



MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA DOTAZNÍKEM WHOQOL-BREF U PACIENTŮ S TUBERKULÓZOU

MEASURING QUALITY OF LIFE BASED ON THE WHOQOL-BREF QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

Jarmila Siverová¹, Radka Bužgová²

¹ Oddělení pneumologie a ftizeologie, Městská nemocnice Ostrava

¹ Department of Pneumology and Ftizeology, Municipal Hospital of Ostrava

² Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Ostravská univerzita v Ostravě

² Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Studies, University of Ostrava

Abstrakt

Cíl: Hodnocení kvality života se vztahuje k základním cílům zdravotní péče. Cílem naší práce bylo zjistit kvalitu života pacientů s tuberkulózou z okresu Ostrava město a okresu Karviná a porovnat ji se zdravou populací. Dále porovnat zjištěnou kvalitu života z krátkodobého a dlouhodobého hlediska a ve vztahu ke sledovaným sociodemografickým faktorům. **Metody:** Výzkumný soubor tvořilo 46 pacientů z okresů Ostrava město a Karviná, kteří byli v době šetření (červenec – prosinec 2009) léčeni pro tuberkulózu plic. K měření kvality života byl použit dotazník WHOQOL-BREF, který posuzuje kvalitu života ve čtyřech oblastech: fyzická, prožívání (psychická), sociální vztahy a prostředí. Data byla analyzována dle metodiky Dragomírecké (2006). **Výsledky:** Šetřením bylo zjištěno, že pacienti s tuberkulózou mají sníženou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví, zjištěny byly rozdíly mezi kvalitou života mužů a žen, v jednotlivých věkových kategoriích, podle rodinného stavu i podle místa bydliště. Celkově hodnotí nejlépe pacienti s tuberkulózou sociální vztahy a prostředí. U hospitalizovaných pacientů bylo zjištěno zhoršené vnímání kvality života v oblasti sociálních vztahů a prostředí, u ambulantně léčených pacientů s tuberkulózou bylo zjištěno nízké hodnocení pracovního výkonu, sexuálního života a přítomnost negativních pocitů. **Závěr:** V průběhu trvání léčby dochází k různým projevům nespokojenosti a také následnému dílčímu snížení kvality života v některých oblastech z důvodu omezení sociálních kontaktů při hospitalizaci.

Klíčová slova: kvalita života, pacient, hospitalizace, tuberkulóza, dotazník WHOQOL-BREF.

Abstract

Aim: Evaluation of quality of life relates to the fundamental goals of health care. The aim of our work was to assess the quality of life of patients with tuberculosis from district of Ostrava town and Karvina district and to compare it with norm of population. Furthermore, to compare the determined quality of life of patients by age, gender, marital status, education, type and length of treatment (hospitalization, outpatient care). **Methods:** The research was formed by 46 patients who were at the time of investigation (July-December 2009) treated for tuberculosis of lung. For measurement of the quality of life was used the questionnaire WHOQOL-BREF, which assesses the quality of life in four domains: physical, living through (psychical), social relationships and environment. The data analysis was performed according to methodology Dragomírecká (2006). **Results:** The investigation showed that patients with tuberculosis have only reduced quality of life in the area of physical health in comparison with population norms. Women had achieved significantly higher scores of quality of life in area of social relationships than men. The quality of life of patients with tuberculosis had decreased age due, particularly in the area of physical health. In hospitalized patients was found impaired perception of quality of life in the area of social relations and surroundings, for ambulant patients was found lower scores in the area of physical and psychic health. From the individual items was found low performance appraisal, sexual life, the presence of negative feelings, and dependence on medical care. **Conclusion:** In course of duration of the treatment comes to different expressions of dissatisfaction as well as to subsequent partial reduction in quality of life in some areas because of restrictions on social contacts during hospitalization.

Key words: quality of life, patients, hospitalization, tuberculosis, WHOQOL-BREF questionnaire.

Úvod

Zdraví je ve všech lidských kulturách kladeno v hierarchii zastávaných hodnot na přední místo.

Umožňuje nám naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti, štěstí a plnohodnotné uplatnění ve společnosti (Kebza, 2005, s. 57). Pojem kvalita života spojuje týmy výzkumníků po celém světě, osvojila si

korespondence: siverova@seznam.cz

jej věda (Křížová, 2005, s. 217). Ve zdravotnictví vycházíme při snaze o vyjádření významu „kvalita života“ z definice zdraví WHO – kvalitou života je zde myšleno vlastní vnímání jedince, jeho života jako celku v kontextu místa kde žije a pracuje (Hnilicová, 2005, s. 208). Hovoříme o kvalitě života ovlivněné zdravím (HRQOL – Health Related Quality of Life). Ve výzkumech kvality života u nemocných s dlouhodobými zdravotními problémy bylo prokázáno, že zhoršený zdravotní stav negativně ovlivňuje všechny oblasti lidského života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 71).

Tuberkulóza (TBC) je celkové infekční onemocnění řazené mezi specifické procesy. Je vyvolána mykobakteriemi (M): *M. tuberculosis*, *M. bovis* a *M. africanum*. Postihuje z 85 % dýchací ústrojí. V dalších 15 % jsou postiženy ostatní orgány, nejčastěji mízní uzliny, klouby a kosti a urogenitální systém (Ošťádal, Kos, 2002). Historie tuberkulózy sahá až do starověkého Egypta. Do poloviny 20. století bylo toto onemocnění považováno za nejrozšířenější celosvětovou epidemii. Objev vyvolavatele onemocnění Robertem Kochem a uvedení jeho sdělení „*O tuberkulóze*“, které přednesl 24. 3. 1882 v Berlíně a objevení antituberkulotik, se stalo mezníkem v diagnostice a léčbě tohoto závažného onemocnění. V současné době je tuberkulóza jednou z nejčastějších příčin úmrtí z infekčních chorob v rozvojových zemích (Kos, 2006, s. 639, Křepela, 1995, s. 13). V zemích Evropské unie je podle posledních zjištění zaznamenán výskyt 17,8/100 tis. obyvatel. Současný trend výskytu je považován za pomalu klesající (4 % za poslední 4 roky). V některých zemích evropského regionu je ale situace nepříznivá. Jsou to země bývalého Sovětského svazu, kde byl v roce 2006 hlášen výskyt více než 100/100 tisíc obyvatel (Solovič, 2009, s. 3, 4). V Evropě onemocní každou hodinu 50 osob a 8 osob na TBC zemře. V roce 2007 byla na zasedání zemí členských států evropského regionu WHO přijata *Deklarace o tuberkulóze*. V této deklaraci se hovoří o tom, že TBC je hrozbou pro Evropu. Multirezistentní forma tuberkulózy (obtěžně léčitelná) a nově objevená (neléčitelná) X lékově rezistentní forma tuberkulózy jsou časovanými bombami. Cílem snažení WHO je zvrátit současný vývojový trend a do roku 2050 TBC v Evropě eliminovat (Solovič, Vít, Wallenfels, 2008, s. 103-104). Česká republika se v roce 2005 zařadila díky incidenci méně než 10/100 000 obyvatel mezi země s nízkým výskytem TBC. Každoročně, v dlouhodobém sledování od roku 1962, je patrný pokles hlášených onemocnění (ÚZIS ČR, 2008, s. 12). V roce 2008 byla incidence 8,4/100 tis. obyvatel. Došlo, ve srovnání s rokem 2007, ke zvýšení počtu

nemocných žen o 14 %, u mužů bylo zaznamenáno 5% snížení. V porovnání muži se ženami se TBC vyskytuje u 11,1 mužů ze 100 tis. a u 5,8 žen ze 100 tis. obyvatel. Nejvyšší výskyt byl zaznamenán ve věkové kategorii nad 75 let (26,1/100 tis. osob dané věkové kategorie). Podle územního uspořádání je nejpočetnější výskyt v roce 2008 v Pardubickém kraji (11,9/100 tis. obyvatel), nad republikový průměr se dostal i Moravskoslezský kraj s výskytem 9,1/100 tis. obyvatel (Nováková, 2009, s. 1-2).

Pro měření kvality života nemocných je nejčastěji využíván dotazník SF-36 (Kalová, 2005, 166). Pro překonání a rozšíření pohledu na měření kvality života podle SF-36, který popisuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu a běžných aktivit byl vyvinut instrument s názvem WHOQOL. Tento dotazník vychází ze zkušeností dosavadních měření kvality života. Je používán jako stopoložkový a dvacetišestipoložkový v padesáti jazycích. Dotazníky WHOQOL pokrývají všechny oblasti lidského života, ale nezaměřují se na specifické problémy, které souvisejí s nemocí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 12,15). Častěji je používán ve verzi zkrácené s 26 otázkami (WHOQOL-BREF), kde jsou hodnoceny čtyři domény (oblasti) kvality života: fyzické zdraví, prožívání (duševní zdraví), sociální vztahy a prostředí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 28). Měření kvality života nám přináší řadu důležitých informací, které se v běžné praxi nezjišťují. Často jsou to skutečnosti, které mají pro nemocného z hlediska zvládání života prioritní význam. Je to především zjištění emocionálního prožívání nemoci jedincem a jeho blízkými, míra sociální opory, socioekonomické zázemí apod. (Hnilicová, 2005, s. 211-214).

Cílem naší práce bylo změřit kvalitu života u pacientů s tuberkulózou plic a zjištěné výsledky porovnat s populačními normami, porovnat rozdíl ve zjištěné kvalitě života z hlediska délky trvání léčby: u hospitalizovaných pacientů (krátkodobé hledisko) a v ambulantní péči (dlouhodobé hledisko). Dále pak zjistit, zda kvalitu života ovlivňují sociodemografické faktory (věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání).

Z orientační literární rešerše za období 1999 až 2009 ze zdrojů: katalog (NL) Národní lékařské knihovny, SKC (soukromý katalog ČR), SKCP (soukromý katalog ČR-seriály), ANL (články v českých novinách, časopisech a sbornících), Google, Bibliographia medica, vyplývá, že kvalita života pacientů s tuberkulózou v ČR nebyla zjištěna. V oboru pneumologie a ftizeologie se měřením kvality života zabývají Vondra a Salajka. Cílovou skupinou těchto autorů jsou nemocní s bronchiální obstrukcí (chronická obstrukční plicní nemoc, bronchiální astma) a s bronchogenním karcinomem. Vondra (2003, s. 499) uvádí, že kvalita života u

pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí se zhoršuje stíží onemocnění, nízké je hodnocení všeobecné úrovně zdraví a společenských aktivit. Nejvíce jsou pacienti omezeni při tělesné aktivitě. Podle Salajky (2006, s. 22) je u dospělých nemocných s astmatem kvalita života ovlivněna nejen příznaky nemoci (kašel, dušnost...), ale i omezením každodenních činností v oblasti sociální, fyzické a v zaměstnání. Salajka (2006, s. 22) dále soudí, že ze zjištění výsledků studie van den Booma je možné utvořit závěr, že dominujícím důvodem vyhledání zdravotnického zařízení je snížená kvalita života. V zahraničí se kvalitou života pacientů s tuberkulózou zabývali např. Hansel et al. (2004), Marra et al. (2004), Muniyandi et al. (2007).

Soubor

Soubor tvořili pacienti s plicní tuberkulózou v ambulantní péči, kteří byli v době šetření dispenzarizováni v dispenzární skupině PI (dispenzární označení aktivní tuberkulózy, v této skupině jsou nemocní vedeni po dobu léčby a dalších šest měsíců po ukončení léčby) podle Vyhlášky č. 386/2007 Sb. (Vyhláška o poskytování dispenzární péče) a pacienti, kteří byli pro plicní tuberkulózu hospitalizováni a léčeni ve zdravotnických zařízeních oboru pneumologie a ftizeologie ve Fakultní nemocnici Ostrava, Městské nemocnici Ostrava, Mepha-Centru Ostrava-Poruba, Vítkovické nemocnici a.s., Nemocnici s poliklinikou Karviná-Ráj, Nemocnici Havířov a Odborném léčebném ústavu Jablunkov. Respondenti byli z okresů Ostrava-město a okres Karviná, věková hranice pro zařazení do souboru 18 let. Celkový počet respondentů byl 46. Z toho 34 mužů a 12 žen. Bydliště v okrese Ostrava uvedlo 25 a okres Karviná 21 osob. Pro posouzení rozdílu ve zjištěné kvalitě života podle délky trvání nemoci jsme rozdělili respondenty na hospitalizované v počtu 28 (krátkodobé hledisko - max. dva měsíce trvání nemoci) a v ambulantní péči v počtu 18 (dlouhodobé hledisko cca 1 rok trvání nemoci).

Metodika

Pro měření kvality života byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace v krátké verzi (WHOQOL-BREF) „Kvalita života.“ Dotazník je strukturován do čtyř domén: doména fyzického zdraví hodnotí bolest, závislost na lékařské péči, únavu, pohyblivost, spánek, každodenní a pracovní činnosti; otázky v doméně prožívání (duševní zdraví) jsou zaměřeny na potěšení ze života, smysl života, schopnost soustředění, spokojenost se sebou a na negativní pocity; v doméně sociálních vztahů jsou hodnoceny osobní vztahy, sexuální život, podpora

přátel, osobní bezpečí; v doméně prostředí je zaměřeno na finanční situaci, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotnické péče a dopravy. Celkem obsahuje dotazník 26 položek, z nichž dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a spokojenosti se zdravím. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1 – 5, u domén je to 4 – 20. Vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Výsledná data jsou vyhodnocena v podobě doménových skóre a jako hodnoty odpovědí dvou samostatných položek. Skóre jsou průměrnými součty sečtenými z jednotlivých výsledků odpovědí. Pro výpočty jsou použity aritmetické průměry, maximální a minimální hodnoty. Pro vytvoření hrubých skóre domén a jejich transformaci na hodnotu 4-20 je použita metodika od Dragomirecké (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 23).

Výsledky jsou zpracovány na úrovni popisné statistiky a uvedeny v jednotlivých tabulkách. Pro srovnání dosažených výsledků se zdravou populací jsou použity populační normy (běžná populace) převzaté z Příručky pro uživatele dotazníku WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Výsledky

Průzkumu se zúčastnilo celkem 46 respondentů. Sociodemografická charakteristika souboru je uvedena v tab. 1.

Tab.1 Sociodemografická charakteristika souboru

	Ostrava (n = 25)	Karviná (n = 21)	Celkem (n = 46)
Pohlaví			
Ženy	8	3	12
Muži	17	18	34
Průměrný věk	58,32	56,90	57,67
Vzdělání			
Základní	7	9	16
Střední bez maturity	11	6	17
Střední s maturitou	7	4	11
Vysokoškolské	0	2	2
Rodinné soužití			
Partnerské	15	12	27
Bez partnera	10	9	19
Způsob léčby			
Ambulantní	11	7	18
Hospitalizace	14	14	28

Z výsledků je zřejmé, že dotazovaní pacienti s plicní tuberkulózou v jednotlivých položkách dotazníku nejlépe hodnotili podporu přátel, dostupnost zdravotní péče, prostředí v okolí bydliště, osobní vztahy, naopak nejhůře hodnotili celkovou

spokojenost se zdravím, pracovní výkon, sexuální život a přítomnost negativních pocitů. Průměrné hodnoty jednotlivých položek jsou uvedeny v tab. 2.

Tab. 2 Průměrné skóry položek WHOQOL-BREF u pacientů s tuberkulózou a u běžné populace

Položka	Pacienti s tuberkulózou		Populační norma*	
	průměr	n	průměr	n
Q1 celková kvalita života	3,67	46	3,82	310
Q2 spokojenost se zdravím	2,63	46	3,68	310
q3 bolest a nepříjemné pocity	3,04	46	4,03	310
q4 závislost na lékařské péči	3,13	46	4,16	310
q5 potěšení ze života	3,80	46	3,83	310
q6 smysl života	3,80	45	3,86	310
q7 soustředění	3,61	46	3,55	310
q8 osobní bezpečí	3,56	43	3,24	310
q9 životní prostředí	3,28	45	2,85	310
q10 energie a únava	3,20	46	3,62	310
q11 přijetí tělesného vzhledu	3,60	45	3,90	310
q12 finanční situace	3,15	45	2,87	310
q13 přístup k informacím	3,74	45	3,87	310
q14 záliby	3,20	46	3,33	310
q15 pohyblivost	3,54	46	4,27	308
q16 spánek	3,22	46	3,61	308
q17 každodenní činnosti	3,30	45	3,76	308
q18 pracovní výkon	2,80	46	3,76	308
q19 spokojenost se sebou	3,43	45	3,57	308
q20 osobní vztahy	3,96	46	3,75	308
q21 sexuální život	2,98	41	3,64	308
q22 podpora přátel	4,13	45	3,85	308
q23 prostředí v okolí bydliště	3,89	45	3,54	308
q24 dostupnost zdr. péče	4,09	45	3,70	308
q25 doprava	3,59	46	3,19	308
q26 negativní pocity	2,37	46	3,47	308

* Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41

Při hodnocení jednotlivých domén, jak ukazuje tab. 3., dotázaní pacienti s tuberkulózou nejlépe hodnotili oblast sociálních vztahů. Nejnižší hodnoty byly dosaženy v oblasti vnímání fyzického zdraví. Ve srovnání se zdravou populací, hodnotili lépe pacienti s tuberkulózou oblast prostředí (životní podmínky), v ostatních doménách byly hodnoty sníženy. Hůře hodnotili pacienti s tuberkulózou zejména fyzické zdraví a celkovou kvalitu života.

Při posouzení rozdílu mezi zjištěnou kvalitou života u pacientů s tuberkulózou krátkodobě léčených a u pacientů s tuberkulózou dlouhodobě léčených (viz tab. 4) vyplývá, že lepších výsledků v doméně fyzického zdraví a psychického zdraví dosahují pacienti hospitalizovaní. Sociální vztahy a prostředí hodnotí lépe pacienti s tuberkulózou v ambulantní péči. Celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav hodnotí lépe pacienti ambulantně léčení (dlouhodobě hledisko). Nejvýraznější rozdíl v hodnocení jednotlivých položek dotazníku je u otázky na přítomnost negativních pocitů – zde je dosažena celkově nejnižší hodnota, a to pacienti v ambulantní péči. Naopak u pacientů hospitalizovaných je u této položky výsledná hodnota nad populační normou.

Při srovnání zjištěné kvality života u respondentů z okresu Ostrava s respondenty z okresu Karviná bylo zjištěno, že lépe hodnotí kvalitu života skupina respondentů z Karviné. Skupina z Ostravy lépe hodnotí prostředí, v ostatních doménách dosahuje nižších hodnot. Nejvýraznější rozdíl je v doméně psychického zdraví, nejmenší rozdíl v doméně fyzického zdraví. Celkové položky vykazují větší rozdíl v hodnocení zdravotního stavu.

Ze sociodemografických charakteristik jsme u respondentů sledovali věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav (viz tab. 5). Skupina respondentů, kteří uvedli jednu z nabízených forem partnerského soužití, dosahuje nejnižší hodnoty v doméně fyzického zdraví, v celkovém hodnocení zdravotního stavu dokonce nejnižší hodnoty ze všech respondentů podle rodinného stavu. Nejlépe hodnotí tato kategorie oblast prožívání (doména 2), v porovnání s ostatními ze skupiny jsou v této doméně dosažené hodnoty nejvyšší. Svobodní respondenti nejlépe hodnotí oblast fyzickou, nejnižší hodnota je zaznamenána u oblasti prožívání (doména 2). U rozvedených respondentů je nejnižší hodnota v oblasti prostředí (doména 4), nejlépe hodnotí sociální vztahy, ovšem ve srovnání s ostatními respondenty podle rodinného stavu, je hodnocení sociálních vztahů nejhorší. Skupina ovdovělých respondentů má nejnižší doménové skóre v oblasti fyzického zdraví, v dalších oblastech kvality života však dosahuje vyšších hodnot než ostatní pacienti

s tuberkulózou. Při vzájemném srovnání skupiny respondentů, kteří žijí v manželském nebo partnerském svazku a respondentů, kteří žijí bez životního partnera je patrné, že skupina žijící v manželském/partnerském soužití vykazuje nižší hodnotu v doméně fyzického zdraví naopak ve všech

ostatních doménách jsou dosažené průměry respondentů z této skupiny vyšší. U položek celkového hodnocení je celkový zdravotní stav hodnocen lépe respondenty bez partnera a celková kvalita života je lépe hodnocena respondenty, kteří žijí v manželském/partnerském soužití.

Tab. 3 Průměrné skóre domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u pacientů s tuberkulózou a u běžné populace

Domény	Pacienti s tuberkulózou (n = 46)			Populační norma* (n = 308)		
	průměr	min.	max.	průměr	min.	max.
Dom 1-fyzické zdraví	12,62	6,86	20,00	15,55	5,14	20,00
Dom 2-duševní zdraví	14,64	8,66	20,00	14,78	6,67	20,00
Dom 3-sociální vztahy	14,69	8,00	20,00	14,98	4,00	20,00
Dom 4-životní podmínky	14,36	10,00	19,50	13,30	6,00	18,50
Q1 celková kvalita života	3,67	1,00	5,00	3,82	1,00	5,00
Q2 spokojenost se zdravím	2,63	1,00	5,00	3,68	1,00	5,00

* (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42)

Tab. 4 Hodnoty doménových skóre a samostatných položek u pacientů s tuberkulózou podle typu péče

Domény	Pacienti s tuberkulózou hospitalizovaní (n = 28)			Pacienti s tuberkulózou ambulantní péče (n = 18)		
	průměr	min.	max.	průměr	min.	max.
Dom 1 - fyzické zdraví	11,24	6,86	19,43	10,37	8,00	17,14
Dom 2 - duševní zdraví	14,50	8,66	19,33	12,47	8,66	19,16
Dom 3 - sociální vztahy	13,27	8,00	20,00	14,44	10,66	20,00
Dom 4 - životní podmínky	14,32	10,50	18,00	14,42	10,00	17,00
Q1 celková kvalita života	3,64	3,00	5,00	3,72	3,00	5,00
Q2 spokojenost se zdravím	2,57	1,00	5,00	2,72	1,00	4,00

Při srovnání výsledků při rozdělení souboru podle dosaženého vzdělání je zjištěno, že nejlépe hodnotí kvalitu života respondenti s vysokoškolským vzděláním, nejnižších výsledných doménových skóre dosáhla skupina respondentů se středním vzděláním bez maturity. Při srovnání mužů a žen ze sledovaného souboru jsou ve všech doménách patrné rozdíly. Lépe hodnotí kvalitu života ženy. Muži hodnotí lépe doménu fyzického zdraví a celkovou položku kvality života. Ženy mají dosaženy vyšší hodnoty v doméně psychického zdraví, sociálních vztahů, prostředí a v celkové položce zdravotního stavu. Nejvyšší hodnotu dosahují ženy v doméně sociálních vztahů, muži v doméně psychického zdraví. Nejnižší hodnotu dosáhli shodně muži i ženy v doméně fyzického zdraví.

Při srovnání jednotlivých věkových kategorií navzájem je patrné, že nejlépe hodnotí kvalitu života respondenti 18 – 29letí a nejhůře respondenti 60 – 74letí. Nejnižších hodnot dosahují kromě první kategorie (18 – 29 let) všichni shodně v doméně

fyzického zdraví a rovněž samostatná položka hodnotící zdravotní stav vykazuje u všech kategorií shodně nejnižší hodnoty. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že čím vyšší je věková kategorie, tím nižší jsou hodnoty v doméně fyzického zdraví. Naopak doména sociálních vztahů je kromě první věkové kategorie všemi ostatními hodnocena lépe než běžnou populací. V doméně prostředí dosahují respondenti ze všech kategorií hodnot vyšších než běžná populace. Samostatnou položku kvality života nejlépe hodnotí respondenti z věkové kategorie 75 let a více, nejnižší průměrná hodnota je zaznamenána ve věkové kategorii 30 – 44 let. Samostatná položka hodnocení zdravotního stavu vykazuje nejnižší průměrnou hodnotu ve věkové kategorii 75 let a více a nejvyšší průměrnou hodnotu ve věkové kategorii 18 – 29 let.

Tab. 5 Hodnoty doménových skóru u pacientů s tuberkulózou podle sociodemografických charakteristik

	n	Dom 1 fyzické zdraví	Dom 2 duševní zdraví	Dom 3 sociální vztahy	Dom 4 životní podmínky
Rodinný stav					
s parterem	27	12,15	14,88	14,47	14,39
rozvedení	8	12,86	13,83	14,00	14,60
ovdovělí	6	11,81	14,78	14,60	15,83
svobodní	5	15,74	14,33	14,40	14,60
Pohlaví					
muž	34	12,66	14,60	14,48	14,29
žena	12	12,46	14,80	15,47	14,60
Vzdělání					
základní	16	10,78	13,90	14,50	14,03
střední bez maturity	17	8,57	8,66	8,00	10,00
střední s maturitou	11	14,54	15,21	14,42	15,23
vysokoškolské	2	14,29	17,97	17,33	17,50
Věk					
18 – 29 let	2	15,99	15,04	15,32	13,23
30 – 44 let	7	16,50	15,12	15,14	13,56
45 – 59 let	18	14,66	14,21	14,53	13,09
60 – 74 let	12	14,56	14,36	14,21	13,76
75 + let	7	12,01	13,07	13,37	13,26

Diskuse

Zjištěná kvalita života u sledovaného souboru pacientů s tuberkulózou je ve srovnání s běžnou populací snižena pouze v oblasti vnímání fyzického zdraví. Kvalita života pacientů s tuberkulózou v ČR nebyla ještě zkoumána, proto jsou výsledky porovnávány i s jinými skupinami pacientů. Při porovnání výsledků studií Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 41) a Bužgové et al. (2009, s. 155), které se zabývaly zkoumáním kvality života u různých skupin pacientů, vykazují pacienti s tuberkulózou v doméně fyzického zdraví podobné snížené hodnoty jako ostatní skupiny pacientů (po amputaci, s dialýzou) kromě pacientů s diabetes mellitus. Ti dosahují nejvyšších hodnot ze sledovaných skupin pacientů. Předložené výsledky výzkumných šetření jednotlivých skupin pacientů ukazují na to, že kvalita života pacientů s tuberkulózou má nejvíce podobných znaků s kvalitou života pacientů s diabetem mellitus mimo doménu fyzického zdraví, kdy doména prožívání a sociální vztahy je hodnocena pacienty podobně jako běžnou populací. Oblast prostředí je hodnocena všemi (kromě pacientů se schizofrenií) soubory pacientů nejlépe, dosažené hodnoty jsou vyšší než u běžné populace.

Kvalitou života pacientů s tuberkulózou se zabýval Hansel et al. (2004, s. 649), který poukazuje v kvalitativním výzkumu na snížení kvality života u pacientů s tuberkulózou v oblasti celkového vnímání zdraví, psychického zdraví a spirituální pohody. Dále poukazuje na problém omezování sociálních rolí,

sociální stigmatizaci a izolaci z důvodu dlouhodobé terapie. Muniyandi et al. (2007, s. 891) zjistil na skupině 436 pacientů s tuberkulózou, že jeden rok po dokončení léčby je kvalita života pacientů v oblasti fyzické, psychické i sociální srovnatelná s běžnou populací.

Při porovnání výsledků jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF u sledovaných skupin pacientů Bužgové (2009, s. 155) a pacientů s tuberkulózou s populační normou jsou zjištěny shodně poklesy hodnot v položce spokojenosti se zdravím. Pracovní výkon a sexuální život nejhůře hodnotí pacienti s tuberkulózou. Také Hansel et al. (2004, s. 642) poukazuje na sexuální dysfunkce u pacientů s tuberkulózou. Osobní vztahy, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravu hodnotí skupiny pacientů lépe než běžná populace. Také podporu přátel hodnotí pacienti s tuberkulózou lépe než běžná populace. Marra et al. (2004, s. 58) zjistil na základě kvalitativního výzkumu, že nejčastěji hodnotí pacienti s tuberkulózou vztah s rodinou a přáteli jako podpůrný. Někteří respondenti však hovořili také o negativních emocích rodiny a přátel jako je strach, nedůvěra a rozhořčení.

Překvapivým zjištěním v našem výzkumu je to, že 39 z celkového počtu 46 pacientů s tuberkulózou, dosahuje nadprůměrných nebo průměrných hodnot v doméně prostředí (životní podmínky) oproti běžné populaci a také v oblasti hodnocení sociálních vztahů, kde jsou jejich hodnocení nejlepší ve srovnání s ostatními skupinami pacientů. Výjimku tvoří jednotlivé položky dotazníku, kde u námi

sledovaného souboru jsou oproti ostatním skupinám pacientů dosaženy výrazně nižší hodnoty u otázky na negativní pocity a to u ambulantně léčených, kde jsme zjišťovali kvalitu života z dlouhodobého pohledu. Snížené hodnocení je patrné rovněž u pracovního výkonu a sexuálního života. Tyto výsledky jsou pravděpodobně ovlivněny dlouhodobou pracovní neschopností a režimovými opatřeními u infekční choroby u pacientů, jejichž průměrný věk v době šetření byl 57,67 let, tedy lidé aktivní ve vztazích i pracovně. Bylo zjištěno, že existuje rozdíl mezi kvalitou života u pacientů z hlediska trvání léčení. U pacientů posuzovaných z krátkodobého hlediska (izolace) je lépe vnímáno prožívání a fyzický stav a oblast sociálních vztahů a prostředí je vnímána hůře. U pacientů posuzovaných z hlediska dlouhodobého jsou výsledky obrácené - lepší kvalita života v oblastech sociálních vztahů a prostředí a horší v oblasti fyzického zdraví a prožívání. Rozdílně vnímají kvalitu života také respondenti podle místa bydliště. Celkově hodnotí kvalitu života lépe pacienti s tuberkulózou z okresu Karviná, v oblasti prostředí ale dosahují lepších výsledků respondenti z okresu Ostrava. Rozdílné zjištění jsme zaznamenali také při srovnání dosažených výsledků podle rodinného stavu. Zde ti, kteří mají životního partnera, mají rovněž vyšší kvalitu života. Shodně ve srovnání s daty, která uvádí ÚZIS ČR ve své aktuální informaci z 8. 7. 2009, je v našem souboru pacientů s tuberkulózou rovněž vyšší zastoupení mužů. Ženy uvedli vyšší kvalitu života (kromě domény fyzické zdraví) než muži. Naopak Muniyandi et al. (2007, s. 889) zjistil vyšší hodnocení kvality života u mužů a to ve všech doménách. Co se týče věkových kategorií, tak v našem souboru byli nejpočetněji zastoupeni respondenti ve věku 45 – 59 let, což není v souladu s údaji z ÚZIS ČR, 2008 (nejčastější výskyt je zde uveden ve věkové skupině 75+ let). Byla zjištěna souvislost s věkem a kvalitou života – s přibývajícím věkem respondentů dochází ke snižování kvality života v oblasti fyzického zdraví. Ke snižování kvality života u osob nad 75 let dochází i dle populačních norem (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 43). Muniyandi et al. (2007, s. 889) zjistil signifikantní snížení kvality života u pacientů s tuberkulózou nad 45 let. Vysokoškolsky vzdělaní lidé jsou v hodnocení kvality života nejvíce spokojeni, naopak nejvíce nepříznivých výsledků v hodnocení dosahují respondenti se středním vzděláním bez maturity – toto zjištění je pravděpodobně dáno tím, že v této kategorii je poměr mužů a žen 16:1 a muži dosahují v našem souboru nižší kvalitu života než-li ženy.

Závěr

Naším cílem bylo zjistit, jakou mají kvalitu života pacienti s tuberkulózou. Výsledky vzorku 46 respondentů ukazují na to, že sledovaný soubor pacientů má v oblasti fyzického zdraví kvalitu života sníženou. Zajímalo nás dále, jak ovlivňuje nemoc svým průběhem kvalitu života respondentů v závislosti na délce trvání nemoci. U skupiny respondentů, které jsme posuzovali z dlouhodobého hlediska (ambulantní péče), jsou zjištěny známky nespokojenosti a s tím spojené snížení kvality života – zde se pravděpodobně projevují dopady déletrvající pracovní neschopnosti, opakovaných návštěv zdravotnického zařízení apod. Je tedy nutné na tyto okolnosti brát zřetel a citlivým a ohleduplným způsobem přistupovat k pacientům, se kterými se setkáváme v ambulantní péči. Tito pacienti nepřichází do zdravotnického zařízení pro náhlé změny zdravotního stavu a nebyvají skupinou pacientů, kterým se věnujeme přednostně. Měli bychom si ale být vědomi toho, že oni nás potřebují, a že my jim můžeme pomoci. Zajímavým bylo, při posuzování a srovnávání výsledků s ostatními šetřeními a s populační normou, zjištění, jak pozitivně hodnotí nemocní lidé sociální vztahy a prostředí, ve kterém žijí.

Bibliografické odkazy

- BUŽGOVÁ, R. et al. 2009. Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 155. ISSN 1212-4117.
- Česko. Vyhláška č. 386/2007 ze dne 19. prosince 2007 kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 117, s. 5648. Dostupný také z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2007/sb117-07.pdf>>.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. s. 12, 15, 28, 71. ISBN 80-85121-82-4.
- HANSEL, N. et al. 2004. Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Life Research*. 2004, vol. 13, no. 3, p. 639-651. ISSN 09629343.
- HNILICOVÁ, H. 2005. Kvalita života a její význam pro zdravotnictví a medicínu. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 208, 211-214. ISBN 80-7254-657-0.
- KALOVÁ, H. et al. 2005. Kvalita života u chronických onemocnění ve světě novějších modelů zdraví a nemoci. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2005, roč. 19, č. 3, s. 166. ISSN 1212-7973.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Akademia, 2005, s. 57. ISBN 80-200-1307-5.

- KOS, S. 2006. Tuberkulóza dýchacího ústrojí. *Postgraduální medicína*. 2006, roč. 8, č. 6, s. 639. ISSN 1212-4184.
- KŘEPELA, K. 1995. *Tuberkulóza dětí a dorostu*. 1. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1995. 223 s. ISBN 80-85912-01-1.
- KŘÍŽOVÁ, E. 2005. Kvalita života v kontextu všedního dne. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 217. ISBN 80-7254-657-0.
- MARRA, C. et al. 2004. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004, vol. 2, s. 58, ISSN 1477-7525.
- MUNIYANDI, M. et al. 2007. Evaluation of post-treatment health-related quality of life (HRQoL) among tuberculosis patients. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 11, no. 8, p. 887-892. ISSN 1815-7920.
- NOVÁKOVÁ, Z. 2009. Výskyt tuberkulózy v České republice v roce 2008. *ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 31/2009* [online]. 2009. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz>>.
- OŠTÁDAL, O., KOS, S. 2002. Standard lékařské péče. *Tuberkulóza dospělých* [online]. Dostupný z WWW: <http://www.pneumologie.cz/odborne/doc/Standard-Tuberkuloza-dospelych.pdf>. 2002.
- SALAJKA, F. 2006. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. s. 22. ISBN 80-247-1306-3.
- SOLOVIČ, I. a kol. 2008. Všetci společně proti tuberkulóze – ministerské fórum o tuberkulóze – Berlín, 22. 10. 2007. *Studia pneumologica et phthiseologica*. 2008, roč. 68, č. 3, s. 103-104. ISSN 1213-810X.
- SOLOVIČ, I. 2009. Boj s tuberkulózou – stále aktuální problém. *Studia pneumologica et phthiseologica*. 2009, roč. 69, č. 1, s. 3-4. ISSN 1213-810X.
- VONDRA, V. 2003. Kvalita života nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. *Interní medicína pro praxi*. 2003, roč. 5, č. 10, s. 496-500. ISSN 1212-7299.
- Zdravotnická statistika: Tuberkulóza a respirační nemoci 2007*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. 111 s. ISBN 978-80-7280-748-2.