Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.[1, 2], MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.[3]
[1]Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN v Hradci Králové
[2]Ambulance paliativní onkologické péče FN v Hradci Králové
[3]Psychiatrická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

Kvalitu života nemocného lze obecně definovat jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace". Subjektivní posouzení vlastního zdravotního stavu je označováno jako kvalita života ve vztahu ke zdraví. V klinické medicínské praxi je běžné posuzovat zdravotní stav pacienta a úspěšnost jakékoliv léčebné intervence převážně v jedné medicínské rovině, a to pomocí somatických, laboratorních a zobrazovacích markerů. Trendem moderní medicíny, zjm. pak v klinické onkologii a paliativní medicíně, je posuzovat celkový stav pacienta komplexněji za pomoci i dalších aspektů. Více dimenzionální měřítko k posouzení celé řady životních aspektů představuje kvalita života. Různé aspekty mohou být v různé fázi onemocnění a léčby rozdílně zasaženy. A právě tyto informace obohacují naše poznání o potřebách pacienta a mohou tak významně přispět ke zkvalitnění péče. Autoři se v přehledném článku zabývají problematikou definice, koncepce a možnosti měření kvality života nemocných zařazených do programu paliativní onkologické péče.

Klíčová slova: kvalita života, paliativní medicína, onkologický pacient, ošetřovatelská péče.

Quality of life among patients in a programme of palliative cancer care

Quality of life of the patient can be broadly defined as "a subjective assessment of their own life situation". Subjective assessment of own health status is known as the health-related quality of life. In clinical medical practice is common to assess the health of the patient and the success of any therapeutic intervention in a predominantly medical terms and use of somatic, laboratory and imaging markers. The trend of modern medicine, especially in a clinical oncology and palliative medicine is to examine the overall condition of the patient comprehensively, with the help of other aspects. More dimensional scale to assess a wide range of aspects of living a quality life. Different aspects can be in various stages of the disease and treatments differently affected. And this is information that enriches our understanding of the needs of the patient and may thus contribute significantly to improving the quality of care. The authors review article dealing with the issue of definition, concept and possibilities of measuring the quality of life of patients who were enrolled in the programme of palliative cancer care.

Key words: quality of life, palliative medicine, oncological patient, nursing care.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(1): 13–17

Úvod

Paliativní medicína je medicínský obor, který je profilován napříč všemi hlavními obory a podobory klinické medicíny. Náplní tohoto oboru je léčba nevyléčitelně nemocných (onkologických i neonkologických) se snahou o dosažení co nejlepší možné úrovně kvality života. Paliativní medicína respektuje individualitu lidské osobnosti v souladu se čtyřmi základními dimenzemi kvality života jednotlivce vyplývající z Maslowovy teorie lidských potřeb (fyzické, psychické, sociální a spirituální aspekty) (přehledněji viz. obrázek č. 1, 2).

Obrázek 1. Kvalita života jednotlivce

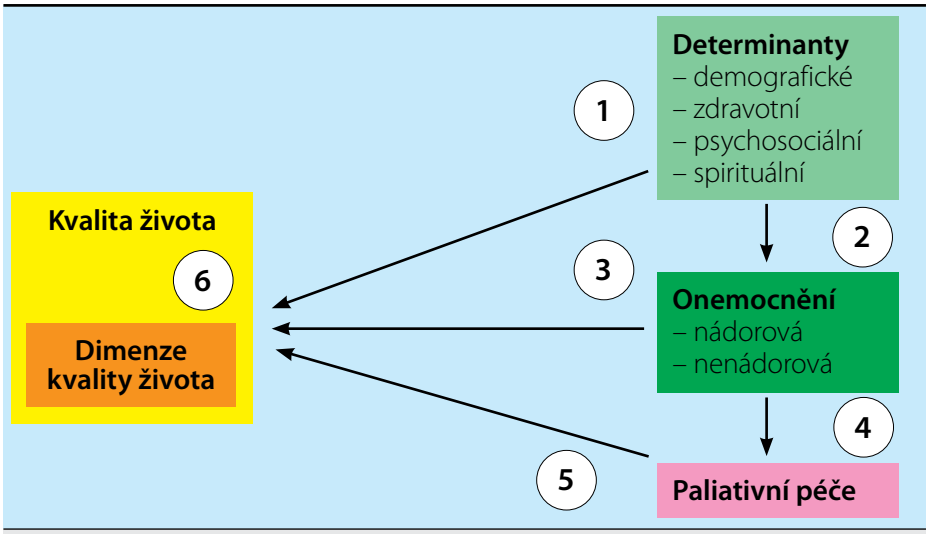
Kvalita života nemocných – definice, koncepce

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života nemocného z perspektivy optimálního zdraví jako *„stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absenci nemoci či postižení"*. Kvalita života je ryze subjektivní veličinou a lze ji definovat jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace" (1). Dle Ferrella (2) a Granta (3) definice kvality života nemocných vychází z koncepčního modelu, který je dán 4 dimenzemi plnohodnotného života jedince: 1. fyzický stav, 2. psychický stav a psychologické aspekty, 3. sociální stav, 4. spirituální aspekty (přehledněji viz. obrázek č. 3, 4).

Na kvalitu života je nahlíženo jako na vícerozměrnou veličinu zahrnující nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění

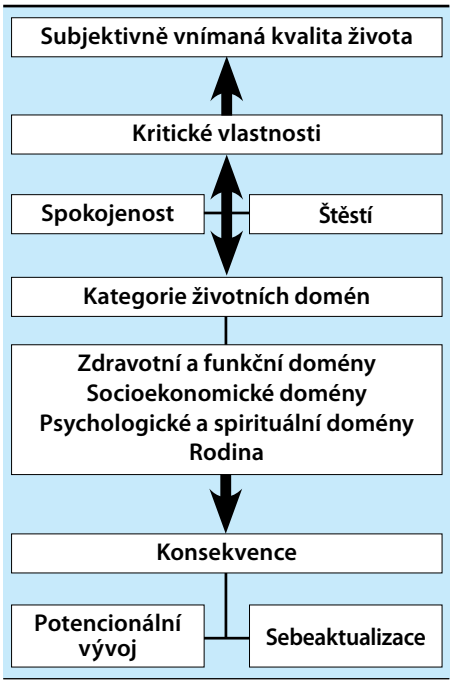
Obrázek 2. Maslowova teorie lidských potřeb

Obrázek 3. Základní model kvality života nemocných (2,3)



Přehled vztahů mezi veličinami
1. Determinanty ovlivňující kvalitu života
2. Determinanty ovlivňující objektivní zdravotní stav
3. Onemocnění snižující kvalitu života
4. Onemocnění vyžadující léčebnou intervenci (paliativní péče)
5. Paliativní péče
6. Jednotlivé dimenze kvality života vytvářející celkovou kvalitu života

Obrázek 4. Model subjektivně vnímané kvality života nemocných (modifikováno dle Olesona) (4)



Tabulka 1. Aspekty ovlivňující kvalitu života nemocného (5–7)

Aspekty	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění s event. i nežádoucími účinky aplikované terapie.
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity (Performace Status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice Světové zdravotnické organizace (WHO) nebo stupnice navržené Karnofskym. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě a pod.
Psychický stav	Hodnocen zejména dle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti a pod.
Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi a pod.

Tabulka 2. Okruhy vyšetřované v dotaznících kvality života (15, 16)

1. Fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence.
2. Emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu.
3. Sociální funkce – vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí, náplň volného času.
4. Práce, domácí práce, nakupování.
5. Bolest.
6. Spánek a jeho kvalita.
7. Symptomy specifické pro dané onemocnění.

či léčby, ale v globálním pohledu též psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty (5–7) (viz. tabulka č. 1).

Dalšími aspekty ovlivňujícími kvalitu života jsou věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí. Celková (globální) kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů (1, 7–11).

Kvalita života nemocných – měření

Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnějším je subjektivní hodnocení nemocného tak, jak sám vnímá vlastní životní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí (1, 7–14).

Nástroji k měření kvality života formalizovaným a standardizovaným způsobem jsou dotazníky kvality života, které kvantifikují dopad nemoci a její léčby na běžný život nemocného (1). V praxi je dle Huvara (15) vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života, přičemž jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány dle současných standardů „měření zdraví". Základní oblasti vytvářející či ovlivňující kvalitu života jsou uvedeny v následující tabulce.

K měření kvality života jsou používány dotazníky, které lze rozdělit na generické (obecné) a specifické (specifické pro dané onemocnění nebo specifický aspekt kvality života).

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na pohlaví, věk a pod. (1, 13). K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale (KPSS), Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36) (17, 18), Nottingham Health Profile (NHP), European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D (EuroQol EQ-5D) (17, 19–28), World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO QOL-100) (29). Společnou výhodou těchto generických dotazníků je to, že si všímají kvality života nemocných v co nejširším záběru. To znamená, že jsou vhodné zejména k hodnocení kvality života nevýběrových vzorků populace nebo ke srovnání velikosti ovlivnění kvality života různými onemocněními. Na straně druhé jsou generické dotazníky velmi málo citlivé k jemnějším změnám zdravotního stavu dosaženého například léčbou (13).

Z generických dotazníků jsou nejčastěji užívanými EuroQol - EQ-5D, SF-36 a WHO QOL-100.

Dotazník **SF-36** hodnotí 8 kvalit života: 1. limitace ve společenských aktivitách, 2. limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních

Tabulka 3. Přehled vybraných specifických dotazníků u jednotlivých typů onemocnění

Typ onemocnění	Typ dotazníku
Psychiatrická onemocnění	■ Psychosexual Functioning Questionnaire ■ Psychological General Well-Being ■ Hospital Anxiety and Depression Scale ■ Montgomery-Lsberg Depression Scale ■ Hopkins Symptom Checklist ■ Quality of Life Enjoyment and Satisfaction
Onemocnění kardiovaskulárního aparátu	■ Angina pectoris Quality of Life Scale
Revmatologická onemocnění	■ Artritis Impact Measurement Scale ■ Fibromyalgia Impact Scale
Poruchy metabolismu – diabetes mellitus	■ Hornquists Quality of Life Scale
Respirační onemocnění	■ St. Georges Respiratory Questionnaire ■ Barthel Index of Disability
Neurologická onemocnění – sclerosis multiplex	■ Functional Assessment of Multiple Sclerosis
Chronická bolest	■ McGill Pain Questionnaire
Chronická únava	■ Fatique Scale
Neurochirurgická onemocnění – nádory mozku	■ Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Solid Brain Tumors
Nefrologická onemocnění	■ Kidney Disease Quality of Life Instrument
Infekční onemocnění – AIDS	■ Functional Assessment of HIV Infection
Hematologická a hematoonkologická onemocnění	■ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Anaemia ■ Functional Assessment of Cancer Therapy – Leukemia ■ Functional Assessment of Cancer Therapy – Lymphoma ■ City of Hope Quality of Life Scale for Bone Marrow Transplant ■ Demands of Bone Marrow Transplant ■ Satisfaction with Life Domains Scale – Bone Marrow Transplantation ■ Frequency Intensity and Distress Scale – Bone Marrow Transplantation
Gastroenterologická onemocnění	■ Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Colorectal Cancer ■ Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Esophageal Cancer
Dermatovenerologická onemocnění	■ Jalowiec Coping Scale

problémů, 3. limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví, 4. tělesná bolest, 5. duševní zdraví, 6. limitace z důvodů citových, 7. vitalita, 8. obecný pocit zdraví. Vlastní vyhodnocení dotazníku je prováděno pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales Score) hodnocené v intervalu 0–100 (18, 30, 31).

Dotazník **EuroQol - EQ-5D** byl vyvinut multidisciplinární skupinou výzkumníků z několika evropských zemí, tzv. European Quality of Life Group) (28). Kvalita života nemocných je měřena pomocí 5 objektivních ukazatelů (dimenzí kvality života) fyzického a psychického zdraví (pohyblivost, sebeobsluha, obvyklá činnost, bolesti (obtíže, úzkost, deprese) (tzv. EQ-5D skore) a dále pomocí subjektivního ukazatele (subjektivní zdravotní stav), kdy nemocný na tzv. vizuální analogové škále se stupnicí 0 až 100 (0 – nejhorší zdravotní stav, 100 – nejlepší zdravotní stav) označí hodnotu svého aktuálního subjektivního zdravotního stavu (tzv. EQ-5D VAS) (31–36, 38).

Dotazník **WHO QOL-100** hodnotí 6 kvalit života: 1. fyzické zdraví, 2. psychická úroveň, 3. úroveň nezávislosti (soběstačnosti), 4. sociální zázemí, 5. okolní prostředí, 6. duševní zdraví (29).

Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro jednotlivé typy onemocnění nebo pro specifický aspekt kvality života (1). Mnohdy je součástí těchto dotazníků právě generický dotazník (7). Názorným příkladem je dotazník k měření kvality života nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (37), jehož součástí je generický dotazník SF-36 (7). Dalšími specifickými dotazníky k měření kvality života nemocných jsou například Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – General Version (FACT-G) pro nemocné s léčbou chronického onemocnění, pro nemocné s nádorovým onemocněním European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) nebo pro nemocné v terminálním stádiu onemocnění Missoula-Vitas Quality of Life Index (MVQLI) V-25 či jeho zkrácená verze Missoula-Vitas Quality of Life Index (MVQLI) V-15. V dalších klinických oborech a podoborech medicíny je užívána celá řada dalších dotazníků (viz. tabulka č. 3).

Specifické dotazníky jsou výrazem snahy o jednak co nejpřesnější poznání faktorů ovlivňujících kvalitu života nemocných, jednak zachování přiměřeného rozsahu, hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které bezprostředně s daným onemocněním souvisí, jsou tedy mnohem citlivější i k malým změnám v rámci tohoto spektra. Na straně druhé, tyto dotazníky kvality života nejsou vhodné k hodnocení dalších vlivů spoluurčujících celkovou kvalitu života (13).

Ze specifických dotazníků je u onkologických nemocných nejčastěji užívaným dotazník EORTC QLQ C30.

Dotazník **EORTC QLQ C30** hodnotí 6 kvalit života u onkologických nemocných: 1. fyzické zdraví, 2. funkční schopnosti, 3. emoce, 4. kognitivní funkce, 5. sociální zázemí, 6. obecný pocit zdraví. Pro komplexní hodnocení jsou s tímto dotazníkem často předkládány moduly zaměřené na jednotlivé typy onkologických onemocnění či specifické aspekty kvality života (1).

Důležité vlastnosti dotazníků a problémy spojené s jejich vyplňováním

Mezi důležité vlastnosti dotazníků patří: 1. spolehlivost, 2. přesnost, 3. citlivost, 4. vnímavost, 5. validita (39).

1. **Spolehlivost –** spolehlivý test je ten, který měří „něco" konzistentně, opakovatelně. Spolehlivost se zvyšuje počtem dotazů.
2. **Přesnost** je důležitá z důvodu umožnění najít rozdíly mezi pacienty.
3. **Citlivost –** jedná se o schopnost dotazníku detekovat rozdíly v kvalitě života mezi pacienty či skupinami pacientů. Dle Kolářové (39) je tato vlastnost obzvláště důležitá pro klinické studie, kdy se hodnotí kvalita života mezi dvěma randomizovanými skupinami pacientů.
4. **Vnímavost –** jedná se o schopnost dotazníku detekovat rozdíly v kvalitě života u jednoho pacienta při jejím zhoršení či zlepšení.
5. **Validita –** validní dotazník hodnotí to, co se požaduje. Validizace dotazníku je proces, kdy se hodnotí interní a externí validita.

Dle autorky Kolářové (39) existuje mnoho problémů, týkající se hodnocení kvality života nemocných. Autorka (39) tyto problémy rozděluje do několika skupin:

1. problémy spojené s pacientem
2. problémy spojené s dotazníky
3. problémy týkající se doby podávání dotazníků
4. chybějící data

Problémy spojené s pacientem:

- pacient by měl dotazník vyplnit samostatně, tzn. že dotazníky musí být jednoduché a výstižné. Žádá-li pacient pomoc při vyplnění dotazníku, musí mu být poskytnuta takovou formou, aby neovlivnila jeho rozhodnutí (39)
- s přibývajícím věkem se zvyšuje procento pacientů odmítajících vyplnit dotazník. Obdobně je tomu u pacientů s diseminovaným onemocněním a u pacientů s nižším vzděláním

Problémy spojené s dotazníky:

- velkým problémem se zdají být dlouhodobé studie užívajících pouze jeden typ dotazníku. Dle autorky Kolářové (39) takový dotazník nedostatečně odráží vlastní vývoj onemocnění a vliv léčby
- další problémy jsou ryze technického rázu, zejména pak vlastní statistické vyhodnocení dotazníků. Důležitá je psaná forma dotazníků

Problémy týkající se doby podávání dotazníků:

- v rámci klinických studií jsou dány časové intervaly, kdy se dotazníky budou předkládat. Tyto intervaly závisí na cíli studie, diagnóze a vlastní léčbě daného onemocnění (39)
- při vyplňování dotazníků často asistuje needukovaný střední zdravotnický personál, který může nechtěně ovlivnit vlastní výpověď pacienta
- nedostatečně poskytnutá informace pacientovi o účelu dotazníku, což může vést k vágnímu přístupu k hodnocení dotazníku ze strany pacienta

Chybějící data:

- problémy s počtem možností odpovědí, tj. pacient nemusí najít vhodnou odpověď
- problémy s textem, tj. pacient nemusí dostatečně pochopit otázku
- neadekvátní či složité otázky zejména u starších pacientů
- problémy s překladem dotazníku, tj. není vhodný pro určitou populaci
- problémy s pochopením struktury dotazníku
- problémy s dotazy týkajících se určité oblasti, zejména pak intimní dotazy
- vyčerpanost pacientů při vyplňování dlouhých a obsáhlých dotazníků

Hodnocení dalších parametrů ve vztahu ke kvalitě života

Kvalita života je obvykle posuzována na základě údajů získaných od daného nemocného, přičemž jsou určovány ještě některé parametry ve vztahu ke kvalitě života. Jedná se o „ekvivalent počtu let plného zdraví" (*HYE, Healthy Years Equivalent*), nebo-li hypotetický počet let prožitých v perfektním zdravotním stavu (5,6). Dále se jedná o „kvalitu života ve vztahu ke zdraví" (*HRQoL, Health-Related Quality of Life*), která je chápána jako ta část života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí, jenž může být ovlivněna klinickými intervencemi. Je využívána zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. HRQoL charakterizuje a měří to, co jedinec zažívá (jaká je zkušenost jedince) jako následek poskytování zdravotní péče, jinými slovy, o kvalitě života v závislosti na zdravotním stavu rozhodují především faktory ovlivňované zdravotnickými intervencemi. V neposlední řadě lze zmínit „rok života standardizované kvality" (*QALY, Quality-Adjusted Life-Year*), který vyjadřuje výsledek určitého léčebného postupu v podobě počtu let, o nějž se díky tomuto postupu prodloužil život, a která jsou standardizována vzhledem k jeho kvalitě. Tento parametr je využíván zejména při analýze účelnosti nákladů na léčbu (5,6).

Závěr

V současné klinické medicínské praxi je zdravotní stav pacienta a úspěšnost jeho léčby hodnocen pouze především v jedné rovině, a to nejčastěji pomocí somatických, laboratorních a zobrazovacích markerů (1, 8–11). Trendem moderní medicíny je však posuzovat stav pacienta komplexněji, za pomoci i dalších aspektů. Více dimenzionální měřítko k posouzení celé řady životních aspektů představuje kvalita života. Různé aspekty mohou být v různé fázi onemocnění a léčby rozdílně zasaženy. Právě tyto informace obohacují naše poznání o potřebách pacienta a mohou tak významně přispět ke zkvalitnění péče. Také nám mohou poodhalit mechanismy, které modifikují vznik a průběh onemocnění (1, 8-11).

V zahraničí jsou velmi dobré zkušenosti s tzv. „Palliative Cancer Care Quality of Life Team" personálně obsazených ošetřujícím lékařem – klinický onkolog/lékař se specializací v oboru Paliativní medicína, střední a vyšší zdravotnický personál edukovaný v problematice kvality života onkologických nemocných s ukončenou onkologickou léčbou, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální a pastorační pracovník a data manager. Důvodem zřizování těchto týmů je zajistit kontinuální následnou péči, zejména pak ošetřovatelskou, a to jak na úrovni nemocničního zařízení, tak i v domácím prostředí.

Smyslem tohoto článku je předložit stručný aktuální přehled k problematice kvality života dospělých onkologických nemocných zařazených do programu paliativní onkologické péče. Jedná se o problematiku velmi důležitou, která tematicky zasahuje do mnoha oborů a podoborů medicíny. Problematika leží na pomezí medicíny a psychologie, přesněji řečeno na pomezí klinické onkologie a paliativní medicíny, lékařské etiky, lékařské psychologie, sociologie a psychosomatiky. Zatímco ve vyspělých zemích se tato problematika propracovávala v posledních 20 letech jak teoreticky, tak metodologicky, v Československu a České republice se ji nevěnovala speciální pozornost. Teoreticky a empiricky se tématu kvality života nemocných u nás věnovali zejména psychologové Křivohlavý a Dragomirecká. Zájem o problematiku kvality života u onkologických a hematoonkologických nemocných projevovali spíše publicisté, někteří učitelé-praktici, filozofové, minimálně však specialisté (40).

Podpořeno Výzkumným projektem MZdr. ČR No. 00179906 a Specifickým vysokoškolským výzkumem UK Praha č. 53251.

Literatúra u autora a na www.paliativnamedicina.sk.

Literatura

1. Slováček L, Slováčková B, Blažek M, Jebavý L. Kvalita života onkologických nemocných – definice, koncepce, možnosti měření. Klin Onkol 2006; 19(3): 163–166.
2. Ferrell BR, Grant M. Quality of life scale: Bone marrow transplant. In: Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. 2nd Edition. Jones and Bartlett Publisher 2003: 455–465.
3. Grant M, Ferrell B, Schmidt GM, Fonbuena P, Niland JC. Measurement of quality of life in bone marrow transplantat survivors. Qual Life Res 1992; 1(6): 375–384.
4. Oleson M. (1990). Subjectively perceived quality of life. Image: Journal of Nursing Scholarship, 22(3): 187–190.
5. Klener P. a spol. Klinická onkologie. Praha: Galén 2002: 231–237.
6. Klener P. a spol. Klinická onkologie. Praha: Galén 2002: 283–285.
7. Stablová A. Kvalita života dialyzovaných nemocných [online]. UK FTVS Praha, laboratoř sportovní motoriky. Dostupné na www: <http://www.ftvs.cuni.cz.>.
8. Slováček L, Slováčková B, Huňka A. Psychologická intervence u onkologických nemocných – její význam a postavení v komplexní protinádorové terapii. Zpravodaj vojenské farmacie 2006; 16(1): 6–9.
9. Slováček L, Slováčková B, Jebavý L, Blažek M. Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. Voj. zdrav. Listy 2005; 74(5–6): 180–182.
10. Slováček L, Slováčková B, Jebavý L, Blažek M. Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života. Voj. zdrav. Listy 2005; 74(1): 9–14.
11. Slováček L, Slováčková B, Jebavý L. Global quality of life in patients who undergone the hematopoietic stem cell transplantation: Finding from transversal and retrospective study. Exp Oncol 2005; 27(3): 238–242.
12. Bush N. The bush bone marrow transplant symptom inventory. In: Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. 2nd Edition. Jones and Bartlett Publishers 2003: 473–480.

13. Salajka F. Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče. Klin Onkol 2001; 1: 27–29.
14. Vondra V, Reisová M, Malý M. Kvalita života u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí vyžadující dlouhodobou domácí oxygenoterapii [on-line]. Dostupné na www: <http://www.copn.cz/clan/clanky_kvalzivOXYG.htm.>.
15. Huvar I. Kvalita života při močové inkontinenci. Praktická gynekologie 2003; 1:18.
16. Ferrans C. Quality of life index – cancer version. In: King CR, Hinds PS.: Quality of life from nursing nad patient perspectives, theory, research, practice. 2nd Edition. Jones and Bartlett Publishers 2003: 451–454.
17. Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. Qual Life Res 1993; 2(3): 169–180.
18. Sobotík Z. Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). Zdravotnictví ČR 1998; 1-2: 50–54.
19. Bjork S, Norinder A. The weighting exercise for the Swedish version of the EuroQol. Health Econ 1999; 8(2): 117–126.
20. Busschbach JJ, Hessing DJ, Charro FT. Observations on 100 studenst filling in the EuroQol questionnaire. Qual Life Res 1994; 3(1): 71–72.
21. Busschbach JJ, McDonnell J, Essink-Bot ML, van Hout BA. Etimating parametric relationships between health description and health valuation with an application to the EuroQol EQ-5D. J Health Econ 1999; 18(5): 551–571.
22. Charro FT, Dusschbach JJ. Use of the EuroQol in cost-utility analysis. Qual Life Res 1994; 3(1): 51.
23. Coast J, Peters TJ, Richards SH, Gunnel DJ. Use of the EuroQol among elderly acute care patients. Qual Life Res 1998; 7(1): 1–10.
24. Conner Spady B, Cumming C, Nabholtz JM, Jacobs P, Stewart D. Responsiveness of the EuroQol in breast cancer patients undergoing high dose chemotherapy. Qual Life Res 2001; 10(6): 479–486.
25. Daňková I, Dlouhý M. Měření zdravotního stavu pomocí dotazníku EuroQoL. In: Zdravotní politika a ekonomika, sborník č. 2, Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kostelec nad Černými lesy 2001: 18.
26. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: A measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med 2001; 33(5): 337–343.
27. Roset M, Badia X, Mayo NE. Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D. Qual Life Res 1999; 8(6): 539–549.
28. The EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16(3): 199–208.
29. Bureš J, Živný P, Pecharová H, Rejchrt S, Kopáčová M, Široký M, Palička V. Kvalita života nemocných léčených úplnou domácí enterální výživou [on-line]. Dostupné na www: <http://www.tigis.cz/dmev/DMEV199/06bures.htm.>.
30. Hollingworth W, Mackenzie R, Todd CJ, Dixon AK. Measuring changes in quality of life following magnetic resonance imaging of the knee: SF-36, EuroQol or Rosser index. Qual Life Res 1995; 4(4): 325–334.
31. Jenkinson C, Gray A, Doll H, Lawrence K, Keoghane S, Layte R. Evaluation of index and profile measures of health status in a randomized controlled trial. Vomparison of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, EuroQol and disease specific measures. Med Care 1997; 35(11): 1109–1118.
32. Essink-Bot ML, Stouthard M, Bonsel GJ. Generalizability of valuations on health status collected with the EuroQol questionnaire. Health Economics 1993; 2(4): 237–246.
33. Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel G J, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures. The Nottingham health profile, the medical outcomes study 36-item short-form health survey, the COOP/WONCA charts and the EuroQol instrument. Med Care 1997; 35(5): 522–537.
34. Glick HA, Polsky D, Willke RJ, Schulman KA. A comparison of preference assessment instruments used in a clinical trial: responses to the visual analog scale from the EuroQol EQ-5D and the health utilities index. Med Decis Making 1999; 19(3): 265–275.
35. Houle C, Berthelot JM. Health Analysis and Modeling Group SC. A head-to-head comparison of the health utilities index mark 3 and the EQ-5D for the population living in private households in Canada. Quality of Life Newsletter 2000; 24: 5–6.
36. Johnson JA. et al. Valuation of EuroQol (EQ-5D) health states in an adult US sample. Pharmacoeconomics 1998; 13: 421–433.
37. Alvarez-Ude F, Galan P, Vincente E. et al. Adaptation and validation of the Spanish version „Kidney Disease Questionnaire". Nefrologia 1997; 17(6): 486.
38. Caperna J, Mathews WC. Estimating health-related quality of life (HR-QOL) among persons with HIV infection using the EuroQol instrument: Do the EuroQol health dimensions explain self-rated global health. J Invest Med 1996; 44(1): 155.
39. Kolářová R. Kvalita života z pohledu klinických studií. In: Vodvářka P. a spol. Podpůrná léčba v onkologii 2003: podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika. Praha: Galén 2004: 183–189.
40. Slováček L. Transplantace krvetvorných buněk – teorie, výzkum, praxe. Praha: Triton 2008: 11–12.

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.
Klinika onkologie a radioterapie
LF UK a FN
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
ladislav.slovacek@seznam.cz

• Sekcia sestier pracujúcich v onkológii Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek Slovenskej lekárskej spoločnosti

Vás pozýva na

XXIII. celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v onkológii

v rámci Bratislavských onkologických dní

18. október 2012, Bratislava
prednášková sála COOP Jednota Slovensko

www.solen.sk

Podujatie bude ohodnotené CME kreditmi

SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

SOLEN MEDICAL EDUCATION