

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNÍCKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2013

Bc. Tomáš Kvasničák

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Tomáš Kvasničák

Kvalita života dialyzovaných pacientov

Diplomová práce

Vedúca práce: Mgr. Ľubomíra Ježová PhD.

Olomouc 2013

ANOTÁCIA DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Kvalita života dialyzovaných pacientov.

Názov práce v AJ: Quality of life for dialysis patients

Dátum zadania: 16.1.2013

Dátum odovzdania: 15.5.2013

Vysoká škola: Ústav Ošetrovatelství, FZV UP Olomouc

Autor práce: Bc. Tomáš Kvasničák

Vedúci práce: Mgr. Ľubomíra Ježová, PhD.

Abstrakt v SJ:

Témou našej diplomovej práce je kvalita života dialyzovaných pacientov. Práca je rozdelená do dvoch častí a to teoretickú a praktickú časť. Teoretická časť zahŕňa základné pojmy a to: súčasný stav riešenia problematiky, chronické zlyhanie obličiek, etiológia chronického zlyhania obličiek, história hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy, hemodialýza a peritoneálna dialýza, komplikácie hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy. Druhá časť teoretickej časti diplomovej práce je zameraná na kvalitu života dialyzovaných pacientov, rozsah pojatia kvality života, faktory ovplyvňujúce kvalitu života dialyzovaných pacientov, dialyzovaný pacient v rodine, kvalita života a doprava, dialyzovaný pacient a jeho vplyv na prácu, dialyzovaný pacient a trávenie voľného času. V praktickej časti sú zverejnené výsledky, ktoré mapujú kvalitu života dialyzovaných pacientov a to v oblasti(domény): (fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie) u pacientov v terminálnom štádiu zlyhávania obličiek. Na zber empirických údajov bol použitý štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, ktorý je skrátenou formou WHOQOL-100.(World Health Organization Quality of Life).

Abstrakt v AJ:

The topic of our thesis is the quality of life of dialyzed patients. It is divided in two parts, theoretical and practical. The theoretical part includes explanations of the following basic terms: current state of the solution process, chronic failure of kidneys,

etiology of chronic kidneys failure, history of haemodialysis and of peritoneal dialysis. Second part of the theoretical part of the thesis focuses on quality of life of the dialyzed patients, scope of the term “quality of life”, factors effecting quality of life of dialyzed patients, dialyzed patient in the family environment, quality of life and transportation, dialyzed patients and the impact on their employment, dialyzed patient and their free time. In the practical part, the results of the survey that maps quality of life of dialyzed patients are published. The survey was undertaken in the following areas: physical, psychological, social domain and natural of the patients in the terminal state of kidneys failure. Standardized questionnaire (WHOQOL–BREF, which is the shortened form of WHOQOL–100. (World Health Organization Quality of Life) was used for collecting the data.

Kľúčové slová v SJ: kvalita života – dialyzovaní pacienti - chronické zlyhanie obličiek – WHOQOL – BREF

Kľúčové slová v AJ: quality of life - dialyzed patients - chronic renal failure – WHOQOL - BREF

Rozsah: 80 strán celkom

Prehlasujem, že svoju diplomovú prácu som vypracoval samostatne, pod odborným vedením Mgr. Ľubomíry Ježovej PhD., a v zozname literatúry som uviedol všetky použité pramene odbornej literatúry a informačné zdroje.

V Olomouci 15.5. 2013

.....

podpis

Ďakujem Mgr. Ľubomíre Ježovej PhD., vedúcej Diplomovej práce za odborné vedenie a pomoc pri písaní diplomovej práci, ochotu, cenné rady, čas a trpezlivosť ktorý mi venovala.

Chcel by som poďakovať aj svojim respondentom za ochotu pri vyplňovaní dotazníkov, taktiež sestram dialyzačných ambulancií v Martine za ich pomoc pri realizácii prieskum.

ÚVOD.....	8
1 Súčasný stav riešenia problematiky	9
1.1 Chronické zlyhanie obličiek.....	10
1.2 Etiológia chronického zlyhanie obličiek	11
1.3 História hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy	13
1.3.1 Hemodialýza a peritoneálna dialýza.....	13
1.3.2 Komplikácie hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy	14
1.4 Kvalita života dialyzovaných pacientov.....	17
1.4.1 Rozsah pojatia kvality života.....	17
1.4.2 Faktory ovplyvňujúce kvalitu života dialyzovaných pacientov	18
1.5 Dialyzačný pacient v rodine	19
1.6 Kvalita života a doprava.....	20
1.7 Dialyzačný pacient a jeho vplyv na prácu.....	21
1.8 Dialyzačný pacient a trávenie voľného času	21
2 Praktická časť	24
2.1 Cieľ práce	24
2.2 Hlavný problém.....	24
2.3 Čiastkové problémy.....	24
2.4 Hlavný cieľ	25
2.4.1 Čiastkové ciele.....	25
2.5 Hypotézy.....	25
3 Metodika práce a metódy skúmania	27
3.1 Charakteristika objektu skúmania	27
3.1.1 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska pohlavia.....	28
3.1.2 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska veku respondentov	29
3.1.3 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska vzdelania respondentov	29
3.1.4 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska vierovyznania respondentov ...	30
3.1.5 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska rod. stavu respondentov	31
3.1.6 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska dĺžky dialýzy.....	32
3.2 Spôsob získavania údajov a ich zdroje.....	32
3.3 Organizácia a realizácia výskumu.....	33
3.4 Rešeršná stratégia	34
3.5 Overenie platnosti hypotéz	34

4 Diskusia.....	51
Záver	58
Zoznam bibliografických odkazov	59
Zoznam skratiek.....	63
Zoznam obrázkov	64
Zoznam tabuliek	67
Zoznam grafov	68
Zoznam príloh.....	69
Prílohy.....	70

ÚVOD

Otázky kvality života chorého človeka sa dostali do popredia v polovici 20.storočia. Jedna z prvých monografií, ktorá sa zaoberala kvalitou života bola venovaná problematike hodnotenia kvality života chronicky chorých pacientov a starých ľudí. (Křivohlavý, 2002)

V súčasnosti sa často stretávame s pojmom „ health related quality of life “, čo znamená kvalita života ovplyvnená zdravím. Môžeme ho definovať ako subjektívny pocit životnej pohody, ktorý je spájaný s chorobou alebo úrazom, liečbou a jej vedľajšími účinkami. Znamená to, že okrem účinku liečby sa sleduje aj fyzický a psychický stav pacienta, ako únava, bolesť, emócie, napätie, schopnosť samoobsluhy. Kvalita života podmienená zdravím sa zisťuje pomocou štandardizovaných dotazníkov, pričom táto subjektívna metóda je aj dobre kvantifikovateľná. Stáva sa veľmi dôležitým faktorom pre voľbu celkového prístupu a ďalšieho liečebného postupu. (Henrich, 2009, s. 85)

Pri hodnotení kvality života musia byť zastúpené všetky dimenzie pacientovho života ktorý zahŕňa: *Funkčný stav* – (pohyblivosť, schopnosť, sebaobsluhy), *Príznaky* – (bolesť, nespavosť, nepokojné nohy, únava), *Emocionálny stav* – (úzkosť, depresia, životná nespokojnosť), *Sociálny kontext* – (rodinné vzťahy, sexualita), *Zamestnanie* – práca, štúdium, povolanie. (Bednářová, 2007, s. 134).

V ČR bolo v roku 2011 celkom 102 hemodialyzačných stredísk, v ktorých bolo k dňu 31.12.2011 liečených celkom 6116 pacientov. Prevedených bolo celkom 910 978 hemoeliminačných výkonov. Peritoneálnou dialýzou bolo liečených 8,2% pacientov. Úspešne transplantovaných bolo 360 pacientov. (Rýchlik, Lopot, 2011, s. 2)

V SR bolo v roku 2011 liečených celkom 3103 pacientov z toho 2996 hemodialyzovaných a 107 peritoneálne liečených pacientov, to znamená cca 575 pacientov/milión obyvateľov SR. (Demeš, 2011) Priemerné náklady v SR na jedného hemodialyzovaného pacienta v roku 2010 boli 14 091,76 eur v roku 2011to bolo 15 565, 24 eur, a medziročne náklady majú stúpajúcu tendenciu o 10,5%.(Palúch, Havelková, 2012)

1 SÚČASNÝ STAV RIEŠENEJ PROBLEMATIKY

Obličky sú párovými orgánmi uloženými po oboch stranách bedrovej chrbtice, ktoré zabezpečujú odstraňovanie odpadov a toxických reziduí z ľudského organizmu, medzi ktoré patria látky ako kyselina močová, zvyšky liekov či kreatinínu prostredníctvom moču. Každý zdravý dospelý jedinec má obličky s hmotnosťou približne 150 gramov a veľkosťou približne 220 cm³. Vďaka obličkám dokáže ľudský organizmus selektívne hospodáriť s vodou a minerálmi za účelom udržiavania stabilného vnútorného prostredia ako aj funkcií organizmu. Pokiaľ hovoríme o dlhodobej dysfunkcii obličiek, často sa uvádza aj pojem takzvaného chronického zlyhania obličiek. Ide o stav, kedy obličky nie sú naďalej schopné zabezpečovať svoju optimálnu funkciu ani udržiavať primerané zloženie vnútorného prostredia organizmu a to dokonca ani pri pokojových podmienkach. Zhoršenie fungovania obličiek má negatívne dopady v oblasti tvorby hormónov ovplyvňujúcich vznik červených krviniek a riadenia krvného tlaku. Sekundárnym dôsledkom dysfunkcie vyššie uvedeného orgánu je komplexná strata schopnosti spracovania vitamínu D, ako aj bezprostredné zhoršenie metabolizmu vápnika a fosforu. (Anonymous, 2000, s. 9)

V 70. rokoch, kedy boli zostavené predpovede vývoja počtu pacientov, sa odhadovalo, že v 80. rokoch sa nárast pacientov zastaví a počet liečených bude konštantný. To by znamenalo, že počet novo prijatých pacientov by sa rovnal súčtu pacientov po transplantácii a mŕtvych pacientov, čo by znamenalo, že rovnaké personálne a materiálne vybavenie by stačilo reagovať na dysfunkciu obličiek v danej populácii. Uvedené predpoklady sa však nenaplnili, pretože sa počet pacientov zvyšuje približne o 7-8%, čo je dôsledkom nižšie uvedených demografických faktorov:

- 1.) V populácii stúpa počet starých osôb, čo sa automaticky odráža aj v spektre pacientov prijímaných do dialyzačného programu,
- 2.) V populácii sa výrazne znížila úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia a pacienti, ktorí by v predchádzajúcich obdobiach zomreli na koronárnu prírodu, dospievajú do štádia terminálneho zlyhania obličiek na podklade vaskulárnej nefrosklerózy,
- 3.) Umiera menej osôb v súvislosti s transplantáciou obličky a viac sa ich zároveň vracia do dialyzačného liečenia po zlyhaní funkcie štetu,

4.) Zásadne sa mení aj vekové zloženie dialyzovaných pacientov. Z dôvodu nízkej kapacity dialyzačných stredísk v 60. a 70. rokoch sa do nich zaraďovali len pacienti mladších vekových kategórií. Počet novo zaraďovaných osôb vo veku nad 65 rokov v roku 1992 stúpol z necelých 10% na 50%. (Sulková, 2000, s. 34-41)

Náhrada funkcie obličiek naráža v niektorých ekonomických menej vyspelejších štátoch na ekonomické bariéry. Vývoj demografických dát zaznamenávajú štatistiky jednotlivých krajín ako aj nadnárodné registre, napríklad: Register EDTA (Európskej dialyzačnej a transplantáčnej spoločnosti) alebo USRDS (United States Renal Data System), prípadne registre tých krajín, kde existuje relevantná databáza liečených. Náklady na ročné dialyzačné liečenie 1 pacienta predstavuje suma v prepočte asi 50 000 eur a jeden dialyzovaný pacient pripadá v priemere na 2000-2500 obyvateľov. (Sulková, 2000, s. 35-36)

1.1 Chronické zlyhanie obličiek

Chronické zlyhanie obličiek je názov pre progredujúce chronické ochorenie obličiek, kedy dochádza k takému poškodeniu a zníženiu funkcie tohto orgánu, že obličky už nie sú schopné udržiavať stále vnútorné prostredie ani za bazálnych podmienok a pri vyrovnanej metabolickej situácii organizmu. Chronické ochorenie obličiek (CKD – Chronical Kidney Disease) môžeme rozdeliť do piatich štádií, podľa hodnôt glomerulárnej filtrácie. Pokiaľ klesne funkcia obličiek na 75% normálnych hodnôt, hovoríme o zníženej reálnej funkcii. Pri ďalšom poklese hodnôt na 20-25% normálnych hodnôt sa jedná o chronickú renálnu insuficienciu. O chronickom obličkovom zlyhaní hovoríme pri poklese hodnoty glomerulárnej filtrácie pod $1\text{ml}/1,73\text{m}^2$ a 90% strate funkčnej schopnosti obličiek. (Schück, 2006, s. 477-478)

Ochorenia obličiek súvisia nielen z vekom, genetikou, ale predovšetkým aj so životným štýlom. K poškodeniu obličiek môže dôjsť prostredníctvom zápalu, pod vplyvom diabetes mellitus, či dokonca v dôsledku dlhodobého a neliečeného problému s vysokým tlakom. V súčasnosti sa vďaka komplexnej diagnostike odhaľujú aj problémy vyplývajúce z vrodeného čiže dedičného ochorenia obličiek. Medzi najznámejšie diagnózy spadajúce do poslednej zmienenej kategórie patria *obličkové*

kamene, niektoré špecifické druhy otráv či takzvané polycystické obličky, ale aj tubulointersticiálna nefritída či chronická pyleonefritída, nefroskleróza, diabetická nefropatia, chronická glomerulonefritída či akékoľvek systémové ochorenie, ktoré zasahuje obličky a nezvratne postihuje ich funkciu. (Anonymous, 2000, s. 10)

Medzi príznaky chronického zlyhania obličiek, ktoré súvisia s kvalitou života pacientov podstupujúcich neskôr dialýzu patria príznaky ako je pokles chuti do jedla, sťažené dýchanie, závraty, vyčerpanosť, nevoľnosť, znižovanie priemerného množstva moču, krvácanie z nosa, ďasien. Chronické zlyhanie obličiek má niekoľko štádií:

- a) *štádium plnej kompenzácie zlyhania obličiek* – ktoré môže trvať dlho, často bez závažnejších anomálií výsledkov krvných testov a bez symptómov uvedených vyššie,
- b) *štádium kompenzovanej retencie dusíkatých látok* – ktoré môže trvať niekoľko rokov, kým sa progresia /postup/ choroby neprejaví novými príznakmi. Z krvných testov (ako napr: kreatinín, draslík) už môže poukazovať na zmenené hodnoty. Je dôležité vedieť, že v tomto štádiu je možné oddialiť dialyzačné liečenie vhodnou liečbou,
- c) *štádium dekompenzovanej retencie dusíkatých látok* – počas ktorého sa prehĺbia mnohé z vyššie spomenutých symptómov a dochádza k trvalým zmenám vo výsledkoch krvných testov, vrátane možnosti poklesu diurézy. Je spravidla nutné zaradenie do dlhodobého dialyzačného programu,
- d) *konečné zlyhanie obličiek* – nevyhnutné zaradenie do dlhodobého dialyzačného programu. (Anonymous, 2011, s. 11)

1.2 Etiológia chronického zlyhania obličiek

Etiológia chronického zlyhania obličiek môže byť rôznorodá. Medzi najčastejšie príčiny patrí *chronická glomerulonefritída, diabetická a hypertenzná nefropatia, prípadne dedičné ochorenia obličiek*. **Diabetes mellitus** je jednou z najčastejších príčin chronického zlyhania obličiek v súčasnej dobe. V súčasnosti je pozorovaný stúpajúci počet ochorení s diabetickou nefropatiou. Diabetická nefropatia sa obvykle objavuje približne po desiatich rokoch trvania diabetu prvého typu, ale nie je to závažné. Diabetickou nefropatiou je postihnutých približne 40% diabetikov. Ischemická choroba obličiek je spôsobená aterosklerózou obličkových tepien.

Pri tomto type ochorenia obličiek pacient v začiatkoch nepociťuje žiadne problémy. Prvým prejavom ischemickej choroby obličiek je mierna hypertenzia, ktorú spôsobuje zúžená obličková tepna. (Svoboda, 2007, s. 43-45)

Glomerulonefritída čiže zápal obličkových klbiiek je zápalové ochorenie obličiek, ktoré postihuje uvedenú oblasť glomerúl. Sprievodným prejavom je výskyt bielkoviny, prípadne červených krviniek v moči. Príčinou ochorenia sú obvykle autoimunitné procesy. Tento zápal je najčastejšou príčinou zlyhania obličiek. Ďalším ochorením obličiek je **nefrotický syndróm**, ktorý je súborom príznakov, ktoré vznikajú v dôsledku veľkej straty bielkovín v moči, čiže aktu takzvanej proteinurie. Medzi klinické príznaky a laboratórne nálezy patrí najmä prítomnosť bielkovín v moči, pokles hodnôt bielkovín v krvnej plazme, tvorba výrazných opuchov, zvýšená hladina tuku v krvi (hyperlipidémia), zvýšená zrážanlivosť krvi. Najčastejším dedičným ochorením obličiek je ochorenie nazývané polycystóza. Toto ochorenie postihuje 0,1-0,2% populácie. Podieľa sa až na 10% chronického zlyhania obličiek. Pri polycystóze sa vyskytuje v obličkách a pečeni veľké množstvo cýst. Polycystózu v jej ranej a niekedy aj neskoršej podobe nemusia sprevádzať žiadne príznaky. Medzi príznaky, ktoré sa môžu objaviť, patrí zvýšený tlak, krv v moči a ďalej bolesti žalúdka. (Svoboda, 2007, s. 44-45)

Do poslednej skupiny obličkových ochorení patrí **intersticiálna nefritída**, ktorá postihuje najmä oblasť tubulu nefrónov a okolité tkanivo, takzvanú obličkovú dreň. Toto ochorenie môže byť vyvolané napríklad vzostupom dlhodobého zápalu močových ciest na obličky. Niekedy sa jej výskyt môže prejavovať vznikom papilómu či papilokarcinómu v močových cestách. V súčasnosti je výskyt tohto ochorenia znižovaný práve prostredníctvom využívania iných analgetických zmesí. **Poškodenie obličiek môže signalizovať množstvo príznakov:**

- ✓ *priberanie na hmotnosti z dôvodu zdržovania tekutín v tele, dôsledkom čoho sa môžu vytvárať opuchy tváre či očných viečok,*
- ✓ *bolesťou v bedrovej oblasti,*
- ✓ *zmenou telesnej teploty,*
- ✓ *farba moču- tmavý moč, jeho veľké množstvo počas noci, či naopak malé množstvo cez deň,*
- ✓ *hypertenzia,*
- ✓ *svalová slabosť,*

- ✓ *strata chuti do jedla,*
- ✓ *svrbenie kože,*
- ✓ *svalové kŕče,*
- ✓ *zmena farby kože.* (Reiterová, 2010, s. 4-6)

1.3 História hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy

Dialýza – je to prvá metóda nastupujúca v prípade zlyhania obličiek, slúžiaca na čistenie krvi, odstraňovanie plodín z krvi pacienta, ktoré sa môžu do ľudského organizmu dostať buď z vonku, alebo vznikajú v ľudskom organizme ako odpadové látky v procese látkovej výmeny. (Hnátová, Kováčová, s. 306)

Hemodialýza, ktorej dejiny sa datujú už od roku 1854, je jednou z najpoužívanejších metód pri chronickom ochorení obličiek. Od roku 1961 sa vo väčšine vyspelých európskych krajín datuje fungovanie organizovanej pravidelnej dialyzačnej služby pre akútne zlyhanie obličiek s pohotovosťou 24 hodín denne. (Navrátil, 2005, s. 5-9) V ČR sa prvýkrát pokúsil o hemodialýzu Chytil, Daum a Horných v r. 1955. V ČR sa lieči hemodialýzou viac než 4000 pacientov, vo viac ako 80 dialyzačných strediskách. (Klener, 2011, s. 802)

V počiatkoch chronického hemodialyzačného programu v 60. rokoch bola za úspech považovaná skutočnosť, že pacient nezomrel. (Sulková, 2000, s. 12-13)

Peritoneálna dialýza, ktorá sa vo svojej modernej dobe začala vo svete rýchlo presadzovať, začiatkom 80. rokov je v súčasnej dobe rovnako ako hemodialýza etablovanou metódou náhrady funkcie obličiek. V súčasnej dobe je touto metódou celosvetovo liečených viac než 130 tisíc chorých s chronickým zlyhávaním obličiek. V našej zemi sa začala táto metóda používať po roku 1990. Do tejto doby sa táto metóda používala sporadicky a improvizovaným spôsobom, to bolo príčinou jej nižšej účinnosti a ďalších komplikácií, najmä infekčných. (Teplán a kol., 2006, s. 417)

1.3.1 Hemodialýza a peritoneálna dialýza

Existuje niekoľko spôsobov nahrádzania či suplovania funkcie obličiek – patrí medzi nich hemodialýza, peritoneálna dialýza ako aj najradikálnejšia avšak dlhodobo najperspektívnejšia metóda – transplantácia obličky. Hemodialýza je vo všeobecnosti

chápaná ako metóda očisťovania krvi, ktorá slúži na to, aby nahrádzala dysfunkciu pôvodnej obličky odstraňovať tekutiny a odpadové či škodlivé chemické látky z tela. Aplikácia hemodialýzy predpokladá neporušený cievny prístup, vďaka ktorému je možné zabezpečiť relatívne bezpečný a nízko rizikový prívod krvi do prístroja. Táto metóda predpokladá malý chirurgický zákrok na hornej končatine, ktorý zabezpečí spomínaný cievny prístup – najčastejšie ide o spôsob prepájania žily a tepny za účelom vytvorenia spojky. Takto vytvorená spojka či fistula predpokladá bezproblémové cievy u pacienta.

Peritoneálna dialýza je u nás zatiaľ rozšírená podstatne menej než hemodialýza. Touto metódou v súčasnej dobe v ČR lieči asi 7-8% dialyzačnej populácii. Veľkou výhodou je väčšia „*voľnosť*“ pre chorého. (Klener, 2011, s. 806)

1.3.2 Komplikácie hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy

Pri zavádzaní dočasného hemodialyzačného katétra sa môžu vyskytnúť rôzne komplikácie. Z miesta zavádzania katétru sa môže šíriť infekcia, či sa v ňom vytvorí zrazenina, ktorá si vyžiada opätovné zavedenie katétru. Taktiež môže nastať prípad takzvanej falošne cievnej aneuryzmy, čiže poškodenia cievnej steny s rizikom jej roztrhnutia. Ďalšími komplikáciami môže byť napríklad edém, prípadne nedostatočné prekrvenie končatiny. Medzi závažnejšie komplikácie patrí nie príliš častý hemotorax. Väčšina komplikácií je viazaná práve na čas zákroku, takže v prevažnej väčšine prípadov je pacientovi poskytnutá bezprostredná pomoc, čo znižuje riziko vyššie uvedených komplikácií. Nižšie uvedená tabuľka poukazuje na výskum takzvaných IPQ-R indikátorov (Illness perception questionnaire revised) u dialyzovaných pacientov. Nielenže zohľadňuje rozdiely medzi hemodialýzou a peritoneálnou dialýzou, ale na uvedenej vzorke pacientov uvádzajú indexy týkajúce sa identifikácie pacienta s chorobou, ako aj indikátory jeho osobnej kontroly či vplyvu choroby na emócie pacienta. Tieto ako aj ďalšie faktory týkajúce sa časovej línie akútnosti a dopadov choroby sú základnými indikátormi súvisiacimi s celkovými generalizovateľnými dôsledkami dialýzy na kvalitu života pacientov.

Z osobného hľadiska predstavuje peritoneálna dialýza výhodu, keďže pacient nie je nútený podstupovať časté a niekoľko hodín trvajúce návštevy zdravotného zariadenia ako pri dialýze. Časový rozvrh liečby si pri peritoneálnej dialýze

prispôsobuje sám pacient, ktorý však zároveň musí dbať na presnú aplikáciu liečebného postupu a dodržiavať prísne hygienické normy. Kontinuálny režim znamená, že dialýza prebieha nepretržite a teda v brušnej dutine je neustále prítomný dialyzačný roztok. Intermitentný režim sa vyznačuje tým, že medzi jednotlivými dialýzami je obdobie pauzy, kedy brušná dutina neobsahuje žiadny dialyzačný roztok a dialýza teda neprebíha. Alternatívny režim predstavuje kombináciu predchádzajúcich režimov s ohľadom na aktuálnu potrebu pacienta. (Sulková, Nermutová, 1998, s. 28-32)

Medzi komplikácie pri liečbe prostredníctvom peritoneálnej dialýzy sa vyskytujú problémy týkajúce sa nepríjemného až bolestivého pocitu pri napúšťaní roztoku ako aj možnosť vzniku takzvanej stafylokokovej peritonitídy. (Klener, Tesař, 2003, s. 58-59)

Tab.1 Porovnanie peritoneálnej dialýzy a hermodialýzy

	PERITONEÁLNA DIALÝZA	HEMODIALÝZA
PROSTREDIE	Doma	Nemocnica
SCHOPNOSŤ VYKONÁVAŤ DIALÝZU	Pacient sám	Úzko špecializovaný, zaškolený personál,
PRÍSTUP	Katéter zavedený do brušnej dutiny	-katéter vnútri jednej z veľkých žíl: jugulárnej, podkľúčovej, stehennej -zhotovenie artério – venóznej fistuly
ODSTRANOVANIE ODPADOVÝCH LÁTOK	Vo vnútri tela, cez vlastnú peritoneálnu membránu, nepretržite	Mimo tela, pomocou prístroja a umelej membrány, 2-3 krát týždenne
HEPARINIZÁCIA	-	Povinná
FREKVENTNOSŤ NÁVŠTEV DIALYZAČNÉHO STREDISKA	Raz za 4-5 týždňov	2 – 3 krát týždenne
UDRŽANIE FYZICKÝCH AKTIVÍT	Možné	Možné
DOVOLENKY	Možné, bez väzby na dialyzačné stredisko	Viazané na dialyzačné stredisko
DIÉTA	Voľná	Čiastočne limitovaná
PITNÝ REŽIM	Voľnejší	Čiastočne limitovaný
KRVNÉ STRATY	Žiadne	Nízke pri každej HD
ZAMESTNANIE, ŠTÚDIUM	Voľnejší režim	Čiastočne limitované, prenutnosť HD na stredisku

(Anonymous, 2011, s. 13)

Vo vyššie uvedenej tabuľke je možné vidieť zásadné rozdiely medzi peritoneálnou dialýzou a hemodialýzou a z niektorých výsledných kategórií zároveň odvodiť dopad na kvalitu života dialyzovaných pacientov. Ako sme už vyššie naznačili, existujú dve základné metódy peritoneálnej dialýzy. Prvou z nich je kontinuálna ambulantná peritoneálna dialýza (CAPD) a tou druhou automatizovaná peritoneálna dialýza

(APD). V prvom prípade túto metódu dokáže vykonávať sám pacient v domácom prostredí, zatiaľ čo v druhom prípade sa využíva prístroj nazývaný cyklovač (ang. cycler), ktorý slúži na automatickú výmenu dialyzačného roztoku namiesto pacienta počas niekoľkohodinového cyklu, optimálne v noci. Aj pri peritoneálnej dialýze musí pacient dodržiavať diétu, aj keď nie až tak radikálnu ako v prípade hemodialýzy. Kalorický príjem pacienta by nemal prekročiť 35 kalórií na kilogram jeho vlastnej telesnej hmotnosti, zatiaľ čo príjem tekutín závisí od individuálnej schopnosti vylučovať moč ako aj schopnosti bránice filtrovať odpadové látky. Príjem kuchynskej soli a fosforu je nutné znižovať zatiaľ čo výdaj draslíka ako aj vápnika väčšinou zabezpečuje samotná dialýza. (Svoboda, 2007, s. 43-44)

K tomu aby sme pacientovi nespôsobili väčšie ťažkosti je potrebné dodržiavať nasledovné zásady:

- ✓ **Fistula** sa nesmie zaškrcovať, merať krvný tlak, nosiť hodinky či tesné rukávy, odoberať krv ani do nej aplikovať vnútrožilové infúzie,
- ✓ **Na končatine** s fistulou by pacient nemal spať a taktiež ju je nutné chrániť pred nárazmi či poranením,
- ✓ **Odporúča** sa dodržiavať sprísnené zásady osobnej hygieny, zvlášť danej končatiny a hlásiť zdravotníckemu personálu akékoľvek alergické prejavy (vyrážky, svrbenie) alebo prejavy zápalu (sčervenanie, bolestivý opuch, zdureníe),
- ✓ **Denne** kontrolovať priechodnosť fistuly a to aj v domácom prostredí. Dôsledkom správne fungujúcej fistule je hmatateľný pulz a počuteľný šelest. Prípadné pochybnosti je nevyhnutné okamžite hlásiť personálu dialyzačného strediska. (Major, Svoboda, 2000, s. 10-12)

1.4 KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

Pojem kvalita života bol prvýkrát v histórii spomenutý v dvadsiatych rokoch 20. storočia. Štúdium kvality života v súčasnosti znamená predovšetkým nachádzanie a následnú analýzu faktorov, ktoré prispievajú k dobrému a zmysluplnému životu. Subjektívna kvalita života sa vzťahuje k ľudskej emocionalite a všeobecnej spokojnosti so životom. Objektívna kvalita života znamená splnenie požiadaviek vzťahujúcich sa k sociálnym a materiálnym podmienkam, života, sociálnemu statusu a fyzickému zdraviu. Vo všeobecnosti je možné tvrdiť, že kvalita života môže byť chápaná ako dôsledok interakcie množstva rôznych faktorov. Sú to sociálne, zdravotné, ekonomické a environmentálne podmienky, ktoré kumulatívne a veľmi často neznámym a neprebádaným spôsobom integrujú, a tak ovplyvňujú ľudský rozvoj na úrovni jednotlivcov, ale aj celých spoločností. (Payne a kol., 2005, s. 205-206)

1.4.1 Rozsah pojatia kvality života

Autor Křivohlavý (2002) vo svojej publikácii hovorí o kvalite života jednotlivého človeka. Celú túto problematiku môžeme mapovať v troch hierarchických odlišných sférach - *makro, mezo a personálnej roviny*.

- a) **Makro rovina** – sa zaoberá otázkami kvality života veľkých spoločenských celkov (napr: danej zeme, kontinentu). Problematika kvality života sa tak stáva súčasťou základných spoločenských úvah (napr: problematika boja s epidémiami, chudobou, terorizmom),
- b) **Mezo rovina** – sa zaoberá otázkami kvality života v malých sociálnych skupinách (napr: škole, zdravotníckom zariadení). Nejde tu len o rešpekt k morálnej hodnote života človeka, ale aj o otázky sociálnej klímy, sociálnych vzťahov, frustrácie,
- c) **Personálna rovina** - sa zaoberá otázkou kvality života jednotlivca. Týka sa každého z nás jednotlivo. Každý z nás v tejto dimenzii hodnotí kvalitu vlastného života. Vstupujú tu osobné hodnoty jednotlivca, jeho predstavy, nádeje, očakávania, presvedčenia. (Křivohlavý, 2002, s. 198)

Zo širšieho hľadiska môžeme kvalitu života členiť na:

- a) **Subjektívnu** – týka sa ľudskej emocionality a všeobecnej spokojnosti so životom,
- b) **Objektívnu** – týka sa splnenia požiadaviek, týkajúcich sa sociálnych a materiálnych požiadaviek, sociálneho statusu a fyzického zdravia. (Payne, 2005, s. 205)

1.4.2 Faktory ovplyvňujúce kvalitu života dialyzovaných pacientov

Väčšina definícií sa zhoduje v tom, že pojem kvalita života by mal obsahovať údaje o fyzickom, psychickom ako aj sociálnom stave pacienta. Kvalitu života okrem fyzických, psychických a sociálnych potrieb ovplyvňujú aj ďalšie faktory ako vek, pohlavie, rodinná situácia, ekonomická situácia, vzdelanie, religiozita a ďalšie. O fyzickom stave pacientov vypovedá predovšetkým funkčný stav, ktorý popisuje pacientovu schopnosť samostatne žiť a postarať sa o seba. K funkčnému stavu teda priradíme schopnosť sebaobsluhy, osobnej hygieny, používania dopravných prostriedkov a ďalšie. O psychickom stave tiež vypovedá prevládajúca nálada, postoj k životu a k chorobe, ako aj spôsoby vyrovnávania sa s chorobou a liečbou, prežívanie bolesti atď. Medzi objektívnym hodnotením zdravotného stavu a kvality života, ktoré využíva zdravotnícky personál a subjektívnym hodnotením pacienta, môže byť veľký rozdiel. Pacient môže aj napriek negatívnemu lekárskeму posudku žiť kvalitný život s pocitom spokojnosti a maximálneho využívania svojich možností. V odbornej literatúre sa uvádza niekoľko faktorov, ktoré ovplyvňujú pacientove vnímanie kvality života:

- 1.) *Fyzická kondícia* – do značnej miery je určovaná výskytom rôznych symptómov ochorenia, eventuálne aj nežiaducimi účinkami aplikovanej terapie,
- 2.) *Funkčná zdatnosť* – zahŕňa predovšetkým stav telesnej aktivity. Ďalej sa jedná o schopnosť komunikácie s rodinou, so spolupracovníkmi, schopnosť uplatnenia sa v zamestnaní, rodinnom živote a pod,
- 3.) *Psychický stav* – hodnotený najmä podľa prevládajúcej nálady, postoja k životu a choroby, spôsobu vyrovnávania sa s chorobou a liečbou, ďalej potom osobnostné charakteristiky, prežívanie bolesti a pod,

- 4.) *Spokojnosť s liečbou* – ide predovšetkým o komplexné posúdenie prostredia, v ktorom je chorý liečený, ďalej potom technickú zručnosť ošetrojúceho personálu pri prevádzaní diagnostických a liečebných úkonov, ústretovosť personálu, spôsob komunikácie s chorým vrátane podávania objektívnych informácií o zdravotnom stave chorého,
- 5.) *Sociálny stav* – hodnotený na základe údajov o vzťahoch pacienta k blízkym ľuďom, o jeho roli v spoločenských skupinách, o jeho spôsoboch komunikácie s ľuďmi a pod. (Slováček, 2004, s. 7)

V súvislosti s kvalitou života dialyzovaných pacientov sa ošetrojúci personál stretáva s problémami, ktoré sú automaticky spojené so strachom zo zákroku, či priebehu samotnej dialýzy. Hoci je samotná dialýza bezbolestná, samotný zákrok za účelom vytvorenia spojky v cievnom organizme, je často označovaný za nepríjemný či opakovane invazívny. Pocity pacientov sa môžu samozrejme individuálne líšiť, je však zrejmé, že ich stanovisko vyplýva aj z toho, že sú si vedomí nezvratnosti svojho stavu. Vedia, že budú celoživotne odkázaní na odbornú pomoc ako aj na časté kontroly a vyšetrenia. (Klener, Tesař, 2003, s. 130)

1.5 Dialyzačný pacient v rodine

Zaradenie do dialyzačného programu znamená veľký životný zlom nielen pre samotného pacienta, ale aj pre celú jeho rodinu. Role a povinnosti dialyzovaného pacienta prechádzajú taktiež aj na rodinných príslušníkoch, ktorí prechádzajú fázami adaptácie, menia sa role partnera, či partnerky dialyzovaného člena rodiny. Sociálna opora a podpora zo strany rodiny má nesmierny pozitívny vplyv na priebeh a vývoj ochorenia, teda ak sú sociálne väzby v rodine.

S ochorením, ktoré prišlo tak náhle sa mení aj finančná situácia, hlavne vtedy, ak chronický chorý člen rodiny bol živiteľom rodiny, rodina taktiež musí prejsť akousi krízou, ktorá však môže výrazne ovplyvniť jej fungovanie.

Veľmi dôležitým aspektom, ktorý ovplyvňuje vysporiadania sa so závažnou situáciou je dobrá vzájomná komunikácia medzi členmi rodiny a pomáha sa vyrovnáť so situáciou a naučiť sa ju zvládnuť. (Andrášiová, 2007, s. 42–46)

1.6 Kvalita života a doprava

Kvalitu života dialyzovaných pacientov vo veľkej miere ovplyvňuje doprava. Ak je pacient dialyzovaný trikrát do týždňa, strávi dopravou na dialýzu veľa času. Je takmer pravidlom, že pacient čaká veľmi dlho na sanitku, niekedy aj celé hodiny. Dialýza trvá obvykle aj štyri – päť hodín a čakaním na dopravný prostriedok sa celá záležitosť natiahne aj na osem – deväť hodín. Dialyzovaní pacienti sú väčšinou v staršom veku, ktorí majú závažné základné ochorenie kombinované väčšinou s ďalšími pridruženými ochoreniami. Nie je preto prekvapujúce, že títo pacienti sú nervózni a nespokojní. Niekedy práve tieto dlhé čakacie doby prekážajú pacientom viac, ako samotná dialýza. Preto je doprava pacientov nezanedbateľným problémom, ktorý im v dosť veľkej miere znižuje a znepríjemňuje kvalitu života. Ak by sa vyriešil tento ich problém, zvýšila by sa aj kvalita ich života. Jednou z možností je preprava vlastným autom, ktorá by bola pacientovi preplácaná. Tu je však podmienkou, toto auto vlastniť, ale zároveň pacient musí mať dobrý zdravotný stav, aby ho mohol riadiť a to v tomto prípade nefunguje vždy. Rovnako by pacienta mohol dopravovať niekto z rodiny, či príbuzných, ale v tomto prípade zasa pacienti majú pocit, že obťažujú svoje okolie. (Vlachová, 2008, s.7–9)

Úlohy a povinnosti, ktoré predtým vykonával pacient, sa teraz presúvajú na ostatných členov rodiny, alebo určité roly v rodine zostávajú neobsadené. To vedie k pocitom úzkosti u pacienta, ale aj rodinných príslušníkov. Pozornosť a pomoc zdravotníckeho personálu, by sa teda na začiatku liečby nemala sústreďovať len na pacienta, ale aj na jeho rodinu, ktorá sa o neho stará. Rodinní príslušníci by hlavne na začiatku mali mať dostatok informácií a mali by dostať odpovede na všetky svoje otázky. Každá rodina dialyzovaného pacienta sa môže obrátiť so svojimi otázkami na zdravotnícky personál, alebo môže navštevovať kluby dialyzovaných pacientov. V dnešnej dobe je na internete veľa stránok, ktoré sa zaoberajú dialýzou a životom dialyzovaných pacientov. Sami pacienti a ich rodinní príslušníci prispievajú svojimi skúsenosťami, dobrými radami a poznatkami. (Džumelová- Ižová, Ďurčová, 2009, s. 28)

Neustále vzdelávanie pacienta a jeho rodiny je dôležitou súčasťou liečby, ktoré môže vytvoriť predpoklady pre ďalší aktívny život. V dialyzačných centrách by súčasťou zdravotníckeho tímu mali byť aj odborníci, ktorí sú schopní riešiť

psychologické a sociálne problémy pacientov, ich existenčné problémy a pomôcť im adaptovať sa v ďalších oblastiach života. Veľký počet pacientov hľadá útočisko v ich situácii odchodom do invalidného dôchodku, ale výskumy dokázali, že práve pracujúci a aktívny pacienti lepšie posudzujú svoju kvalitu života a svoju chorobu. Preto je dôležité, aby bol pacient aj naďalej aktívny. (Major, Svoboda, 2000, s. 21–22)

1.7 Dialyzačný pacient a jeho vplyv na prácu

Je vhodné, aby dialyzovaný pacient mohol pokračovať v zamestnaní, aj keď často musí byť jeho pracovná doba, prípadne i pracovná náplň upravená. Nemôže vykonávať fyzicky náročnú prácu, pretože má vplyvom liekov zníženú imunitu a je náchylnejší na infekcie. Práve kvôli spomenutým obmedzeniam majú pacienti veľký problém nájsť si vhodné zamestnanie. Problém zamestnávania chronicky chorých pacientov spočíva hlavne z postoja zamestnávateľov, ktorí nie sú ochotní prispôsobiť pracovné podmienky zmeneným potrebám pacientov, ktorých zdravotný stav si vyžaduje realizáciu peritoneálnej dialýzy na pracovisku, alebo dochádzať na pravidelnú hemodialýzu do zdravotníckeho zariadenia. (Hnátová, Kováčová, 2010, s. 308)

1.8 Dialyzačný pacient a trávenie voľného času

Pre každého pacienta znamená dialyzačná liečba zmenu v jeho živote a životnom štýle. Pokiaľ navštevuje dialyzačné stredisko trikrát do týždňa, ešte k tomu pochádza zo vzdialeného mesta či obce, je jeho životný a pracovný harmonogram úplne narušený. Pri hodnotení kvality ich života, musíme hlavne brať do úvahy ako sa sám subjektívne hodnotí pacient. Ako vníma svoj zdravotný stav, ako vníma svoju schopnosť uplatniť sa v pracovnej, rodinnej a sociálnej oblasti. A hlavne ako je s týmto sám spokojný. Rozdiely vo vnímaní tejto spokojnosti pacientov závisia aj od ich veku. Starší pacienti, ktorí žijú sami, nachádzajú kontakt s inými ľuďmi práve na dialýze. Ide väčšinou o ostatných pacientov, ale aj zdravotnícky personál a títo pacienti sú práve preto spokojní. Naopak mladí pacienti sa cítia frustrovaní, hľadajú partnerský vzťah, majú potrebu mať deti, chcú sa realizovať v práci a rozvíjať svoje záujmové aktivity. Títo pacienti považujú dialýzu za obmedzujúcu. Pacienti v strednom veku sa obávajú, že sa im kvôli tomu rozpadne rodina, že nestihnú vychovať svoje deti

a zabezpečiť svoju rodinu po finančnej stránke. (Džumelová – Ižová, Ďurčová, 2009, s. 28)

Ak pacient nevie ako vyplniť svoj voľný čas, veľa premýšľa a samozrejme sa potom zaoberá svojou chorobou. Takto zväčšuje svoj strach z choroby a jej následkov. Tak sa u pacienta objavuje apatia alebo ľahostajnosť voči životu či sebe. K aktivitám, ktoré môže dialyzovaný pacient vykonávať, patrí turistika, jazda na bicykli, prechádzky, ručné práce, golf, stolný tenis a loptové hry, napríklad basketbal. Nesmú vykonávať vytrvalostné športy. Čiže môžu vykonávať šport, pri ktorom je záťaž postupná. Je veľmi dôležité, aby sa pacienti hýbali pravidelne a v každom veku. Samozrejme je pacient si musí vybrať, taký druh športu alebo aktivitu, ktorý ho príliš nezaťažuje, ale naopak, zvýši jeho telesnú zdatnosť a zaistí mu dostatok energie na bežné životné úlohy. (Džumelová – Ižová, Ďurčová, 2009, s.28)

Aby bola kvalita života dialyzovaného pacienta zachovaná, nemal by prerušovať svoj spoločenský život. Návštevy príbuzných a priateľov, mu môžu pomôcť odvrátiť pozornosť od vlastných problémov a zdravotných ťažkostí. Priatelia a známi ho môžu motivovať, povzbudzovať a zvýšiť chuť do života. Pozitívne myslenie a povzbudzovanie priateľov sa odráža aj v zvýšení spolupráce pacienta a zdravotníckeho personálu. S dialýzou a ochorením sa každý pacient musí vyrovnáť sám. (Džumelová – Ižová, Ďurčová, 2009, s. 28)

Je všeobecne známe, že cvičenie a športové aktivity pomáhajú pri prevencii zdravotných komplikácií. Pre dlhodobu chorých je dôležité udržať si a rozvíjať svoje pohybové schopnosti, ktoré sú nutné pri zachovaní samostatnosti a samoobsluhy. Táto funkčná nezávislosť by mala byť podporovaná takými formami pohybových aktivít, ktoré sú zamerané na jednotlivé zložky motorickej výkonnosti. K týmto aktivitám patria: pohyblivosť kĺbov, svalovú silu, pohybovú obratnosť a koordináciu, stabilitu a kardiorespiračnú vytrvalosť. V zahraničí pacienti cvičia aj počas dialýzy. Cvičenie počas dialýzy skracuje a spríjemňuje pacientom čas, zlepšuje činnosť liečenia. Na tento účel sú vytvorené špeciálne zostavy cvikov. Malo by prebiehať pod dohľadom školeného personálu, rehabilitačného pracovníka alebo fyzioterapeuta. Tento tréning by mal prebiehať opatrne, ale kombinácia pohybových aktivít mimo dialyzačného centra, ako chôdza, plávanie, cyklistika s asistovanou pohybovou liečbou je pre pacientov najlepším spôsobom, ako sa udržať v dobrej kondícii. Pri mladších pacientoch a pri pracujúcich je tento program zameraný na zachovanie telesnej

výkonnosti, prevenciu zdravotných komplikácií, na udržanie zamestnania a zachovanie svojho miesta v rodine a spoločnosti, znovuzískanie sebavedomia a pohody. Pri starších pacientoch tento program slúži na zachovanie pohyblivosti a nutným prostriedkom pre udržanie samostatnosti. (Svoboda, 2009, s. 8–9)

Pokiaľ je pacient, ktorý navštevuje dialýzu pravidelne, stabilizovaný, má väčšinou dosť síl na to, aby napríklad študoval na strednej, alebo vysokej škole, môže vykonávať duševné práce, alebo sa venovať vedeckému výskumu. Niekedy je lepšie, ak pacient požiada o individuálny študijný plán, alebo o úpravu pracovného času, pokiaľ to zamestnávateľ umožní. (Džumelová – Ižová, Ďurčová, 2009, s. 28)

Pacienti, ktorí až doposiaľ vykonávali ťažkú telesnú prácu, sú nútení toto zamestnanie zmeniť, alebo odísť do invalidného dôchodku. (Džumelová – Ižová, Ďurčová, 2009, s. 28)

V súčasnosti už môže dialyzovaný pacient cestovať po celom svete, bez väčších obmedzení. Pacientom veľmi pomáha napríklad spoločnosť Fresenius Medical Care. Tá prevádzkuje po celom svete viac než 2000 dialyzačných stredísk a je schopná zaistiť pacientom dialýzu kdekoľvek na svete, alebo v ich partnerských strediskách. (Černá, 2009, s. 20–24)

2 PRAKTICKÁ ČASŤ

2.1 Cieľ práce

Cieľom mojej práce bolo zistiť úroveň kvality života, zdravia a ďalších oblastí života (fyzické zdravie, prežívanie, sociálna vzťahy a prostredie) u pacientov v terminálnom štádiu zlyhávania obličiek, ktorý sú liečený mimotelovými očisťovacími metódami (hemodialýza). Kvalita života priamo ovplyvňuje spoluprácu s pacientom a zdravotníckymi pracovníkmi a má vplyv na priebeh a liečbu ochorenia.

2.2 Hlavný problém

Aká je kvalita života dialyzovaného pacienta?

2.3 Čiastkové problémy

1. Existuje rozdiel v kvalite života dialyzovaných pacientov z hľadiska pohlavia?
2. Budú rozdiely v jednotlivých doménach kvality života dialyzovaných pacientov (doména fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie) z hľadiska pohlavia?
3. Existuje rozdiel v kvalite života dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu?
4. Budú rozdiely v jednotlivých doménach kvality života dialyzovaných pacientov (doména fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie) z hľadiska rodinného stavu?
5. Existuje rozdiel v kvalite života dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania?
6. Budú rozdiely v jednotlivých doménach kvality života dialyzovaných pacientov (doména fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie) z hľadiska vierovyznania?
7. Existuje vzťah medzi vekom a kvalitou života u dialyzovaných pacientov?
8. Existuje vzťah medzi vekom a jednotlivými doménami kvality života u dialyzovaných pacientov?
9. Existuje vzťah medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov?
10. Existuje vzťah medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a jednotlivými doménami kvality života dialyzovaných pacientov?

Ciele výskumu

2.4 Hlavný cieľ Zistiť kvalitu života dialyzovaných pacientov.

2.4.1 Čiastkové ciele

1. Posúdiť rozdiely v kvalite života a jednotlivých doménach kvality života dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu.
2. Posúdiť rozdiely v kvalite života a jednotlivých doménach kvality života dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania.
3. Zistiť či ovplyvňuje dĺžka dialyzačnej liečby celkovú kvalitu života a jednotlivé domény kvality života dialyzovaných pacientov.
4. Zistiť či ovplyvňuje vek celkovú kvalitu života a jednotlivé domény kvality života dialyzovaných pacientov.

Úlohy výskumu:

- zozbierať a preštudovať odbornú literatúru,
- vymedziť problémy a ciele prieskumu,
- zvoliť vhodnú metódu prieskumu,
- získať súhlas jednotlivých kliník k realizácii prieskumu,
- vybrať vhodnú prieskumnú vzorku,
- realizovať prieskum,
- vyhodnotiť a interpretovať zozbierané údaje,
- vypracovať návrhy pre prax.

2.5 Hypotézy

Hypotézy boli skonzultované s Mgr. Janou Zapletalovou, PhD. z Ústavu lekárskej biofyziky Lekárskej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

1. Predpokladáme štatisticky významný rozdiel v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov z hľadiska pohlavia,
2. Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické

zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov z hľadiska pohlavia,

3. Predpokladáme štatisticky významný rozdiel v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu,

4. Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu,

5. Predpokladáme štatisticky významný rozdiel v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania,

6. Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania,

7. Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi vekom a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov,

8. Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi vekom a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov,

9. Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov,

10. Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov

3 METODIKA PRÁCE A METODY SKÚMANIA

Cieľom našej práce bolo zistiť aká je kvalita života dialyzovaných pacientov. Podnet k vytvoreniu tohto dotazníka zameraného na meranie kvality života dal Odbor duševného zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie v roku 1991. Na zber empirických údajov sme použil kvantitívnu metódu štandardizovaného dotazníka WHOQOL – BREF (viď príloha č.4), dotazník je skrátenou formou WHOQOL - OLD. Dotazník pozostáva z 26 otázok, ktoré sú združené do 4 domén a dvoch samostatných položiek hodnotiacich celkovú kvalitu života a zdravotný stav. Medzi tieto domény patrí Fyzické zdravie (Doména 1), Prežívanie (Doména 2), Sociálne vzťahy (Doména 3) a Prostredie (Doména 4). (Dragomirecká, Bartoňová, 2006 s. 92) **Fyzické zdravie** - prvá doména sa zameriava na hodnotenie bolesti a nepríjemných pocitov, pohyblivosť, únavu, spánok, každodenné činnosti, pracovnú výkonnosť. **Prežívanie** - druhá doména - sa zameriava na potešenie zo života, zmysle života, prijatie telesného vzťahu, negatívne pocity. **Sociálne vzťahy** – tretia doména sa zameriava na sexuálny život dialyzovaných pacientov, podporu priateľov. **Prostredie** – štvrtá doména sa zameriava na dopravu, záľuby.(viď príloha č.7)

Súčasťou dotazníka bol aj informovaný súhlas, kde bolo stručné oboznámenie respondentov s účelom a návodom k vyplneniu, ďalej demografické údaje ako vek, pohlavie, dĺžka dialýzy, vzdelanie, vierovyznanie, rodinný stav. (viď príloha č.5) Jednotlivé otázky sú hodnotené na 5 stupňovej Likertovej škále, 1–5 kde číslo 1 je veľmi zlá kvalita života, 2 zlá, 3 ani dobrá ani zlá, 4 dobrá a 5 veľmi dobrá kvalita života. Hodnota 20 zodpovedá najvyššej kvalite života a hodnota 5 zodpovedá najnižšej úrovni kvality života. Prehľad domén a položiek WHOQOL-BREF uvádzame v(viď príloha č.7).

3.1 Charakteristika objektu skúmania

Vzorku tvorilo 100 respondentov, mužov a žien, vo veku od 29 – 90 rokov s diagnózou chronické zlyhanie obličiek, ktorí sú dispenzarizovaný v súkromnom dialyzačnom stredisku a dialyzačnej ambulancii Univerzitetnej nemocnice v Martine. Výber respondentov bol zámerný. Podrobnú charakteristiku výskumnej vzorky

z hľadiska pohlavia, veku, vzdelania, vierovyznania, rodinného stavu a dĺžky dialýzy uvádzame v tabuľkách 2- 6. Za kritéria výberu sme stanovili:

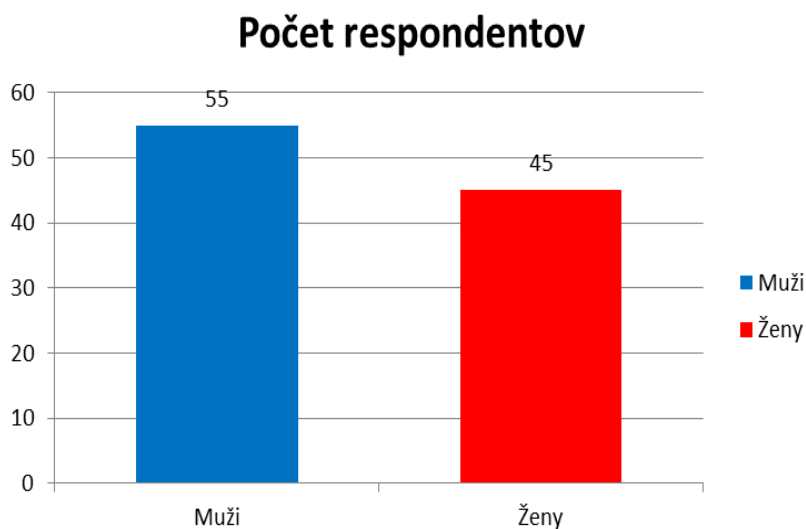
- vek minimálne 18 rokov,
- dialyzovaný minimálne 1 x týždenne,
- nezúčastňujú sa ďalších klinických štúdií,
- ochota respondentov spolupracovať.

3.1.1 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska pohlavia respondentov

Tab.2 Pohlavie respondentov

Pohlavie	n	%
Muži	55	55%
Ženy	45	45%
Σ	100	100%

Graf.1 Počet respondentov



Zo vzorky 100 respondentov, ktorí uviedli svoje pohlavie bolo 55 mužov (55%) a 45 (45%) žien.

3.1.2 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska veku respondentov

Tab.3 Charakteristika respondentov z hľadiska veku

	Ø	Min.	Max.	médian	±
Vek	62,02	29	90	62,5	14,85

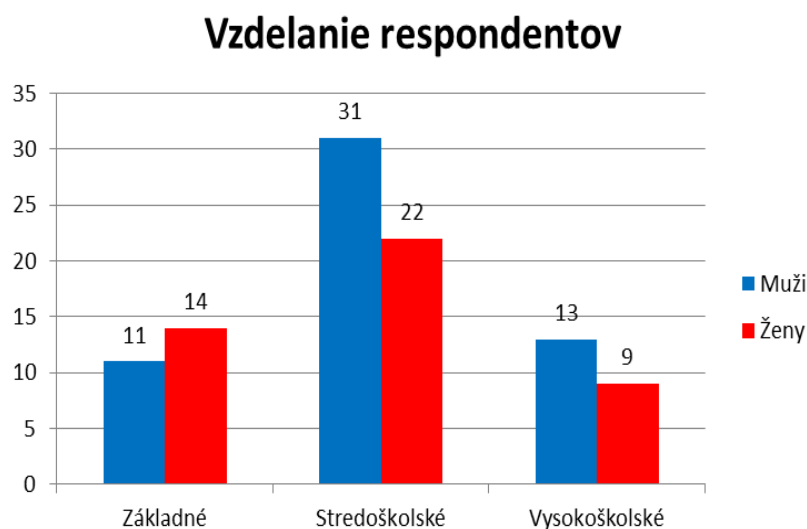
Našu vzorku tvorilo 100 respondentov z toho 55 mužov a 45 žien, kde priemerný vek je 62,02 rokov, ± 14,85 rokov, vo vekom rozmedzí od 29 - 90 rokov. Hodnota mediánu bola 62,5 rokov.

3.1.3 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska vzdelania respondentov

Tab.4 Charakteristika respondentov z hľadiska vzdelania

Vzdelanie	n	%
Základné	25	25%
Stredoškolské	53	53%
Vysokoškolské	22	22%

Graf.2 Vzdelanie respondentov



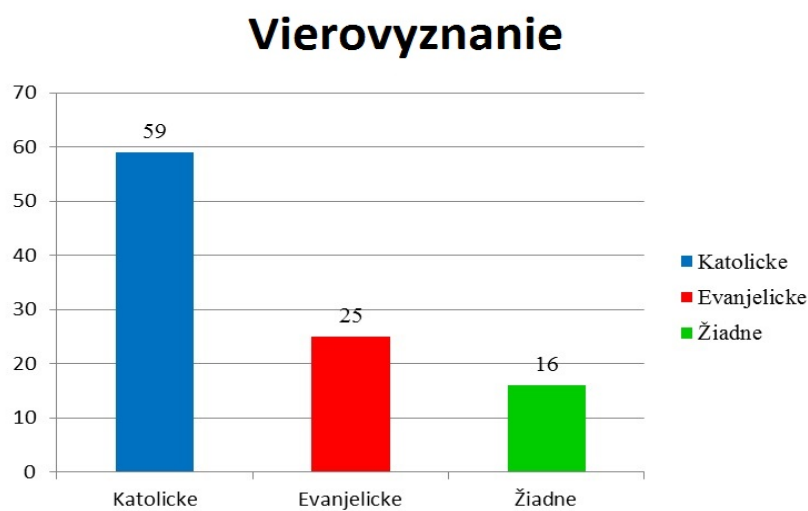
V Tab.4 uvádzame vzdelanie respondentov. Zistili sme že základné vzdelanie dosiahlo 11 (11%) mužov, stredoškolské vzdelanie dosiahlo 31 (31%) mužov, vysokoškolské vzdelanie dosiahlo 13 (13%) mužov. Z hľadiska získaného vzdelania žien dosiahlo základné vzdelanie 14 (14%) žien, stredoškolské vzdelanie dosiahlo 22 (22%) žien a vysokoškolské vzdelanie dosiahlo 9 (9%) žien.

3.1.4 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska vierovyznania respondentov

Tab.5 Charakteristika respondentov z hľadiska vierovyznania

Vierovyznanie	n	%
Katolicke	59	59%
Evanjelické	25	25%
Žiadne	16	16%
Σ	100	100%

Graf.3 Vierovyznanie respondentov



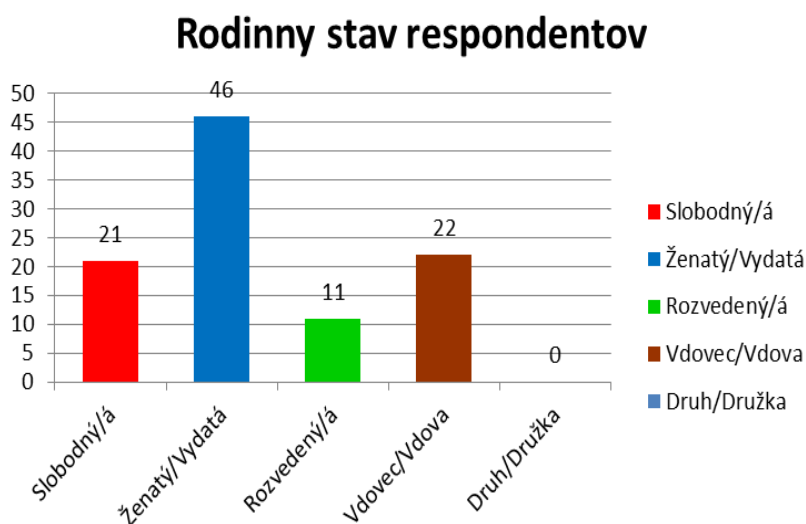
V Tab.5 uvádzame vierovyznanie, kde katolícke vierovyznanie uviedlo 59 (59%) respondentov, evanjelické vierovyznanie uviedlo 25 (25%) a bez vyznania bolo 16 (16%) respondentov.

3.1.5 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska rodinného stavu respondentov

Tab.6 Charakteristika výskumnej vzorky podľa rodinného stavu

Počet rokov	n	%
Slobodný/á	21	21%
Ženatý/á	46	46%
Rozvedený/á	11	11%
Vdovec/a	22	22
Σ	100	100

Graf.4 Rodinný stav respondentov



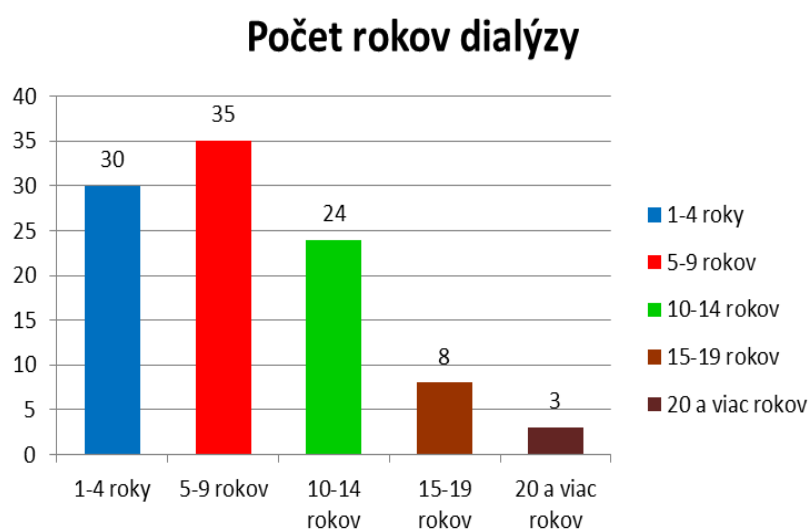
Tab.6 uvádzame rodinný stav respondentov, kde slobodných respondentov bolo 21 (21%), ženatých/vydatých bolo 46 (46%) respondentov, rozvedených respondentov bolo 11 (11%), na položku vdovec/a odpovedalo 22 (22%) respondentov, na položku druh/ka odpovedalo 0 (0%) respondentov .

3.1.6 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska dĺžky dialýzy

Tab.7 Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska dĺžky dialýzy

Dĺžka dialýzy	n	%
1 – 4 rokov	30	30%
5 – 9 rokov	35	35%
10 – 14 rokov	24	24%
15 – 19 rokov	8	8%

Graf.5 Počet rokov dialýzy



Tab.7 uvádzame počet rokov dialýzy, kde v rozmedzí 1 - 4 rokov bolo dialyzovaných 30 (30%) respondentov, v rozmedzí 5-9 rokov bolo dialyzovaných 35 (35%) respondentov, v rozmedzí 10-14 rokov bolo dialyzovaných 24 (24%) respondentov, 8 (8%) respondentov bolo dialyzovaných od 15 do 19 rokov, 3 (3%) respondentov bolo dialyzovaných viac ako 20 rokov.

3.2 Spôsob získavania údajov a ich zdroje

Na získanie empirických údajov som použil krátku verziu štandardizovaného dotazníka SVETOVEJ ZDRAVOTNÍCKEJ ORGANIZÁCIE WHOQOL – BREF (viď príloha č.4) určený pacientom pri diagnóze chronické zlyhanie obličiek. Dotazník bol zameraný na kvalitu života dialyzovaných pacientov. WHOQOL – BREF sa teda skladá z 26 otázok združených do štyroch oblastí–fyzické zdravie (doména 1), prežívanie (doména 2), sociálne vzťahy (doména 3) a prostredie (doména 4), spolu

s doplňujúcimi demografickými otázkami ako vek, pohlavie, vierovyznanie, rodinný stav, vzdelanie, dĺžka dialýzy. Dotazník bol anonymný. Dotazník WHOQOL – BREF je určený k samotnému vyplneniu respondentmi, ale v prípade potreby je to možné vyplniť formou rozhovoru. Samotné vyplnenie dotazníkov trvalo približne 5 minút. Údaje boli zozbierané začiatkom mesiaca december 2012 do konca mesiaca február 2013. Na testovanie korelácie domén WHOQOL – BREF sme použili Fisherov presný test, Mann-Whitney U test, Neparametrický Mann-Whitney, normalita dát bola overená pomocou Shapiro-Wilk.testu, Kruskal-Wallisovho testu, Mann-Whitneyho U test s Bonferroniho korekciou, Spearmanova korelačná analýza a Analýza rozptylu (ANOVA). Štatistické testovanie významnosti bolo na hladine významnosti $p < 0,05$.

3.3 Organizácia a realizácia výskumu

Po dohode, kontrole a úprave dotazníka Mgr. Ľubomírou Ježovou Phd., a PhDr. Janou Hičíkovou, (predsedníčkou sekcie sestier pracujúcich v nefrológií) bola vykonaná pilotná štúdia, ktorá prebiehala začiatkom decembra 2013 v súkromnom dialyzačnom stredisku v Martine kde sme rozdali 15 dotazníkov, tu sme zistili nevhodnosť niektorých otázok napr: otázka 2, 4. Na základe tejto štúdie bol dotazník upravovaný, redukovaný z 26 otázok na 15. Položky ktoré neboli vhodné pre dialyzovaného pacienta s diagnózou chronické zlyhanie obličiek:

1. Ako ste spokojný zo svojim zdravím?
2. Potrebujete zdravotnícku starostlivosť, aby ste mohol/a fungovať v každodennom živote?
3. Ako sa dokážete sústrediť?
4. Ako bezpečne sa cítite vo svojom každodennom živote?
5. Je prostredie v ktorom žijete zdravé?
6. Máte dosť peňazí na uspokojenie svojich potrieb?
7. Máte prístup k informáciám, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život?
8. Ste spokojný/á sám zo sebou?
9. Ste spokojný/á zo svojimi osobnými vzťahmi?
10. Ste spokojný/á s podmienkami na mieste, na ktorom žijete?
11. Ako ste spokojný/á s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti?

3.4 Rešeršná stratégia

Rešeršná stratégiu sme prevádzali v mesiacoch október 2012 – apríl 2013. Na začiatku výskumu bolo dôležité získať prehľad relevantnej literatúry. Ako uvádza autorka Marečková, výskum je potreba viesť v kontexte súčasných vedeckých poznatkov v danej oblasti, ďalej prevádzať literárnu rešerš v databázach odborných periodík (najlepšie zahraničných). (Marečková, 2011)

Pre získanie dostatočných informácií na danú problematiku boli urobené rešerše a to cez rešeršnú službu v Slovenskej Národnej knižnici v Martine a Vedeckú knižnicu v Olomouci. Ďalej som prehľadával v týchto odborných databázach: BMČ on – line, PubMed a MEDLINE. Ako kľúčové slová sme stanovili: kvalita života, dialyzovaní pacienti, chronické zlyhanie obličiek, WHOQOL – BREF.

3.5 Overenie platnosti hypotéz

K overeniu platnosti hypotéz bolo pre každého pacienta vypočítane skóre jednotlivých domén, tj. skóre Domény 1- Fyzické zdravie, Domény 2- Prežívanie, Domény 3- Sociálne vzťahy a Domény 4- Prostredie. Doméne 1- Fyzické zdravie odpovedajú položky dotazníku WHOQOL-BREF 3, 10, 15, 16, 17, 18. Doméne 2- Prežívanie odpovedajú položky dotazníku 5, 6, 11, 26. Doméne 3- Sociálne vzťahy odpovedajú položky dotazníku 21, 22 a Doméne 4- Prostredie odpovedajú položky dotazníku 14, 25.

Pracovná hypotéza č. 1: Predpokladáme štatisticky významný rozdiel v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov z hľadiska pohlavia.

Nulová hypotéza H₀1: Kvalita života dialyzovaných pacientov nezávisí na pohlaví.

K overeniu platnosti hypotézy H₀1 bol použitý Fisherov presný test na kontingenčnej tabuľke. V kontingenčnej tabuľke bolo popísané rozdelenie mužov a rozdelenie žien podľa odpovedí na otázku č.1 dotazníku WHOQOL - BREF „Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?“. Vzhľadom k malému počtu odpovedí bola kategória „veľmi

zlá“ spojená s kategóriou „zlá“ a kategória „veľmi dobrá“ bola spojená s kategóriou „dobrá“.

Tab.8 Kvalita života dialyzovaných pacientov v závislosti na pohlaví

Kontingenčná tabuľka

			Ako by ste hodnotili kvalitu svojho života?			
			Veľmi zlá, zlá	Ani dobrá ani zlá	Dobrá, veľmi dobrá	Spolu
Pohlavie	Muž	N	20	24	11	55
		%	36,4%	43,6%	20,0%	100
	Žena	N	9	23	13	45
		%	20,0%	51,1%	28,9%	100
Spolu	N	29	47	24	100	
	%	29,0%	47,0%	24,0%	100	

Záver:

Hypotézu H_01 nemôžeme zamietnuť. Fisherovov presný test nepreukázal štatisticky významnú závislosť medzi kvalitou života dialyzovaných pacientov a pohlavím. Hladina signifikancie testu $p = 0,186 (> 0,05)$.

Pracovní hypotéza č. 2: Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov z hľadiska pohlavia

Nulová hypotéza H_02 : Kvalita života dialyzovaných pacientov v doménach Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na pohlaví.

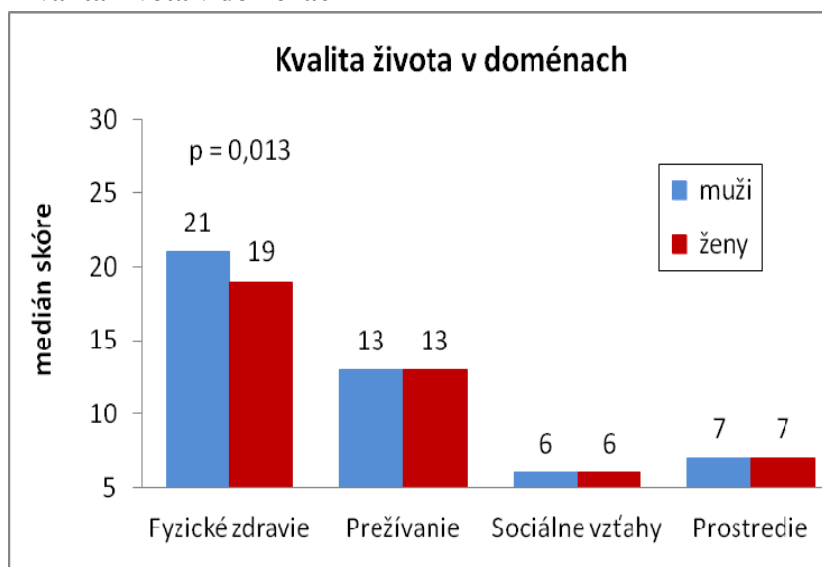
Platnosť hypotézy H_02 bola overená pomocou Mann-Whitney U testu. Neparametrický Mann-Whitney U test bol použitý vzhľadom k nenormálnemu rozdeleniu hodnôt skóre v jednotlivých doménach. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Nasledujúca tabuľka udáva pre každú doménu kvality života medián skóre a minimálnu a maximálnu hodnotu skóre zvlášť pre skupinu mužov a skupinu žien. V poslednom stĺpci tabuľky je uvedená hodnota signifikancie Mann-Whitney U testu.

Tab.9 Kvalita života v doménach v závislosti na pohlaví

	Muži (n = 55)	Ženy (n = 45)	p
Doména 1 - Fyzické zdravie	21,0 (9 - 26)	19,0 (12 - 27)	0,013
Doména 2 - Prežívanie	13,0 (8 - 17)	13,0 (8 - 19)	0,922
Doména 3 - Sociálne vzťahy	6,0 (4 - 10)	6,0 (3 - 9)	0,288
Doména 4 - Prostredie	7,0 (3 - 10)	7,0 (4 - 10)	0,452

Graf.6 Kvalita života v doménach



Záver:

Hypotézu H_02 zamietame pre Doménu 1- Fyzické zdravie. Mann-Whitney U test preukázal, že muži hodnotia lepšie kvalitu života v doméne Fyzické zdravie než ženy. Hodnota signifikancie Mann-Whitney U testu $p = 0,013 (< 0,05)$. V hodnotení kvality života v ostatných doménach nebol preukázaný medzi mužmi a ženami štatisticky významný rozdiel.

Pracovná hypotéza č. 3: Predpokladáme štatisticky významný rozdiel v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu.

Nulová hypotéza H₀₃: Kvalita života dialyzovaných pacientov nezávisí na ich rodinnom stave.

K overeniu platnosti hypotézy H₀₃ bol použitý Fisherov presný test na kontingenčnej tabuľke. V kontingenčnej tabuľke bola popísaná distribúcia odpovedí na otázku č.1 dotazníku WHOQOL - BREF „Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?“ pre všetky skupiny pacientov podľa rodinného stavu. Vzhľadom k malému počtu odpovedí bola kategória „veľmi zlá“ spojená s kategóriou „zlá“ a kategória „veľmi dobrá“ bola spojená s kategóriou „dobrá“.

Tab.10 Kvalita života dialyzovaných pacientov v závislosti na rodinnom stave

Kontingenčná tabuľka

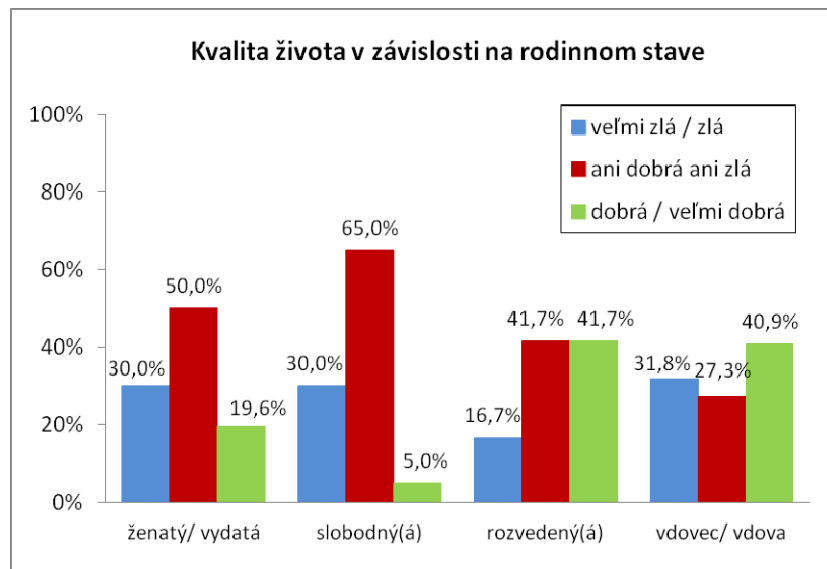
		Otázka č.1 - Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?				
			veľmi zlá zlá	ani dobrá ani zlá	dobrá, veľmi dobrá	Celkom
rodinný stav	vydatá / ženatý	Počet	14	23	9	46
		%	30,4%	50,0%	19,6%	100,0%
	slobodná / slobodný	Počet	6	13	1	20
		%	30,0%	65,0%	5,0%	100,0%
	rozvedená / rozvedený	Počet	2	5	5	12
		%	16,7%	41,7%	41,7%	100,0%
	vdova / vdovec	Počet	7	6	9	22
		%	31,8%	27,3%	40,9%	100,0%
Celkom		Počet	29	47	24	100
		%	29,0%	47,0%	24,0%	100,0%

Tab.11 Porovnanie kvality života u osôb vzhľadom k rodinnému stavu

Fisherov presný test

	Hodnota	Obojstranná exaktná signifikancie
Fisherov presný test	11,750	,060
Počet platných prípadov	100	

Graf.7 Kvalita života v závislosti od rodinného stavu



Záver:

Hypotézu H_03 nemôžeme zamietnuť. Fisherov presný test nepreukázal štatisticky významnou závislosť medzi kvalitou života dialyzovaných pacientov a ich rodinným stavom. Hladina signifikancie testu $p = 0,060 (> 0,05)$.

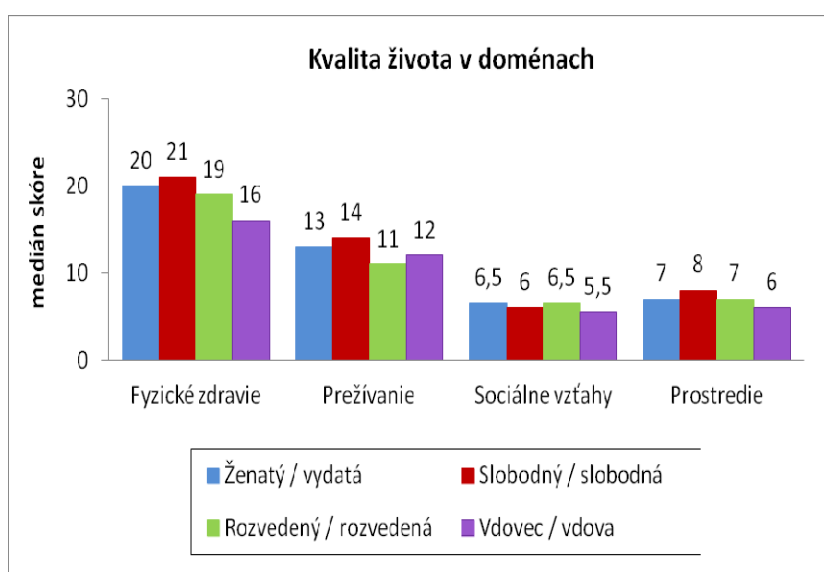
Pracovná hypotéza č. 4: Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu.

Nulová hypotéza H_04 : Kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na ich rodinnom stave.

Platnosť hypotézy H_04 bola najskôr overená pomocou Kruskal-Wallisovho testu. Tento test sa používa pre porovnanie 3 a viac súborov v hodnotách kvantitatívneho

znaku, ktorý nemá normálne rozdelenie. V prípade signifikantného výsledku Kruskal-Wallisovho testu bol pre podrobnejšiu analýzu použitý Mann-Whitney U test, ktorým boli porovnané súbory (podľa rodinného stavu) po dvojiciach. Mann-Whitney U test bol použitý ako tzv. test mnohonásobného porovnávania, pre výslednú hladinu signifikancie testu bola použitá Bonferroniho korekcia tak, aby chyba I. typu pri testovaní neprekročila hladinu 5%. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Graf.8 Kvalita života v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie v závislosti na rodinnom stave.



Nasledujúca tabuľka udáva pre každú doménu kvality života medián skóre a minimálnu a maximálnu hodnotu skóre zvlášť pre jednotlivé skupiny pacientov podľa ich rodinného stavu. V poslednom stĺpci tabuľky je uvedená hodnota signifikancie Kruskal-Wallisova testu.

Tab.12 Kvalita života v doménach v závislosti na rodinnom stave

	Ženatý / vydatá	Slobodný / slobodná	Rozvedený / rozvedená	Vdovec / vdova	p
Doména 1					
Fyzické zdravie	20,0 (9-27)	21,0 (13-26)	19,0 (14-26)	16,0 (12-22)	0,002

Doména 2					
Prežívanie	13,0 (8-17)	14,0 (8-19)	11,0 (9-15)	12,0 (9-17)	0,247
Doména 3					
Sociálne vzťahy	6,5 (4-10)	6,0 (3-9)	6,5 (5-8)	5,5 (4-7)	0,011
Doména 4					
Prostredie	7,0 (4-10)	8,0 (3-10)	7,0 (6-8)	6,0 (4-8)	0,002

Signifikancie Mann-Whitneyho U testu s Bonferroniho korekciou pre porovnanie všetkých skupín pacientov po dvojiciach podľa rodinného stavu.

Tab.13 Kvalita života v doménach v závislosti na rodinnom stave vo dvojiciach

	Doména 1	Doména 3	Doména 4
Vydatá/ženatý vs. slobodný(á)	1	1	0,924
Vydatá/ženatý vs. rozvedený(á)	1	1	1
Vydatá/ženatý vs. vdovec/vdova	0,007	0,013	0,011
Slobodný(á) vs. rozvedený(á)	1	1	0,800
Slobodný(á) vs. vdovec/vdova	0,004	0,796	0,011
Rozvedený(á) vs. vdovec/vdova	0,164	0,035	0,183

Záver:

Hypotézu H_04 zamietame pre Doménu 1- Fyzické zdravie, Doménu 3- Sociálne vzťahy a Doménu 4- Prostredie.

Doména 1- Fyzické zdravie: Slobodní pacienti alebo pacienti žijúci s partnerom hodnotia lepšie kvalitu života v Doméne 1 - Fyzické zdravie slobodní ako pacienti ovdovelí. Hodnota signifikancie Mann-Whitneyho U testu $p = 0,007$, resp. $p = 0,004$.

Doména 3- Sociálne vzťahy: Rozvedení pacienti alebo pacienti žijúci s partnerom hodnotia lepšie kvalitu života v Doméne 3 - Sociálne vzťahy ako pacienti ovdovelí. Hodnota signifikancie Mann-Whitneyho U testu $p = 0,013$, resp. $p = 0,035$.

Doména 4- Prostredie: Pacienti slobodní alebo pacienti žijúci s partnerom hodnotia lepšie kvalitu života v Doméne 4 - Prostredie (životné podmienky) ako pacienti ovdovelí. Hodnota signifikancie Mann-Whitneyho U testu $p = 0,011$ pre obidva testy.

Pre Doménu 2 – Prežívanie nebola preukázaná signifikantná závislosť medzi hodnotením kvality života v tejto doméne a rodinným stavom pacientov.

Pracovní hypotéza č. 5: Predpokladáme štatisticky významný rozdiel v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania.

Nulová hypotéza H₀₅: Kvalita života dialyzovaných pacientov nezávisí na ich náboženskom vyznaní.

K overeniu platnosti hypotézy H₀₅ bol použitý Fisherov presný test na kontingenčnej tabuľke. V kontingenčnej tabuľke bola popísaná distribúcia odpovedí na otázku č.1 dotazníku WHOQOL-BREF „Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?“ pre skupiny pacientov podľa ich náboženského vyznania. Vzhľadom k malému počtu odpovedí bola kategória „veľmi zlá“ spojená s kategórií „zlá“ a kategória „veľmi dobrá“ bola spojená s kategóriou „dobrá“.

Tab.14 Kvalita života dialyzovaných pacientov v závislosti od vierovyznania

Kontingenčná tabuľka

		Otázka č.1 - Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?				Celkom
		veľmi zlá zlá	ani dobrá ani zlá	dobrá, veľmi dobrá		
vierovyznanie	evanjelické	Počet	4	14	7	25
		%	16,0%	56,0%	28,0%	100,0%
	katolícke	Počet	19	28	12	59
		%	32,2%	47,5%	20,3%	100,0%

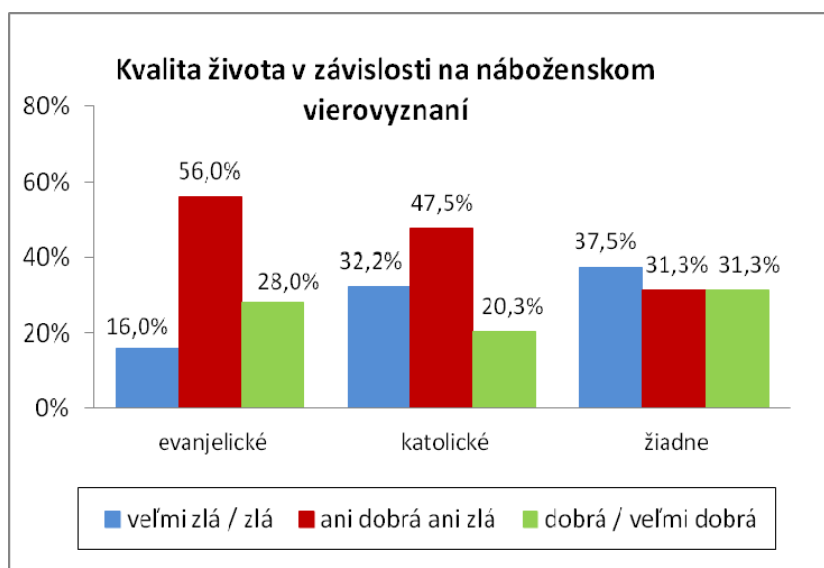
	žiadne	Počet	6	5	5	16
		%	37,5%	31,3%	31,3%	100,0%
Celkom		Počet	29	47	24	100
		%	29,0%	47,0%	24,0%	100,0%

Tab.15 Porovnanie kvality života u osôb vzhľadom k vierovyznaniu

Fisherov presný test

	Hodnota	Obojstranná exaktná signifikancia
Fisherov presný test	4,463	,342
Počet platných prípadov	100	

Graf.9 Kvalita života v závislosti na náboženskom vierovyznaní



Záver:

Hypotézu H_05 nemôžeme zamietnuť. Fisherov presný test nepreukázal štatisticky významnú závislosť medzi kvalitou života dialyzovaných pacientov a ich náboženským vyznaním. Hladina signifikancie testu $p = 0,342 (> 0,05)$.

Pracovní hypotéza č. 6: Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v kvalite života hodnotenej dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania.

Nulová hypotéza H₀₆: Kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na náboženskom vyznaní.

Platnosť hypotézy H₀₆ bola overená pomocou Kruskal-Wallisovho testu. Test bol použitý pre porovnanie troch skupín pacientov podľa ich náboženského vyznania v hodnotách skóre v jednotlivých doménach kvality života. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Nasledujúca tabuľka udáva pre každú doménu kvality života medián skóre a minimálnu a maximálnu hodnotu skóre zvlášť pre jednotlivé skupiny pacientov podľa ich vyznania. V poslednom stĺpci tabuľky je uvedená hodnota signifikancie Kruskal-Wallisovho testu.

Tab.16 Kvalita života v doménach v závislosti na vierovyznaní

	Katolícke vyznanie	Evanjelické vyznanie	Žiadne vyznanie	p
Doména 1 Fyzické zdravie	20,0 (12-26)	21,0 (9-27)	20,0(16-25)	0,390
Doména 2 Prežívanie	13,0 (8-19)	12,0 (8-17)	13,0 (9-17)	0,687
Doména 3 Sociálne vzťahy	6,0 (4-9)	7,0 (4-10)	5,5 (3-8)	0,097
Doména 4 Prostredie	7,0 (3-10)	7,0 (4-9)	7,0 (5-9)	0,376

Záver:

Hypotézu H₀₆ nemôžeme zamietnuť, Kruskal-Wallisovho test nepreukázal signifikantnú závislosť medzi hodnotením kvality života v jednotlivých doménach a náboženským vyznaním dialyzovaných pacientov.

Pracovní hypotéza č. 7: Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi vekom a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov.

Nulová hypotéza H₀₇: Kvalita života dialyzovaných pacientov nezávisí na veku.

K overeniu platnosti hypotézy H₀₇ bola použitá (vzhľadom k normálnemu rozdeleniu veku) Analýza rozptylu (ANOVA). Pomocí analýzy rozptylu boli porovnané priemerné hodnoty veku v troch skupinách dialyzovaných pacientov podľa ich odpovedí na otázku č. 1 dotazníku WHOQOL-BREF „Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?“. Vzhľadom k malému počtu odpovedí bola kategória „veľmi zlá“ zlúčená s kategóriou „zlá“ a kategória „veľmi dobrá“ bola zlúčená s kategóriou „dobrá“. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Nasledujúca tabuľka popisuje základné štatistické charakteristiky veku v porovnávaných skupinách dialyzovaných pacientov, tj. priemerný vek, smerodajnú odchýlku, minimálnu a maximálnu hodnotu veku. V poslednom stĺpci tabuľky je uvedená hodnota signifikancie metódy ANOVA.

Tab.17 Porovnanie kvality života medzi vekom dialyzovaných pacientov

Kvalita života	Veľmi zlá / zlá	Ani dobrá ani zlá	Dobrá / veľmi dobrá	p
Vek pacientov (roky)	64,0 ± 15,6 (32 - 89)	60,9 ± 13,1 (29 - 82)	61,8 ± 17,3 (33 - 90)	0,674

Záver:

Hypotézu H₀₇ nemôžeme zamietnuť. Analýza rozptylu nepreukázal štatisticky významnou závislosť medzi kvalitou života dialyzovaných pacientov a ich vekom. Hladina signifikancie $p = 0,674 (> 0,05)$.

Pracovní hypotéza č. 8: Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi vekom a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov.

Nulová hypotéza H₀₈: Kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na veku.

Platnosť hypotézy H₀₈ bola overená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Neparametrická korelační analýza bola použitá vzhľadom k nenormálnemu rozdelení hodnôt skóre v jednotlivých doménach kvality života.

Hodnoty Spearmanovho korelačného koeficientu a hodnoty signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu sú pre jednotlivé domény uvedené v tabuľke.

Tab.18 Korelácia s vekom v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie

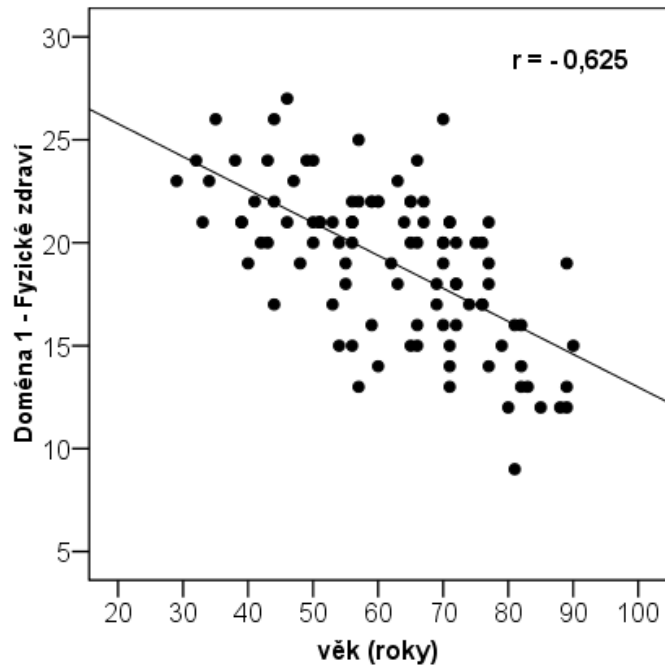
	Doména 1 - Fyzické zdravie	Doména 2 - Prežívanie	Doména 3 - Sociálne vzťahy	Doména 4 - Prostredie
Korelácia s vekom				
Korelačný koeficient (p)	- 0,625 (<0,0001)	- 0,197 (0,050)	- 0,429 (<0,0001)	- 0,533 (<0,0001)

Záver:

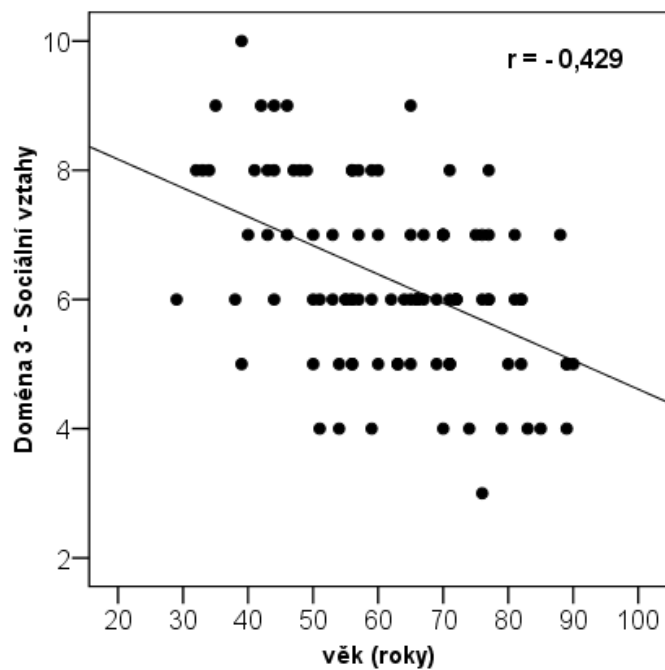
Platnosť hypotézy H_08 zamietame. Spearmanova korelačná analýza preukázala štatisticky významnou závislosť medzi vekom a kvalitou života v Doméne 1 – Fyzické zdravie, medzi vekom a kvalitou života v Doméne 3 – Sociálne vzťahy a medzi vekom a kvalitou života v Doméne 4 – Prostredie. Medzi vekom a kvalitou života v týchto doménach bola preukázaná nepriama stredne silná závislosť, to znamená, že s rastúcim vekom kvalita života v jednotlivých doménach klesá. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu $r = - 0,625$ (vek vs. Doména 1 –Fyzické zdravie), $r = - 0,429$ (vek vs. Doména 3 – Sociálne vzťahy) a $r = - 0,533$ (vek vs. Doména 4 – Prostredie). Jednotlivé závislosti sú zobrazené pomocou bodových grafov.

Medzi vekom a kvalitou života v Doméne 2 – Prežívanie nebola preukázaná štatisticky významná závislosť, hodnota korelačného koeficientu $r = - 0,197$.

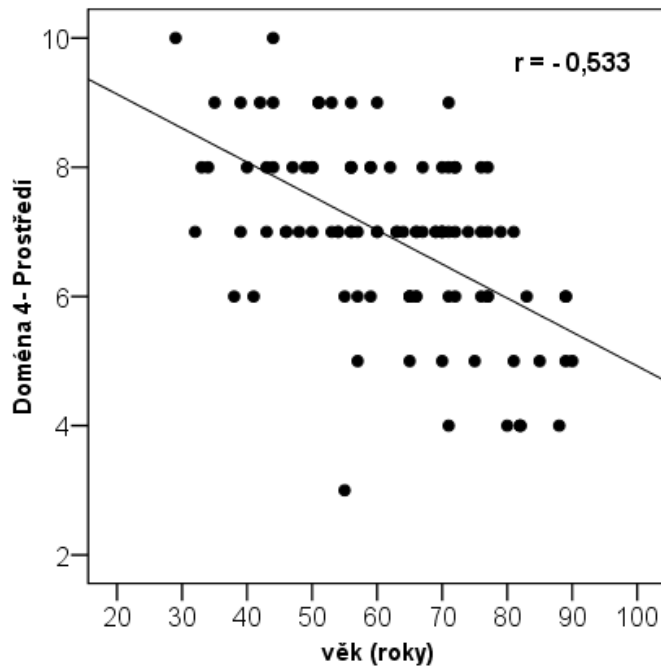
Graf.10 Závislosť medzi vekom a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 1 – Fyzické zdravie.



Graf.11 Závislosť medzi vekom a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 3 – Sociálne vzťahy.



Graf.12 Závislosť medzi vekom a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 4 — Prostredie.



Pracovní hypotéza č. 9: Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF u dialyzovaných pacientov.

Nulová hypotéza H_0 9: Kvalita života dialyzovaných pacientov nezávisí na dĺžke dialyzačnej liečby.

Platnosť hypotézy H_0 9 bola overená pomocou Kruskal-Wallisovho testu. Test bol použitý pre porovnanie troch skupín pacientov podľa ich odpovedí na otázku č. 1 dotazníku WHOQOL-BREF „Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?“. Vzhľadom k malému počtu odpovedí bola kategória „veľmi zlá“ zlúčená s kategóriou „zlá“ a kategória „veľmi dobrá“ bola zlúčená s kategóriou „dobrá“. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Nasledujúca tabuľka udáva pre každú skupinu pacientov medián dĺžky dialyzačnej liečby a minimálnu a maximálnu hodnotu dĺžky dialyzačnej liečby. V poslednom stĺpci tabuľky je uvedená hodnota signifikancie Kruskal-Wallisovho testu.

Tab.19 Porovnanie kvality života v závislosti na dĺžke dialyzačnej liečby

Kvalita života	Veľmi zlá / zlá	Ani dobrá ani zlá	Dobrá / veľmi dobrá	p
Dĺžka dialyzačnej liečby	7,0 rokov (1 - 22) rokov	7,3 rokov (1 - 20) rokov	6,4 rokov (1 - 16) rokov	0,288

Záver:

Hypotézu H_09 nemôžeme zamietnuť. Kruskal-Wallisov test nepreukázal signifikantnú závislosť medzi kvalitou života dialyzovaných pacientov a dĺžkou dialyzačnej liečby. Hodnota signifikancie Kruskal-Wallisova testu $p = 0,288 (> 0,05)$

Pracovní hypotéza č. 10: Predpokladáme štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života hodnotenou dotazníkom Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF v doméne fyzické zdravie, doméne prežívanie, doméne sociálne vzťahy a v doméne prostredie u dialyzovaných pacientov.

Nulová hypotéza H_{010} : Kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na dĺžke dialyzačnej liečby.

Platnosť hypotézy H_{010} bola overená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Neparametrická korelačná analýza bola použitá vzhľadom k nenormálnemu rozdeleniu hodnôt skóre v jednotlivých doménach kvality života. Hodnoty Spearmanova korelačného koeficientu a hodnoty signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu sú pre jednotlivé domény uvedené v tabuľke.

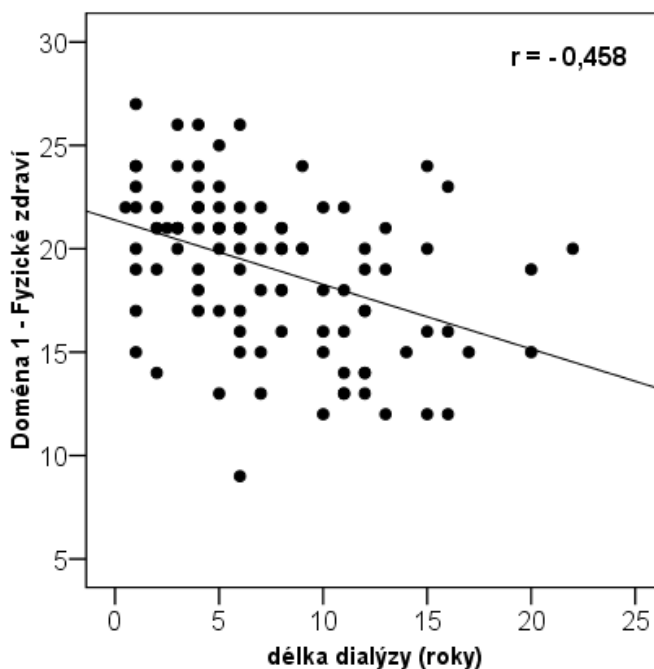
Tab.20 Porovnanie kvality života a dĺžky dialyzačnej liečby v doménach

Korelácia s dĺžkou dialýzy	Doména 1 - Fyzické zdravie	Doména 2 - Prežívanie	Doména 3 - Sociálne vzťahy	Doména 4 - Prostredie
Korelačný koeficient (p)	- 0,458 ($<0,0001$)	- 0,458 ($<0,0001$)	- 0,173 (0,086)	- 0,411 ($<0,0001$)

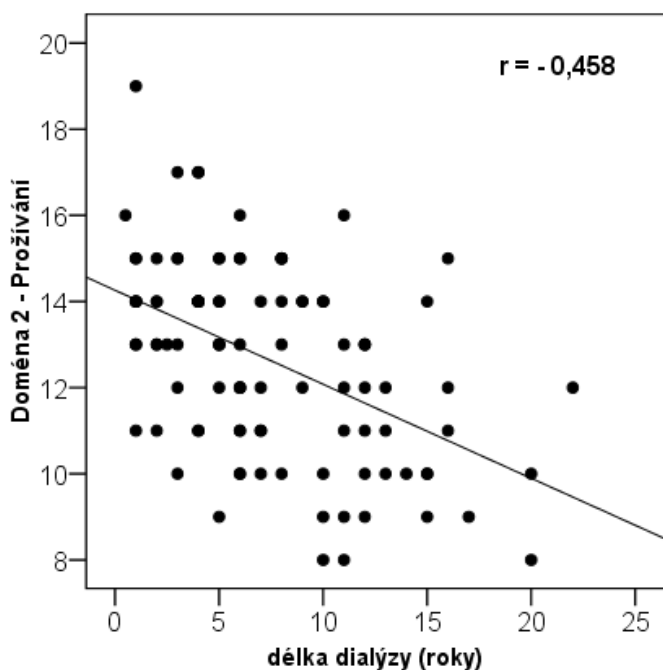
Záver:

Platnosť hypotézy H_0 10 zamietame. Spearmanova korelačná analýza preukázala štatisticky významnou závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života v Doméne 1 – Fyzické zdravie, medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života v Doméne 2 – Prežívanie a medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života v Doméne 4 – Prostredie. Medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života v týchto doménach bola preukázaná nepriama stredne silná závislosť, to znamená, že s rastúcou dĺžkou dialyzačnej liečby kvalita života v jednotlivých doménach klesá. Hodnota Spearmanovej korelačného koeficientu $r = -0,458$ (dĺžka dialyzačnej liečby vs. Doména 1 –Fyzické zdravie), $r = -0,458$ (dĺžka dialyzačnej liečby vs. Doména 2 – Prežívanie) a $r = -0,411$ (dĺžka dialyzačnej liečby vs. Doména 4 – Prostredie). Jednotlivé závislosti sú zobrazené pomocou bodových grafov. Medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života v Doméne 3 – Sociálne vzťahy neboli preukázané štatisticky významná závislosť, hodnota korelačného koeficientu $r = -0,173$.

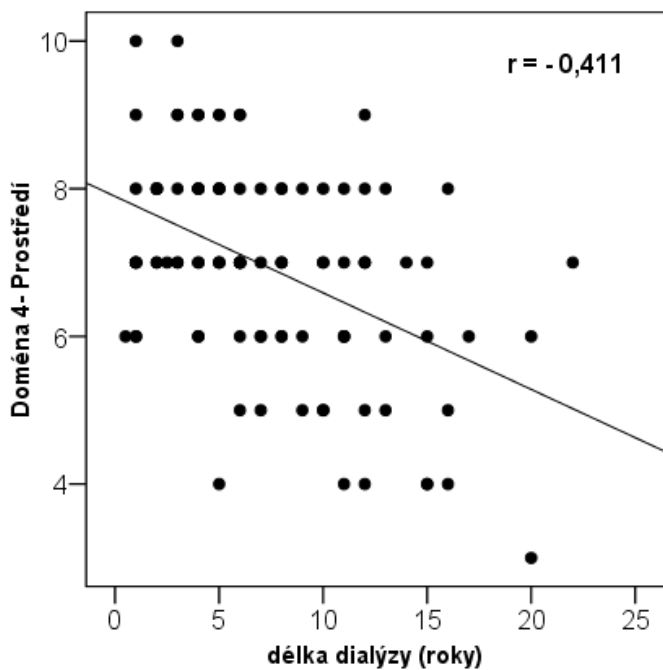
Graf.13 Závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 1- Fyzické zdravie.



Graf.14 Závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 2 - Prežívanie.



Graf.15 Závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 4 - Prostredie.



4 DISKUSIA

Súčasný stav dialýzy na Slovensku môže byť charakterizovaný tým, že dialyzačná liečba na Slovensku je na dobrej úrovni, a je porovnateľná s vyspelými krajinami Európskej únie a sveta. Pred 20 rokmi od kedy sa vedie štandardizovaný zber štatistických dát, sa v Slovenskej republike dialyzovalo 60–80 pacientov/milión obyvateľov, to znamená 300–400 chorých. Prudký vývoj a humanizácia medicíny viedli k tomu, že v súčasnosti sa na Slovensku dialyzuje cca 600 pacientov/milión obyvateľov, z 300 v roku 1988 sme sa dostali na úroveň cca 3000 dialyzovaných pacientov. (Demeš, 2011) V tomto čase je v Nemecku okolo 61.000 pacientov trpiacich s chronickým zlyhaním obličiek, ktorí sú nepretržite ošetrovaní, celkové náklady v oblasti zdravotníckeho poistenia pre ambulantnú dialýzu tvorí ročne 2 miliardy eur. (Münscher, 2010, s. 13)

Diskusia ponúka prehľad výsledkov výskumného šetrenia, ktoré sú porovnávané s výsledkami iných výskumných prác venovaných tejto problematike. Údaje som získal od respondentov starších ako 18 rokov, ktorí pochádzajú z okresu Martin. Ako metódu zberu údajov sme zvolili dotazník, pričom vyplnenie dotazníka bolo anonymné a dobrovoľné. Prieskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov s diagnózou chronické zlyhanie obličiek, ktorí boli dispenzarizovaní v súkromnom dialyzačnom stredisku v Martine a v dialyzačnej ambulancii v Univerzitnej nemocnici Martin. Najmladší respondent bol 29 ročný, naopak najstarší bol 90 ročný, priemerný vek bol 62,02 rokov a medián 62,5.

Kvalitu života okrem fyzických, psychických a sociálnych potrieb ovplyvňujú aj ďalšie faktory ako vek, pohlavie, rodinná situácia, ekonomická situácia, vzdelanie, religiozita a ďalšie. V hypotéze č.1, 2 sme predpokladali štatisticky významný rozdiel v kvalite života z hľadiska pohlavia. Hypotéza č. 1 sa nám nepotvrdila. Nepotvrdil sa nám signifikantný vzťah ($p=0,186$).

Zistili sme, že ako veľmi zlú/zlú kvalitu života hodnotí 36,4% mužov, ani dobrú/ani zlú 43,6% mužov, a dobrú/veľmi dobrú kvalitu života z počtu 11 respondentov hodnotí 20 žien. 20% žien uviedlo ako veľmi zlú/zlú kvalitu života, 51,1% ako veľmi dobrú/dobrá kvalitu života a veľmi dobrá/dobrá odpovedalo 28,9%.

V práci autorky Zoubkovej (2007) kde 38% respondentov uviedlo, že vníma svoju kvalitu života ako dobrú a len 17% respondentov uviedlo, že vníma svoju kvalitu ako

zlú. Aj v práci autorky Čapkovej(2007) s názvom“ *Kvalita života u dialyzovaných klientů* “ položila túto otázku a získala nasledujúce výsledky – 25% respondentov vníma svoju kvalitu života ako dobrú a 23% respondentov ako zlú. (Loubková, 2011, s. 67) Podľa hodnotenia kvality života pacientov dialyzačných centier v Bratislave (2011) 45% respondentov hodnotí svoju kvalitu života ako ani dobrú/ani zlú, so svojim zdravím bolo spokojných 35% respondentov.(Ležovič, 2011, s. 1)

V hypotéze č. 2 sme zisťovali rozdiely z hľadiska pohlavia v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie, kde na základe štatistického spracovania sme zistili, štatistický významný rozdiel v doméne fyzické zdravie ($p=0,013$). Pričom lepšiu kvalitu života v tejto doméne popisovali muži ako ženy. V ostatných doménach, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie nebol preukázaný štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami.

Autorky Bužgová , Hájková, Jasiokova(2009) vo svojej práci s názvom „ Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL – BREF u vybraných skupin pacientů “ taktiež zisťovali rozdiely v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Výsledky preukázali, že štatisticky významný rozdiel bol preukázaný u mužov a žien v doméne fyzické zdravie ($p=0,029$), v doméne sociálne vzťahy ($p=0,034$), kde ženy mali v oboch doménach vyššie skóre v týchto oblastiach. Pacienti s diabetom v doméne prežívanie ($p=0,047$) a v samostatnej položke celkového hodnotenia zdravotného stavu ($p=0,004$), kde naopak muži vykazovali signifikantne vyššie skóre kvality v uvedených oblastiach ako ženy.(Bužgová, Hájková, Jassiova, 2009, s. 249-250)

Zaradenie do dialyzačného programu znamená veľký životný zlom nielen pre samotného pacienta, ale aj pre celú jeho rodinu. Role a povinnosti dialyzovaného pacienta prechádzajú taktiež aj na rodinných príslušníkoch, ktorí prechádzajú fázami adaptácie, menia sa role partnera, či partnerky dialyzovaného člena rodiny. Sociálna opora a podpora zo strany rodiny má nesmierny pozitívny vplyv na priebeh a vývoj ochorenia, teda ak sú sociálne väzby v rodine. (Andrášiová, 2007, s. 42–46)

V hypotéze č.3, 4 sme sa ďalej zamerali na rozdiely v kvalite života z hľadiska rodinného stavu. Na základe Fisherovho presného testu sa nepreukázala štatisticky významné rozdiely medzi kvalitou života dialyzovaných pacientov a ich rodinným stavom. Hladina signifikancie testu ($p=0,060$) Zistili sme, že vydatý/ženatý pacienti, hodnotia kvalitu života ako veľmi zlú/zlú v počte 14 respondentov(30,4%), ani dobrú

ani zlú 23 respondentov(50%) a ako veľmi dobrú/ dobrú 9 respondentov(19,6%), 6 respondentov ktorí sú slobodný/slobodná hodnotia kvalitu života ako veľmi zlú/zlu, 13(65%) respondentov hodnotí svoju kvalitu života ani dobrú a ani zlú, a len 1(5%) respondent odpovedal na položku ako veľmi dobrú/dobrá. Rozvedený/rozvedená pacienti v počte 2(16,7%) respondenti uviedli svoju kvalitu života ako veľmi zlú/zlú, 5(41,7%) respondentov uviedlo ani dobrá/ani zlá , na položku veľmi dobrá dobrá/dobrá odpovedalo 5(41,7%) respondentov, ďalej sme zisťovali ako hodnotia svoju kvalitu života ovdovelí respondenti na položku veľmi zlá/zlá odpovedalo 7(31,8%) respondentov, na ani dobrá/ani zlá odpovedalo 6(27,3%) respondentov a na položku veľmi dobrá/dobrá odpovedalo 9(40,9%) respondentov.

Následne sme sa zamerali na rozdiely v jednotlivých doménach v súvislosti s rodinným stavom. Predpokladali sme, že kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na ich rodinnom stave. Hypotézu môžeme zamietnuť pre Doménu 1- Fyzické zdravie, Doménu 3- Sociálne vzťahy a Doménu 4- Prostredie nepotvrdili sa nám štatistické významné rozdiely v kvalite života vzhľadom k rodinnému stavu. V doméne fyzické zdravie sa nám potvrdili signifikantné rozdiely ($p=0,007$), medzi slobodnými a žijúcimi s partnerom, pričom slobodní pacienti hodnotili svoju kvalitu života lepšie. Taktiež sa nám signifikantné rozdiely ($p=0,004$) potvrdili medzi slobodnými a ovdovelým, kde lepšiu kvalitu života hodnotili slobodní pacienti. V doméne sociálne vzťahy sa nám potvrdili signifikantné rozdiely ($p = 0,013$, resp. $p = 0,035$) kde rozvedení pacienti a pacientmi žijúci s partnerom, hodnotia lepšie kvalitu svojho života v porovnaní ovdovelými pacientmi. Aj v doméne prostredie sa nám potvrdili signifikantné rozdiely ($p = 0,011$) kde pacienti slobodní alebo pacienti žijúci s partnerom lepšie hodnotia kvalitu života, v porovnaní s ovdovelými pacientmi.

Úlohy a povinnosti, ktoré predtým vykonával pacient, sa teraz presúvajú na ostatných členov rodiny, alebo určité roly v rodine zostávajú neobsadené. To vedie k pocitom úzkosti u pacienta, ale aj rodinných príslušníkov. Pozornosť a pomoc zdravotníckeho personálu, by sa teda na začiatku liečby nemala sústreďovať len na pacienta, ale aj na jeho rodinu, ktorá sa o neho stará. Rodinní príslušníci by hlavne na začiatku mali mať dostatok informácií a mali by dostať odpovede na všetky svoje otázky. Každá rodina dialyzovaného pacienta sa môže obrátiť so svojimi otázkami na

zdravotnícky personál, alebo môže navštevovať kluby dialyzovaných pacientov. (Džumelová- Ižová, Ďurčová, 2009, s. 28)

V hypotéze č.5, 6 sme predpokladali štatisticky významný rozdiel v kvalite života z hľadiska vierovyznania. Hypotéza č.5 sa nám nepotvrdila. Nepotvrdili sa nám signifikantné vzťahy medzi vierovyznaním a kvalitou života($p = 0,342$) ktoré, boli overené pomocou Fisherovho presného testu. Zistili sme, že na položku veľmi zlá/zlá odpovedali 4(16%) evanjelicky veriacich respondentov, na položku ani dobrá/ani zlá odpovedalo 14(56%) respondentov a na položku veľmi dobrá/dobrá odpovedalo 7(28%) evanjelicky veriacich respondentov. Katolícky veriaci respondenti na položku veľmi zlá/ zlá odpovedali v počte 19(32,2%) respondentov, ani dobrá/ani zlá odpovedalo 28(47,5%) a 12(20,3%) respondentov odpovedalo na položku veľmi dobrá/dobrá. Respondenti ktorí boli bez vierovyznania odpovedalo na položku veľmi zlá/zlá v počte 6(37,5%) respondentov, na položku ani dobrá/ani zlá odpovedalo 5(31,3%) respondentov a na veľmi dobrá/dobrá odpovedalo 5(31,3%).

Následne sme sa zamerali na rozdiely v jednotlivých doménach v súvislosti s vierovyznaním. Predpokladali sme, že kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na ich vierovyznaní. Hypotézu môžeme zamietnuť pre Doménu 1- Fyzické zdravie, Doménu 2- Prežívanie, Doménu 3- Sociálne vzťahy a Doménu 4- Prostredie nepotvrdili sa nám štatistické významné rozdiely v kvalite života vzhľadom k vierovyznaniu. Kde hodnota signifikancie Kruskal-Wallisovho testu pre Doménu – Fyzické zdravie($p = 0,390$) pre Doménu – Prežívanie ($p = 0,687$), pre Doménu – Sociálne vzťahy ($p = 0,097$) a pre Doménu – Prostredie ($p = 0,376$)

V domácej a zahraničnej a ani žiadnej inej odbornej literatúre sme nenašli štúdie, ktoré by porovnávali kvalitu života dialyzovaných pacientov z hľadiska vierovyznania. Myslím, si že viera zohráva dôležitú úlohu pri zvládaní každodenných činností, a taktiež pri vyrovnávaní sa s ochorením.

V hypotéze 7,8 sme predpokladali štatisticky významný rozdiel v kvalite života z hľadiska veku a kvalitou života dialyzovaných pacientov. Hypotézu č.7 môžeme zamietnuť, nepotvrdili sa nám signifikantné vzťahy medzi vekom a kvalitou života($p = 0,647$) ktoré boli overené pomocou ANOVA testu. Priemerný vek respondentov ktorí odpovedali na položku veľmi zlá/zlá bol $64,0 \pm 15,6$, najmladší respondent bol 32 a najstarší 89 ročný, na položku ani dobrá/ani zlá kde priemerný vek bol $60,9 \pm 13,1$,

najmladší respondent bol 29 a najstarší 82 ročný a na položku veľmi dobrá/dobrá kvalita života priemerný vek bol $61,8 \pm 17,3$, najmladší respondent bol 33 a najstarší 90 ročný. Autorka Bednářová (2007) uvádza, že u starších hemodialyzovaných pacientov ktorí sú porovnávaný s mladšími vekovými skupinami, ich životná spokojnosť je oveľa väčšia, čo vyplýva zo skutočnosti plne prežitého života, splnených prianí, plánov a splnení základných životných úloh.(Bednářová, 2007)

V našom výskume sme sa ďalej zamerali na predpoklad, že kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na veku. Hypotézu nemôžeme zamietnuť pre Doménu 1- Fyzické zdravie ($r = - 0,625$), 2- Prežívanie, Doménu 3- Sociálne vzťahy ($r = - 0,429$) a Doménu 4- Prostredie ($r = -0,533$) kde sa potvrdili štatistické významné rozdiely v kvalite života vzhľadom k veku., to znamená že, medzi vekom a kvalitou života v týchto doménach bola preukázaná nepriama stredne silná závislosť, to znamená, že s rastúcim vekom kvalita života v jednotlivých doménach klesá. V doméne 2- nebola preukázaná štatisticky významná závislosť ($r = - 0,197$)

V posledných hypotézach č.9, 10 sme predpokladali štatisticky významný rozdiel v kvalite života z hľadiska dĺžky dialýzy a kvalitou života dialyzovaných pacientov. Hypotézu č.9 môžeme zamietnuť, nepotvrdili sa nám signifikantné rozdiely medzi dĺžkou dialýzy a kvalitou života ($p = 0,288$) ktoré, boli overené pomocou Kruskal-Wallisov testu.

Následne sme sa zamerali na rozdiely v jednotlivých doménach v súvislosti s dĺžkou dialýzy a kvalitou života. Predpokladali sme, že kvalita života dialyzovaných pacientov v doméne Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy a Prostredie nezávisí na dĺžke dialyzačnej liečby. Hypotézu môžeme zamietnuť pre Doménu 1- Fyzické zdravie, Doménu 2- Prežívanie, Doménu 3- Sociálne vzťahy a Doménu 4- Prostredie nepotvrdili sa nám štatistické významné rozdiely v kvalite života vzhľadom k dĺžke dialýzy. Kde hodnota signifikancie Kruskal-Wallisovho testu pre Doménu – Fyzické zdravie ($p = - 0,458$), pre Doménu – Prežívanie ($p = -0,458$), pre Doménu – Sociálne vzťahy ($p = - 0,173$) a pre Doménu – Prostredie ($p = - 0,411$).Medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života v týchto doménach bola preukázaná nepriama stredne silná závislosť, to znamená, že s rastúcou dĺžkou dialyzačnej liečby kvalita života v jednotlivých doménach klesá

Dĺžka dialýzy je jeden z dôležitých faktorov, ktorý ovplyvňuje kvalitu života. V domácej a ani zahraničnej literatúre sme nenašli, že by bola porovnávaná kvalita života vo vzťahu s dĺžkou dialýzy. Predpokladáme, že u dlhodobo hospitalizovaných pacientov dochádza k zhoršeniu kvality života. Pacient, ktorého čaká dialýza stojí pred neľahkou úlohou, musí sa zmieriť so svojím ochorením a prechádza rôznymi fázami prispôsobovania sa. Je ohrozený okrem iného depresiami, stratou spoločenského života, i narušením rodinných vzťahov. Pacienta na začiatku dialýzy čaká ťažká cesta, na ktorej ho sprevádza zdravotnícky personál, ktorý musí vedieť poskytnúť pacientovi nie len odborné znalosti, ale mal by mu byť aj oporou v jeho problémoch a trápeniach, a dokázať pomôcť takisto i rodine pacienta, ktorá sa často ťažko zmieruje s chronickým ochorením príbuzného.

ZÁVER

Je logické a zrejme, že chronická obličková choroba nespôsobuje len fyzické problémy, ale zanecháva následky na psychike, čo nás núti venovať pozornosť aj psychickému stavu pacienta. Fenomén kvality života je predmetom výskumu niekoľkých odlišných vedných odborov. Z pohľadu medicíny sa jedná o snahu poskytovať čo najefektívnejšiu liečbu, ktorá povedie k celkovej spokojnosti pacienta a zdravotníckeho personálu a dosahovať optimálnych liečebných výsledkov v minimálnom časovom rozpätí.

V teoretickej časti sme rozobrali základné pojmy, ktoré súvisia s dialýzou a kvalitou života, praktická časť bola spracovaná na základe dotazníkového šetrenia, ktoré prebiehalo od začiatku decembra 2012 do konca februára 2013, kde sme spolu rozdali 100 dotazníkov. Výsledky sme následne spracovali do 20 tabuliek a 15 grafov, na základe 15 položiek ktoré obsahoval dotazník.

V našej práci sme si stanovili niekoľko hypotéz, ktorými sme predpokladali rozdiely v kvalite života a rozdiely v jednotlivých doménach (fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie kvality) života dialyzovaných pacientov z hľadiska rodinného stavu, vierovyznania, dĺžky dialýzy, veku a pohlavia.

Na záver by som chcel podotknúť, nech už výsledky boli akékoľvek, či už splnené alebo nie je dôležité a veľmi potrebné sa pozerat' na pacienta holistickým pohľadom, pretože každý pacient má iný názor na to čo ovplyvňuje jeho kvalitu života. Dôležité je, aby sa pacient cítil potrebný nielen pre svojich blízkych ale aj pre spoločnosť.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ANONYMOUS. 2011. *Príručka pacienta liečeného peritoneálnou dialýzou*. Košice : Fresenius Medical Care, 2011. 52 s. ISBN neuvedené.

ANDRÁŠIOVÁ, M. 2007. *Psychologické minimum o psychologickom prežívaní onkologického pacienta*, In *Via practica* roč. 4 (S2): 42 – 46 s. [online] 2007 [Cit. 12.2.2013]. Dostupné na: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2924&magazine_id=1.

BEDNÁŘOVÁ, V. 2007. *Vplyv hemodialýzy na kvalitu života pacientov*, 134 s. [online] 2007 [Cit. 10.4.2013]. Dostupné na: <http://www.unipo.sk/public/media/12634/Simov%C3%A1%20Z.,%20%20C5%A0uli%C4%8Dov%C3%A1%20A.,%20Cinov%C3%A1,%20J.-%20Vplyv%20%20hemodialyzy%20na%20%20kvalitu%20%20C5%BEivota%20%20pacientov.pdf>

BUŽGOVÁ, R., HÁJKOVÁ, M., JASIOKOVÁ, A. 2009. *Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL – BREF u vybraných skupin pacientů 2009*. 249 – 250 s. ISSN 1212-4117

ČERNÁ, M. 2009. *Jak vycestovat s dialýzou*. Stěžeň. 1/2009, č. 1. 20 – 24 s. ISSN 1210-0153

DRAGOMERICKÁ, E., BARTONOVÁ, J. 2006. *Príručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Svetové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4.

DEMEŠ, M. 2011. *Nefrologická aktivita v SR v roku 2011*, [online] 2011 [Cit. 8.4.2013]. Dostupné na: http://www.nefro.sk/fileadmin/Nefro/Prednasky/symposium_2012/Martin_Demes_-_Nefrologicka_aktivita_v_SR_v_roku_2011.pdf

DEMEŠ, M. 2011. *Kvalita života dialyzovaných pacientov*, In *Majáčik*, [online] 2008.[Cit.10.4.2013]. Dostupné na: <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-2-2011/kvalita-zivota-dialyzovanych-pacientov>

DŽUMELOVÁ - IŽOVÁ, M., ĎURČOVÁ, S. 2009. *Dialyzovaný pacient a trávenie voľného času*. In Florence. 2009, 1, 28 s. ISSN 1801- 464X

FRESENIUS MEDICAL CARE in Príručka pacienta liečeného hemodialýzou 14 s.

HENRICH, W. L. 2009. *Principles and practice of Dialysis*. New York : Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 710. ISBN 0-7817-8163-9.

HNATOVÁ , I., KOVÁČOVÁ, L. 2010. *Niektoré aspekty života ľudí zaradených do dialyzačného programu. 5. medzinárodná konferencia doktorandov odborov Psychológia a Sociálna práca*. 2010. 305 – 309 s. [online] 2010 [Cit. 12.2.2012]. Dostupné na:http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD%20konf%202010/SUBORY/PDF/38_Hnatova-Kovacova.pdf.

LEŽOVIČ, M. 2011. *Kvalita života dialyzovaných pacientov* In *Lekársky obzor*, 2011 č.2 70 – 75 s.

KLENER, P., TESAŘ, V. 2003. *Vnitřní lékařství, Svazek IX, Nefrologie*, Praha: Galén, 2003. 130 s. ISBN: 80-7262-209-9.

KLENER, P. 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2011. 802 – 804 s. ISBN 978-80-7262-705-9

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80 – 247-0719-0

MAJOR, M., SVOBODA, L. 2000. *Náhrada funkce ledvin: hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace ledvin*. Praha: Triton, 2000. 32 s. ISBN 80-7254-127-7.

MAREČKOVÁ, J. 2011. *Kvalita výzkumu v ošetrovatelských vědách*. Študijné materiály Univerzity Palackého, Fakulta zdravotnických věd. 2011

MÜNSCHER, CH. 2010. *Jahresberericht Datenanalyse Dialyse für den Gemeinsamen Bundesausschus*. 2010. [online] 2010 [Cit. 14.4.2013]. Dostupné na: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3073/2011-08-18_Jahresbericht_2010_Dialyse_Bericht.pdf

PALÚCH, A., HAVELKOVÁ, B. 2012. *Ekonomické aspekty nefrologické starostlivosti so zameraním na dialýzu* In Nefrologické sympóziu s medzinárodnou účasťou, 2012

PAYNE, J., a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80 – 7254 -657-0.

REITEROVÁ, J. 2010. *Co byste měli vědět o ledvinách* .In *Pacientské listy*. 11/2010, 59, 4 – 6 s. ISSN 1214 – 7664.

RYCHLÍK, I., LOPOT, F. 2011. *Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice, Přehled základních údajů o dialyzační léčbě v České republice v roce 2011* [online] 2011 [cit.8.4.2013]. 2 s. Dostupné na: http://www.nefrol.cz/resources/upload/data/337_Prehled_zakl_udaju2011.pdf

SLOVÁČEK, L., et al. 2004. *Kvalita života nemocných*. In *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, LXXIII, 1, 6 - 9 s. ISSN 0372 – 7025.

SULKOVÁ, S. et al. 2000. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8.

SULKOVÁ, S., NERMUTOVÁ, L. 1998. *Peritoneální dialýza pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 131 s. ISBN: 80-7013-261-2

SVOBODA, L. 2007. *Ledviny a jejich onemocnění*. In *Sestra*. 2007, 4, 43 - 45 s. ISSN 1210 – 0404.

SVOBODA, L. 2009. *Proč je pohyb pro dialyzované pacienty užitečný*. *Dialog*. 2009, č.4. 8 – 9 s. ISSN 1803–7267.

SCHÜCK, O. 2006. *Klinická nefrologie*. Praha : Grada, 2006. 650 s. ISBN 80-247-0503-6.

TEPLÁN, V. 2006. *Praktická nefrologie*. Praha : Grada, 2006. 417 s. ISBN 80- 247-1122-2

TIMMERS, L. et al. 2008. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. In *Psychology & Health*: 2008, 23(6), p. 679-690.

VLACHOVÁ, E. 2008. *Dialyzovaný pacient a jeho problémy s dopravou*. *Stěžeň*. 2/2008, č. 2. 7–9 s. ISSN 1210-0153.

ZOZNAM SKRATIEK

A pod – a podobne

APD - Automatizovaná peritoneálna dialýza

CAPD - Kontinuálna ambulantná peritoneálna dialýza

CKD – Chronical Kidney Disease – chronické zlyhanie obličiek

cm³ – centimeter kubický

ČR – Česká republika

IPQ-R INDIKÁTOR - Illness perception questionnaire revised

mg – miligram

ml – mililiter

m² – meter štvorcový

REGISTER EDTA - Register európskej dialyzačnej a transplantačnej spoločnosti

SR – Slovenská republika

UNM – Univerzitná nemocnica Martin

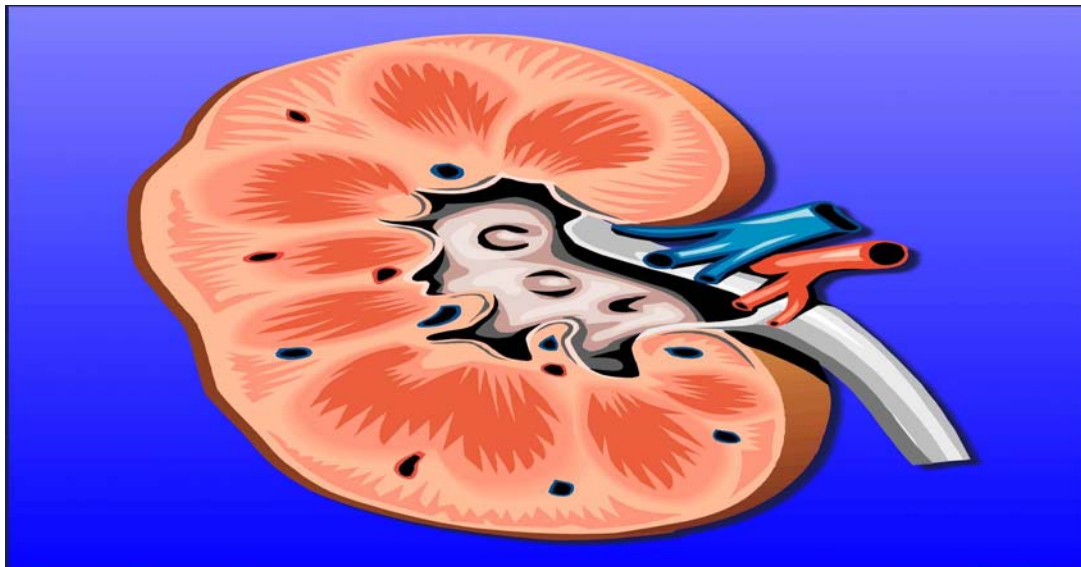
USRDS - United States Renal Data System

WHOQOL – BREF - The World Health Organization Quality of Life

% - percento

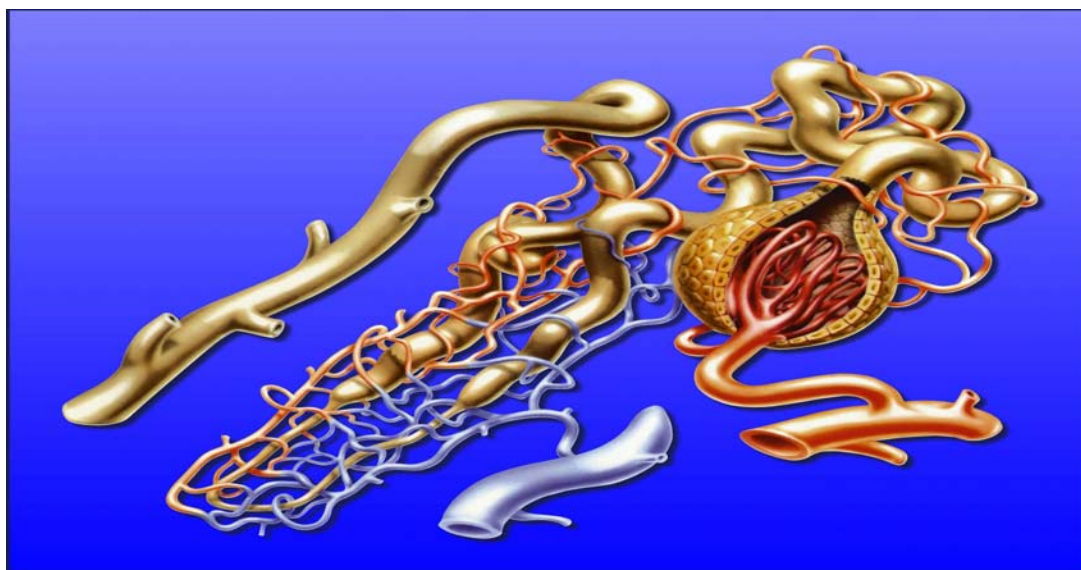
ZOZNAM OBRÁZKOV

Obr.1



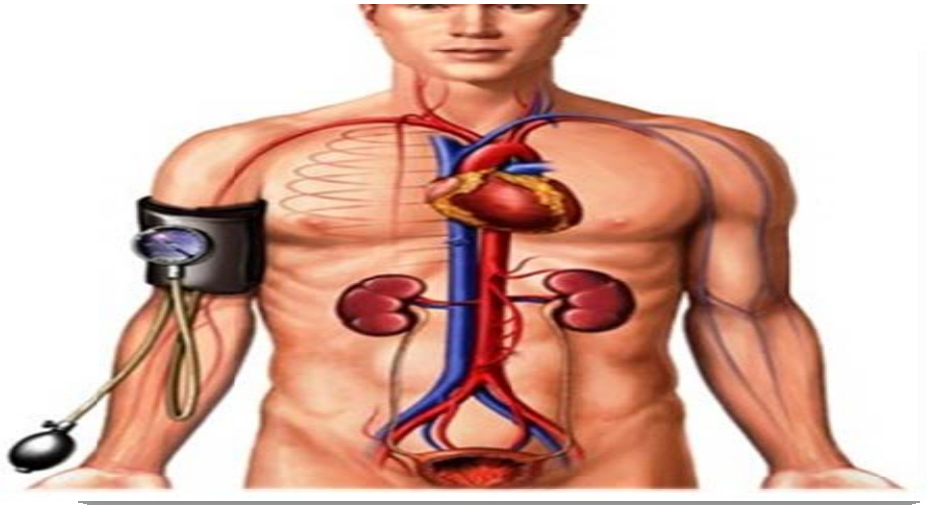
FRESENIUS MEDICAL CARE in Príručka pacienta liečeného hemodialýzou

Obr.2



FRESENIUS MEDICAL CARE in Príručka pacienta liečeného hemodialýzou

Obr.3



Dostupné na:

http://www.google.sk/search?q=obrazky+dialyza&hl=sk&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=3g-RUfn9K8Paswaj9YCgDA&sqj=2&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643

Obr.4

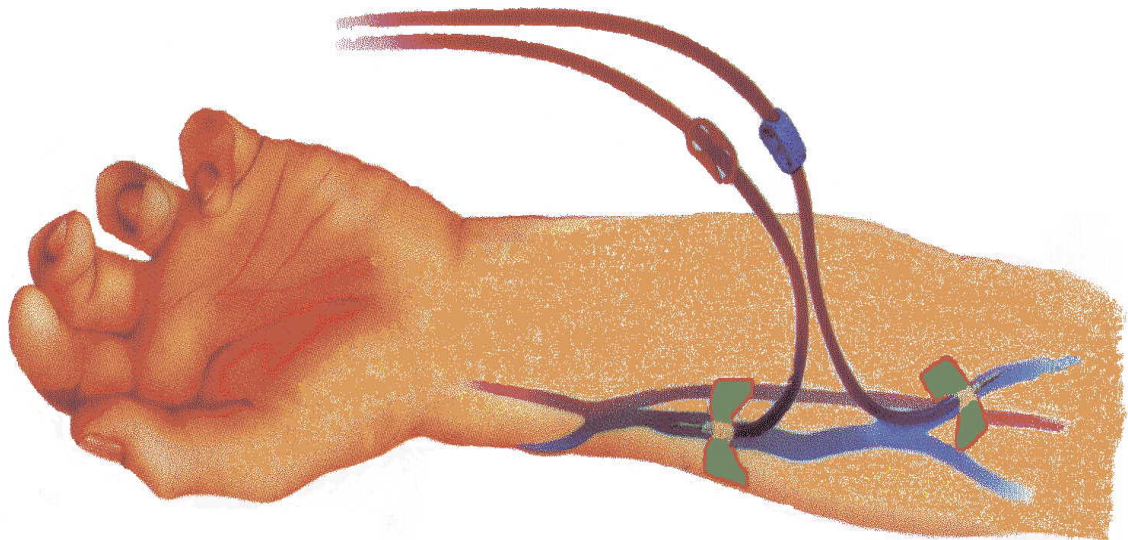


Dostupné na

http://www.google.sk/search?q=obrazky+dialyza&hl=sk&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=3g-RUfn9K8Paswaj9YCgDA&sqj=2&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643#hl=sk&tbm=isch&sa=1&q=hemodialyza&oq=hemodialyza&gs_l=img.3..0i24l2.10627.15581.3.16072.8.3.5.0.0.1.

165.343.1j2.3.0...0.0...1c.1.12.img.8jq07Xl9zwE&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.46340616,d.Yms&fp=11e21b2003c48387&biw=1366&bih=643&imgrc=GI2k5vqSzKCLWM%3A%3BB29yStJm619NHM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.svetzdravotnictvi.cz%252Fuserdata%252Fthumbnail%252Farticles%252Fdetails%252F1130-dial%25C3%25BDza.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.svetzdravotnictvi.cz%252Fdialyzouse-loni-lecilo-v-97-strediscich-11.233-pacientu-aaj1130%252F%3B379%3B213

Obr.5



Dostupné na:

http://www.google.sk/search?q=obrazky+dialyza&hl=sk&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=3g-RUfn9K8Paswaj9YCgDA&sqi=2&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643#hl=sk&tbn=isch&sa=1&q=hemodialyza&oq=hemodialyza&gs_l=img.3..0i24I2.92349.100195.0.100634.5.5.0.0.0.228.647.2j2j1.5.0...0.0...1c.1.12.img.rn4Dexlvfc8&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.46340616,d.Yms&fp=11e21b2003c48387&biw=1366&bih=643&imgrc=uGUg5MiVogLzFM%3A%3BxS2z-SRttqzIFM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.hcuge.ch%252F~nephro%252Faborvasc%252Ffis-tule2.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fparaplycko.blog.cz%252F1008%252Fpro-koho-je-hemodialyza-vhodna%3B1493%3B553

ZOZNAM TABULIEK

Tab.1	Porovnanie peritoneálnej dialýzy a hermodialýzy.....	15
Tab.2	Pohlavie respondentov.....	28
Tab.3	Charakteristika respondentov z hľadiska veku.....	29
Tab.4	Charakteristika respondentov z hľadiska vzdelania	29
Tab.5	Charakteristika respondentov z hľadiska vierovyznania	30
Tab.6	Charakteristika výskumnej vzorky podľa rodinného stavu	31
Tab.7	Charakteristika výskumnej vzorky z hľadiska dĺžky dialýzy.....	32
Tab.8	Kvalita života dialyzovaných pacientov v závislosti na pohlaví.....	35
Tab.9	Kvalita života v doménach v závislosti na pohlaví	36
Tab.10	Kvalita života dialyzovaných pacientov v závislosti na rodinnom stave ...	37
Tab.11	Porovnanie kvality života u osôb vzhľadom k rodinnému stavu	38
Tab.12	Kvalita života v doménach v závislosti na rodinnom stave.....	39
Tab.13	Kvalita života v doménach v závislosti na rodinnom stave vo dvojiciach.	40
Tab.14	Kvalita života dialyzovaných pacientov v závislosti od vierovyznania.....	41
Tab.15	Porovnanie kvality života u osôb vzhľadom k vierovyznaniu	42
Tab.16	Kvalita života v doménach v závislosti na vierovyznaní	43
Tab.17	Porovnanie kvality života medzi vekom dialyzovaných pacientov.....	44
Tab.18	Korelácia s vekom v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie	45
Tab.19	Porovnanie kvality života v závislosti na dĺžke dialyzačnej liečby.....	48
Tab.20	Porovnanie kvality života a dĺžky dialyzačnej liečby v doménach	48

ZOZNAM GRAFOV

Graf.1	Počet respondentov.....	28
Graf.2	Vzdelanie respondentov	29
Graf.3	Vierovyznanie.....	30
Graf.4	Rodinný stav respondentov	31
Graf.5	Počet rokov dialýzy	31
Graf.6	Kvalita života v doménach	32
Graf.7	Kvalita života v závislosti od rodinného stavu.....	38
Graf.8	Kvalita života v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy, prostredie v závislosti od rodinného stavu.	39
Graf.9	Kvalita života v závislosti na vierovyznaní.....	42
Graf.10	Závislosť medzi vekom a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 1 – Fyzické zdravie	46
Graf.11	Závislosť medzi vekom a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 3.– Sociálne vzťahy.....	46
Graf.12	Závislosť medzi vekom a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 4—Prostredie.	47
Graf.13	– Závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 1- Fyzické zdravie	49
Graf.14	Závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 2- Prežívanie.....	50
Graf.15	Závislosť medzi dĺžkou dialyzačnej liečby a kvalitou života dialyzovaných pacientov v Doméne 4- Prostredie.....	50

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha.1	Žiadosť o schválenie klinickej štúdie v dialyzačnej ambulancii v UNM...	69
Príloha.2	Vyjadrenie etickej komisie k realizácii klinickej štúdie v UNM.....	70
Príloha.3	Žiadosť o schválenie klinickej štúdie v súkromnom dialyzačnom stredisku v Martine.....	71
Príloha.4	Štandardizovaný dotazník WHOQOL - BREF	72
Príloha.5	Informovaný súhlas spolu s demografickými údajmi.....	75
Príloha.6	Informácia pre pacienta	76
Príloha.7	Položky a domény dotazníka WHOQOL-BREF	79

PRÍLOHY

Príloha.1 Žiadosť o schválenie klinickej štúdie v dialyzačnej ambulancii v UNM

Bc. Tomáš Kvasničák, Oravské Veselé 191, 029 62

Etická komisia Univerzitetnej nemocnice Martin

Kollárová 2

036 59 Martin

ŽIADOSŤ

Vec : Žiadosť o schválenie realizácie klinickej štúdie

Vážená Etická komisia, dovoľujem si Vás požiadať o povolenie dotazníkového prieskumu v Univerzitetnej nemocnici Martin – v dialyzačnej ambulancii. Štúdia má byť súčasťou mojej záverečnej práce, ktorej téma je „ Kvalita života dialyzovaných pacientov“.

Štúdia je zameraná na zaistenie úrovne kvality života, zdravia a ďalších oblastí života pacientov v terminálnom štádiu zlyhávania obličiek, ktorí sú liečení mimotelovými očisťovacími metódami. Dotazník je štandardizovaný, validizovaný a anonymný a výsledky použijem k svojej Diplomovej práci v odbore Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospelých, v Olomouci.

S pozdravom

v. r Bc. Tomáš Kvasničák

Príloha.2 Vyjadrenie etickej komisie k realizácii klinickej štúdie v UNM



UNIVERZITNÁ NEMOCNICA MARTIN
KOLLÁROVA 2, 036 59 MARTIN



ETICKÁ KOMISIA UNM

tel.: 043/4222 489, 043/4203 484, fax: 043/4222 489, e-mail: eticakomisija@unm.sk

Vážený pán
Bc. Tomáš Kvasničák
Oravské Veselé 191
029 62 Oravské Veselé

Váš list zn./zo dňa:

Naša značka:

EK UNM 260/2012

V Martine dňa:

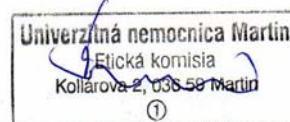
10.1.2013

Vážený pán Bc. Kvasničák,

oznamujeme Vám, že Etická komisia UNM na základe svojho zasadnutia dňa 20.12.2012 **nemá námietky s použitím Vami predloženého dotazníka**, ktorý bude súčasťou Vašej diplomovej práce s názvom: „Kvalita života dialyzovaných pacientov“ a bude použitý pre pacientov v dialyzačnej ambulancii UNM.

S pozdravom

Doc. MUDr. Ž. Fetisovová, PhD.
predsedníčka Etickej komisie UNM



Príloha.3 Žiadosť o schválenie klinickej štúdie v súkromnom dialyzačnom stredisku v Martine

Bc. Tomáš Kvasničák, Oravské Veselé 191, 029 62

NEFRO – DIALYZAČNÉ CENTRUM

Priehradka 18 Martin

036 01

ŽIADOSŤ

Vec : Žiadosť o schválenie realizácie klinickej štúdie

Vážená pani PhDr. Jana Híčíková, dovoľujem si Vás požiadať o povolenie dotazníkového prieskumu v súkromnej dialyzačnej ambulancii v Martine. Štúdia má byť súčasťou mojej záverečnej práce, ktorej téma je „Kvalita života dialyzovaných pacientov“.

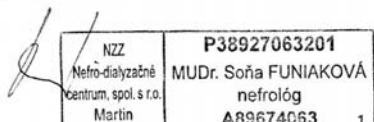
Štúdia je zameraná na zaistenie úrovne kvality života, zdravia a ďalších oblastí života pacientov v terminálnom štádiu zlyhávania obličiek, ktorí sú liečení mimotelovými očisťovacími metódami. Dotazník je štandardizovaný, validizovaný a anonymný a výsledky použijem k svojej Diplomovej práci v odbore Dlhodobá ošetrovatelská péče u dospelých, v Olomouci.

S pozdravom

v. r Bc. Tomáš Kvasničák

PhDr. JANA HÍČIKOVÁ
vrchná sestra

V Martine 14.2.2013



Príloha.4 Štandardizovaný dotazník WHOQOL - BREF

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVETOVEJ ZDRAVOTNÍCKEJ ORGANIZÁCIE WHOQOL – BREF

Inštrukcie

Tento dotazník, zisťuje, ako vnímate kvalitu svojho života, zdravia a ďalších oblastí života. Prosím, odpovedajte na všetky otázky. Ak ste si nie istý/á, ako odpoveď **vyberte prosím tú odpoveď, ktorá sa Vám zdá najvhodnejšia** .

Každú otázku si pozorne prečítajte, zhodnoťte svoje pocity a vyberte tú odpoveď, ktorá ich vystihuje najlepšie.

1. Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života?

veľmi zlá	zlá	ani dobrá ani zlá	dobrá	veľmi dobrá
1	2	3	4	5

Nasledujúce otázky zisťujú, ako veľmi ste v priebehu posledných dvoch týždňov prežíval/a určité udalosti či situácie.

2. Ako Vám bolesť bráni v tom, čo potrebujete robiť?

vôbec nie	trochu	stredne	veľa	maximálne
1	2	3	4	5

3. Teší Vás život?

vôbec nie	trochu	stredne	veľa	maximálne
1	2	3	4	5

4. Má Váš život podľa Vás zmysel?

vôbec nie	trochu	stredne	veľa	maximálne
1	2	3	4	5

Nasledujúce otázky zisťujú, v akom rozsahu ste vykonával/a alebo mohol/a vykonávať určité činnosti v posledných dvoch týždňoch.

5. Máte dost energie pre každodenný život?

vôbec nie	skoro nie	stredne	väčšinou áno	úplne
1	2	3	4	5

6. Dokážete prijať svoj telesný vzhľad?

vôbec nie	skoro nie	stredne	väčšinou áno	úplne
1	2	3	4	5

7. Máte možnosť venovať sa svojim záľubám?

vôbec nie	skoro nie	stredne	väčšinou áno	úplne
1	2	3	4	5

8. Ako sa môžete pohybovať?

veľmi zle	zle	ani zle ani dobre	dobre	veľmi dobre
1	2	3	4	5

Ďalšie položky sú zamerané na to, ako ste bol /a, šťastný/á alebo spokojný/á s rôznymi oblasťami svojho života v posledných dvoch týždňoch.

9. Ako ste spokojný/á zo svojim spánkom?

veľmi nespokojný/á	nespokojný/á	ani spokojný/á ani nespokojný/á	spokojný/á	veľmi spokojný/á
1	2	3	4	5

10. Ste spokojný/á zo svojimi schopnosťami pri výkone každodenných činností?

veľmi nespokojný/á	nespokojný/á	ani spokojný/á ani nespokojný/á	spokojný/á	veľmi spokojný/á
1	2	3	4	5

11. Ako ste spokojný/á zo svojim pracovným výkonom?

veľmi	nespokojný/á	ani spokojný/á ani	spokojný/á	veľmi spokojný/á
-------	--------------	--------------------	------------	------------------

nespokojný/á		nespokojný/á		
1	2	3	4	5

12. Ste spokojný/á zo svojim sexuálnym životom?

veľmi nespokojný/á	nespokojný/á	ani spokojný/á ani nespokojný/á	spokojný/á	veľmi spokojný/á
1	2	3	4	5

13. Ste spokojný/á s podporou ktorú Vám poskytujú priatelia?

veľmi nespokojný/á	nespokojný/á	ani spokojný/á ani nespokojný/á	spokojný/á	veľmi spokojný/á
1	2	3	4	5

14. Ako ste spokojný/á dopravou?

veľmi nespokojný/á	nespokojný/á	ani spokojný/á ani nespokojný/á	spokojný/á	veľmi spokojný/á
1	2	3	4	5

Nasledujúca otázka zisťuje ako často ste v priebehu posledných dvoch týždňov prežíval/a určité pocity

15. Ako často prežívate negatívne pocity ako je napr : mrzutosť, beznádej, úzkosť alebo smútok?

nikdy	niekedy	stredne	celkom často	neustále
1	2	3	4	5

Chcete ešte niečo k nášmu dotazníku dodať?

Príloha.5 Informovaný súhlas spolu s demografickými údajmi

Informovaný súhlas

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s charakterom vedeckého projektu a súhlasím s účasťou na výskume ktorý je zameraný na zistenie úrovne kvality života, zdravia a ďalších oblastí života pacientov v terminálnom štádiu zlyhávania obličiek, ktorí sú liečení mimotelovými očisťovacími metódami. Bol/a som náležite informovaný/á o priebehu výskumu a súhlasím s použitím informácií vo výskumnej úlohe. Charakter štúdie mi bol podrobne vysvetlený a rozumiem mu.

Súhlasím s publikovaním výsledkov získaných na základe tejto štúdie, pri ktorých bude zachovaná anonymita.

Vek:

Pohlavie:

Dĺžka dialýzy:

Vzdelanie:

Vierovyznanie:

Rodinný stav:

Príloha.6 Informácia pre pacienta

Informácia pre pacienta

Názov výskumu : **Kvalita života dialyzovaných pacientov**

Vážení pacienti,

Obraciam sa na Vás s prosbou o súhlas s Vašou účasťou vo výskume zameranom na kvalitu života dialyzovaného pacienta, ktorá je témou mojej Diplomovej práce. Budete vyplňovať len údaje v dotazníku – Kvalita života dotazník svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF, ktorý zisťuje ako vnímate kvalitu svojho života, zdravia, a ďalších oblastí života. Účasť je dobrovoľná. Dotazník je anonymný a bude použitý na vypracovanie mojej diplomovej práci.

Za Vašu spoluprácu Ďakujem

Bc. Tomáš Kvasničák, Študent denne formy magisterského štúdia v študijnom programe Dlhodobá ošetrovatelská péče u dospelých

Prosím o potvrdenie súhlasu s Vašou účasťou na výskume – vyplnenie dotazníka :

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s charakterom vedeckého prieskumu, a súhlasím s tým že som sa dobrovoľne zúčastnil/a výskumu zameraného na kvalitu života dialyzovaného pacienta.

Meno a priezvisko pacienta:

Dátum:

Podpis:

Bc. Tomáš Kvasničák, Oravské Veselé 191, 029 62

Univerzita Komenského v Bratislave

Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Etická komisia

Sklabinská 26

037 53 Martin

Čestné prehlásenie o zaistení poistenia účastníkov v klinickej štúdií

Bc. Tomáš Kvasničák, rodné číslo 860701/7991, trvale pobytom Oravské Veselé 191, 029 62 Oravské Veselé

čestne prehlasujem,

že údaje opýtaných respondentov, ktoré sú získané pre potreby diplomovej práce s názvom „ Kvalita života dialyzovaných pacientov“ budú použité výlučne len pre danú prácu.

Podpis

Príloha.7 Položky a domény dotazníka WHOQOL-BREF

domény položky

Domény	Položky	
Fyzické zdravie	q3	Bolesť a nepríjemné pocity
	q4	Závislosť na zdravotnej starostlivosti
	q10	Energie a únava
	q15	Pohyblivosť
	q16	Spánok
	q17	Každodenné činnosti
	q18	Pracovná výkonnosť
Prežívanie	q5	Potešenie zo života
	q6	Zmysel života
	q7	Sústredenie
	q11	Prijatie telesného vzhľadu
	q19	Spokojnosť zo sebou
	q26	Negatívne pocity
Sociálne vzťahy	q20	Osobné vzťahy
	q21	Sexuálny život
	q22	Podpora priateľov
Prostredie	q8	Osobné bezpečie
	q9	Životné prostredie
	q12	Finančná situácia
	q13	Prístup k informáciám
	q14	Záľuby

	q23	Prostredie v okolí bydliska
	q24	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti
	q25	Doprava
Dve samostatné položky	Q1	Kvalita života
	Q2	Spokojnosť zo zdravím

http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/czech_whoqol.pdf