplyvnená stavom výkonnosti a prítomnosťou symptómov pokročilého ochorenia.

Priemerná globálna kvalita života na 5-stupňovej škále WHOQOL-BREF bola 3,34, na 7-stupňovej škále QLQ C30 4,38. V porovnaní s populačnými normami zdravej populácie mali paliatívni pacienti horšie skóre pri hodnotení globálnej kvality života a v doméne fyzického zdravia. V doméne prežívania a sociálnych vzťahov boli skóre porovnateľné a v doméne prostredia dokonca lepšie ako populačné normy.

Stav výkonnosti koreloval signifikantne iba s doménou fyzického zdravia, korelácie s ostatnými doménami kvality života boli slabé alebo nesignifikantné. Najhoršie skóre vo všetkých doménach kvality mali pacienti so stavom výkonnosti 40. Zo symptómov pokročilého ochorenia korelovala kvalita života signifikantne iba s únavou.

Kľúčové slová: kvalita života, paliatívna starostlivosť, onkologický pacient, stav výkonnosti (Karnofsky), WHOQOL-BREF, QLQ C30.

Quality of life assessment of inpatient cancer patients in palliative care

We assessed quality of life of inpatient cancer patients in palliative care using generic instrument WHOQOL-BREF and specific instrument for cancer patients EORTC QLQ C30. We attempted to find correlations between quality of life and performance status, quality of life and symptoms of advanced disease.

Mean global quality of life score on 5 point scale (WHOQOL-BREF) was 3,34, resp. 4,38 on 7-point scale (QLQ C30). Palliative patients achieved worse score for global QL and domain of physical functioning in comparison with norms for healthy subjects, score for emotional and social functioning were comparable with healthy population and score for environment domain was even better than in healthy subjects.

Strong positive significant correlation was found only between Karnofsky Performance Status Scale and domain of physical functioning of quality of life, correlations between performance status and other domains of quality of life were weak or insignificant. Patients with performance status 40 had the worst score for all domains of quality of life, even worse than patients with performance status 30 or 20.

Significant correlation between global quality of life and symptoms of advanced disease was found only for fatigue.

Key words: quality of life, palliative care, cancer patient, performance status Karnofsky, WHOQOL- BREF, QLQ C30.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(2): 62–66

Úvod

Dosiahnutie najlepšej možnej kvality života je primárny cieľ paliatívnej starostlivosti. Dobrá kvalita života však znamená pre každého pacienta niečo iné. To, čo považuje jeden za veľmi dobrý život, je pre druhého neprijateľné. Nároky na dobrú kvalitu života sa v priebehu života menia (vekom, vonkajšími okolnosťami a pod.). V rozpore s teóriami, ktoré za dobrú kvalitu života považujú čo najväčšie priblíženie sa normálnemu fungovaniu, sa opakovane zistilo, že ľudia so závažnými fyzickými alebo psychickými obmedzeniami, ktorých fungovanie je veľmi vzdialené „normálnemu“, hodnotia svoju kvalitu života vysoko (1). Tento fakt je zrejmejší u ľudí s chronickým nevyliciteľným ochorením vrátane onkologického.

Počas adaptácie na nevyliciteľné ochorenie dochádza k zmene hodnotových rebríčkov, priorit a očakávaní od života. Pre niekoho je najdôležitejšia

sebarealizácia a pracuje s vypätím všetkých síl až do smrti, pre iného je nevyhnutný pocit bezpečia v nemocnici, pre ďalšieho je najdôležitejšie byť doma v kruhu najbližších. Zistiť, čo si predstavuje pod dobrou kvalitou života a ako hodnotí svoju aktuálnu kvalitu života pacient, je dôležité z hľadiska plánovania medicínskych, psychologických či sociálnych intervencií (2). Dobrá kvalita života je dôležitá aj z hľadiska prognózy – vo viacerých štúdiách sa dokázalo, že dlhšie žili tí pacienti, ktorí vnímali svoju kvalitu života a svoj zdravotný stav ako lepší. (3, 4).

Cieľ práce

V práci sme dotazníkovou metódou hodnotili kvalitu života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti a snažili sa zistiť faktory, ktoré ju ovplyvňujú či v pozitívnom, alebo negatívnom zmysle. Pokúsili sme sa zistiť, nakoľko závažnosť jednotlivých

symptómov ovplyvňuje kvalitu života a aj to, nakoľko koreluje stav výkonnosti (Karnofsky) s kvalitou života a spokojnosťou pacienta so svojim zdravím.

Súbor a metodika

Vyšetrovaný súbor tvorili pacienti hospitalizovaní na akútnom Oddelení paliatívnej starostlivosti NOÚ v období január – február 2011.

Do súboru boli zahrnutí pacienti, ktorí boli schopní a ochotní samostatne vyplniť aplikované anonymné dotazníky, mali menej ako 65 rokov (vzhľadom na výber použitých dotazníkov). O zaradení, resp. nezaradení pacienta do štúdie rozhodol ošetrojúci lekár, ktorý takisto hodnotil stav výkonnosti.

Do súboru neboli zaradení pacienti (exclusion criteria), ktorí boli bezprostredne zomierajúci, nevedeli dotazník sami vyplniť či už pre poruchu pohyblivosti, zraku, zmätenosť, alebo

neschopnosť sústredenia, nerozumeli natoľko slovenčine, aby boli schopní porozumieť otázkam a odpovedať na ne v písomnej podobe, mali viac ako 65 rokov, odmietli vyplniť dotazník.

Na hodnotenie kvality života sme použili dva medzinárodne validované dotazníky – generický **WHOQOL-BREF** (World Health Organization Quality of Life – Dotazník kvality života Svetovej zdravotníckej organizácie, skrátená verzia) a špecifický dotazník **EORTC QLQ C30** (European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire – Cancer – Dotazník kvality života Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny). Oba sú určené na samostatné vyplňovanie pacientom a ich administrácia trvá menej ako 10 minút. Vzhľadom na výber pacientov v súbore vrátane pacientov, ktorí dostávali paliatívnu chemoterapiu, sme nepoužili špecifický modul dotazníka pre paliatívnu starostlivosť.

WHOQOL-BREF má 24 otázok, ktoré hodnotia 4 domény kvality života:

- doména fyzického zdravia (bolesť, iné symptómy, únava, straty energie, pohyblivosť a schopnosť vykonávať denné aktivity, potreba častej lekárskej starostlivosti),
- doména prežívania (potešenie zo života, spokojnosť so sebou, negatívne pocity, schopnosť sústredenia),
- doména sociálnych vzťahov (osobné vzťahy, priatelia, pocit bezpečia, sexuálny život),
- doména prostredia (životné prostredie, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, doprava, finančná situácia, prístup k informáciám, záľuby).

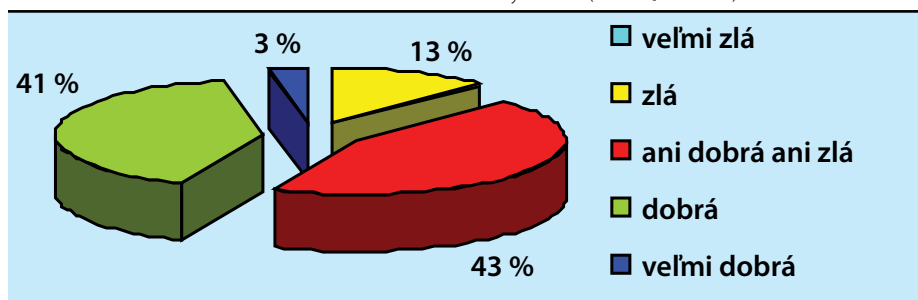
Svoju kvalitu života hodnotí respondent na 5-stupňovej kategorickej škále v termínoch „veľmi zlá – zlá – ani dobrá, ani zlá – dobrá – veľmi dobrá“ a spokojnosť so svojím zdravím takisto kategorickou 5-stupňovou škálou. Dotazník je určený pre osoby do 65 rokov.

Pri hodnotení jednotlivých domén sa počítajú tzv. hrubé skóre (v rozmedzí 4 – 20) alebo sa prepočítavajú na tzv. transformované skóre (v rozmedzí 0 – 100) (5, 6, 7). Na porovnávanie skóre jednotlivých domén kvality života boli vytvorené (Dragomirecká, Bartoňová) tzv. populačné normy (7). Transformované skóre umožňuje porovnávanie aj s inými dotazníkmi kvality života.

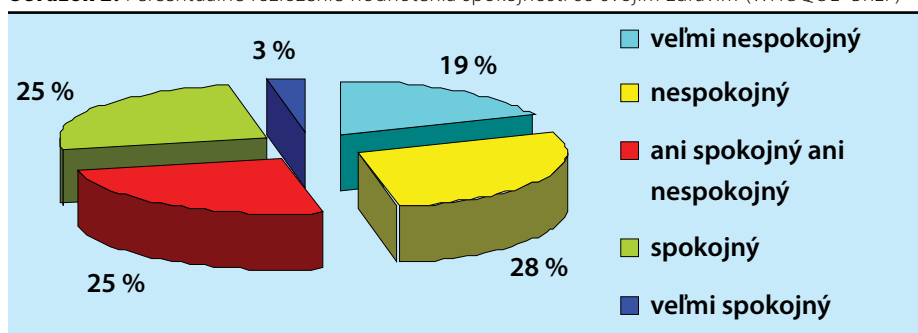
EORTC QLQ C30 zameraný na onkologické ochorenia obsahuje 30 otázok o obmedzeniach vyvolaných chorobou a hodnotí 5 domén kvality života:

- fyzické fungovanie (fyzická výkonnosť, potreba oddychu),
- fungovanie v role (obmedzenia v zamestnaní, pri koníčkoch),

Obrázok 1. Percentuálne rozloženie hodnotenia kvality života (WHOQOL-BREF)



Obrázok 2. Percentuálne rozloženie hodnotenia spokojnosti so svojím zdravím (WHOQOL-BREF)



- kognitívne fungovanie (schopnosť sústredenia, pamäť),
- emocionálne fungovanie (pocit napätia, depresia),
- sociálne fungovanie (ovplyvnenie rodinného a spoločenského života chorobou).

Dotazník navyše obsahuje 3 škály pre najčastejšie symptómy onkologického ochorenia (únava, bolesť, nauzea + vracanie) a 6 hesiel o ďalších príznakoch (dýchavica, nechutenstvo, nespavosť, obštipácia, hnačka). Symptómy sa hodnotia na škále od 1 (vôbec nie) po 4 (veľmi). Dve samostatné otázky (celkové zdravie a kvalita života) majú 7-stupňovú analógovú škálu 1 (veľmi zlé) – 7 (výborné). Pri funkčných škálach znamená vyššie skóre lepšie fungovanie, pri škálach hodnotiacich príznaky je to naopak.

Stav výkonnosti (Karnofsky) opisuje výkonnosť pacienta od 100 (úplne bez ťažkostí) k 0 (mŕtvy). Historicky je hodnotenie stavu výkonnosti prvou snahou o určenie objektívnej kvality života. Určuje ho ošetrojúci lekár na základe objektívneho vyšetrenia a posúdenia. Stav výkonnosti ovplyvňuje očakávanú dĺžku dožitia a tým aj indikáciu invazívnejších výkonov v paliatívnej starostlivosti (paliatívna chemoterapia, rádioterapia, paliatívny operačný výkon) (4).

Na štatistické spracovanie sme použili program SPSS verzia 8.0.0. od SPSS Inc. a Microsoft Office Excel 2003. Na zistenie korelácií kvality života a najčastejších symptómov pokročilého onkologického ochorenia ako aj súvislosti medzi stavom výkonnosti a rôznymi aspektmi kvality života podľa WHOQOL sme použili Spearmanovu koreláciu.

Výsledky

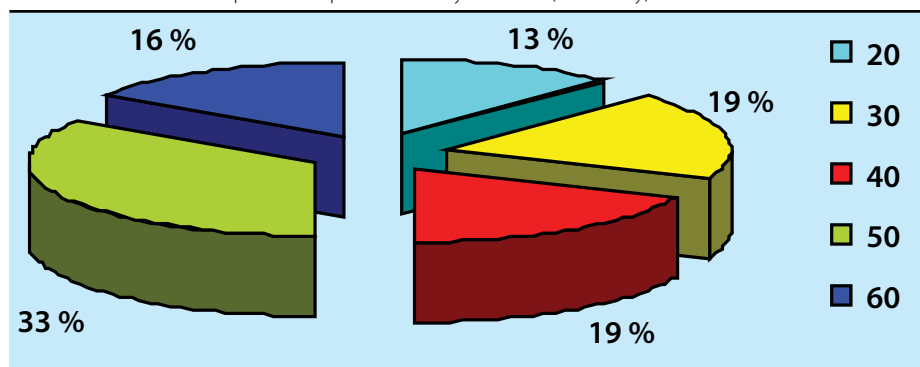
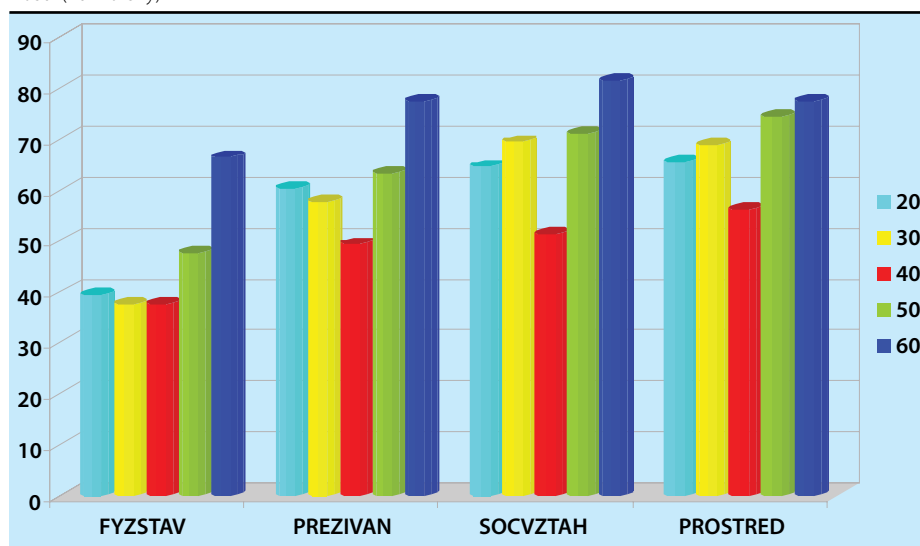
Vyšetrovaný súbor tvorilo 32 pacientov (20 žien, 12 mužov). Štyria pacienti mali menej ako 45 rokov, 12 pacientov bolo vo veku 45 – 55 rokov a 16 pacientov malo 56 – 65 rokov.

Priemerná hodnota **kvality života** podľa dotazníka WHOQOL-BREF bola **3,34** (škála 1 – 5). Najviac pacientov (14 = 43 %) hodnotilo svoju kvalitu života stredovou, dosť málo hovoriacou kategóriou „ani dobrá, ani zlá“ (obrázok 1).

Priemerná hodnota **spokojnosti so svojím zdravím** podľa dotazníka WHOQOL-BREF bola **2,59** (škála 1 – 5). Pätnásť pacientov (47 %) bolo so svojím stavom zdravia nespokojných alebo veľmi nespokojných, ale stredovú kategóriu „ani spokojný, ani nespokojný“ uviedla iba štvrtina pacientov. Zdá sa, že k hodnoteniu stavu vlastného zdravia majú pacienti vyhranenejší prístup ako k hodnoteniu vlastnej kvality života. Vysoké percento nespokojnosti so svojím zdravím je u paliatívnych pacientov pochopiteľné (obrázok 2).

Dotazníkom QLQ C30 sa kvalita života hodnotí na 7-stupňovej vizuálnej analógovej škále, kde sú slovné dané iba extrémne hodnoty (veľmi zlá – 1, výborná – 7), ostatné možnosti nie sú slovné opísané. Stredovú hodnotu „4“ uviedlo 7 pacientov (22 %), ďalších 19 respondentov označilo hodnoty síce blízko stredovej, ale predsa len s priklonením k dobrej alebo zlej kvalite života (hodnoty 5 a 3). **Priemerná globálna kvalita života bola 4,38** (škála 1 – 7).

Stav výkonnosti pacientov v súbore sa pohyboval od 60 (pacienti síce práceneschopní, ale zväčša zvládajúci sebaobsľuhu a osobné požiadavky) po 20 (úplne závislí od pomoci dru-

Obrázok 3. Rozdelenie pacientov podľa stavu výkonnosti (Karnofsky)**Obrázok 4.** Transformované doménové skóre kvality života (WHOQOL-BREF) podľa stavu výkonnosti (Karnofsky)

hých pri sebaobsluhu, nesebestační, s potrebou intenzívnej zdravotnej starostlivosti doma a častých prijatí do nemocnice na podpornú starostlivosť).

Pacienti so stavom výkonnosti 20 a 30 tvorili takmer tretinu (10 pacientov – 32 %). Pri pobyte doma potrebovali ošetrovanie rán a stómii či podávanie infúzií sestrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti, podporu blízkych, sociálne opatrenia (opatrovateľka), zabezpečenia pomôcok (chodúľka, invalidný vozík, prenosné WC, plienky a pod.). Hospitalizácia bola zväčša z dôvodu úpravy symptomatickej liečby nezvládnuteľnej ambulantne.

Pacienti so stavom výkonnosti 50 – teda tí, ktorí boli zväčša schopní existovať aj v domácej starostlivosti, potrebovali však menšiu pomoc

pri sebaobsluhu a zvládání bežných denných činností a častú zdravotnícku starostlivosť boli na oddelenie zväčša prijatí na rýchle zvládnutie komplikácií choroby, na nastavenie na liečbu bolesti, podanie paliatívnej chemoterapie alebo na ožiarenie bolestivých kostných metastáz. V súbore ich bolo 11.

Pacienti so stavom výkonnosti 60 (chodiaci, sebestační, s malými príznakmi choroby) sú na oddelení paliatívnej starostlivosti hospitalizovaní zriedkavejšie, zvyčajne pre podanie paliatívnej chemoterapie, parenterálnu nutriciu či rozhodnutie o paliatívnom chirurgickom výkone. V súbore ich bolo 5 (16 %).

Pacientov so stavom výkonnosti 40 (nesebestační s potrebou rôzneho stupňa podpory) bolo 6 (19 %). (obrázok 3).

Tabuľka 1. Kvalita života a transformované doménové skóre podľa stavu výkonnosti (QLQ C30)

Karnofsky	Kvalita života	Pocit zdravia	Fyzické fungovanie	Fungovanie v role	Emocionálne fungovanie	Kognitívne fungovanie	Sociálne fungovanie
20	4,50	50,00	43,33	29,17	81,25	87,50	50,00
30	4,33	51,39	32,22	25,00	81,94	94,44	38,89
40	3,33	31,94	30,00	25,00	63,89	75,00	50,00
50	4,45	55,30	61,82	50,00	81,06	80,30	54,55
60	5,40	68,33	84,00	86,67	88,33	93,33	86,67

Pre zistenie vzťahu medzi výkonnosťou a kvalitou života sme pacientov rozdelili do skupín podľa stavu výkonnosti a k týmto skupinám sme priradili ich hodnoty globálnej kvality života a spokojnosti so zdravím ako aj hodnoty doménových skóre (fyzický stav, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie) podľa dotazníka WHOQOL-BREF (obrázok 4). Očakávané najlepšie výsledky dosiahli pacienti s najlepším stavom výkonnosti v súbore – teda tí, ktorí boli ešte pomerne sebestační, aj keď s potrebou rôznej miery pomoci a podpory zvonka.

Všetky doménové skóre kvality života však neboli najnižšie – ako by bolo možné očakávať – v skupine pacientov s najnižšou výkonnosťou, ale u pacientov so stavom výkonnosti 40 – teda tých, u ktorých došlo k strate nezávislosti a sebestačnosti, hoci ich zdravotný stav ešte nevyžadoval častý pobyt v nemocnici a neboli ani zomierajúci. So svojím zdravím boli dokonca nespokojnejší ako pacienti s horším stavom výkonnosti.

K podobným výsledkom a vzťahom medzi výkonnosťou a kvalitou života sme došli aj pri dotazníku QLQ C30 (tabuľka 1).

Určením korelácií medzi stavom výkonnosti a kvalitou života podľa WHOQOL-BREF sme zistili silný signifikantný priamoúmerný vzťah na hranici významnosti 0,05 iba s doménou fyzického zdravia ($r = 0,543$; $\text{sig} = 0,001$; $N = 32$). Vzťah ostatných domén so stavom výkonnosti (WHOQOL-BREF) bol iba stredne alebo slabso signifikantný. Globálna kvalita života korelovala so stavom výkonnosti iba nesignifikantne (tabuľka 2).

Podľa dotazníka QLQ C30 bol stredne silný signifikantný vzťah iba medzi stavom výkonnosti a doménou fyzického a sociálneho fungovania, ostatné vzťahy boli nesignifikantné, dokonca medzi stavom výkonnosti a doménou kognitívne fungovanie sa nezistil žiadny relevantný vzťah (8).

Pri sledovaní ovplyvnenia kvality života príznakmi ochorenia sme zistili stredne silný signifikantný vzťah na hladine významnosti 0,05 ($r = 0,437$; $\text{sig} = 0,012$; $N = 32$) iba medzi kvalitou života a únavou – slabosťou. Vzťahy medzi

kvalitou života a bolesťou ($r = -0,271$; $\text{sig} = 0,134$; $N = 32$) aj dýchavicou ($r = -0,285$; $\text{sig} = 0,114$; $N = 32$) boli slabé nesignifikantné.

Diskusia

V súbore 32 paliatívnych pacientov sme zistili priemernú globálnu kvalitu života 3,34 (škála 1 – 5, WHOQOL-BREF), resp. 4,38 (škála 1 – 7, QLQ C30).

V porovnaní s populačnými normami WHOQOL-BREF sú zistené hodnoty globálnej kvality života oproti „norme“ zdravých znížené iba mierne (3,34 verzus 3,82), hodnoty celkovej spokojnosti so zdravím sú však znížené výrazne (2,59 verzus 3,68) (tabuľka 4).

Malý rozdiel v pacientom vnímanej globálnej kvalite života paliatívnych pacientov oproti „norme“ je aj dôkazom, že kvalita života odzrkadľuje viac ako len fyzické zdravie. Vplyv emocionálnych, sociálnych a spirituálnych faktorov sa môže zvýrazniť najmä v situáciách, keď fyzické zdravie absentuje. Paliatívny pacient sa postupne adaptuje na ťažkosti a obmedzenia, ktoré mu choroba so sebou prináša, objaví v živote iné veci, ktoré ho naplňujú radosťou, má iný rebríček hodnôt a priorít, ako mal pred chorobou. Pri zachovaní dobrých rodinných a sociálnych vzťahov, pri dostatočnej emocionálnej podpore zo strany rodiny, priateľov a profesionálov vie nachádzať radosť a zmysel života. Ak pacient zo správania okolia cíti, že nie je a nebude opustený, že je vážený a milovaný, ak si môže zachovať aspoň trochu dôstojnosti a autonómnosti v rozhodovaní, ak si môže robiť hoci aj krátkodobé plány a tešiť sa na ne, dokáže akceptovať aj fyzické obmedzenia a kvalitu svojho života hodnotí pozitívne.

Pri porovnaní jednotlivých doménových skóre kvality života (WHOQOL-BREF) nášho súboru so zdravými, so zmiešanou populáciou pacientov, s pacientmi s tuberkulózou a s pacientmi s rakovinou prsníka na ambulantnej chemoterapii (tabuľka 4) (7, 9, 10) sme zistili, že paliatívni pacienti mali oproti „zdravej populácii“ znížené skóre fyzického zdravia. Avšak v emocionálnom a sociálnom fungovaní mali normálne skóre a dokonca až „nad normu“ skóre v doméne prostredia (životné prostredie, dostupnosť adekvátnej zdravotníckej starostlivosti, prístup k informáciám, možnosť vykonávať svoje záľuby).

Dobré sociálne fungovanie so zachovaním doterajších vzťahov a emocionálna vyrovnanosť sú pre vnímanie dobrej kvality života podstatné, lebo predchádzajú zhoršeniu sebahodnotenia a zvyšujú pocit osobného bezpečia. Veľmi dobré skóre v doméne prostredia bolo zistené aj

Tabuľka 2. Testovanie korelácií medzi kvalitou života (WHOQLQ -BREF) a stavom výkonnosti
Correlations
Spearman's rho

		Karnofsky
Kvalita života	Correlation Coefficient	,308
	Sig. (2-tailed)	,086
	N	32
Fyzický stav	Correlation Coefficient	,543**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	32
Prežívanie	Correlation Coefficient	,444*
	Sig. (2-tailed)	,011
	N	32
Sociálne vzťahy	Correlation Coefficient	,350*
	Sig. (2-tailed)	,050
	N	32
Prostredie	Correlation Coefficient	,419*
	Sig. (2-tailed)	,017
	N	32

** Korelácia je signifikantná na hladine 0,05

* Korelácia je signifikantná na hladine 0,01

v súboroch iných dlhodoboch chorých pacientov (tuberkulóza, cukrovka) (9).

Zistené výsledky potvrdzujú, že na hodnotenie kvality života vplyvajú – a v súbore paliatívnych pacientov podstatným spôsobom – aj iné ako fyzické aspekty.

Dôraz aj na iné ako fyzické stránky kvality života je v medicíne typický pre paliatívnu starostlivosť. Zistené výsledky sa pre veľkosť súboru, ako aj spôsob výberu nedajú zovšeobecniť na celú populáciu paliatívnych pacientov, a to tým skôr, že pacient potrebujúci paliatívnu starostlivosť nerovná sa automaticky pacientovi v paliatívnej starostlivosti. Na Slovensku sieť a kapacita služieb a zariadení paliatívnej starostlivosti nevláda pokryť potreby pacientov. Napriek zjavnej potrebe psychologickú, sociál-

Tabuľka 4. Doménové skóre kvality života (WHOQOL-BREF) súboru paliatívnych pacientov v porovnaní s literatúrou

	Doména fyzického zdravia	Doména prežívania	Doména sociálnych vzťahov	Doména prostredia
Súbor paliatívnych pacientov	11,32 ± 2,68	13,83 ± 2,68	14,88 ± 2,73	15,09 ± 2,8
Bežná populácia (Dragomirecká)	15,49 ± 2,56	14,80 ± 2,34	14,93 ± 2,74	13,41 ± 2,07
Súbor pacientov (Dragomirecká)	12,46 ± 2,55	12,97 ± 2,70	12,92 ± 3,05	13,45 ± 2,18
Súbor pacientov s tuberkulózou (Buzgová)	12,62	14,64	14,69	14,36
Súbor pacientov s ambulantnou CHT (Jorge)	13,2 ± 2,7	12,5 ± 2,4	14,2 ± 3,1	11,6 ± 2,5

Tabuľka 3. Testovanie korelácií medzi kvalitou života a vybranými symptómami
Correlations
Spearman's rho

		Kvalita života
Únava	Correlation Coefficient	-0,437*
	Sig. (2-tailed)	0,012
	N	32
Bolesť	Correlation Coefficient	-0,271
	Sig. (2-tailed)	0,134
	N	32
Dýchavica	Correlation Coefficient	-0,285
	Sig. (2-tailed)	0,114
	N	32

* Korelácia je signifikantná na hladine 0,05

nej, ale aj spirituálnej podpory je dostupnosť psychologických a sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti ešte menšia.

Pri zisťovaní korelácií medzi kvalitou života podľa dotazníka EORTC QLQ C30 a sledovanými príznakmi pokročilého onkologického ochorenia sa nezistil signifikantný vzťah medzi kvalitou života a najneprijemnejšími príznakmi pokročilého ochorenia – bolesťou a dýchavicou, čo čiastočne možno vysvetliť aj formuláciou otázky v dotazníku (výskyt ťažkostí v priebehu posledného týždňa), dobrou symptomatickou liečbou, parciálnou adaptáciou na život s týmito ťažkosťami, aktuálnou neprítomnosťou bolesti či dýchavice, výberom a malým počtom pacientov v súbore).

Stredne silnú signifikantnú koreláciu s kvalitou života má slabosť a únava, teda príznaky, ktoré sú medikamentóznou liečbou najmenej ovplyvniteľné, sú zväčša trvalými spoločníkmi paliatívneho pacienta, obmedzujú každodenné činnosti od sebaobsluhy až po vykonávanie obľúbených aktivít (šport, prípadne práca). Zvýšená odkázanosť a závislosť od okolia pre

slabosť môže hodnotenie celkovej kvality života ovplyvniť negatívne.

Dotazník EORTC QLQ C30 nebol primárne skonštruovaný na koreláciu príznakov choroby a kvality života, ale skôr na samostatné opakované vyhodnocovanie závažnosti príznakov a kvality života a zmeny v sledovaných ukazovateľoch vplyvom liečebných opatrení.

Za zaujímavé považujeme zistenie, že kvalitu života vnímali ako najhoršiu pacienti so stavom výkonnosti Karnofsky 40, teda tí, u ktorých došlo (často náhle) k strate nezávislosti a sebestačnosti, hoci ich zdravotný stav dovtedy nevyžadoval ešte častý pobyt v nemocnici a neboli ani zomierajúci. Títo pacienti mali najnižšie skóre nielen v doméne fyzického zdravia, ale hlavne v doménach prežívania, sociálnych vzťahov a prostredia. So svojim zdravím boli dokonca nespokojnejší ako pacienti s horším stavom výkonnosti. Dá sa predpokladať, že táto skutočnosť súvisí s ich výrazne zhoršeným emocionálnym stavom ako reakcia na stratu sebestačnosti. Strata nezávislosti a sebestačnosti je považovaná mnohými odborníkmi za veľkú ranu pre psychiku človeka. Vzhľadom na malý počet pacientov v súbore sa zistenia nedajú zovšeobecňovať, nazdávame sa však, že je to fakt hodný ďalšieho skúmania. V dostupnej literatúre sme porovnateľné údaje nenašli.

Záver

Za najzaujímavejší výsledok nášho výskumu považujeme zistenie závažného poklesu všetkých domén kvality života u pacientov so stavom výkonnosti 40 (strata sebestačnosti). Výsledky výskumu podporujú aj teóriu multidimenzionálneho charakteru kvality života.

Z hľadiska kvality života paliatívneho pacienta je výzva pre paliatívnu starostlivosť dosiahnuť to, aby kvalita života nekorelovala so stavom výkonnosti. Stav výkonnosti je odrazom priebehu a progresie rakovinového ochorenia. Pacient môže byť nevykonný a nesebestačný pre slabosť, kachexiu, ochrnutie. Napriek narastajúcim možnostiam a efektívnosti symptomatickej paliatívnej liečby sa stav výkonnosti darí ovplyvniť iba v obmedzenej miere. Kvalitu života však paliatívna medicína môže zlepšiť ovplyvnením aj ostatných domén kvality života. Aj ležiaci, zomierajúci pacient má právo, aby jeho kvalita života bola čo najlepšia, aby žil na vrchole svojich možností.

Literatúra

1. Doyle D, Hanks WC, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford, University Press 1995.
2. Sádovská O. Kvalita života nevyliečiteľne chorých a terminálnych pacientov. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík 1997; 1: 7–9.
3. Taylor SE. Health Psychology, seventh edition. New York, McGraw-Hill Publishing 2009.

4. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine, third edition. Oxford, University Press 2004.

5. Dragomírečká E, Bartoňová J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, príručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha, Psychiatrické centrum 2006.

6. Dragomírečká E, Bartoňová J, Motlová L. a kol. SQUALA – Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života. Praha, Psychiatrické Centrum 2006.

7. Dragomírečká E, Bartoňová J. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. Psychiatrie 2006; 3: 144–149.

8. Sádovská M. Kvalita života onkologických pacientů v paliativní starostlivosti. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Olomouc 2011. (online). Dostupné aj na <<http://www.theses.cz/id/zp827y/?lang=sk&url=%2Fid%2Fzp827y%2F>>.

9. Siverová J, Bužgová R. Měření kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u pacientů s tuberkulózou. Ošetrovateľství a porodní asistencie 2010; 3: 66–73.

10. Jorge LR, da Silva SR. Evaluation of the quality of life of gynaecologic cancer patients submitted to antineoplastic therapy. Rev. Lat. Am. Enfermagem 2010; 5: 849–855. (online). Dostupné aj na <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/21120402>>.

Mgr. Magdaléna Sádovská
Detský domov Harmónia
Stavbárska 6, 821 07 Bratislava
sadovska.magda@gmail.com



Marcela Svěráková:

EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY

Úvod do problematiky

V ošetrovateľskej praxi zdravotných sester hraje edukačná činnosť dôležitou rolu. Sestry predstavujú prvú líniu péče o pacienty, jsou vlastně prvními kontaktními osobami v komunikaci mezi lékařem a člověkem, který navštíví ordinaci. Proces edukace se v současné době považuje za jeden ze základních pilířů efektivní léčby, neboť řada otázek a problémů souvisejících s nemocí je mnohdy dána nedostatečnými vědomostmi pacienta, často jeho neporozuměním a postojem k chorobě, a z toho pramenící neochotou k dodržování terapeutických a ošetrovateľských doporučení. Ukázalo se, že pokud je pacient na odpovídající úrovni informován o svém zdravotním stavu a obeznámen s léčebným režimem, je mnohem větší pravděpodobnost, že bude léčba úspěšnější. Edukace se však netýká jen pacientů a nemoci, je symbolem nového, aktivního přístupu k životu a zdravému životnímu stylu, je zaměřena na osvětu, výchovu a podporu zdraví veškerého obyvatelstva, na předcházení vzniku nemocí. I zde má nezastupitelnou roli zdravotní sestra-edukátorka. Kniha podává široký a ucelený přehled teoretických a metodických přístupů zaměřených na problematiku edukace, na strategii primární, sekundární i terciární prevence, sociální marketing a zkušenosti s jeho využitím v oblasti zdravotní výchovy. Zabývá se principy edukačního procesu a obsahuje též ukázkou edukačních projektů pro speciální uživatelské skupiny. Publikace je určena nejen zdravotním sestram, ale i studentům příslušných oborů a také široké veřejnosti, která se zde může poučit o důležitosti a užitečnosti celoživotního vzdělávání v oblasti zdravotní výchovy obyvatelstva.

Praha : Galén 2012, První vydání, ISBN 978-80-7262-845-2, 63 s.

Objednávajíte na: Galén, spol. s r.o., Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170,
e-mail: objednavky@galen.cz



www.galen.cz