

# Možné prístupy k skúmaniu kvality života u zomierajúcich pacientov a možnosti jej skúmania prostredníctvom McGillovho dotazníka

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et. PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Táto štúdia opisuje objektivizované subjektívne prístupy k meraniu kvality života u nevyliciteľne chorých i zomierajúcich. Vo výskumnej časti poukazuje na vhodnosť použitia Mc Gill Quality of Life Questionnaire v paliatívnej starostlivosti, vzhľadom k výsledkom reliability i validity testu. V našom výskume sme zistili nasledovné hodnoty Cronbachovho Alfa koeficientu pre vnútornú konzistenciu položiek: celá škála B a C (otázky 1 – 16)  $\alpha = 0,86$ , telesné symptómy (otázky 1 – 4)  $\alpha = 0,70$ , psychologické symptómy (otázky 5 – 8)  $\alpha = 0,94$ , existenciálne položky (otázky 9 – 14)  $\alpha = 0,75$ , otázky podpory (otázky 15 – 16)  $\alpha = 0,81$ . Čo sa týka korelácií jednotlivých dimenzií a ich korelácií s celkovou kvalitou života, môžeme konštatovať, že navzájom vysoko korelujú psychologická, existenciálna i podporná kvalita života medzi sebou a všetky aj s celkovou kvalitou života na hladine významnosti  $p < 0,01$ . Pri telesnej kvalite života sme zistili miernu súvislosť s celkovou kvalitou života. Škála na globálne hodnotenie kvality života pacientom (časť A dotazníka) je autorom určená ako premenná validity, ktorá v našom výskume koreluje so získanou celkovou kvalitou života pri  $r = 0,420$ .

**Kľúčové slová:** kvalita života, zomieranie, meranie kvality života.

## Various approaches in studying the quality of life in dying patients and possibilities of its investigation using Mc Gill questionnaire

This study describes subjective as well as objective approaches towards the problematics of measuring the quality of life in untreatably ill or dying patients. Its investigation part describes applicability of Mc Gill Quality of Life Questionnaire in palliative care in accordance with the reliability results and validity of the test. In our research, the following Cronbach's Alpha results of internal consistency were achieved: the whole B and C scale (questions 1 – 16)  $\alpha = 0.86$ , physical symptoms (questions 1 – 4)  $\alpha = 0.70$ , psychological symptoms (questions 5 – 8)  $\alpha = 0.94$ , existential items (questions 9 – 14)  $\alpha = 0.75$ , social support (questions 15 – 16)  $\alpha = 0.81$ . We can say that psychological, existential and support quality of life significantly correlate and all the aspects together correlate with quality of life at importance level  $p < 0.01$ . Physical quality of life interacts moderately with overall quality of life. The scale used by patient for global measuring quality of his life (part A) acts, as the author determined, as variable of validity and correlates, in our study, with obtained overall quality of life at  $r = 0.420$ .

**Key words:** quality of life, dying, measurement of the quality of life.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(1): 26–27

## Úvod

Kvalita života je centrálny koncept v paliatívnej starostlivosti a tiež všeobecne v zdravotnej starostlivosti. Nie je to nová myšlienka, pretože už v starovekom Grécku bolo jedným z hlavných cieľov zdravotnej starostlivosti zlepšenie kvality života chorého (1).

Za prvý pokus systematicky hodnotiť vplyv onkologickej liečby na kvalitu, nie iba na kvantitu života, býva uznávaná práca Karnfornského z roku 1948. Karnfornský použil škálu od 0 % do 100 % na posúdenie celkovej funkčnej zdatnosti (tzv. performance status, PS). Funkčnú zdatnosť pacienta hodnotil lekár. PS 100 % znamenal plné zdravie, 0 % označoval smrť (2).

Křivohlavý uvádza, že hodnotenie kvality života pacienta z pohľadu jeho blízkych ľudí alebo zdravotníckych pracovníkov má svoje nesporné výhody (3). Tieto tzv. externé prístupy sú zamerané na správanie sa pacientov, ktoré je takmer objektívne merateľné. Celkový stav pacienta sa pomocou nich dá vyjadriť numericky – aj keď s určitými problémami.

Po takmer štyroch desaťročiach bolo preto považované za samozrejmosť, že hodnotenie účinkov onkologickej liečby, jej nežiaducich účinkov a kvality života patrí lekárovi, resp. inému zdravotníkovi. Súčasná postmoderná medicína došla k presvedčeniu, že je dôležité sa snažiť o pochopenie pacientovho pohľadu na ochorenie a jeho liečbu. Informácie o kvalite života prinášajú ďalšie, často kvalitatívne nové informácie v porovnaní s „objektívnymi znakmi“ (2).

Medzi subjektívne metódy využívané na meranie kvality života u ťažko chorých a zomierajúcich môžeme zaradiť napríklad aj nasledovné dotazníky: FLIC, MVQOLI, EORTC QOL-30, WHOQOL-BREF, QL Index ILF, AQEL, MQOL, prípadne program hodnotenia individuálnej kvality života SEIQOL.

## Problémy v oblasti merania kvality života zomierajúcich

Aj v oblasti merania kvality života je veľký počet problémov, a to nielen v oblasti paliatívnej starostlivosti, ale aj v iných sférach (4). Je kritizovaný proces tvorby dotazníkov, ktorých konštrukcia často vychá-

dza zo subjektívnych názorov tvorcov a ich validita je problematická. Kritici poukazujú na tendenciu akademicky rozhodnúť, ako by mal vyzeráť „kvalitný život“, a toto v istom zmysle vnucovať ako určitú normu. Napriek týmto oprávneným výhradám sa však ukazuje, že štúdium kvality života je v mnohých odboroch, ktoré sa ňou zaoberajú, nosným a užitočným smerom. Jeho interdisciplinárny charakter odráža súčasný trend prelínania spoločenskovedného a biologického prístupu k skúmaniu človeka. Výsledky rôznych orientovaných výskumov z oblasti kvality života rozhodne prispievajú k lepšiemu pochopeniu najdôležitejších vecí človeka a k pochopeniu podstaty jeho ľudskej existencie. Zo zdravotníckeho hľadiska má svoj praktický dopad v určitom prístupe v starostlivosti o chorých a v podpore rozvíjania zdravia (5).

## Výskumná štúdia na overenie možnosti použitia Mc Gill QoL dotazníka na Slovensku

Pacienta sme zaradili do výskumu na overenie možnosti použitia Mc Gill QoL dotazníka

na Slovensku v prípade, že spĺňal 3 základné podmienky:

- hospitalizácia minimálne 5 dní v zariadení poskytujúcom paliatívnu starostlivosť,
- prognóza dĺžky života je limitovaná na mesiace,
- disponovanosť a ochota odpovedať na otázky s ohľadom na telesné dispozície (zmyslové poruchy) a tiež na kognitívne funkcie (vyžaduje si predtým psychologické vyšetrenie).

Počas našej priamej práce v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť sme mali v časovom rozpätí dvoch rokov možnosť posúdiť podľa vyššie uvedených kritérií 270 pacientov, z ktorých bolo schopných odpovedať na všetky naše otázky 27 pacientov (18 žien a 9 mužov, vo veku: 40 – 50 rokov 1 pacient, 51 – 60 rokov 3, 61 – 70 rokov 3, 71 – 80 rokov 7, nad 81 rokov 13 pacientov), keďže počas výskumu sme použili aj iné dotazníkové a psychodiagnostické metódy (6). Je to len 10 % z celkového nami sledovaného počtu hospitalizovaných najmä z dôvodov porúch kognitívnych funkcií a vyčerpanosti zapríčinených manifestáciou symptómov ochorenia.

Aj Kaasa a Loge uvádzajú, že delírium alebo iné neuropsychiatrické poruchy sa vyskytujú až u 20 – 40 % pacientov s nevyliciteľným onkologickým ochorením (1). Kognitívne poškodenie ovplyvňuje validitu štúdií zameraných na kvalitu života, takže je potrebné urobiť predtým skríning.

Mc Gill Quality of Life Questionnaire je rozdelený na 4 časti. V prvej časti (A) respondent určuje na 10-stupňovej škále všeobecne svoju kvalitu života, v druhej časti (B) hodnotí svoj telesný stav, časť C obsahuje psychologické, existenciálne a podporné položky a časť D necháva priestor na vyjadrenie sa respondenta, ktoré veci a v akom smere najviac ovplyvnili jeho kvalitu života za posledné 2 dni.

MQOL zahŕňa otázky založené na viacerých existujúcich nástrojoch určených na meranie kvality života. Konkrétne položky 7 a 8 vychádzajú z dotazníka FLIC, položky 9 – 12 z PIL a položky 13 – 15 z Missoula-Vitas Quality of Life Index. Pred použitím tohto dotazníka bolo nutné zaregistrovať sa priamo u autorov (konkrétne u Dr. Cohen). Túto metodiku na meranie kvality života sme administrovali ústne s pripravenými zväčšenými škálami, na ktorých nám respondent ukazoval príslušné číslo alebo ho povedal.

Čo sa týka vnútornej konzistencie, v Kanade bol meraný Cronbachov alfa koeficient v častiach B a C (7):

- celá škála B a C (otázky 1 – 16)  $\alpha = 0,83$
- telesné symptómy (otázky 1 – 4)  $\alpha = 0,84$
- psychologické symptómy (otázky 5 – 8)  $\alpha = 0,77$

- existenciálne položky (otázky 9 – 14)  $\alpha = 0,86$
- opora (otázky 15 – 16)  $\alpha = 0,83$

Raymond Lo a kol. robili výskum kvality života nevyliciteľne chorých v Hongkongu, pričom uvádza nasledovné výsledky reliability (8):

- celá škála B a C (otázky 1 – 16)  $\alpha = 0,83$
- telesné symptómy (otázky 1 – 4)  $\alpha = 0,68$
- psychologické symptómy (otázky 5 – 8)  $\alpha = 0,85$
- existenciálne položky (otázky 9 – 14)  $\alpha = 0,82$
- otázky podpory (otázky 15 – 16)  $\alpha = 0,70$

Pratheepawanit a kol. vo svojom výskume na paliatívnych oddeleniach vo Veľkej Británii zistili vynikajúcu vnútornú konzistenciu  $\alpha = 0,90$  pri  $n = 36$  (9).

### Naše výsledky

V našom výskume sme zistili nasledovné hodnoty Cronbachovho Alfa koeficientu pre vnútornú konzistenciu položiek:

- celá škála B a C (otázky 1 – 16)  $\alpha = 0,86$
- telesné symptómy (otázky 1 – 4)  $\alpha = 0,70$
- psychologické symptómy (otázky 5 – 8)  $\alpha = 0,94$
- existenciálne položky (otázky 9 – 14)  $\alpha = 0,75$
- otázky podpory (otázky 15 – 16)  $\alpha = 0,81$

Čo sa týka korelácií jednotlivých dimenzií medzi sebou a ich korelácií s celkovou kvalitou života, môžeme konštatovať, že navzájom vysoko korelujú psychologická, existenciálna i podporná kvalita života medzi sebou a všetky aj s celkovou kvalitou života na hladine významnosti  $p < 0,01$ . Pri telesnej kvalite života sme zistili miernu súvislosť s celkovou kvalitou života.

Nami zistené korelácie podporuje aj obsahová hodnota  $r$  podľa Chaddocka (10), ktorý stanovil tieto pravidlá o závislosti vyjadrené korelačným koeficientom:

1.  $r =$  menšie než 0,30 naznačuje veľmi malú závislosť a má pochybný význam
2.  $r = 0,30 - 0,50$  naznačuje miernu závislosť
3.  $r = 0,50 - 0,70$  naznačuje zreteľnú závislosť
4.  $r = 0,70 - 0,90$  poukazuje priam na úzku závislosť
5.  $r = 0,90$  a viac sa vyskytuje pri veľmi vysokých spojitostiach a veľmi vysokej závislosti obidvoch premenných

Škála na globálne hodnotenie kvality života pacientom (časť A dotazníka) je autorom určená ako premenná validity, ktorá v našom výskume koreluje so získanou celkovou kvalitou života pri  $r = 0,420$ .

Konstruktívna validita bola meraná vo výskumoch Cohen a kol. (11) aj porovnaním Spitzerovho Indexu kvality života, pričom s celkovou kvalitou života  $r = 0,52$ . Najvyššie korelovala psychologická dimenzia (0,53). V porovnaní

vzťahu medzi celkovou kvalitou života a pacientovho hodnotenia kvality života v časti A bola zistená vysoká korelácia (0,66).

### Záver

Na základe uvedených výsledkov môžeme usudzovať dobrú použiteľnosť dotazníka pre nevyliciteľne chorých, čo sa týka našich výsledkov reliability i validity. Môžeme teda konštatovať vhodnosť použitia tohto dotazníka i v Slovenskej republike.

Je veľmi podstatné si uvedomiť, že pacient je objekt i subjekt zdravotníckej, psychosociálnej i spirituálnej starostlivosti a našim cieľom je zlepšovať kvalitu jeho života. Nielen v paliatívnej medicíne, ale aj v iných zdravotníckych disciplínach sa výskum sústreďuje práve na determinanty vedúce k zvyšovaniu kvality života chorého (12, 13).

### Literatúra

1. Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine* 2003; 17: 11–20.
2. Sláma O. Kvalita života onkologicky nemocných. In: Payne a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005: 288–295.
3. Křivohlavý J. Psychologie nemocí. Praha: Grada Publishing 2002.
4. Žáková M. Opportunities of life quality improvement of asylum seekers in Slovakia. Symposium Health and Quality of Life. FH a SW TU, Trnava 15. Oct. 2009.
5. Hnilicová H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Payne J, a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005: 205–217, 262–281.
6. Cohen SR, et al. Validity of the McGill Quality of Life questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine* 1997; 11: 3–20.
7. Dobříková P. Quality of Life in incurable patients. In: *Studia psychologica*. SAS, Bratislava 2010; 52(2): 155–163.
8. Lo SKR, et al. Cross cultural validation of the Mc Gill Quality of life questionnaire in Hong Kong Chinese. *Palliative Medicine* 2001; 15: 387–397.
9. Pratheepawanit N, et al. The applicability of quality-of-life assessment in palliative care: comparing two quality of life measures. *Palliative medicine* 1999; 13(4): 325–335.
10. Hillebrandt F. Elementárna štatistika pre psychológov, sociológov a pedagógov. Bratislava: SPN 1968.
11. Cohen SR, Mount BM, Bruera E, et al. Mc Gill Quality of Life Questionnaire (Revised), MQOL. [online]. Dostupné na [www: <http://www.chcr.brown.edu>](http://www.chcr.brown.edu) 1997>.
12. West DJ. Hospice services: ideas and strategies to improve patient care. 4th International Conference of Hospice and Palliative Care. Trnava University, Trnava, Slovak Republic, March 17, 2007.
13. Čerňušková Z, Boroňová J, Rusnák M, Pekarčíková J, Mauritz W. The quality of health care in patients with traumatic brain injury (TBI) in selected hospitals. In: Health and health determinants in unified Europe in the area of public health, nursing, laboratory investigating methods and social work: First symposium of public health, nursing, social work and laboratory investigating methods with international involvement: abstracts. Trnava 2008, november 12–13, p. 17–18.

**doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.et.PhD.**

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Trnavskej univerzity  
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava  
[pdobrik@pobox.sk](mailto:pdobrik@pobox.sk)

