

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

# Az életminőség fizikai dimenziói dializált és vese-transzplantált betegeknél

BABARCI Ágnes, BOROS Edit, DR. BALOGH Zoltán PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** A végstádiumú veseelégtelenség a betegek mindennapi életére súlyos hatással bíró körkép.

**A vizsgálat célja:** A kutatás célja felmérni a szegedi hemodializált és transzplantált betegek életminőségét elsősorban a fizikai dimenziók mentén, majd a kapott eredmények összehasonlítása más hazai és külföldi felmérésekkel.

**Anyag és módszer:** A kutatás során a Kidney Disease Quality of Life Short Form-36 kérdőív, Betegségteher-index mellett saját szerkesztésű kérdések alkalmazása történt. A vizsgálatba összesen 111 beteg adata került felvételre 2018. szeptember - 2019. május között.

**Eredmények:** A fizikai egészséggel összefüggő doménekre adott pontszámok transzplantált betegeknél a fájdalom alskálánál voltak a legmagasabbak  $76 \pm 26$  (átlag $\pm$ SD) vs.  $55 \pm 33$  dializált betegeknél ( $p < 0,001$ ). A szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés értékei voltak a legalacsonyabbak a transzplantált csoportnál  $45 \pm 40$  vs.  $27 \pm 36$  dializáltaknál ( $p < 0,017$ ). A vesebetegség specifikus kérdések közül a transzplantált csoportnál a vesebetegség okozta teher alskálánál mutatkozott a legalacsonyabb összpontszám  $69 \pm 25$  vs.  $50 \pm 30$  dializáltaknál ( $p < 0,001$ ). Az életminőség és betegségteher korrelációt elemezve, minél nagyobb a fizikai területek összpontszáma, annál kisebb a mindennapi tevékenységek értéke ( $r = -0,478$ ).

**Következtetések:** A vizsgálat alapján a szegedi dializált betegek életminősége rosszabb, mint a fővárosban élő művesekezelésben részesülő betegeké. Az eredmények hozzájárulnak betegeink holisztikus szemléletű gondozásához.

**Kulcsszavak:** hemodialízis, vesetranszplantáció, életminőség

## Physical dimensions of quality of life on dialysis and renal transplant patients

Ágnes BABARCI, Edit BOROS, Zoltán BALOGH PhD

### SUMMARY

**Introduction:** End stage renal failure is a disease with a serious impact on the everyday life of patients.

**The aim of the study:** The aim of this study is to measure and compare the quality of life of patients on hemodialysis and following renal transplant in Szeged, based primarily on physical dimensions and to compare the results with similar national and international data.

**Material and method:** Throughout the research the authors used the Kidney Disease Quality of Life Questionnaire- Short Form-36, the Illness Intrusiveness Rating Scale, and their own questionnaire. They involved 111 patients into their study from September 2018 to May 2019.

**Results:** The results show that among the dimensions regarding physical health the pain subscale in the renal transplant cohort reached the highest scores:  $76 \pm 26$  (average $\pm$ SD) vs.  $55 \pm 33$  in the dialysis cohort. ( $p < 0,001$ ). The result of physical role functioning subscale was the lowest, reaching  $69 \pm 25$  points vs.  $50 \pm 30$  in the dialysis cohort. ( $p < 0,001$ ). Analyzing the correlation of quality of life and illness intrusiveness, they found that the higher the quality of life result, the lower is the illness intrusiveness result ( $r = -0,478$ ).

**Conclusion:** Due to the results of the present study, it can be stated, that the quality of life in the dialysis cohort is lower in Szeged. These results may contribute to a holistic view of care of our patients.

**Keywords:** Hemodialysis, renal transplantation, quality of life

BABARCI Ágnes tanársegéd,  
Semmelweis Egyetem  
Rácz Károly Doktori Iskola,  
Patológiai Tudományok,  
Egészségtudomány, Budapest

BOROS Edit tanársegéd,  
Semmelweis Egyetem  
Rácz Károly Doktori Iskola,  
Patológiai Tudományok,  
Egészségtudomány, Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD  
tanszékvezető, Semmelweis  
Egyetem Egészségtudományi  
Kar, Budapest

**Levelező szerző**  
(correspondent):  
BABARCI Ágnes;  
E-mail cím:  
babarci@etszk.u-szeged.hu

**Beérkezett:** 2019. november 12.  
**Elfogadva:** 2019. december 20.

## Bevezetés

Az átlagéletkor növekedésével a krónikus megbetegedések, köztük a végstádiumú veseelégtelenség előfordulása is növekszik (Aggarwal et al, 2016; Bartófi, 2006). Ennek a kórképnek a kezelésére az 1900-as évek előtt nem volt lehetőség, a betegek kezelés hiányában meghaltak. Az egészségügyben végbemelő technológiai fejlődés azonban ma már lehetővé teszi a végstádiumú vesebetegek hosszútávú kezelését (Gál, 2003).

Krónikus vesebetegség (CKD) nemzetközi irányelvek szerint a vesék strukturális és funkcionális károsodása mellett, a GFR <60ml/perc/1.73m<sup>2</sup> érték alatt marad 3 hónapnál hosszabb ideig (Webster, 2017). A kórképnek öt stádiumát különítjük el, az 5. stádium a végstádiumú veseelégtelenség (ESRD), a veseműködés olyan mértékű károsodása, amikor a beteg vesepótló kezelés nélkül meghal (Maaz, 2010).

A végstádiumú veseelégtelenség kezelési módjai közül ma ismert a dialízis kezelés, ezen belül a hemodialízis és a peritoneális dialízis, valamint a vesetranszplantáció. Utóbbi optimálisabb, növeli a várható élettartamot (Turányi et al, 2012; Oniscu et al, 2005).

A krónikus megbetegedések közül a végstádiumú veseelégtelenség kimagasló hatással van a betegek életminőségére. Folyamatos kooperációt igényel a folyadék megszorítás betartásában, a kezeléseken, illetve kontrollokon való megjelenésben és a gyógyszereszedésben. Megfelelő terápiás compliance nélkül ez elképzelhetetlen. A betegek együttműködése a vesetranszplantációt követő graft túléléshez is nélkülözhetetlen. Átültetés után a pácienseknek életük végéig immunszuppresszív gyógyszereszedés, rendszeres orvosi ellenőrzés, fertőzésekre való fokozott odafigyelés szükséges. Mind a dialízis kezelés, mind a vesetranszplantáció életre szóló együttműködést, terápiahűséget igényel a betegek részéről (Kovács, 2010).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója szerint „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” (Mató-Juhász & Szegedi 2016).

Az életminőség alapvetően szociológiai jellegű, komplex fogalom. Az egészségügyben elsősorban az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata jellemző, mely nem elemzi többek között a jövedelem, szabadság, lakóköznyezet faktorokat. Ezáltal jobban fókuszál az egészségügygel szorosabban összefüggő

### Rövidítések jegyzéke

CKD: Chronic kidney disease  
 ESRD: End stage renal disease  
 WHO: World Health Organisation  
 KDQOL-SF™ : Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form  
 IIRS: Illness Intrusiveness Rating Scale

tényezőkre (Novák, 2004). Az egészséggel kapcsolatos életminőség az egészség testi, lelki és szociális (társas) komponenseit, valamint a betegségnek az egyén mindennapi életére kifejtett hatásait vizsgálja (Kovács, 2010; Novák, 2004; Valderrábano et al, 2001).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérése során a betegek egészségi állapotukról szubjektíven nyilatkoznak, két azonos klinikai paraméterrel rendelkező, azonos kezelésben részesülő beteg életminősége is jelentősen eltérhet. Kutatások azonban bizonyították, hogy az életminőség a betegek morbiditásának és mortalitásának erős prediktora (Kovács, 2010; Tayebi et al, 2010; Novák, 2004).

Az életminőség felmérésre rendelkezésre állnak általános, betegség specifikus és moduláris kérdőívek.

Az általános kérdőívek az életminőség szempontjából univerzális kérdéseket tartalmaznak, így különböző kórképpel rendelkező és nagy elemszámú betegcsoportok összehasonlítására is lehetőséget adnak.

Gyakran használt általános életminőség felmérő kérdőívek dializált betegek körében a Karnofsky Index, transzplantált betegeknél a Nottingham Health Profile, valamint mindkét betegcsoportnál alkalmazzák a Sickness Impact Profile és Medical Outcome Study Short Form 36 kérdőíveket (Turányi et al, 2012; Tayebi et al, 2010; Bartófi, 2006).

A betegség-specifikus kérdőívek konkrét betegcsoportok életminőségének felmérésére irányulnak. Részletesebben vizsgálják a betegség egyénre kifejtett hatását, az adott kórképre jellemző speciális tüneteket, ugyanakkor különböző betegcsoportok összehasonlítására nem alkalmazhatók (Bartófi, 2006).

Betegség-specifikus kérdőívek dializált betegeknél a Kidney Disease Questionnaire, transzplantáltaknál a Kidney Transplant Questionnaire, End-Stage Renal Disease Symptom Checklist Transplantation Module, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease Transplantation Quality of Life (Turányi et al, 2012; Bartófi, 2006; Stavem & Ganss, 2006).

A moduláris kérdőívek egyesítik a fent említett két típus jellemzőit. A kérdőívek első része egy ál-

talános életminőség kérdőívet tartalmaz, a második egy betegség-specifikus egységet, mely specifikus kérdéseket tartalmaz a vizsgált betegséggel kapcsolatban. Az általános modulnak köszönhetően opcionális a különböző betegcsoportok összehasonlítása.

Vesebetegek körében a leggyakrabban használt moduláris skálák egyike a Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF™). A kérdőív első verzióját, mely 134 kérdést tartalmazott, 1994-ben Hays és mtsai. fejlesztették ki. A kutatók többsége nem szívesen használta az eszközt hosszúsága miatt, a kérdőív jó pszichometriai tulajdonságai (megbízhatóság, validitás) ellenére sem. Emiatt később az Egyesült Államokban létrehozták a 80 kérdésből álló rövidített verziót (KDQOL-SF™) (Chong et al, 2018; Bartófi, 2006).

A KDQOL-SF™ kérdőív magyarországi validálását Bartófi Szabolcs és munkatársai végezték 2006-ban. A kérdőív magyar változata megbízható és valid eszköz művesekezelésben részesülő krónikus vesebetegek és vesetranszplantáción átesett betegek életminőségének mérésére is (Turányi et al, 2012; Kovács, 2010; Bartófi, 2006).

A KDQOL-SF™ kérdőív két fő részből áll. Az első, generikus része a korábban említett SF-36 kérdőív, mely 8 általános egészségi állapothoz kapcsolódó dimenziót tartalmaz (Kovács, 2010; Bartófi, 2006).

Második része egy speciálisan vesebetegek számára kifejlesztett kérdőívet tartalmaz (KDQOL), mely további 11 kérdéskört foglal magába. Összesen 43 vesebetegséggel kapcsolatos, illetve 1 általános egészségi állapotra irányuló kérdést tartalmaz (Bartófi, 2006).

Elsőre azt gondolhatnánk, a vesetranszplantált betegek életminősége jobb a művesekezelésben részesülőkénél. Számos tényező befolyásolja azonban egy veseátültetésen átesett páciens életminőségét is, mint az immunszuppresszív gyógyszerek mellékhatásai, vérszegénység, eritropoetin kezelés, társbetegségek, graftkilökődéstől való félelem, beültetett szerv miatti testképzavar, depresszió (Turányi et al, 2012; Kovács, 2010).

Célunk, hogy betekintést nyerjünk szegedi betegeink, mind a dialízis kezelésben részesülő, mind pedig a vese transzplantált betegek életminőségébe. Továbbá különböző területeken mutatkozó különbségek felmérése, valamint korábbi kutatási eredményekkel való összehasonlítása.

## Anyag és módszer

Kutatásunk során keresztmetszeti, nem valószínűségi mintavételt alkalmaztunk. Ez a felmérés része a „Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek

és vesetranszplantáción átesett betegek életminőség vizsgálata” kutatásnak.

A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Tudományos Etikai Bizottsága engedélyezte (109/2018-SZTE).

A kutatás lebonyolítását a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika Transzplantációs ambulanciáján kontrollra érkező, működő grafftal rendelkező betegek és a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrológia és Hypertonia Centrum Dialízis Központban hemodialízis kezelésben részesülő betegek körében végeztük. Az adatfelvétel vesetranszplantált betegeknél 2018. szeptember 1. - 2019. május 1. között, a hemodializált betegcsoportnál 2018. szeptember 1. - 2019. augusztus 18. között zajlott. A felmérésből kizárásra kerültek a 18 év alatti, működő grafftal nem rendelkező és peritoneális dialízis kezelésben részesülő betegek. A hemodializált populáció kis méretére való tekintettel nem bontottuk tovább várólistán lévő és nem várólistás csoportra mintánkat.

Kutatásunk során a Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF™) magyar nyelven validált kérdőívet, Betegségteherindexet, valamint saját szerkesztésű kérdéseket használtunk. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim módon történt. Minden beteg teljeskörű szóbeli tájékoztatásban részesült, egy példányban megkapták a kutatás résztvevői számára készült tájékoztatót, aláírták a beleegyező nyilatkozatot, melyet a kérdőívektől elkülönítve gyűjtöttünk. Az adatfelvétel hemodializált betegeknél (továbbiakban dializált) a kezelés alatt, vesetranszplantált betegeknél (továbbiakban transzplantált) kontroll orvosi vizsgálatra várva történt.

A KDQOL-SF™ kérdőív általános alszkálái megbízhatóak és validak dializált és vesetranszplantált betegek életminőségének mérésére is. Jelen tanulmányban a 8 általános életminőség dimenzió közül a fizikai egészségi állapotot jellemző alszkálákat vizsgáltuk: erőnlét, szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés, fájdalom, általános egészségi állapot, vitalitás.

Az *erőnlét* alszkálához 10 kérdés tartozik, melyek kiternek a megerőltető fizikai tevékenységekre, bevásárló szatyor cipelésére, lépcsőzésre, hajlásra, térdelésre, különböző távolságú sétára, önálló fürdés és öltözködésre. A *szomatikus állapot okozta szerepcsökkenéshez* 4 item tartozik, melyek felméri, az utóbbi időben kellett-e csökkenteni a munkával járó időt, testi egészségük befolyásolta-e munkájukat, tevékenységeiket. A *fájdalom* alszkála két kérdésből tevődik össze, melyek a testi fájdalmak jelenlétére, annak

munkára való befolyására irányulnak. Az *általános egészségi állapot* alszála összesíti az egészségi állapot jellemzését, értékelését, saját egészség minősítését másokhoz képest. A *vitalitás* pontértékét az életkedv, energia, kimerültség, fáradtság kérdéseken keresztül kapjuk meg.

A magyar verzió pszichometriai validálása során megbízhatónak és validnak talált vesebetegség specifikus alszála közül a vesebetegséggel kapcsolatos tünetek és problémák, a vesebetegség okozta teher, a vesebetegség hatása a mindennapi életre életminőség területeket elemeztük.

A vesebetegséggel kapcsolatos tünetek és problémák alszálaához 13 item tartozik, ebből kettő kizárólag dializált betegekre vonatkozik (fisztyulával, hasi katéterrel kapcsolatos kérdések) a transzplantált csoporttal való összehasonlíthatóság érdekében ezt a két kérdést nem vontuk be az értékelésbe. A *vesebetegség általános tüneteire* vonatkozó kérdések kitérnek az izomfájdalomra, mellkasi fájdalomra, görcsök-, bőrviszketés-, száraz bőr-, légszomj, ájulás vagy szédülés-, étvágytalanság fáradtság vagy kimerültség-, zsidadás-, hányinger jelenlétére.

A *vesebetegség okozta teher* 4 itemet foglal magába, melyek felmérik a vesebetegség befolyását a beteg életére, vesebetegséggel töltött időt, betegséggel való megküzdést és a beteg családban elfoglalt helyzetét.

A *vesebetegség hatása a mindennapi életre* domén 8 kérdésből áll, melyek érintik a folyadék korlátozást, étrendi megkorlátozásokat, ház körüli teendők elvégzését, utazást, orvosoktól és más egészségügyi személyzettől való függést, a vesebetegség okozta stresszt vagy aggodást, nemi életre és külső megjelenésre vonatkozó adatokat. A KDQOL-SF™ szerkezeti felépítését az **I. számú táblázat** mutatja be.

A kérdőíves felmérésünkbe 115 főt vontunk be. A kérdőívek áttekintése után összesen 111 volt értékelhető, 4 esetben a kérdések több, mint 80%-a nem került megválaszolásra. Az adatokat Excel 2017 verzióval kódoltuk. Ezt követően a KDQOL-SF™ kérdőív minden kérdése 0-100 pont közötti értéket kapott meghatározott algoritmus alapján, majd az egyes alszála átlagpontoszámai az így kapott értékekből kerültek meghatározásra. (Hays, 1997) A nagyobb pontszám jobb életminőséget jelent.

A Betegségteher-index a betegség, valamint a kezelés hatását 13 kérdésen keresztül méri fel a beteg mindennapi életében bekövetkező negatív változásokon keresztül. A magasabb pontszám nagyobb betegségterhet jelent. A kérdések három alszála rendezhetők: társas kapcsolatok, magánélet, mindennapi tevékenységek. (Devins, 2010; Schimmer et al, 2001)

Az adatokat kategorikus változók esetén gyakorisággal jellemeztük, a kérdőívek összepontszámait átlaggal és standard deviációval (átlag±SD). Az adatok elemzésénél a leíró statisztikai módszerek mellett, statisztikai próbákat végeztünk SPSS 24.0 szoftverrel. Az összpontszámok esetén a normális eloszlás feltételezhető, így a hipotézisek vizsgálatához Welch-féle két mintás t próbát, kétszemponos ANOVA-t, korrelációt végeztünk, minden esetben a  $p < 0,05$  értéket tekintettük szignifikánsnak.

## Eredmények

A vizsgálatban 111 beteg vett részt, 70 (63%) transzplantált és 41 (37%) dializált. A nemek aránya a teljes mintát tekintve 56 férfi és 55 nő, a nemek közötti megoszlás betegcsoportra bontva is hasonlóan alakult.

A minta életkori jellemzőit tekintve a dializált

### I. táblázat: KDQOL-SF™ kérdőív felépítése

SF-36 kérdőív (kérdések száma)	Vesebetegség specifikus kérdőív (kérdések száma)
1. Erőnlét/Fizikai teljesítőképesség (10)	1. Vesebetegség tünetei (12)
2. Mindennapi tevékenység korlátozottsága erőnlét miatt (4)	2. Vesebetegség hatása a mindennapi életre (8)
3. Fájdalom (2)	3. Vesebetegség okozta teher (4)
4. Általános egészségi állapot (5)	4. Foglalkoztatottság (2)
5. Energia/Vitalitás (4)	5. Vesebetegség hatása a kognitív funkciókra (3)
6. Hangulat (5)	6. Társas kapcsolatok (3)
7. Társas kapcsolatokban való részvétel (2)	7. Szexuális működés zavara (2)
8. Mindennapi tevékenység korlátozottsága hangulati állapot miatt (3)	8. Alvás (4)
	9. Szociális támogatottság (2)
	10. Betegelégedettség (1)
	11. Kezelőszemélyzettől kapott bátorítás (2)

Forrás: Hays, R. E. (1997). *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring*. Retrived from: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html), [accessed: 2019.09.20.]

**II. táblázat:** Dializált és transzplantált csoport nem, életkor szerinti megoszlása, kezelés óta eltelt idő

	Dializáltak n (%)	Transzplantáltak n (%)
<b>Nem</b>		
Férfi	20(49%)	35(50%)
Nő	21(51%)	35(50%)
<b>Életkor</b>		
18-40	6(15%)	9(13%)
41-60	9(22%)	33(47%)
61-80	24(58%)	28(40%)
80 felett	2(5%)	0%
<b>Kezelés/átültetés óta eltelt idő</b>		
x ≤ 1 év	10(26%)	9(16%)
1 < x < 3 év	5(13%)	10(17%)
3 ≤ x < 5 év	13(33%)	15(26%)
x ≥ 5 év	11(28%)	24(41%)

beteg többsége, 58%-a 61-80 év közötti korcsoportba tartozott, mindössze a minta 5%-a volt 80 év feletti. A transzplantált csoportnál a minta 47%-át 41-60 év közötti betegek alkották, 80 év feletti beteg nem szerepelt a válaszadók között.

A dializált betegek közül a minta közel 50%-át 1 évnél hosszabb, de 5 évnél rövidebb ideje kezelték. A transzplantált csoportnál a betegek 41%-nál 5 éven túl történt a beültetés, 72%-nál első beültetett graft működött, 22%-nál a második, 6% a harmadik vesetranszplantáción volt túl a felméréskor. A vizsgált betegek főbb jellemzőit az **II. számú táblázat** mutatja be.

Az KDQOL-SF™ kérdőív alskáláinak jellemzését leíró statisztikai paraméterek meghatározásával kezdtük. Az általános életminőség dimenziók közül vizsgáltuk az erőnlét, szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés (fizikai szerep), fájdalom, általános egészségi állapot, vitalitás alskálákat. Minden dimenzió esetében összehasonlítottuk a dializált és transzplantált csoport átlagpontszámait, szórását.

A fizikai egészséggel összefüggő doménekre adott pontszámok transzplantált betegeknél a fájdalom alskálánál voltak a legmagasabbak 76±26, dializált betegeknél 55±33, szignifikáns különbség igazolódott (p<0,001). Ezt követte az erőnlét domén transzplantált betegeknél 64±25 vs. dializált betegeknél 47±29, a különbség ebben az esetben is szignifikáns (p<0,002). A vitalitás domén értékei is jobbnak bizonyultak transzplantáltaknál 60±21 a dializált betegcsoporthoz képest 50±27, míg az általános egészségi állapot pontértékei transzplantált betegeknél 47±19 vs. dializáltak 37±25. A szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés értékei voltak a

legalacsonyabbak a transzplantált csoportnál 45±40 vs. dializáltak 27±36.

A vitalitás (p<0,049), általános egészségi állapot (p<0,029) és a szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés (p<0,017) estében is szignifikáns különbség igazolódott a két betegcsoport között.

A vesebetegség specifikus alskálák közül a transzplantált csoportnál a vesebetegséggel kapcsolatos tünetek domén érte el a legmagasabb pontszámot 82±14, ez az érték dializált betegeknél 66±22, a két csoport között szignifikáns különbség mutatkozott (p<0,001). Ezt követte a vesebetegség hatása a mindennapi életre alskála, mely transzplantáltaknál 78±20, dializáltaknál 63±26, köztük a különbség szignifikáns (p<0,003). Legalacsonyabb összpontszám a három vizsgált vesebetegség specifikus domén közül transzplantált mintánál a vesebetegség okozta tehernél mutatkozott 69±25 vs. 50±30 dializáltak, ebben az esetben is szignifikáns különbséget tapasztaltunk (p<0,001). A dializált és transzplantált betegcsoportok életminőség pontszámait a **III. számú táblázat** mutatja be.

Megnéztük, hogy az életminőség fizikai dimenziói összefüggésben vannak-e a Betegségteher-index mindennapi tevékenységek alskálájával, minél nagyobb a fizikai területek összpontszáma, annál kisebb a mindennapi tevékenységek értéke (r=-0,478, p<0,0001) (**1. sz. ábra**).

**III. táblázat:** Általános és vesebetegség specifikus dimenziók értékei dializált és vesetranszplantált betegcsoportnál

	Dializált Átlag (SD)	Transz- plantált Átlag (SD)	p érték
<b>Általános (SF-36) dimenziók</b>			
Erőnlét (10)	46,83 (28,6)	64,06 (24,95)	p<0,002
Szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés (4)	26,88 (35,53)	44,64 (39,32)	p<0,017
Fájdalom (2)	54,63 (33,14)	75,51 (25,27)	p<0,001
Általános egészségi állapot (5)	37,04 (25,22)	47,21 (19,08)	p<0,029
Vitalitás (4)	49,76 (27,25)	59,64 (21,13)	p<0,049
<b>Vesebetegség specifikus dimenziók</b>			
Tünetlista (12)	66,34 (22,47)	81,7 (13,61)	p<0,001
Vesebetegség hatása (8)	62,62 (26,02)	77,58 (19,97)	p<0,003
Vesebetegség okozta teher (4)	50,15 (29,76)	68,93 (24,65)	p<0,001

Nemek tekintetében megnéztük, hogy a transzplantáltak és dializáltak közti különbség más-e a férfiaknál, mint a nőknél. Az általános életminőség dimenzióknál az erőnlét ( $p=0,431$ ), fizikai szerep ( $p=0,934$ ), fájdalom ( $p=0,634$ ), általános egészségi állapot ( $p=0,234$ ), vitalitás ( $p=0,202$ ) alsókálák között nem tudtuk kimutatni, hogy a transzplantáltak és dializáltak közti különbség függene a nemtől, a nemek közötti különbség nem volt szignifikáns.

A vesebetegség specifikus alsókáláknál a tünetek ( $p=0,664$ ), a vesebetegség okozta teher ( $p=0,202$ ), a vesebetegség hatása a mindennapi életre ( $p=0,962$ ) életminőség területek között sem igazolódott szignifikáns összefüggés.

## Megbeszélés

A kutatások többsége arról számol be, hogy a vesetranszplantált betegek életminősége jobb a dializáltakéhoz képest. A transzplantációt követően javul az életminőség, néhány területen az átlagpopuláció értékeit is megközelíti (Kostro et al, 2016; Bartófi, 2006; Rebollo et al, 2000; Mingardi, 1999).

Vizsgálatunkban feltételeztük, hogy a vesetranszplantált betegek életminősége a fizikai dimenziók és egyes vesebetegség specifikus alsókálák mentén jobb a dializáltakénál.

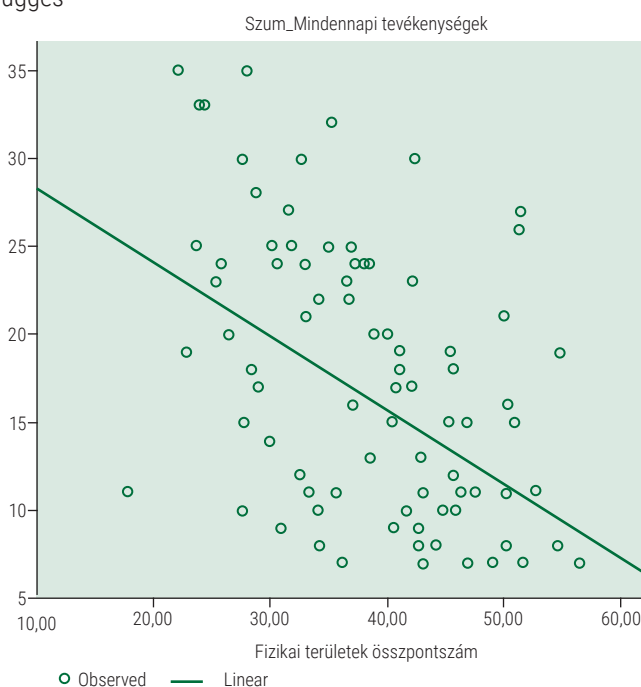
Összevetve a kapott pontszámokat, kijelenthetjük, hogy az általunk vizsgált vesetranszplantált betegcsoport életminősége a dializált csoporténál lényegesen jobb volt, továbbá az alsókálák mindegyikénél szignifikáns különbség mutatható ki a két betegcsoport között az egészséggel kapcsolatos életminőség terén. Az átlagpontszámok a két populáció között mind az 5 generikus, mind pedig a 3 betegség-specifikus alsókála esetében meghaladták a 10 pontot.

Több forrás is említi, hogy a férfiak jobb életminőséggel rendelkeznek (Cruz et al, 2011; Bartófi, 2006). Betegcsoportjainkban megnéztük az életminőség alsókálák alakulását nemek tekintetében, kezelésekre bontva. Eredményeink nem mutattak szignifikáns különbséget a nemek között.

Cruz és munkatársai által végzett felmérésben a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező és szakmailag aktív egyének magasabb pontszámot értek el a fizikai dimenziók mentén. Eredményeik alapján a hemoglobinszint összefügg a fizikai dimenziókkal, illetve három vagy több társbetegség hatással van a fizikai dimenzióra (Cruz et al, 2011). Saját kutatásunk során nem volt lehetőségünk klinikai paraméterek rögzítésére.

Kapott eredményeinket összehasonlítva más hazai felmérés eredményeivel, elmondható, hogy az általános életminőség dimenziók mentén a transzplantált betegcsoport értékeinél a fájdalom és az ál-

**1. ábra:** Az életminőség fizikai dimenziók és a Betegségteher-index mindennapi tevékenységek összpontszám közötti összefüggés



lános egészségi állapot kivételével, az erőnlét, szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés és vitalitás pontszámokban elmaradás figyelhető meg a szegedi mintánál. A dializált populáció értékei az általános egészségi állapot alsókálán kívül alacsonyabb pontszámokat mutattak a budapesti mintához képest. A KDQOL-SF™ amerikai validálása során kapott eredményei is alacsonyabbak a fővárosi dializált betegcsoportéhoz képest egy alsókála, az általános egészségi állapot kivételével. A szegedi és az amerikai dializált betegcsoport összehasonlításánál azt tapasztaljuk, hogy mintánk az energia domén mentén teljesített csak jobban az amerikai mintához képest.

Mindhárom vesebetegség specifikus alsókála mentén a budapesti transzplantált betegek eredményei jobbnak bizonyultak a szegediekéhez képest. A budapesti és holland dializált mintánál a tünetek és a vesebetegség hatása nagyobb pontszámot kapott a szegedi mintához képest, a vesebetegség terhe 47-50 pont között alakul a szegedi, budapesti, amerikai, holland betegcsoportnál is (Bartófi, 2006).

Magyarországon a krónikus vesebetegek száma közel egymillió, közülük több, mint 6 ezer beteget dialízissal tartanak életben (Országos Vérellátó Szolgálat, 2017). Az első élődonoros veseátültetés Szegeden történt 1962-ben, ezt követően 1973-ban indult vesetranszplantációs program Budapesten. Az elmúlt 45 évben 10 ezer szervátültetés történt, ebből 1000 alig több mint két év alatt valósult meg. A vese transzplantációs program működése óta hazánkban több

mint 8 ezer beteg kapott új vesét (Országos Vérellátó Szolgálat, 2018). A várólistán aktuálisan több, mint ezer beteg várja a riadót (Országos Vérellátó Szolgálat, 2019). Ezek a számok is azt mutatják, hogy a krónikus vesebetegek száma jelentős, és a populáció öregedésével a mutatók várhatóan emelkedni fognak. A végstádiumú veseelégtelenség, vesetranszplantáció hosszútávú, életre szóló együttműködést igényel a betegek részéről. Fontos a partneri kapcsolat kialakítása, hogy a páciensek érezzék saját felelősségüket is állapotuk alakulásában. A holisztikus betegápolás során fontos a fizikai, pszichés és szociális dimenziók értékelése, a klinikai mutatók mellett a betegek egészségükről, életminőségükről alkotott szubjektív véleménye.

### Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni Dr. Boda Krisztinának a statisztikai próbák terén nyújtott segítségéért.

### Etikai jóváhagyás

Ez a tanulmány része a „Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek és vesetranszplantáción átesett betegek életminőség vizsgálata” kutatásnak. A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Tudományos Etikai Bizottsága engedélyezte (109/2018-SZTE), nem sérti a Helsinki Deklaráció előírásait.

### Összeférhetlenség

A szerzők kijelentik, hogy ez a tanulmány a „Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek és vesetranszplantáción átesett betegek életminőség vizsgálata” részét képezi, a projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg. EFOP-3.6.1-16-2016-00008, melynek résztvevője B.Á.

## Irodalomjegyzék

- Aggarwal, H. K., Jain, D., Pawar, S., Yadav, R. K. (2016). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease. *QJM*, 109(11), 711–716. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw054>
- Bartófi, S. (2006). Krónikus vesebetegek életminőségének vizsgálata, Budapest, Doktori értekezés, Retrieved from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/barotfiszabolcs.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/barotfiszabolcs.d.pdf), [accessed: 2019.08.10]
- Chong, K., Myaskovsky, L., Unruh, M. (2018). A Timely Evaluation of the Psychometric Properties of the KDQOL-36. *American Journal of Kidney Diseases*. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.10.028>
- Cruz, M. C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L. A., Sesso, R. de C. C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 66(6), 991–995. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011000600012>
- Devins, G. M. (2010). Using the Illness Intrusiveness Ratings Scale to understand health-related quality of life in chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6) 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.006>
- Oniscu, G. C., Brown, H., & Forsythe, J. L. R. (2005). Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(6), 1859–1865. <https://doi.org/10.1681/ASN.2004121092>
- Gál, G. D. (2003). A művese kezelés elmúlt 50 éves története Szegeden. Retrieved from: [https://www.doki.net/tarsasag/nephrologia/upload/nephrologia/document/Prof\\_Dr\\_Gal\\_Gyorgy\\_Szegedi\\_Dializis\\_kezeles\\_50\\_eves\\_tortene.pdf?web\\_id=](https://www.doki.net/tarsasag/nephrologia/upload/nephrologia/document/Prof_Dr_Gal_Gyorgy_Szegedi_Dializis_kezeles_50_eves_tortene.pdf?web_id=), [accessed: 2019.09.05.]
- Hays, R. E. (1997). Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: *A Manual for Use and Scoring*. Retrieved from: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html), [accessed: 2019.09.20.]
- Kostro, J. Z., Hellmann, A., Kobiela, J., Skóra, I., Lichodziejewska-Niemierko, M., Dębska-Lizień, A., Iedziński, Z. (2016). Quality of life after kidney transplantation: A prospective study. *Transplantation Proceedings*, 48(1), 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.10.058>
- Kovács, Á. Z. (2010). Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek egészséggel kapcsolatos életminőségét befolyásoló tényezők, Budapest, Doktori értekezés. Retrieved from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/kovacsagneszszofoia.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/kovacsagneszszofoia.d.pdf) [accessed: 2019.09.20.]
- Maaz, Z. A. (2010). End-stage renal disease. *BMJ Clinical Evidence*, 1-16. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217820/> [accessed: 2019.09.20.]
- Mató-Juhász, A. S., Szegedi, K. (2016). Az egészség tudatos magatartás és a fenntartható fejlődés elméleti összefüggései. *MultiScience - XXX. microCAD International Multidisciplinary Scientific Conference University of Miskolc, Hungary*, 21-22 April 2016, ISBN 978-963-358-113-1., Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/328015404\\_Az\\_egeszseg\\_tudatos\\_magatartas\\_es\\_a\\_fenntarthato\\_fejlodes\\_elmeleti\\_osszefuggesei](https://www.researchgate.net/publication/328015404_Az_egeszseg_tudatos_magatartas_es_a_fenntarthato_fejlodes_elmeleti_osszefuggesei) [accessed: 2019.09.30.]
- Mingardi, G. C. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 1503–1510. <https://doi.org/10.1093/ndt/14.6.1503>
- Novák, M. (2004). Alvászavarok és életminőség, Budapest, Doktori értekezés. Retrieved from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/novakmarta.d](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/novakmarta.d) [accessed: 2019.09.20.]
- Oniscu, G. C., Brown, H., Forsythe, J. L. R. (2005). Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(6), 1859–1865. <https://doi.org/10.1681/ASN.2004121092>

16. Országos Vérellátó Szolgálat. (2017). *Szervekoordinációs Iroda: 2016 Szakmai Beszámolója*. Retrived from:[http://www.ovsz.hu/sites/ovsz.hu/files/szervadomanyozas\\_dokumentum/szakmaibeszamolo2016-20170707\\_z5.pdf](http://www.ovsz.hu/sites/ovsz.hu/files/szervadomanyozas_dokumentum/szakmaibeszamolo2016-20170707_z5.pdf), [accessed:2019.09.15.]
17. Országos Vérellátó Szolgálat. (2018). *10 000 szervátültetés Magyarországon!* Retrived from: <http://www.ovsz.hu/oco/10000-szervatultetes-magyarorszagon>, elérés ideje: [accessed: 2019.09.10.]
18. Országos Vérellátó Szolgálat. (2019). Retrived from: <http://www.ovsz.hu/vese/vese-transzplantacios-varolista>. [accessed: 2019.10.10.]
19. Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J., Badí, X., Alvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C....Alvarez-Grande, J. (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: Variables that influence it. *Clinical Transplantation*, 14(3), 199–207. <https://doi.org/10.1034/j.1399-0012.2000.140304.x>.
20. Schimmer, A. D., Elliott, M. E., Abbey, S. E., Raiz, L., Keating, A., Beanlands, H. J., ... Devins, G. M. (2001). Illness intrusiveness among survivors of autologous blood and marrow transplantation. *Cancer*, 92(12), 3147–3154. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20011215\)92:12<3147::AID-CNCR10168>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20011215)92:12<3147::AID-CNCR10168>3.0.CO;2-C)
21. Stavem, K., Ganss, R. (2006). Reliability and validity of the ESRD Symptom Checklist - Transplantation Module in Norwegian kidney transplant recipients. *BMC Nephrology*, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-7-17>
22. Tayebi, A., Raiesifar, A., Ebadi, A., Eynollahi, B., Rafiyan, Z., Keyvanloo, F. (2010). Investigation of renal transplantation patients' quality of life by kidney transplantation questionnaire (KTQ-25). *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 3(3), 125–128. Retrieved from [http://inhc.ir/browse.php?a\\_id=43&slc\\_lang=en&sid=1&ftxt=1](http://inhc.ir/browse.php?a_id=43&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1) [accessed: 2019.10.10.]
23. Turányi, C. Z., Zalai, D., Molnár, M. Zs., Novák, M., Mucsi I. (2012). Életminőség és alvászavarok vesetranszplantált betegek körében. *Hypertonia és Nephrologia* 2012;16(2):56-61. Retrived from: <https://lib.semmelweis.hu/sepul/pdf/2012/a479> [accessed: 2019.10.11.]
24. Valderrabano, F., Jofre, R., Lopez-Gomez, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443–464. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2001.26824>
25. Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., Masson, P. (2017, March 25). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5) <https://doi.org/10.1053/ajkd.2001.26824>

## SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONTSZERZÉSI LEHETŐSÉG

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a **NŐVÉR** szakfolyóirat 2020. évi lapszámaiban is megtalálhatóak a továbbképző cikkek. Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a folyóirat 33. évfolyama mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2020. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!