ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА У НЕЗИ БОЛЕСНИКА НА ХЕМОДИЈАЛИЗИ

Дејан Живановић¹

QUALITY ASSESSMENT OF LIFE IN PERSONAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS

Dejan Živanović

Сажетак

Према Светској здравственој организацији, квалитет живота условљен здрављем (*Health Related Quality of Life, HRQoL*) дефинише се као индивидуална процена самог болесника о томе колико болест и примењена терапија утичу на његов физички, социјални или емоционални осећај „доброг“. Повећање квалитета живота је примарни циљ лечења и неге болесника у терминалној фази бубрежне инсуфицијенције, и један од најприменијих показатеља ефикасности у евалуацији остварене индивидуалне неге, будући да и концепт квалитета живота и здравствена нега доктринално заступају холистички приступ у третману болесника. Од 1994. године за процену квалитета живота болесника који се лече поновљеним хемодијализама се користи стандардизовани упитник *KDQOL – SF* (*Kidney Disease Quality of Life questionnaire, Short form*), сачињен од општег *SF – 36* упитника који је наменски допуњен са више ставки које специфично обрађују проблеме здравља болесника на хемодијализи. Побољшање квалитета живота и индивидуално прилагођавање дијализне процедуре сваком болеснику понаособ, представљају основу добре клиничке праксе и примереног лечења болесника у завршној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције.

Кључне речи: квалитет живота, здравствена нега, упитник, хемодијализа.

Summary

According to the World Health Organization, *Health Related Quality of Life, HRQoL*, is defined as patient's individual assessment of how much disease and applied therapy affect his physical, social or emotional feeling of „well being“. Increasing the quality of life is the primary goal of medical and nursing care in the terminal phase of renal insufficiency, and one of the most suitable indicators of efficiency in evaluating individual care, since both, the concept of quality of life and nursing care, doctrinally represent a holistic approach in the treatment of patients. Since 1994, a standardized questionnaire has been used to assess the quality of life of patients treated with repeated hemodialysis, *KDQOL – SF* (*Kidney Disease Quality of Life questionnaire, Short form*), composed of general *SF – 36* questionnaire, which is specifically supplemented with several items specifically addressing the health problems of patients on hemodialysis. Improving the quality of life and individual adjustment of the dialysis procedure to each patient individually, represent the basis of good clinical practice and appropriate treatment of patients in the final phase of chronic renal failure.

Key words: quality of life, nursing care, questionnaire, hemodialysis.

¹ Дејан Живановић, дипл. мед. здравствене неге, спец. клиничке неге; сарадник у настави здравствене неге, Клиничко-болнички центар „Др Драгиша Мишовић“ – Дедиње, Одељење хемодијализе Клинике за урологију, Београд; Висока здравствена школа струковних студија у Београду.

1. УВОД

Примарни циљ лечења једне хроничне болести треба да буде њена оптимална контрола, која ће оболелој особи омогућити не само пуко преживљавање, већ и квалитетан и достојанствен живот.⁽¹⁾ Иако постоје различите дефиниције које описују појам квалитета живота, може се рећи да све суштински подразумевају субјективно опажање појединца о сопственом положају у животу, у контексту културе и система вредности у којима живи, али и у односу на властите животне циљеве, очекивања, интересовања и животни стандард. Квалитет живота је заправо широки мултидимензионални концепт кога чине физичко здравље појединца, његово психолошко стање, материјална независност, социјални односи и односи ових чинилаца према значајним карактеристикама спољашње средине.⁽²⁾

Интензиван технолошки напредак у области биомедицинских наука у другој половини 20. века је омогућио ефикасну превенцију, рану дијагностику и лечење обољења која су се у прошлости сматрала неизлечивим, и пред којим је медицина била немоћна. Овај напредак је можда најбоље сагледати на примеру болесника који се лече поновљеним хемодијализама. Пре само нешто више од пола века осуђени на сигурну смрт, данас се оболели у терминалној фази бубрежне инсуфицијенције са великим успехом лече овом специфичном процедуром, која им омогућава квалитетан живот чак и у случају да никада не буду подвргнути трансплантацији бубрега. Од палијативне процедуре, која је омогућавала преживљавање болесника у релативно кратком периоду, за само пола века хемодијализа је постала технолошки готово савршена метода, са неколико различитих терапијских модалитета који у великој мери могу да замене комплексну улогу бубрега у људском организму.

Високе технолошке могућности индивидуалног прилагођавања дијализне про-

цедуре потребама болесника, омогућиле су и развој специфичног концепта квалитета живота особа које се овом процедуром хронично лече. Повећање квалитета живота је примарни циљ лечења болесника у терминалној фази бубрежне инсуфицијенције, и један од најприменијих показатеља ефикасности примењеног начина лечења.⁽³⁾ Управо због тога, анализа квалитета живота данас није само поље интересовања лекара нефролога, већ и дипломираних медицинских сестара, психолога и социјалних радника, који из различитих научних углова сагледавају и испитују утицај специфичног начина лечења терминалне бубрежне слабости на свакодневни живот ових болесника. Процена квалитета живота је у више различитих студија показала добру корелацију са клинички значајним параметрима исхода лечења бубрежних болесника, због чега је данас и постала базични научни концепт савремене здравствене неге у нефрологији.⁽⁴⁾

2. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА БОЛЕСНИКА ЛЕЧЕНИХ ПОНОВЉЕНИМ ХЕМОДИЈАЛИЗАМА

Хемодијализа представља методу вантелесне депурације крви која се примењује код болесника са акутним или хроничним затајењем бубрежне функције. Хронична, понављана хемодијализа је основни вид лечења у завршној фази реналне инсуфицијенције, и, као таква, једино она има значај са аспекта процене квалитета живота оболелих, будући да се акутна хемодијализа примењује само као краткотрајни терапијски метод у третману појединих ургентних стања.⁽⁴⁾

Развој и унапређење технологије извођења дијализне процедуре је резултат сталних истраживања у овој области, која су довела до израде дијализних мембрана високе селективне пропустљивости и конструисањем машина на којима са високом

прецизношћу могу да се изводе различити модалитети лечења поновљеним дијализама. Хемодијафилтрација, као најкомплекснији вид лечења дијализом, комбинује принципе хемодијализе и хемодијализације, односно дифузијске и конвективне транспортне механизме, како би омогућила боље одстрањење молекула средње и велике молекулске тежине и бољу искористљивост високопропусних дијализних мембрана, а тиме и бољи терапијски ефекат.⁽⁵⁾ Хемодијафилтрацијом се, уопштено посматрано, у потпуности не може надокнадити само улога бубрега у еритропоези, али је доступношћу циљане, високоефикасне терапије еритропоетинима и овај недостатак данас постао практично занемарљив. Дobar терапијски ефекат је од суштинске важности за добру контролу бубрежне слабости и превенцију настанка последичних коморбидитета, а самим тим представља и солидну основу за добар квалитет живота болесника који су подвргнути овом начину лечења.⁽⁶⁾

2.1. Значај процене квалитета живота у медицини и здравственој нези

Према Светској здравственој организацији (СЗО, WHO), квалитет живота условљен здрављем (Health Related Quality of Life, HRQoL) дефинише се као индивидуална процена самог болесника о томе колико болест и примењена терапија утичу на његов физички, социјални или емоционални осећај „доброг“.⁽¹⁾ Иако здравствени радници могу дати свеукупну објективну клиничку процену тежине обољења или степен насталог погоршања, потпуно је неприкладно да они дају и оцену квалитета живота болесника. Процена квалитета живота је искључиво субјективне природе и зависи од личног доживљаја самог болесника, јер једино болесник има непосредан и потпун увид у своја осећања, мисли и утицај болести на његове животне околности.^(1, 2) Са медицинске стране посматрано, претпоставља се да ће, уколико су један или више објективних показатеља

тежине обољења побољшани, и квалитет живота болесника у вези са здрављем такође бити побољшан. Међутим, пракса често показује да то и није увек тако – болесник се може осећати или функционисати боље а да то не буде у вези са било којим објективним показатељем побољшања здравственог стања. Управо због ове чињенице, квалитет живота треба схватити као посебан аспект процеса неге и лечења који се значајно разликује од најчешће примењиваних стандардних клиничких исхода у медицинској пракси, јер клиничке манифестације обољења представљају само један од неколико чинилаца свеукупног квалитета живота хроничних болесника.⁽²⁾

Здравствена нега као ужа научна област медицинских наука којом се професионално баве медицинске сестре, доктринално приступа холистички приступ у утврђивању индивидуалних потреба болесника за негом. За разлику од неге болесника као претходне професионалне, али не и научне делатности у професији сестринства, здравствена нега процењује болесниково здравље на основу свеобухватних карактеристика и потреба једне јединке – физичких, менталних и социјалних, а не само на основу присуства или одсуства неког обољења.⁽⁷⁾ Циљ пружања интервенција здравствене неге је потпуна рехабилитација оболеле особе, не само медицинска, већ и психолошка, радна и социјална, због чега процена квалитета живота представља један од основних инструмената у евалуацији остварене индивидуалне неге.⁽⁸⁾ Бројна истраживања показују да је управо квалитет живота оболелих једна од најчешћих области којима се дипломиране медицинске сестре баве у преклиничкој и клиничкој здравственој заштити, као и да је то најчешћа тема обрађених докторских дисертација у западној Европи и САД у професији сестринства.⁽⁷⁾

2.2. Фактори који утичу на квалитет живота дијализираних болесника

У клиничким студијама испитивања лекова или терапијских режима постоје јасно дефинисани критеријуми када треба мерити квалитет живота. Уколико примена неког лека или терапијске процедуре непосредно спасава живот или у кратком временском периоду доводи до излечења или значајног побољшања здравственог стања, процена квалитета живота болесника нема ни практични, ни научни значај.⁽¹⁾ Мерење квалитета живота има значај само у ситуацијама када примењени лек или терапијска процедура:

- остварује малу или умерену корист у односу на постојећи ризик од нежељених дејстава,
- има само делимично лековити ефекат,
- представља изузетно скуп начин лечења неког обољења, или
- дуготрајном, временски неограниченом применом ефикасно отклања симптоме болести, истовремено изазивајући лаке или умерене нежељене ефекте, или захтева успостављање посебног животног режима ради примене потребне терапијске процедуре.^(1, 2)

Због последњег наведеног, процена квалитета живота је, уз израчунавање индекса ефикасности дијализе (Kt/V), постала један од два основна показатеља ефикасности оствареног лечења и здравствене неге код болесника на хроничном програму хемодијализе.⁽⁹⁾

Међутим, и поред неоспорних чињеница да је хемодијализа, бар до трансплантације, једини могући начин лечења болесника са хроничним затајењем бубрежне функције, као и да је објективно могуће да дијализни болесници имају квалитетан живот, у пракси се веома често среће другачија ситуација. Сазнање да им живот у потпуности зависи од машине за дијализу и умешности здравственог особља, да ће све животне активности морати да подреде

обављању дијализе, постојање страха од могућих компликација, инвалидитета, беспомоћности, па и саме смрти, неизоставно доводе до развоја психичких поремећаја код ове популације болесника.⁽¹⁰⁾ Иако степен и начин испољавања у највећој мери зависе од преморбидне структуре личности и развијености менталних капацитета за адаптацију, психолошки проблеми су у мањој или већој мери, повремено или стално, присутни код свих болесника који се лече поновљеним дијализама, неизоставно утичући у одређеном степену и на свеукупни квалитет живота ових особа. Депресија је уопште честа појава међу болесницима који болују од хроничних болести, а подаци из литературе указују да приближно 18% болесника у терминалном стадијуму бубрежне болести има озбиљно изражене симптоме депресије.⁽¹¹⁾ Лош квалитет, нередовност или непостојање сексуалних активности је и даље чест проблем код болесника на дијализи, било као последица насталих соматских промена (еректилна дисфункција, сувоћа вагине), ауто или хетеростигматизације. Сексуални нагон се после нагона за самоодржањем сматра другим по јачини, па је сасвим очекивано да ће особа која трпи сексуалну фрустрацију имати и лош квалитет живота.⁽¹²⁾

Савремене дијализне процедуре попут хемодијализације обезбеђују задовољавајући квалитет живота болесника, али, нажалост, здравствени прописи у нашој земљи предвиђају да примена овог терапијског модалитета може чинити тек 20% од укупног броја изведених сесија у једном дијализном центру. Због тога, поред депресије чија појава није у вези са врстом примењене терапијске процедуре, на низак ниво квалитета живота дијализираних болесника и данас утиче честа појава бројних коморбидитета и других чиниоца у вези са соматским здрављем, као што су:

- дијабетес мелитус,
- хипертензија и срчана инсуфицијенција,
- анемија,

- поремећаји коагулације,
- неуролошки поремећаји,
- хепатитис Б и Ц и
- општа склоност ка инфекцијама.^(3, 5)

И са социјалног аспекта посматрано, свакако постоји низ фактора који се могу негативно одражавати на квалитет живота болесника на дијализи. Подршка, прихватање и прилагођавање новом начину живота оболеле особе у породичном окружењу могу бити велики ослонац у превазилажењу насталих животних промена, али и веома јак окидач за депресију или суицид, уколико изостану. Професионална рехабилитација је један од најважнијих циљева свеобухватног рехабилитационог процеса болесника на хемодијализи, али и један од најважнијих параметара који, поред здравственог стања, у великој мери утиче на квалитет живота.⁽⁹⁾ Истраживања су показала да у Србији изузетно мали број болесника наставља са претходном или било каквом другом професионалном делатношћу након започињања лечења хемодијализом, за разлику од земаља западне Европе, у којима је веома развијена мрежа пружања социјалне подршке и професионалне рехабилитације овој групи хроничних болесника.⁽⁵⁾ На крају, не треба заборавити и да новчани приходи у развијеним земљама омогућавају лакше остваривање лечења кућном дијализом, што је у нашој земљи још увек само привилегија оболелих из виших друштвених класа. Кућна дијализа је најбољи начин прилагођавања лечења потребама и животним навикама оболеле особе, што може да у великој мери позитивно утиче на субјективан доживљај квалитета живота.

2.3. Методе и инструменти процене квалитета живота код болесника на хроничној хемодијализи

Мерење квалитета живота у вези са здрављем се врши помоћу посебно конструисаних и стандардизованих здравствених упитника. Стандардизација упитника омо-

гућава њихову рутинску примену у свакодневној пракси и ствара могућност за научну и статистичку обраду добијених података.⁽¹³⁾

Упитници за процену квалитета живота могу да буду општи и специфични. Општи упитници су конструисани за широку примену у различитим популацијама, али морају обухватити све аспекте здравља према познатој дефиницији СЗО (физичка, психичка и социјална димензија здравља). Иако се помоћу њих може добити увид у опште здравствено стање једне популације, ови упитници не обрађују значајне аспекте здравља код специфичних група болесника, попут оних који се лече поновљеним дијализама.⁽³⁾ Специфични упитници за процену квалитета живота се углавном састоје из два дела: први обрађује опште аспекте здравља испитаника, док је други део прилагођен специфичним потребама у вези са хроничним обољењем које се испитује.⁽⁴⁾

Еволуција испитивања квалитета живота код болесника на хроничном програму хемодијализе је историјски прошла кроз три развојне фазе:

1. рани период (1966–1972. године), у коме је емпиријски приступ најмање био изражен, али се појам „квалитет живота“ коначно уводи у Index medicus;
2. прелазни период (1973–1980. године), који се карактерише увођењем психо-социјалних димензија у све аспекте бриге о болеснику, што је било од посебног значаја за здравствену негу, и
3. савремени период (од 1981. године до данас), у коме квалитет живота добија научни и практични значај.⁽¹⁴⁾

2.3.1. KDQOL – SF упитник за процену квалитета живота

Од 1994. године за процену квалитета живота болесника који се лече поновљеним хемодијализама постоји специфични инструмент – упитник KDQOL – SF (Kidney Disease Quality of Life questionnaire, Short form). Основно језгро овог упитника чини

општи SF – 36 упитник о квалитету живота, који обрађује домене физичког, психичког и социјалног здравља. Овај упитник је наменски допуњен са више ставки које специфично обрађују проблеме здравља болесника на хемодијализи.⁽¹³⁾

Први део KDQOL – SF упитника обрађује опште проблеме физичког, психичког и социјалног здравља, а у завршном делу овог сегмента од испитаника се захтева да самостално рангира своје опште здравствено стање, од најгорег до најбољег могућег.

Short Form – 36 упитник обрађује следеће домене здравља:

- физичко функционисање,
- евентуално ограничење активности због физичких проблема,
- присуство бола,
- субјективну перцепцију општег здравственог стања,
- емоционално доживљавање „доброг“ („well being“),
- стање емоција,
- остваривање социјалне функције,
- субјективни осећај присуства или одсуства енергије и замора.^(5, 13)

Други део KDQOL – SF упитника садржи циљно усмерена питања у вези са проблемима здравља који су изазвани бубрежном болешћу и хемодијализом, а на основу којих су формиране скале за процену квалитета живота; питања не смеју имати исти редослед у упитницима, јер се у случају групног испитивања на тај начин обезбеђује објективност добијених одговора. У овом делу упитника испитаници дају одговоре на питања у вези са:

- симптомима и проблемима здравља,
- ефектима бубрежне болести и дијализе на дневне активности,
- оптерећеношћу бубрежном болешћу,
- радном способношћу и задовољством радом,

- стањем и очуваношћу когнитивних функција,
- квалитетом социјалних интеракција,
- очуваношћу, функционалношћу и квалитетом сексуалне функције,
- спавањем и квалитетом сна.⁽⁵⁾

У зависности од потреба испитивања и доктрине установе, овај део KDQOL – SF упитника може садржати и три додатне стандардизоване скале за процену квалитета живота које се односе на социјалну подршку, подршку од стране особља на хемодијализи и личну сатисфакцију болесника.^(5, 13)

Скала симптоми/проблеми процењује опсег постојећих сметњи (нема, повремено, умерено, често, стално) током последњих 30 дана, а које су посебно значајне за бубрежне болеснике и односе се на постојање:

- бола у мишићима,
- бола у пределу леђа, груди, екстремитета,
- главобоље,
- грчева скелетне мускулатуре током дијализе,
- модрица по телу,
- свраба коже,
- отежаног дисања,
- вртоглавице,
- смањења апетита,
- појачане жеђи,
- укочености руку и ногу,
- проблема у вези са памћењем,
- замагљења вида,
- мучнине и/или повраћања.⁽¹⁴⁾

Истраживање квалитета живота болесника на хроничном програму хемодијализе захтева од здравственог радника потпуно познавање потенцијалних проблема свих аспеката здравља циљне популације. Болесници на хемодијализи представљају специфичну популацију пацијената – најчешће су у потпуности упознати са својом болешћу и дијализном процедуром, а није

реткост да због специфичних психичких промена парадоксално имају хостилан став према здравственим радницима, нарочито медицинским сестрама. Због тога је вештина комуникације изузетно пожељна и потребна особина свих здравствених радника који раде у одељењима за хемодијализу, а нарочито оних који се баве истраживањем квалитета живота дијализираних болесника.

Квалитет живота се може испитивати индивидуално или обрадом података добијених од групе испитаника. Групно испитивање квалитета живота се периодично и организовано спроводи у свим дијализним центрима у циљу процене квалитета остварених здравствених услуга. Етички принципи налажу да мора бити анонимно, а чине га четири етапе:

1. формирање узорка испитаника (не сме бити мањи од 30 болесника, осим уколико се врши појединачно испитивање које се неће статистички обрађивати),
2. анонимно испитивање болесника помоћу KDQOL – SF упитника,
3. анализа и статистичка обрада добијених резултата, и
4. доношење закључка и предлога мера које ће допринети побољшању квалитета живота код болесника који се дијализирају у центру.^(4, 14)

3. ЗАКЉУЧАК

Евалуација квалитета и успешности лечења поновљеним хемодијализама се, уз одређивање индекса ефикасности дијализе, све чешће заснива и на субјективној процени квалитета живота дијализираних болесника. Док је у првим деценијама примене дијализе најважнији циљ био продужење живота болесника, у следећим деценијама се настојало да се тај продужени живот обогати што бољим квалитетом живљења. Болесници најбоље опажају стање свог нарушеног здравља и њихова самостална процена може веома прецизно указати на степен успешности примењеног начина лечења и здравствене неге. Управо због тога, процена квалитета живота је од суштинске важности за професију сестринства, чији је основни циљ очување или побољшање свих аспеката здравља појединца и заједнице. Могућ прогностички значај анализе квалитета живота за преживљавање болесника на хроничној хемодијализи, а посебно менталне и физичке компоненте, омогућује здравственим радницима рану детекцију болесника са ризиком неповољног исхода лечења. Због свега наведеног, побољшање квалитета живота и индивидуално прилагођавање дијализне процедуре сваком болеснику понаособ, представљају основу добре клиничке праксе и примереног лечења болесника у завршној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вукадиновић Н. Квалитет живота хроничних болесника. Општа медицина. 2011; 17(1–2); 56–61.
2. Вулетић Г. (уредник). Квалитета живота и здравље. Осиек: Филозофски факултет Свеучилишта J.J. Strossmayera, 2011; pp 9–14.
3. Петровић Л, Митић И, Божић Д, Водопивец С, Ђурђевић – Мирковић Т. Квалитет живота

болесника са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом. Мед. Прегл. 2006; LIX (9–10): 411–14.

4. Петровић Г, Вујичић Б, Павлетић – Першић М, Рачки С. Квалитета живота везана уз здравље у болесника лијечених надомјештањем бубрежне функције. Medicina fluminensis 2010; 46(4): 513–18.
5. Хрвачевић Р. Савремене методе дијализе. Београд: Fresenius medical care; 2012.

6. Сташевић З. и сар. Процена адекватности хемодијализе при употреби различитих дијализних мембрана, Грачаница: КБЦ Приштина; 2007.
7. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006 Sep; 15(9): 1188–95.
8. Тијанић М, Ђурановић Д, Рудић Р, Миловић Љ. Здравствена нега и савремено сестринство. Београд: Научна КМД; 2010.
9. Мрдуљаш–Ђујић Н. Квалитета живота болесника на хемодијализи. *Acta Med Croatica*. 2016; 70:225–32.
10. Jadouelle V, Hoyois P, Jadoul M. Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clin Nephrol* 2005; 63: 113–8.
11. Петковић Н, Ристић С, Симић–Огризовић С. Депресија код болесника лијечених редовним хемодијализама. *Биомедицинска истраживања*. 2011; 2(1): 33–9.
12. Weisbord SD. Sexual Dysfunction and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Sem Dialysis*. 2013; 26:278–80.
13. Стојимировић Б, Нешић В. Инструменти за испитивање квалитета живота. Зборник радова Прве Југословенске школе перитонеумске дијализе, Београд, 1998.
14. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 443–64.

Контакт: Дејан Живановић, КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ Дедиње, Београд, Клиника за урологију, Одељење хемодијализе, НХ Милана Тепића 1, 11000 Београд, Србија.
E-mail: zivanovic_dejan@yahoo.com, телефон: +381 60 5291275