**ZKUŠENOSTI S MĚŘENÍM KVALITY ŽIVOTA DOTAZNÍKEM
WHOQOL-BREF U VYBRANÝCH SKUPIN PACIENTŮ**

Experience with measuring the quality of life based on the WHOQOL-BREF
questionnaire in selected groups of patients

11: 1–270, 2009
ISSN 1212-4117

Radka Bužgová^{1,2}, Martina Hájková³, Agáta Jasioková¹

¹Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, student doktorského studia

³Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Summary

Disease means a difficult life situation for a patient, which affects his/her quality of life. The target of the study was to measure the quality of life in selected groups of patients: in dialysis patients (n=29), in diabetics (n=100) and in patients after a distal limb amputation (n=82), and to compare these results with population standards. In the contemporary healthcare system, the quality of life serves for the assessment of the efficacy of the care and investigation of impacts of diseases on the patient life. The evaluation can also be used for providing the quality of life in taking care of health in a community and subsequently for a further care planning. The questionnaire WHOQOL-BREF was employed for the quality of life measurement, which determines the quality of life in four domains: physical, psychological, social sphere and environment. In patients after the distal limb amputation, there was a significantly lower score of the quality of life in the physical, psychological and social sphere (not in the domain of environment) compared with the common population. In dialysis patients and in diabetics, there was a lower score of the quality of life in the field of the physical health only. The evaluation of the psychological and social aspects of the quality of life was the same in these patients as in the common population. For the enhancement of the quality of life of patients in the community care, it is particularly necessary to consider those groups of patients, whose disease hits most severely the quality of life in individual areas. Integral multidisciplinary care is also necessary.

Key words: quality of life – patient – questionnaire – WHOQOL-BREF

Souhrn

Nemoc znamená pro pacienta náročnou životní situaci, která má vliv na jeho kvalitu života. Cílem studie bylo změřit kvalitu života u vybraných skupin pacientů: dialyzovaných pacientů (n=29), pacientů s diabetem (n=100) a u pacientů po amputaci dolní končetiny (n=82) a porovnat tyto výsledky s populačními normami. Kvalita života v současném zdravotnictví slouží k hodnocení účinnosti péče a zkoumání dopadu nemoci na život pacienta. Hodnocení je možno také použít pro zjišťování kvality v péči o zdraví v komunitě a následně další plánování péče. Pro měření kvality života byl použit dotazník WHOQOL-BREF, který zjišťuje kvalitu života ve čtyřech doménách: fyzické, psychologické, sociální oblasti a prostředí. U pacientů po amputaci dolní končetiny bylo zjištěno signifikantně nižší skóre kvality života v oblasti fyzické, psychologické a sociální (nikoliv v doméně prostředí) ve srovnání s běžnou populací. U dialyzovaných pacientů a u pacientů s diabetem bylo zjištěno nižší skóre kvality života pouze v oblasti fyzického zdraví. Psychologickou a sociální oblast kvality života hodnotili pacienti stejně jako běžná populace. Pro zvyšování kvality života pacientů v komunitní péči je nutné zaměřit se zejména na ty skupiny pacientů, jejichž nemoc zasahuje vnímání kvality života nejvíce a to v konkrétních oblastech. Nutná je také ucelená multidisciplinární péče.

Klíčová slova: kvalita života – pacient – dotazník – WHOQOL-BREF

ÚVOD

Každá nemoc se promítá v životě pacienta v oblasti biologické, psychické i sociální. Kvalita života se v současném zdravotnictví považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví a slouží k hodnocení účinnosti péče, zkoumání dopadu nemoci na život pacienta a k výzkumu vlivu socioekonomických podmínek na zdraví populace (Dragomírecká, Bartoňová, 2006a, s. 69). Nejčastěji se operuje s pojmem „*health related quality of life*“, to je kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Hnilicová, 2005, s. 211).

Kvalita života tedy vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Důležitou součástí ošetrovatelského procesu v komunitě je posuzování zdraví komunity, diagnostika zdraví komunity a plánování zdravotní péče (Hanzlíková, 2007, s. 93). Nedílnou součástí může být právě měření kvality života u vybraných skupin pacientů, zejména v domácí péči. Pro měření kvality života existuje mnoho instrumentů (SF-36, SEIQOL, SQUALA, WHOQOL aj.). Námi použitý dotazník WHOQOL-BREF rozšiřuje dosavadní pojetí kvality života chápaného zejména jako subjekt: tělesný stav a funkce, psychologické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy a prostředí.

Podle výzkumu kvality života u pacientů trpících dlouhodobými zdravotními problémy bylo prokázáno, že zhoršený zdravotní stav negativně ovlivňuje všechny oblasti kvality života (Dragomírecká, Bartoňová, 2006a, s. 71). Cílem našeho výzkumu bylo změřit kvalitu života u vybraných skupin pacientů a to u pacientů s dialýzou, s diabetem mellitus a u pacientů po amputaci dolní končetiny (dále jen DK) a výsledky porovnat s populačními normami. Dále pak zjistit, zda pohlaví a věk vybraných skupin pacientů ovlivňuje vnímání kvality jejich života. V zahraničí se touto problematikou zabýval např. Huang et al. (2007, s. 2480), který dokazuje, že amputace DK u diabetických pacientů signifikantně snižuje kvalitu života těchto pacientů. Také Lin-sun Fan et al. (2008, s. 1713), který sledoval kvalitu života u pacientů s peritoneální dialýzou, zjistil signifikantně významné snížení kvality života na počátku dialý-

zy. Skóre kvality života se zlepšovalo po 1 roce od zahájení dialyzační léčby.

Metodika

Na základě cílů výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

H1 – Skóre kvality života ve všech doménách měřených dotazníkem WHOQOL-BREF se u vybraných skupin pacientů liší v závislosti na pohlaví.

H2 – Skóre kvality života ve všech doménách měřených dotazníkem WHOQOL-BREF se u vybraných skupin pacientů liší v závislosti na věku.

H3 – Vybrané skupiny pacientů mají nižší skóre kvality života ve všech doménách měřených dotazníkem WHOQOL-BREF než běžná populace.

Výzkumný soubor tvořily tři skupiny pacientů: dialyzovaní pacienti, pacienti s diabetem mellitus a pacienti po amputaci DK. Do souboru „pacienti s dialýzou“ (n=29) byli zařazeni pacienti docházející pravidelně na hemodialýzu do Fakultní nemocnice s poliklinikou v Ostravě a pacienti s peritoneální dialýzou, kteří si tuto proceduru provádějí sami ve svém domácím prostředí a do nemocnice docházejí pouze na pravidelné kontroly (tj. za 4–6 týdnů). Tento výzkumný soubor tvořilo 13 žen a 16 mužů. Ve věkové skupině do 59 let bylo 13 respondentů a ve věkové skupině nad 60 let bylo 16 respondentů. Pravidelně na hemodialýzu (v průměru 2–3krát týdně na několik hodin) docházelo 19 respondentů. Zbývajících 10 respondentů si provádělo peritoneální dialýzu ve svém domácím prostředí. Do souboru „pacienti s diabetem mellitus“ (n=100) byli zařazeni pacienti vedení v evidenci diabetologické ambulance DIKa centrum, s.r.o., v Havířově. Výzkumný soubor se skládal z 50 žen a 50 mužů. Ve věkové skupině do 59 let bylo 71 respondentů a věkovou skupinu nad 60 let tvořilo 29 respondentů. Soubor „pacienti po amputaci DK“ (n=82) se skládal z pacientů, kteří byli na rehabilitačním pobytu v rehabilitačním ústavu Chuchelná, a z pacientů navštěvujících Proteor, s. r. o., v Ostravě. Výzkumný soubor tvořilo 59 mužů a 23 žen (2 respondenti neuvedli pohlaví). Ve věkové skupině do 59 let bylo 42 respondentů a ve věkové skupině nad 60 let bylo 39 respondentů.

Podkladem pro populační normy (běžná populace) byly normy uvedené v příručce pro uživatele dotazníku WHOQOL v ČR (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, s. 42).

Pro měření kvality života byl použit dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b). Dotazník se sestává z 24 položek sdružených do čtyř domén (fyzická, psychologická, sociální oblast a prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Doména č. 1 (fyzické zdraví) se zaměřuje na hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, na únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní činnosti. Doména č. 2 (prožívání – psychologická oblast) se zaměřuje na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a negativní pocity. Doména č. 3 (sociální vztahy) se zaměřuje na osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí. Doména č. 4 (prostředí) se zaměřuje na životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravu. Respondenti hodnotili každou položku na škále 1–5, přičemž vyšší číslo znamená vyšší hodnocení kvality života v dané oblasti.

Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyhodnocovaly jako: a) doménové skóry, které představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20 a b) hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav.

Pro převod dat z dotazníků do elektronické podoby byl použit program EpiData. Kontrola dat byla provedena dvojím vkládáním a násled-

nou kontrolou a opravou dat. Pro analýzu dat byl použit program Stata v.10. Pro popisnou analýzu byly použity základní statistické charakteristiky – frekvenční počty, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota. Vytvoření hrubých skóre domén a jejich transformace byla provedena podle metodiky WHOQOL-BREF (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, s. 23–26). Pro testování stanovených hypotéz byl použit t-test pro dva výběry. Všechny statistické testy byly vyhodnoceny na hladině významnosti 5 %.

Výsledky

Nejprve byly vypočítány průměrné skóry jednotlivých položek a domén, dále byly vypočteny hrubé skóry jednotlivých domén, které byly následně transformovány na škálu 4–20. Průměrné skóry jednotlivých položek a domén jsou uvedeny v tab. č. 1. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1–5, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Z výsledků je patrné, že celkovou kvalitu života (Q1) hodnotí soubory „pacienti s dialýzou“ a „pacienti po amputaci DK“ hůře než běžná populace. Pacienti s diabetem hodnotili svoji celkovou kvalitu života velmi podobně jako běžná populace. Celkovou spokojenost se zdravím hodnotily všechny skupiny pacientů hůře než běžná populace. Významně nižší bylo také hodnocení bolesti. Naopak skupiny pacientů hodnotily lépe spokojenost se svou finanční situací a s dostupností zdravotní péče než běžná populace. Mezi jednotlivými skupinami pacientů bylo významně nižší hodnocení kvality života v oblasti zálib, pohyblivosti, pracovní výkonnosti a sexuálního života u pacientů po amputaci DK.

Tab. č. 1 Průměrné skóry jednotlivých položek a domén WHOQOL-BREF u sledovaných skupin pacientů a u běžné populace

Položka		Běžná populace* (n=310)	Pacienti s dialýzou (n=29)	Pacienti s diabetem (n=100)	Pacienti po amputaci KD (n=82)
		průměr	průměr	průměr	průměr
Q1	celková kvalita života	3,82	3,17	3,71	3,36
Q2	spokojenost se zdravím	3,68	2,72	3,17	2,75
q3	bolest a nepříjemné pocity	4,03	2,66	3,56	3,09
q4	závislost na lékařské péči	4,16	3,14	3,27	3,08
q5	potěšení ze života	3,83	3,62	3,70	3,31
q6	smysl života	3,86	3,62	3,92	3,29
q7	soustředění	3,55	3,66	3,65	3,47
q8	osobní bezpečí	3,24	3,34	3,45	3,19
q9	životní prostředí	2,85	3,45	2,96	3,63
q10	energie a únava	3,62	3,10	3,62	3,56
q11	přijetí tělesného vzhledu	3,90	3,69	3,65	3,63
q12	finanční situace	2,87	3,24	3,27	3,16
q13	přístup k informacím	3,87	3,86	3,85	3,61
q14	záliby	3,33	3,17	3,79	2,77
q15	pohyblivost	4,27	3,41	3,73	2,74
q16	spánek	3,61	2,86	3,48	3,31
q17	každodenní činnosti	3,76	3,24	3,68	3,06
q18	pracovní výkonnost	3,76	3,10	3,63	2,94
q19	spokojenost se sebou	3,57	3,14	3,63	3,18
q20	osobní vztahy	3,75	3,86	3,96	3,63
q21	sexuální život	3,64	3,69	3,46	2,81
q22	podpora přátel	3,85	4,07	3,77	3,89
q23	prostředí v okolí bydliště	3,54	4,00	3,62	3,66
q24	dostupnost zdr. péče	3,70	4,17	3,99	3,77
q25	doprava	3,19	3,89	3,61	3,24
q26	negativní pocity	3,47	2,62	3,60	3,58

* (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, s. 42)

Následně byla data analyzována podle pohlaví a věku. U dialyzovaných pacientů také podle typu dialýzy. V hypotéze H1 jsme předpokládaly, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání kvality života ve všech doménách měřených dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů podle pohlaví. Statisticky významný rozdíl u mužů a žen byl

prokázán pouze u souboru „pacientů s dialýzou“ v doméně 1 – fyzické zdraví ($p=0,029$) a v doméně 3 – sociální vztahy ($p=0,034$), kdy ženy v obou doménách měly signifikantně vyšší skóre kvality života v těchto oblastech (tj. vyšší kvalitu života) než muži. Dále pak u souboru „pacientů s diabetem“ v doméně 2 – prožívání ($p=0,047$)

a v samostatné položce celkového hodnocení zdravotního stavu ($p=0,004$), kdy naopak muži vykazovali signifikantně vyšší skóre kvality života v uvedených oblastech než ženy.

V hypotéze H2 jsme předpokládaly, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání kvality života ve všech doménách měřených dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů podle věku. Statisticky významný rozdíl ve vnímání kvality života podle věku byl prokázán pouze u souboru „pacienti s dialýzou“, kde pacienti s dialýzou nad 60 let vykazovali signifikantně nižší skóre kvality života v doménách: 1 – fyzické zdraví ($p=0,006$) a v doméně 2 – prožívání ($p=0,023$) než pacienti s dialýzou mladší 60 let.

U souboru „pacienti s dialýzou“ jsme předpokládaly statisticky významný rozdíl ve vnímání kvality života v závislosti na typu dialýzy. Bylo prokázáno, že pacienti, kteří provádějí hemodialýzu v domácím prostředí, mají signifikantně vyšší skóre kvality života v doméně 1 – fyzické zdraví ($p=0,010$), v doméně 2 – prožívání ($p=0,033$) a v doméně 3 – sociální vztahy

($p=0,013$) ve srovnání s pacienty, kteří na hemodialýzu docházejí do nemocnice.

V poslední hypotéze H3 jsme předpokládaly, že vybrané skupiny pacientů mají nižší skóre kvality ve všech doménách měřených dotazníkem WHOQOL-BREF než běžná populace. Tab. č. 2 ukazuje, že v souboru „pacienti po amputaci DK“ mají tito pacienti signifikantně nižší skóre kvality života téměř ve všech doménách (kromě domény 4 – prostředí) a také v samostatných položkách hodnocení celkové kvality života a zdravotního stavu. V doméně 4 (prostředí) byla prokázána statistická významnost u souborů „pacienti s dialýzou“ a „pacienti s diabetem“. Tito pacienti vykazovali dokonce signifikantně vyšší skóre kvality života v této doméně než běžná populace. Pacienti s diabetem a pacienti s dialýzou vykazovali signifikantně nižší skóre kvality života ve srovnání s běžnou populací pouze v doméně 1 (fyzické zdraví) a dále pak v samostatné položce hodnocení zdravotního stavu (q2), pacienti s dialýzou také v samostatné položce (q1) hodnotící celkovou kvalitu života.

Tab. č. 2 Doménové skóre WHOQOL-BREF transformované na škálu 4–20 a položky celkového hodnocení u běžné populace a sledovaných souborů pacientů

Domény	Populační normy * (n=310)	Pacienti s dialýzou (n=29)		Pacienti s diabetem (n=100)		Pacienti po amputaci DK (n=82)	
	průměr ± s	průměr ± s	p	průměr ± s	p	průměr ± s	p
Doména 1 (fyzické zdraví)	15,55 ± 2,55	12,45 ± 0,57	0,000	14,20 ± 2,63	0,000	12,59 ± 2,25	0,000
Doména 2 (prožívání)	14,78 ± 2,43	14,06 ± 0,57	0,141	14,75 ± 2,47	0,907	13,61 ± 2,39	0,000
Doména 3 (sociální vztahy)	14,98 ± 2,89	14,16 ± 0,39	0,139	14,86 ± 2,70	0,716	13,74 ± 2,32	0,001
Doména 4 (prostředí)	13,30 ± 2,08	14,51 ± 0,37	0,003	14,30 ± 2,25	0,000	13,45 ± 2,09	0,580
Q1 kvalita života	3,82 ± 0,72	3,17 ± 0,15	0,000	3,71 ± 0,82	0,200	3,36 ± 0,82	0,000
Q2 zdravot. stav	3,68 ± 0,85	2,72 ± 0,15	0,000	3,17 ± 0,82	0,000	2,75 ± 0,84	0,000

s – směrodatná odchylka; * (Dragomířecká, Bartoňová, 2006b, s. 42)

Diskuse

Výsledky výzkumu měření kvality života ukazují, že skutečnost, že člověk trpí dlouhodobými zdravotními potížemi, není sama o sobě rozhodující pro kvalitu jeho životních podmínek

(doména prostředí). Soubory „pacienti s dialýzou“ a „pacienti s diabetem“ překvapivě dosáhly vyšší skóre kvality života v této doméně ve srovnání s běžnou populací. Pacienti hodnotili lépe životní prostředí, prostředí v okolí byd-

lišť, dopravu a překvapivě také dostupnost zdravotní péče. Signifikantně významné je však snížené vnímání kvality života u těchto pacientů v oblasti fyzické (u všech sledovaných skupin pacientů), psychické a sociální (pouze u pacientů po amputaci) ve srovnání s běžnou populací. To dokazuje i Dragomírecká a Bartoňová (2006a, s. 72) při srovnávání doménových skóre u pacientů a běžné populace. Signifikantně významné je také snížené vnímání celkového hodnocení kvality života pacientů (kromě pacientů s diabetem) ve srovnání s běžnou populací a významně nižší spokojenost se svým zdravím u všech skupin respondentů.

Pacienti po amputaci DK vykazovali nejnížší skóre kvality života ve všech oblastech. Péče o pacienty po amputaci DK není v ČR dostatečná, neexistuje ucelená péče po stránce psychosociální, která se významně podílí na dalším životě pacienta a kvalitě jeho života. Naopak pacienti s diabetem vnímali sníženou kvalitu života pouze v oblasti fyzického zdraví. Subjektivní vnímání kvality života těchto pacientů v psychické a sociální oblasti je stejné jako u běžné populace. Při porovnávání skóre v doméně 1 (fyzické zdraví) vykazovali pacienti s diabetem výrazně vyšší skóre v této doméně (14,20) ve srovnání s pacienty po amputaci (12,59) a po dialýze (12,45), což ukazuje na lepší vnímání zdravotního stavu diabetiků. Zajímavým výsledkem bylo také signifikantně vyšší skóre kvality života u pacientů s peritoneální dialýzou, kteří si vykonávají dialýzu ve svém domácím prostředí ve srovnání s dialyzovanými pacienty, kteří musí na dialýzu docházet pravidelně 2–3krát týdně na několik hodin do nemocnice a jejich závislost na zdravotnickém zařízení je vyšší.

U sledovaného souboru „pacienti po amputaci DK“ nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v jednotlivých doménách podle pohlaví a věku. Deneuille et al. (2006, s. 755) porovnával také kvalitu života pacientů po amputaci DK a zjistil signifikantně nižší kvalitu života u pacientů po 80. roce života. U sledovaných skupin pacientů v našem souboru byla zjištěna nižší kvalita života po 60. roce života pouze u dialyzovaných pacientů v doméně 1 (fyzické zdraví) a 2 (prožívání). Důvodem může

být zhoršující se zdravotní stav u těchto pacientů v pozdějším věku.

Signifikantně vyšší kvalita života byla zjištěna u žen v souboru „pacienti s dialýzou“ v doméně 1 (fyzické zdraví) a 3 (sociální vztahy). Naopak v souboru „pacienti s diabetem“ byla zjištěna signifikantně vyšší kvalita života v doméně 2 (prožívání) u mužů než u žen. Z těchto výsledků jednoznačně nevyplývá, zda nemoc prožívají hůře ženy nebo muži.

ZÁVĚR

Výsledky měření kvality života u různých skupin pacientů ukazují jistou rozdílnost ve vnímání kvality života podle typu sledované nemoci. Mezi soubory se srovnatelnou úrovní kvality života v oblasti zdraví upozorňují výsledky doménových skóre na oblasti, které jsou nemoci zasaženy a měly by se stát předmětem intervencí (Dragomírecká, Bartoňová, 2006a, s. 73). Příkladem může být právě nižší skóre kvality života u pacientů po amputaci DK. Pro zvyšování kvality života pacientů v komunitní péči je nutné zaměřit se zejména na ty skupiny pacientů, jejichž nemoc zasahuje vnímání kvality života nejvíce a to v konkrétních oblastech. To vyžaduje také ucelenou multidisciplinární péči.

LITERATURA

- DENEUVILLE, M. et al.: Survival and Quality of Life after Arterial Revascularization or Major Amputation for Critical Leg Ischemia in Guadeloupe. *Annals of Vascular Surgery*, 2006. Vol. 20, no 6, s. 753–760.
- DRAGOMÍRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J.: Dotazník kvality života světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF: Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, Praha: Tigris, 2006a. Vol. 10, no 2, s. 69–73.
- DRAGOMÍRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J.: *WHOQOL-BREF: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006b. s. 83.
- HANZLÍKOVÁ, A. et al.: *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2007. 268 s.
- HNILICOVÁ, H.: Kvalita života a její význam pro zdravotnictví a medicínu. In: PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd., Praha: Triton, 2005. s. 205–216.
- HUANG, E.S. et al.: Patient Perceptions of Quality of Life With Diabetes-Related Complications and Treatments. *Diabetes Care*, 2007. Vol. 30, no 10, s. 2478–2483.
- LIN-SUN FAN, S. et al.: Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*. Eynsham, 2008. Vol. 23, no 5, s. 1713–1720.

Radka Bužgová et al.
Radka.Buzgova@osu.cz