

Kvalita života u pacientů v predialýze a s peritoneální dialýzou

Jindřiška Kotlářová*,**, Jana Škvrňáková**

* B. Braun Avitum, Nefrologická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

** Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovateľství, Pardubice

Abstract

KOTLÁŘOVÁ, J. – ŠKVRŇÁKOVÁ, J. Quality of life in predialysis and peritoneal dialysis patients. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 49-55. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/kvalita-zivota-u-pacientu-v-predialyze-a-s-peritonealni-dialyzou>.

Background: The number of patients with chronic kidney disease who have to undergo dialysis treatment is constantly increasing, but the number of people receiving peritoneal dialysis is decreasing. In 2008 the dialysis programme of the Czech Republic was 5633 patients, of which 462 (8 %) were treated with peritoneal dialysis and in 2018 it was 359 (5 %) Of a total of 6990 patients.

Aim: To compare the quality of life of patients with renal failure in pre-dialysis care and in patients with peritoneal dialysis, identify the problem areas that are burdened by these patients.

Methodology and sample: A cross-sectional quantitative method was used for research inquiries using a standardised *Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form*. The investigation took place in March 2018 at 13 dialysis workplaces in the Czech Republic. A sample of 61 respondents consisted of 30 patients in predialysis and 31 patients treated with peritoneal dialysis.

Results: A statistically very significant difference of mean values in quality of life in predialysis patients and with peritoneal dialysis was calculated using a T-Test at a level of significance of 1 % ($T > T_{crit}$ at $\alpha = 0.01$) in the dimension „renal disease burden“ and „employment“. A statistically significant difference in mean values ($\alpha = 0.05$) was calculated for the other two dimensions of „physical problem limitation“ and „care satisfaction“. Most are affected by chronic kidney disease and the type of treatment of social interaction and physical activity.

Conclusion: The quality of life of patients in predialysis and peritoneal dialysis is reduced compared to the quality of life of the normal population, but comparable to the quality of life in the US chronic renal disease population. In patients with peritoneal dialysis, the quality of life is better than that of patients in predialysis.

Key words: quality of life, predialysis, peritoneal dialysis, KDQOL-SF™

Úvod

Počet nemocných s chronickým onemocněním ledvin, kteří musí podstoupit dialyzační léčbu, se neustále zvyšuje, což potvrzuje Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice (Česká nefrologická společnost, 2018). Zatím co počet pacientů léčených hemodialýzou stoupá, počet pacientů léčených peritoneální dialýzou má klesající tendenci. V roce 2008 bylo v dialyzačním programu 5633 pacientů, z toho bylo 462 (8 %) léčeno peritoneální dialýzou (dále jen PD), v roce 2018 bylo v dialyzačním programu celkem 6990 pacientů, z toho 359 (5 %) bylo léčeno PD (Česká nefrologická společnost, 2008). Jedním z důvodů je skutečnost, že více než polovina nemocných podstupujících dialýzu přichází takzvaně z ulice, bez předchozí péče nefrologa, jak vyplývá z ročenky České nefrologické společnosti za rok 2018. Z tohoto důvodu je také jen malé procento pacientů s chronickým selháním ledvin léčeno peritoneální dialýzou a u většiny pacientů z ulice je zahájena hemodialyzační léčba (Viklický, Bouček, 2013, s. 250). Predialyzační péče se dá charakterizovat jako nefrologická péče o pacienty s chronickým selháním ledvin (dále jen CHSL) před rozvojem terminálního selhání. Tato péče je spojována s lepšími klinickými výsledky a lepším jednoročním přežíváním nemocných při zahájení dialýzy (Opatrná, 2016, s. 12-13). Toto období je pro pacienta velice důležité z hlediska psychické přípravy, získání informací o možnostech léčby a spolupráce s multidisciplinárním týmem, v němž hraje klíčovou roli nefrologická sestra, která pacienta edukuje (Pavlicová, Kracíková, 2013). Sestra provádí edukaci a reedukaci podle typu náhrady funkce ledvin, ověřuje si rozsah získaných informací, provádí praktický nácvik, kontroluje funkčnost (arteriovenózní fistule, peritoneálního katétru), informuje o prvních známkách komplikací (Bednářová, Sulková, 2007, s. 91-100). Seznámení se s možnostmi léčby a režimovými opatřeními, snížení obav a „získání“ si pacienta - má vliv na jeho přístup k léčbě, její zvládnutí a tím i na kvalitu života. Většina výzkumů zabývajících se kvalitou života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin je zaměřena na hemodialýzu, či na porovnání kvality života u pacientů s hemodialýzou a peritoneální dialýzou. Studií, které by se zabývaly kvalitou života v predialyzačním období a jejím dalším sledováním v dialyzační fázi není mnoho. Za zmínku stojí holandská studie autorů Korevaar et al., která sledovala 301 pacientů s CHSL několik týdnů před zahájením léčby. Kvalita života byla hodnocena generickými dotazníky SF-36 a Euro QOL (Korevaar et al., 2000). Systematický přehled publikovaných výzkumů kvality života u pacientů v predialyzačním období pomocí dotazníku SF-36 a jeho variant (včetně KDQOL-SF™ KDQOL) z let 2007-2017 provedli autoři Alhaji et al., kde analyzovali výsledky ze 13 observačních studií s celkovým počtem pacientů 8635 (Alhaji et al., 2018). V České republice (dále jen ČR) kvalitu života peritoneálně dialyzovaných pacientů zkoumala Vrágová, která využila k hodnocení standardizované dotazníky WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, SF-36, KDQOL- KDQOL-SF™

(Vrágová, 2010). Změny kvality života u pacientů léčených peritoneální dialýzou byly také publikovány v průřezové studii provedené v ČR v roce 2016 (Mahrová et al., 2016).

Cíl

Cílem výzkumu bylo zjistit a porovnat kvalitu života pacientů v predialyzační péči s kvalitou života pacientů léčených peritoneální dialýzou. Zjištěné výsledky umožnily identifikovat problémové oblasti, které pacienty s chronickým onemocněním ledvin zatěžují. Dále komparovat výsledky kvality života u našich pacientů s normativními hodnotami u pacientů s chronickým onemocněním ledvin v USA a kvalitou života u české populace bez onemocnění ledvin.

Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat probíhal u pacientů ve 13 dialyzačních střediscích v ČR. Do výběrového souboru bylo zařazeno 63 pacientů s chronickým onemocněním ledvin, statisticky byla zpracována data od 61 pacientů. Jednu skupinu tvořilo 30 pacientů v predialýze, 15 žen a 15 mužů ve věkovém rozmezí 35 – 89 let a s průměrným věkem 72,43 let. Ve druhé skupině bylo 31 pacientů léčených peritoneální dialýzou, 16 žen a 15 mužů ve věkovém rozmezí 24 – 80 let a s průměrným věkem 65,65 let. Z důvodu adaptace pacientů na léčbu a jejího vlivu na kvalitu života byli osloveni a zařazeni do výzkumného šetření pacienti s CHSL s minimální dobou léčby 6 měsíců a více. Předpokladem pro vyplnění dotazníků byl souhlas vedení dialyzačních center a souhlas oslovených pacientů se zařazením do výzkumného šetření. Podmínkou pro oslovení pacientů byla jejich plnoletost a nezměněné kognitivní funkce, které nebyly ověřovány testem. Vycházelo se ze znalostí respondentů zdravotnickým personálem, který osloveným pacientům dotazníky předával. Jednalo se o záměrný výběr respondentů podle stanovených kritérií. Osloveni byli všichni pacienti s CHSL z 13 dialyzačních středisek, celkem 63 pacientů, kteří splňovali výše uvedená kritéria pro zařazení do výzkumného šetření. Nikdo z oslovených pacientů vyplnění neodmítl, návratnost dotazníků 100 %. Dva dotazníky (3,2 %) byly pro neúplnost vyplněných dat vyřazeny ze statistického testování.

Metodika výzkumu

Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin v predialyzační péči a u pacientů léčených peritoneální dialýzou byla hodnocena kvantitativní metodou – průřezová studie. Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření s využitím standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™ cíleně zaměřeného na chronické onemocnění ledvin (Hays, 1997). Dotazník kombinuje generický instrument *Item Health Survey – Short Form – 36* (SF-36) zjišťující obecně kvalitu života bez ohledu na podstatu onemocnění se specifickým instrumentem zaměřeným cíleně na onemocnění ledvin. Je považován za velice validní, vypovídá o všech dimenzích kvality života (fyzická složka, psychická i sociální) (Sulková, 2005, s. 87-89; Dotazník kvality života SF-36, ÚZIS, 2019). V úvodu standardizovaného dotazníku je uveden cíl a pokyny k vyplnění. Dotazník obsahuje celkem 80 otázek, 2 otázky uzavřené dichotomické, dále otázky uzavřené polytomické s výběrem jedné alternativy. Generická a specifická část dotazníku se vyhodnocují odděleně.

Generická část obsahuje 36 otázek rozdělených do 8 dimenzí/oblastí (fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví). Každá položka (otázka) obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice (např. „Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově?“ výtečné-1, velmi dobré-2, dobré-3, docela dobré-4, špatně-5). Dotazník obsahuje ještě jednu položku, která nepatří do žádné dimenze. Tato položka popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Výsledky v generické části je možné porovnat s normami kvality života pro americkou populaci u pacientů s chronickým onemocněním ledvin a s normami pro všeobecnou (zdravou) českou populaci, které stanovil při použití předběžné české verze dotazníku SF-36 Sobotík v roce 1998 (Sobotík, 1998, s. 50-54).

Specifická část zahrnuje 11 dimenzí/oblastí, které hodnotí kvalitu života ve vztahu k chronickému ledvinnému onemocnění (symptomy/problémy, vliv ledvinového onemocnění, břímě ledvinového onemocnění, zaměstnání, kognitivní funkce, kvalita sociální interakce, sexuálního chování, spánek, sociální opora, povzbuzení/podpora zdravotnického personálu dialyzačního pracoviště a spokojenost s péčí) (Hays, 1997, s. 12). Výsledky ze specifické části jsou porovnávány s normami pro americkou populaci u pacientů s chronickým onemocněním ledvin, protože české normy nejsou zatím k dispozici.

Ke každé odpovědi je dle skórovacího manuálu přiřazena odpovídající hodnota na číselné škále 0 – 100 bodů. Skórovací proces dotazníku KDQOL-SF™ probíhá ve dvou fázích, nejprve je nutné provést transformaci hrubých numerických hodnot jednotlivých položek (otázek) na 0 – 100 bodovou škálu, kde vyšší dosažené skóre znamená lepší kvalitu života, poté je nutné, zprůměrování jednotlivých položek v jednotlivých dimenzích dle skórovacích pravidel.

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány v programu MS Office Excel a STATISTICA. Pro základní popis dat byla použita popisná statistika. Vzhledem k tomu, že testované soubory mohou pocházet z populací, které mají stejný nebo naopak různý rozptyl hodnot sledované veličiny, byl rozdíl rozptylů obou souborů nejprve testován pomocí F-testu. Následně byla data vyhodnocena pomocí dvouvýběrového nepárového t-testu, protože se jedná o porovnání dvou nezávislých skupin

(Bedáňová, Večerek, 2007). Celkový počet respondentů n je v celém dotazníkovém šetření neměnný = 30 respondentů v predialýze a 31 s peritoneální dialýzou (PD), proto není v tabulkách uváděn.

Byl zajištěn souhlas zdravotnických zařízení, kde probíhal sběr dat, a pacienti souhlasili se zařazením do výzkumného šetření.

Výsledky

V tabulce 1 jsou uvedeny vypočítané střední hodnoty v jednotlivých dimenzích a jejich rozptyly pro obě skupiny respondentů. Dále jsou data rozdělena do dimenzí a porovnávána pomocí F-testu a dvouvýběrového nepárového t-testu. Výsledná kritická hodnota byla stanovena 1,8474. Nerovnost rozptylů při hladině významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$) je v dimenzích/oblastech („omezení pro fyzické problémy, celkové zdraví, energie/únava, problémy, břímě ledvinového onemocnění, povzbuzení od dialyzačního personálu, spokojenost s péčí“). Podle výsledků F-testu byl zvolen odpovídající postup pro nepárový t-test a to buď t-test pro shodné rozptyly a nebo t-test pro rozdílné rozptyly. V následném t-testu byl při hladině významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$) zjištěn statisticky významný rozdíl středních hodnot v dimenzích („omezení pro fyzické problémy, spokojenost s péčí“). Statisticky velmi významný rozdíl středních hodnot, kdy výsledek t-testu je vyšší než vypočtená kritická hodnota při hladině významnosti 1 % ($t > t_{krit}$ při $\alpha = 0,01$) byl zjištěn v dimenzi „břímě ledvinového onemocnění“ a „zaměstnání“.

Tab. 1. Souhrn výsledků parametrických dvouvýběrových nepárových t-testů v jednotlivých oblastech

Posuzovaná oblast	Střední hodnota		Rozptyl		F test	F_{krit} ($\alpha = 0,05$)	t test	v	t_{krit} ($\alpha = 0,05$)	t_{krit} ($\alpha = 0,01$)
	Predialýza	PD	Predialýza	PD						
Fyzická činnost	53,67	57,74	1124,02	766,40	1,4666	1,8474	0,5184	59	2,0010	
Omezení pro fyzické problémy	48,33	25,81	1979,89	853,49	2,3197	1,8474	2,3293	50	2,0086	2,6778
Tělesná bolest	61,42	68,63	1103,74	856,60	1,2885	1,8474	0,9005	59	2,0010	
Celkové zdraví	44,50	52,26	902,33	156,40	5,7694	1,8474	1,3091	38	2,0244	
Emoční pohoda	61,20	64,65	627,61	369,17	1,7001	1,8474	0,6039	59	2,0010	
Omezení pro emoční problémy	61,11	66,67	1922,12	1407,48	1,3656	1,8474	0,5323	59	2,0010	
Společenské fungování	67,50	56,05	911,64	1081,99	1,1869	1,8474	1,4152	59	2,0010	
Energie/únava	44,33	49,45	942,64	370,46	2,5446	1,8474	0,7772	48	2,0106	
Problémy	74,47	77,17	367,81	155,09	2,3716	1,8474	0,6494	50	2,0086	
Vlivy ledvinového onemocnění	74,38	68,95	465,67	272,80	1,7070	1,8474	1,1044	59	2,0010	
Břímě ledvinového onemocnění	54,36	32,06	1471,68	457,66	3,2157	1,8474	2,7917	45	2,0141	2,6896
Zaměstnání	55,00	29,03	922,41	1129,03	1,2240	1,8474	3,1632	59	2,0010	2,6618
Kognitivní funkce	76,22	77,20	492,51	313,45	1,5713	1,8474	0,1917	59	2,0010	
Kvalita sociální interakce	74,22	65,81	553,99	411,10	1,3476	1,8474	1,4980	59	2,0010	
Sexuální fungování	75,83	68,95	1292,39	1290,32	1,0016	1,8474	0,7477	59	2,0010	
Spánek	61,75	55,48	690,58	449,76	1,5355	1,8474	1,0265	59	2,0010	
Sociální opora	77,22	75,81	603,17	978,51	1,1411	1,8474	0,1961	59	2,0010	
Povzbuzení od dialyzačního personálu	92,50	92,74	38,79	164,31	4,2357	1,8474	0,0942	44	2,0154	
Spokojenost s péčí	85,55	77,42	109,83	306,42	2,7901	1,8474	2,2104	49	2,0096	2,6800

Legenda: v – počet stupňů volnosti; F test (tučné písmo) – výsledky nerovnosti rozptylů $F > F_{krit}$ při $\alpha = 0,05$; t test (tučné písmo) – významný rozdíl středních hodnot $t > t_{krit}$ při $\alpha = 0,05$; tučné písmo podtržené – statisticky velmi významný rozdíl středních hodnot $t > t_{krit}$ při $\alpha = 0,01$

Tabuľka 2 uvádza normy u amerických pacientů s chronickým renálnym ochorením (Hays, 1994, s. 329-338), predbežné normy českej populácie (Sobotík, 1998, s. 50-54) a námi zistené výsledky výskumného šetrenia pomocou standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™. Prvá časť dotazníku KDQOL-SF™, tzv. generická časť, je shodná so standardizovaným dotazníkom SF-36, ktorý slouží k hodnoteniu kvality života spojené so zdravím ako u všeobecnej populácie, tak i u pacientů s širokým spektrom ochorení.

Tab. 2. Porovnanie priemerných hodnôt u oboch skúmaných skupín (pacienti v predialýze a s PD) v generickej časti dotazníku KDQOL-SF™ s americkou normou u pacientů s chronickým ochorením ledvín a s českou normou pre všeobecnú populáciu

Generická časť Domény SF-36	Americká norma u pacientů s renálnym ochorením	Normy všeobecne českej populácie	Průměrné hodnoty pacientů v predialýze	Průměrné hodnoty pacientů s PD
Fyzická činnosť	51,83	86,2	53,67	57,74
Omezenie pre fyzické problémy	32,46	69,4	48,33	25,81
Tělesná bolesť	57,6	69,5	61,42	68,63
Celkové zdravie	43,87	60,3	44,50	52,26
Emočná pohoda	69,54	66,6	61,20	64,65
Omezenie pre emočné problémy	57,76	70,7	61,11	66,67
Spoločenské fungovanie	63,57	74,6	67,50	56,05
Energie/únava	45,89	54,1	44,33	49,45

Porovnanie vo špecifickej časti dotazníku zameriavajúcej sa priamo na chronické ochorenie ledvín je možné len s normami pre americkú populáciu pacientů, pretože normy pre českú populáciu pacientů neboli zatiaľ vytvorené. Průměrné hodnoty americkej populácie s renálnym ochorením z roku 1994 spolu so zistenými výsledkami zo špecifickej časti dotazníkového šetrenia uvedené v tabuľke 3 (Hays, 1994, s. 329-338).

Tab. 3. Porovnanie priemerných hodnôt u oboch skúmaných skupín (pacienti v predialýze a s PD) vo špecifickej časti dotazníku KDQOL-SF™ s americkou normou pre osoby s chronickým ochorením ledvín

Špecifická časť Domény KDQOL-SF™	Americká norma u pacientů s renálnym ochorením	Průměrné hodnoty pacientů v predialýze	Průměrné hodnoty pacientů s PD
Problémy	71,21	74,47	77,17
Vlivy ledvinového ochorenia	57,30	74,38	68,95
Břímě ledvinového ochorenia	49,62	54,36	32,06
Zaměstnanie	25,26	55,00	29,03
Kognitívna funkcia	79,11	76,22	77,20
Kvalita sociálna interakcia	76,65	74,22	65,81
Sexuálna funkcia	69,30	75,83	68,95
Spánek	60,68	61,75	55,48
Sociálna opora	64,61	77,22	75,81
Povzbudenie od dialyzačného personálu	69,90	92,50	92,74
Spokojenosť s péčou	71,38	85,55	77,42

Nižšie skóre kvality života u nášho souboru pacientů bolo zistené v generickej časti dotazníku v dimenzii „omezenie pre fyzické problémy“. Pokiaľ budeme na možnej škále 0 - 100 počítať s průměrnou hodnotou 50, lze výsledky merania u oboch skupín v tejto dimenzii označiť za podprůměrné, výrazne nižšie skóre má však skupina pacientů liečených PD (25,81). Skupina pacientů v predialýze podprůměrné hodnotila kvalitu života v dimenzii „celkové zdravie“ (44,50). Podprůměrné jsou i hodnoty u oboch sledovaných skupín pacientů v dimenzii „energia/únava“ (44,33 pacienti v predialýze, 49,45 pacienti s PD). Veľké rozdiely byly v dimenzii „břímě ledvinového ochorenia“ a „zaměstnanie“, kedy skupina pacientů v predialýze dosáhla v oboch dimenziách nadprůměrných hodnôt (54,36 a 55,00) a skupina pacientů s PD len 32,06 a 29,03.

Nejlépe pacienti v predialýze hodnotili oblasť „povzbudenie od dialyzačného personálu“ (92,50), „spokojenosť s péčou“ (85,55) a „sociálna opora“ (77,22). Naopak nejlépe hodnotili oblasť „energia/únava“ (44,33), „celkové zdravie“ (44,50) a „omezenie pre fyzické problémy“ (48,33).

Pacienti s PD najlépe hodnotili oblasť „povzbuzení od dialyzačného personálu“ (92,74), „spokojenosť s péčou“ (77,42) a „kognitívne funkcie“ (77,20). Nejhúrejšie pak „omeznenie pre fyzické problémy“ (25,81), „zaměstnanosť“ (29,03) a „břímě ledvinového onemocnení“ (32,06).

Diskuze

Vzhľadom k tomu, že nejsou stanoveny normy kvality života u populácie s chronickým onemocnením ledvín v ČR, bylo využito norem stanovených pro všeobecnou českou populáciu. Na tomto porovnaní lze demonštrovať, v jakých dimenziách se chronické onemocnení ledvín projeví nejvíce, jak zasáhne do života nemocných oproti zdravým osobám a s touto informáciou můžeme dále pracovať. Výzkum u české populácie provedl Sobotík, který své výsledky publikoval v roce 1998 v článku „Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví“, a stanovil tak normy pro všeobecnou českou populáciu (Sobotík, 1998, s. 50-54). Jednalo se celkem o 600 respondentů, kteří byli vybíráni náhodně, vzhľadom k věkovému rozložení se však nejedná o reprezentativní vzorek. Nejčastěji zastoupenou skupinou byly věkové skupiny 15-24 a 45-54 let, ostatní věkové skupiny byly reprezentovány velmi nízkými počty respondentů. Sám Sobotík ve své práci doporučuje stanovit reprezentativní normu zdraví české populácie, která by se mohla používat pro porovnaní výsledků s vybranými skupinami nemocných (Sobotík, 1998, s. 52-54). Zatím bohužel nebyl proveden výzkum s reprezentativním souborem respondentů, který by stanovil aktuálnější výsledky.

Roli v hodnocení kvality života mohou mít již existující rozdíly v kvalitě života před zahájením léčby. Jak již bylo uvedeno, studii/výzkumů, které by se zabývaly kvalitou života v predialyzačním období je málo, například již zmiňovaná holandská studie autorů Korevaar et al., která sledovala 301 pacientů s CHSL několik týdnů před zahájením léčby a kvalita života byla hodnocena generickými dotazníky SF-36 a Euro QOL (Korevaar et al., 2000). Ačkoliv byla kvalita života po zahájení dialyzační léčby nižší ve všech dimenziách než u běžné nizozemské populácie, skupina s PD posuzovala svoji kvalitu života ve všech dimenziách vyšší než skupina s hemodialýzou. Výrazně horších výsledků než běžná populácie dosáhla skupina pacientů s PD v oblasti fyzických funkcí i v průřezové studii v České republice z roku 2016 (Mahrová et al., 2016). Mahrová uvádí, že na fyzickou zdatnosť a celkovou kvalitu života mají vliv i komplikace související s chronickým onemocnením ledvín (kostní nemoc, anémie a mnoho dalších), proto je pro chronicky nemocné pacienty důležité udržení nebo rozvoj dosavadních pohybových dovedností a schopností. Pravidelná tělesná aktivita by měla být součástí jejich životů.

K rozdílným výsledkům došli autoři systematického přehledu, který analyzoval 13 publikovaných observačních studií u pacientů v predialýze. Autoři Alhaji et al. uvádí, že tito pacienti měli nejvyšší průměrné skóre v sociálním fungování. Shodné či podobné výsledky s naším výzkumným šetřením a výše jmenovanými výzkumy měli u všeobecného zdraví a fyzické složky, kde uvádí nižší průměrná skóre. Jako rizikové faktory ovlivňující vnímání zdraví a fyzickou zdatnosť autoři uvádí komorbiditu, nízkou hladinu hemoglobínu, úzkosť, deprese, sedavý životní styl, nezaměstnanosť atd. (Alhaji et al., 2018).

V dostupné české i zahraniční literatuře se běžně setkáváme s informácií, že u dialyzovaných pacientů klesá pohybová aktivita a dochází ke zhoršení ve fyzické oblasti, na druhé straně se nikdo nezabývá tím, jak tuto skutečnost změnit (Mahrová et al., 2009). Zhoršení v oblasti fyzické činnosti a celkového zdraví uvádí ve své práci Vrágová, která zkoumala kvalitu života u 25 peritoneálně dialyzovaných pacientů pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, SF-36, KDQOL-SFTM (Vrágová, 2010). Dále bylo v průřezové studii (Mahrová et al., 2016) u pacientů s PD v porovnaní s populačními normami zdravých jedinců v České republice zjištěno zhoršení kvality života v oblasti duševního zdraví, což se v našem souboru pacientů nepotvrdilo.

Kvalita života v našem výzkumném šetření byla hodnocena pomocí specifické části dotazníku. Výsledky většiny dimenzí byly v intervalu norem korespondujících s normami pro americkou populáciu s chronickým onemocnením ledvín (viz Tabulka 3). Ke stejnému závěru došla ve svém dotazníkovém šetření i autorka Vrágová, (2010). Zhoršení průměrných hodnot oproti americké normě je patrné v dimenzi „břímě ledvinového onemocnení“ a „kvalita sociální interakce“ ve skupině pacientů s PD. V dimenzi „břímě ledvinového onemocnení“ pacienti s PD častěji než pacienti v predialýze uváděli, že je onemocnení ledvín připravuje o příliš mnoho času, dále jim značně ovlivňuje jejich život, častěji měli pocit, že svým onemocnením zatěžují rodinu. Nižší hodnoty v dimenzi „kvalita sociální interakce“ u pacientů s PD jsou dány tím, že tato skupina pacientů častěji uváděla, že se vyhýbala lidem kolem nich, jednala s nimi podrážděně a vycházela hůře s ostatními.

Výrazně lepších výsledků dosáhly obě zkoumané skupiny našeho souboru pacientů oproti americké normě v oblastech „vliv ledvinového onemocnení“, „sociální opora“ a „povzbuzení od dialyzačného personálu“, skupina pacientů v predialýze navíc i v oblastech „spokojenosť s péčou“ a „zaměstnanosť“.

Limity tohoto výzkumného šetření spatřujeme v malém počtu pacientů (n = 61), proto také nelze výsledky zevšeobecňovat a platí v rámci našeho šetření. Na druhé straně počet pacientů v predialyzační péči v rámci České republiky není vysoký (sběr dat byl realizován v 13 ze 112 dialyzačních zařízení v ČR). Také se domníváme, že odpovědi na některé otázky (např. spokojenosť s péčou) mohou být ovlivněny naší dlouhodobou péčí, pravidelným osobním kontaktem s pacientem a vyplňováním dotazníku většinou přímo v dialyzačním středisku, i když anonymita pacientů byla zajištěna. Tímto se mohli cítit pacienti vůči nám zavázáni a nemuseli vždy uvést úplně pravdivé odpovědi. Dalším limitem výzkumného šetření je, že porovnaní ve

specifické časti dotazníku zaměřující se přímo na chronické onemocnění ledvin je možné pouze s normami pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin. Získané poznatky by mohly být námětem pro další, podrobnější zkoumání (kvalitativní výzkum).

Závěr

Na základě dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™ bylo zjištěno, že kvalita života pacientů v predialýze je oproti kvalitě života běžné populace snížena, avšak při srovnání s kvalitou života u populace s chronickým renálním onemocněním v USA, je srovnatelná. Kvalita života u pacientů s PD je zhoršena oproti normě pro běžnou českou populaci, ale ve většině dimenzí je lepší, než jsou normy pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin a také lepší, než u pacientů v predialýze. Z pohledu práce všeobecné sestry by mohl být velký potenciál pro zlepšení péče zejména v oblasti sociální a fyzické. Minimálně vhodnou edukací a reedukací by bylo možné snížit dopad léčby na kvalitu sociálních interakcí a snížit tak břímě ledvinového onemocnění. Pro zlepšení v oblasti fyzického zdraví, především v motivaci ke zdravějšímu životnímu stylu, vhodné výživě i pohybu ve spolupráci s fyzioterapeuty. Přínosné pro praxi by mohlo být i využití dotazníku k longitudinálnímu sledování kvality života u pacientů od predialyzačního období až k náhradě funkce ledvin. Dalším doporučením je provést další výzkum, který by se zabýval testováním a standardizací nástroje v české populaci, určení validity a reliability a následně stanovení norem pro cílovou populaci.

Seznam bibliografických odkazů

ALHAJI, M. et al. 2018. Determinants of quality of life as measured with variants of SF-36 in patients with predialysis chronic kidney disease. In *Saudi Medical Journal* [online], 2018, roč. 39, č. 7, s. 653-661 [cit. 2019-10-31]. Dostupné na internetu: <https://www.smj.org.sa/index.php/smj/article/view/smj.2018.7.21352>.

BEDÁŇOVÁ, I. – VEČEREK, V. 2007. *Základy statistiky pro studující veterinární medicíny a farmacie*. Brno: Veterinární a farmaceutická univerzita Brno, 2007. 131 s.

BEDNÁŘOVÁ, V. – SULKOVÁ, S. 2007. *Peritoneální dialýza*. Praha: Maxdorf, 2007. 336 s.

Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2018 [online]. 2019. [cit. 2019-10-09]. Dostupné na internetu: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzační-statistika>.

Dotazník kvality života Short Form - 36 [online]. 2018. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na internetu: http://www.uzis.cz/system/files/u44/SF-36_dotaznik_20181019.pdf.

HAYS, R. D. et al. 1994. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. In *Quality of Life Research*, 1994, vol. 3, no. 5, p. 329-338.

HAYS, R. D. et al. 1997. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.2. In *A Manual for Use and Scoring* [online], 1997. [cit. 2018-11-25]. Dostupné na internetu: <http://www.rand.org/pubs/papers/P7928z2.html>.

KOREVAAR J. C. et al. 2000. Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. In *Peritoneal Dialysis International*, 2000, roč. 20, č. 1, s. 69-75.

MAHROVÁ, A. – PRAJSOVÁ, J. – BUNC, V. 2009. Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. In *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2, s. 424-432.

MAHROVÁ, A. et al. 2016. Kvalita života pacientů léčených peritoneální dialýzou – průřezová studie v České republice. In *Kontakt*, 2016, roč. 18, č. 4, s. 274-283.

OPATRŇÁ, S. 2016. Nízká sérová koncentrace bikarbonátů předpovídá zánik reziduální renální funkce u PD peritoneálně dialyzovaných pacientů. In *Postgraduální nefrologie*, 2016, roč. 14, č. 1, s. 10-12.

PAVLICOVÁ, J. – KRACÍKOVÁ, J. 2013. Brodovy dny se letos zaměřily hlavně na predialýzu. In *Florence*, 2013, roč. 2013, č. 7-8, s. 33-34.

SOBOTÍK, Z. 1998. Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). In *Zdravotnictví v České republice*, 1998, roč. 1, č. 1-2, s. 50-54.

SULKOVÁ, S. 2005. Kvalita života a kvalita dialýzy. In *Postgraduální nefrologie*, 2005, roč. 3, č. 6, s. 87-89.

VIKLICKÝ, O. – BOUČEK, P. 2013. *Predialýza*. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. 298 s.

VRÁGOVÁ, E. 2010. *Kvalita života jedinců s chronickým selháváním ledvin léčených peritoneální dialýzou*, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu. 135 s.

Kontakt

Bc. Jindřiška Kotlářová

B. Braun Avitum Nefrologická ambulance Rychnov nad Kněžnou

U Stadionu 1555

516 01 Rychnov nad Kněžnou

Česká republika

E-mail: jindriska.kotlarova@bbraun.com

Prijaté: 11. 10. 2019

Akceptované: 12. 11. 2019