



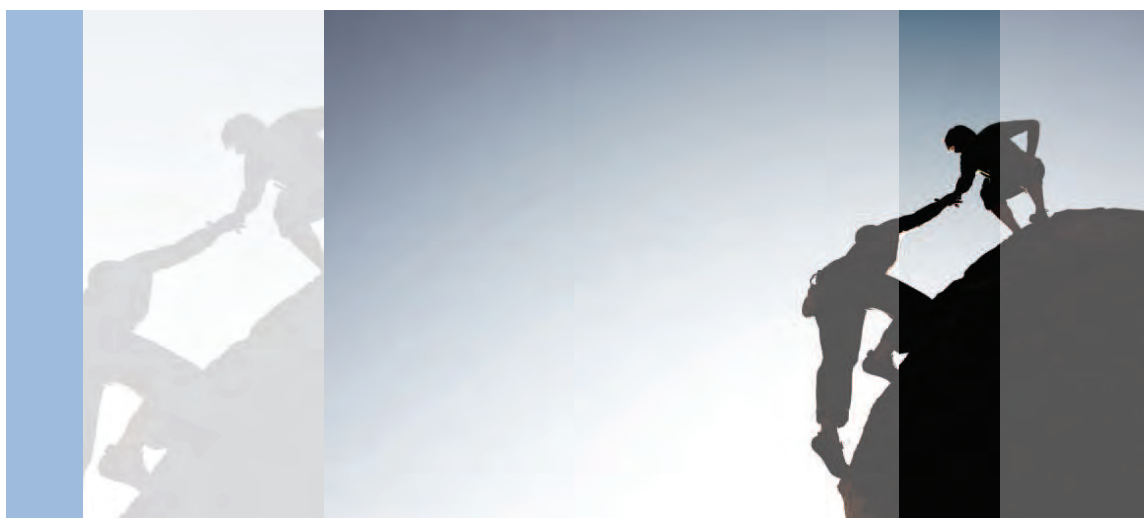
SAVEZ
SLOVENSKÁ ASOCIÁCIA
VEREJNEHO ZDRAVIA

4. konferencia SAVEZ s medzinárodnou účasťou

Zborník príspevkov

Posilňovanie systému verejného zdravotníctva

9. - 10. 6. 2011, Košice



Posilňovanie systému verejného zdravotníctva

Strengthening Public Health Systems

Recenzovaný zborník príspevkov

zo 4. konferencie SAVEZ s medzinárodnou účasťou

9. - 10. júna 2011, Košice, SR

PodĎakovanie

4. konferencia SAVEZ s medzinárodnou účasťou bola podporená Medzinárodným Višegrádskeým Fondom na základe Zmluvy č. 11110211, 7. rámcovým programom Európskej Únie na základe Zmluvy č. FP7 217605 (STEPS projekt), Európskou Asociáciou Verejného Zdravotníctva (EUPHA), Kanceláriou WHO na Slovensku, vydavateľstvom Portál, s.r.o. a neziskovou organizáciou Košice 2013 – Európske hlavné mesto kultúry.

Acknowledgements

The 4th International SAVEZ conference was supported by the International Visegrad Fund under contract No. 11110211, the 7th Research Framework Program of the European Union under grant agreement No. FP7 217605 (STEPS project), the European Public Health Association (EUPHA), the WHO Country Office in Slovakia, the publishing house Portal, Ltd. and the non-profit organisation Kosice 2013 – European Capital of Culture.

Editori: MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.; Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Recenzenti: doc. MUDr. Tibor Baška, PhD.; doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.; doc. RNDr. Gabriel Guliš, CSc.; MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.; PhDr. Daniela Kállayová, PhD.; MUDr. Jana Kollárová; PhDr. Marek Majdan, PhD.; Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Vydavateľ: Equilibria, s.r.o., Košice, SR. Október 2011.

Príspevky neprešli jazykovou korektúrou.

Zborník: © Slovenská asociácia verejného zdravia, Košice

Príspevky: © Autori jednotlivých príspevkov

Návrh obálky: © Claudia Jutková

ISBN: 978-80-89284-92-4

VZŤAH MEDZI PORUCHAMI NÁLADY, SEBAPOSUDZOVANÝM ZDRAVÍM A KVALITOU U ŽIVOTA PACIENTOV S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Ghorbani Saeedian R.^{1,2}, Nagyová I.^{1,2}, Chylová M.^{1,3}, Rosenberger J.^{1,4}, Škorvánek M.^{1,5}, Gdovinová Z.⁵, Groothoff J.W.⁶, van Dijk J.P.^{1,6}

¹ UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

² UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

³ UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, 1. Psychiatrická klinika, Košice

⁴ UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, 1. Interná klinika, Košice

⁵ UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Neurologická klinika, Košice

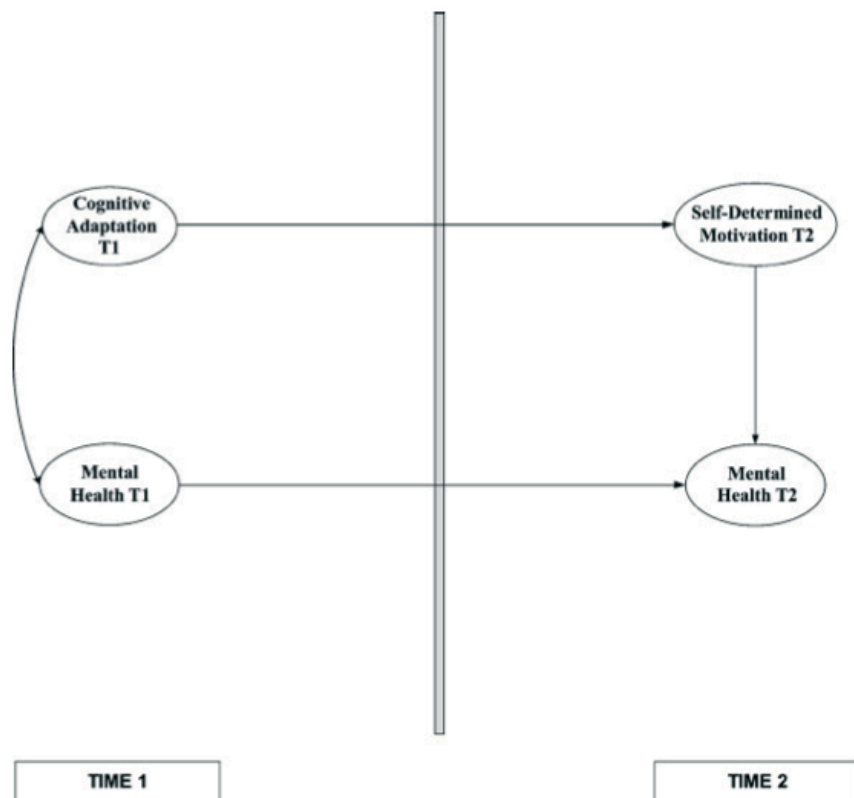
⁶ Oddelenie sociálnej medicíny, UMCG, University of Groningen, Groningen, Holandsko

Úvod

Parkinsonova choroba (PD) je chronické progresívne neurologické ochorenie s potenciálne devastujúcimi dôsledkami pre pacienta. Klinické symptómy ochorenia sa v priebehu času zintenzívňujú a spolu s nimi korešponduje aj progresívna strata nezávislosti a zvyšujúci sa finančný a sociálny handicap (Schenkman, Zhu, Cutson, & Whetten-Goldstein, 2001). Skóre so zdravím asociovej kvality života (HRQoL) je u pacientov s Parkinsonovou chorobou nižšie ako skóre normálnej populácie (Schrag, Jahanshahi, Quinn, 2000; Riaz, Hobart, Lamping, a kol., 2003). Taktiež SF-36 (generický nástroj merania so zdravím asociovej kvality života) indikuje oveľa väčší negatívny vplyv PD na HRQoL v porovnaní s inými chronickými ochoreniami, konkrétne s koronárnou chorobou srdca, mozgovým infarktom, diabetes mellitus alebo s reumatoidnou artritídou (Gage, Hendricks, Zhang, Kazis, 2003). Mnohé prierezové štúdie HRQoL u PD identifikovali prediktívnu hodnotu demografických a klinických faktorov s použitím jednak generických ako aj PD špecifických nástrojov merania. Najčastejším konzistentným korelátom kvality života PD pacienta je depresia a závažnosť ochorenia (Karlsen, Tandberg, Arslan, Larsen, 2000; Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee, 2002;

Schrag, Jahanshahi, Quinn, 2000; Chrischilles, Rubenstein, Voelker, Wallace, Rodnitzky, 2002; Welsh, McDermott, Holloway a kol., 2003).

Depresia je bežne sa vyskytujúcim nemotorickým symptómom s doposiaľ neznámou etiológiou a s obrovským dopadom na pacienta, s výskytom takmer u 45% PD populácie. Súbežne s depresiou sa u pacienta objavuje aj úzkostná porucha (Menza, Robertsonhoffman, Bonapace, 1993; Havlíková, Rosenberger, Nagyová, Middel, Dubayová, Gdovinová, 2008). Ako bolo vyššie uvedené, etiológia porúch nálady ostáva neistá, neexistuje konzistentná zhoda medzi relevantnými klinickými štúdiami, čo znamená, že v súčasnosti ostáva otvorenou otázkou, prečo niektorí pacienti s PD trpia poruchami nálady a prečo u niektorých tieto symptómy prítomné nie su (McDonald, Richard, DeLong, 2003; Moore, Seeney, 2007). Vo všeobecnosti sa predpokladá, že ide o komplexnú interakciu psychosociálnych a neurobiologických faktorov (Weintraub, Stern, 2005). Tak ako poruchy nálady (anxieta a depresia), podobne aj sebaopisovaný zdravotný stav (SRH) je dôležitým prediktorom mortality, morbidity, využívania zdravotnej starostlivosti, hospitalizácie, ale aj zdravie podporujúceho správania. Napriek tomu nie je jasné, aké mechanizmy sa na hodnotení zdravia zúčastňujú. SRH sa správa ako viacdimenzionálny konštrukt, nie ako jednoduchá reflexia fyzického zdravotného stavu. Spôsob akým pacienti hodnotia svoje zdravie závisí nielen od prítomnosti alebo absencie ochorenia, ale aj od ich funkčných, sociálnych a psychických zdrojov (Nagyová, van den Heuvel, Sewart, Macejová, van Dijk, 2004). Pacientovo vnímanie a hodnotenie zdravia (SRH) v súčasnosti začína nachádzať svoju relevantnosť čím ďalej tým viac (Schenkman, Cutson, Zhu, Whetten-Goldstein, 2002). Abudi a kol., 1997 zistil, že pri hodnotení závažnosti PD ochorenia a jeho prítomných symptómov bol rozdiel v hodnotení pacientovho stavu medzi expertmi a pacientovým subjektívnym hodnotením. Pacienti subjektívne udávali oveľa nižšiu závažnosť ochorenia a vplyv na kvalitu ich života. Môžeme predpokladať, že pacienti nevnímajú svoje zdravie objektívne a na výsledku SRH sa podieľa aj kognitívna adaptácia (Taylor, 1983) (procesy kognitívnej adaptácie sú optimizmus, vnímaná kontrola a pozitívna seba-percepcia), ktorá nepriamo ovplyvňuje mentálne zdravie – poruchy nálady (Ratelle, Vallerand, Chantal, Provencher, 2004) (Obr. 1).



Obr. 1 Motivačný model kognitívnej adaptácie – prospektívny teoretický model

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, v akom rozsahu sú poruchy nálady (anxieta a depresia) v asociácii s kvalitou života u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ktorí vnímajú svoje zdravie ako dobré a u pacientov, ktorí naopak vnímajú svoje zdravie ako zlé. Kontrolovanými premennými boli vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia a závažnosť ochorenia.

Materiál a metódy

Zber dát prebiehal v období od februára 2004 do februára 2006. Na výskume participovalo 5 nemocníc a 17 neurologických ambulancií z východoslovenského regiónu, jedna zúčastnená nemocnica bola zo západoslovenského regiónu – okres Bratislava.

PD pacientom boli poštou zaslané sebvýpovedňové dotazníky tri týždne pred plánovaným štrukturovaným rozhovorom, ktoré bolo naplánované v rovnakom termíne ako neurologické vyšetrenie pacienta. Každý pacient bol diagnostikovaný podľa diagnostických kritérií United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain

Clinical Criteria (Hughes, Daniel, Ben-Shlomo, Lees, 2002). Podmienkou na zaradenie do výskumu bol vek pacienta nižší ako 85 rokov (pre prípadný spoluvýskyt ostatných klinických symptómov a pohybových komplikácií neparkinsonského charakteru a skóre MMSE [Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, McHough, 1975)] 23 bodov a viac. Po štruktúrovanom rozhovore, ktorý snímal pacientovu klinickú objektívnu a subjektívnu anamnézu, nasledovalo neurologické vyšetrenie na zistenie závažnosti PD s použitím Unifikovanej posudzovacej škály Parkinsonovej choroby (UPDRS verzia 3.0) (van Hilten, van der Zwan, Zwinderman, Ross, 1994). Kognitívny deficit bol vyšetrený pomocou Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, McHough, 1975). Sociodemografické údaje boli odčítané z medicínskych záznamov.

Pacient sa zúčastnil výskumu podpísaním informovaného súhlasu. Výskum bol schválený eickou komisiou pri fakultnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach.

Sociodemografické dáta (vek, pohlavie, vzdelanie) a dĺžka ochorenia boli získané prostredníctvom sebvýpovedňového dotazníka alebo v rámci štruktúrovaného rozhovoru.

Sebapосudzované zdravie bolo merané položkou číslo 1 z generického sebvýpovedňového dotazníku Prieskum zdravotného stavu: 36-položková krátka verzia (SF-36) (Ware, Snow, Kosinski, Gandek, 1993). Táto 36 položková škála meria so zdravím asociovanú kvalitu života z pohľadu pacienta. Obsahuje 8 podškál, kombináciou ktorých sa dajú získať dve sumárne skóre – fyzické a mentálne. Položka číslo 1 tohto dotazníka môže byť rekódovaná skóre sebapосudzujúceho zdravia (SRH).

Závažnosť ochorenia bola hodnotená pomocou neurologickej batérie – Unifikovanej hodnotiacej škály pre Parkinsonovu chorobu (UPDRS). Škála obsahuje 4 časti: 1 poruchy nálady a intelektu; 2 aktivity denného života; 3 vyšetrenie motoriky a 4 motorické komplikácie. Časti 1, 2 a 4 sú snímané počas štruktúrovaného rozhovoru, časťou 3 je samotné odborné neurologické vyšetrenie pacientovho aktuálneho funkčného stavu. Skóre škály nadobúda hodnoty od 0 do 176. Vysoké skóre indikuje zlý funkčný stav (van Hilten, van der Zwan, Zwinderman, Ross, 1994).

Poruchy nálady boli merané pomocou generickej dvojdimenzionálnej Nemocničnej škály anxiety a depresie (HADS) (Zigmond, Snaith, 1983). Táto škála bola zostrojená na použitie v klinických podmienkach so zámerom vylúčiť confounding medzi fyzickým ochorením a poruchami nálady. Škála obsahuje 14 položiek, z ktorých 7

sýti dimenziu depresie a 7 dimenziu anxiety. Pacienti odpovedajú prostredníctvom 4-bodovej škály, kde 0=nepřítomnosť problému a 3=problém je jednoznačne prítomný a závažný. Skóre nadobúda hodnoty od 0 do 21 pre každú subškálu. Vyššie skóre indikuje závažnejšiu poruchu nálady. Cronbach Alfa pre náš výskumný súbor bola .79 pre subškálu depresia a .69 pre subškálu anxiety.

Na meranie so zdravím asociovej kvality života u Parkinsonovej choroby existuje špecifický dotazník kvality života pacientov s Parkinsonovou chorobou (PDQ-39) (Peto, Jenkinson, Fitzpatrick, 1998). Obsahuje 8 subškál: mobilita (10 položiek), aktivity denného života (6 položiek), emocionálna pohoda (6 položiek), stigma (4 položky), sociálna opora (3 položky), kognitívne funkcie (4 položky), komunikácia (3 položky) a telesný diskomfort (3 položky). Odpovede nadobúdajú hodnotu od 0=nikdy, 1=málokedy, 2=občas, 3=často, do 4=stále alebo až úplné znemožnenie činnosti. Každá subškála sa následne prepočíta na hodnotu v rámci rozpätia 0 (žiadny problém) až 100 (najzávažnejší stupeň problému). Celkové skóre reprezentuje so zdravím asociovanú kvalitu života.

V štatistickej analýze sme najskôr definovali deskripciu súboru, kde sme vypočítali priemery a štandardné odchýlky zúčastnených nezávislých premenných (Tabuľka 1). Neskôr sme skúmali vzťah medzi sociodemografickými premennými, dĺžkou ochorenia, závažnosťou ochorenia, poruchami nálady a kvalitou života prostredníctvom Pearsonových korelačných koeficientov. Následne, viacnásobná lineárna regresia s metódou "Enter" bola použitá na identifikáciu variácie kvality života pomocou sociodemografických (pohlavie, vek, vzdelanie) a klinických (dĺžka ochorenia, závažnosť ochorenia) premenných a anxiety a depresie. Sociodemografické premenné (pohlavie, vek, vzdelanie) boli vložené do modelu ako krok 1, dĺžka ochorenia bola vložená do modelu ako krok 2, závažnosť ochorenia (meraná pomocou UPDRS) bola vložená do modelu ako krok 3 a ako konečný krok 4 boli do modelu vložené poruchy nálady – anxiety a depresia (merané prostredníctvom HADS) (Tabuľka 2). Lineárna regresia bola počítaná pre obidve skupiny PD pacientov - s dobrým sebaodsudzovaným zdravím a so zlým sebaodsudzovaným zdravím.

Štatistická analýza bola počítaná pomocou štatistického softvéru SPSS (Statistical Package for the Social Science) verzia 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Výsledky

Z 512 pacientov trpiacich Parkinsonovou chorobou, 160 súhlasilo so zaradením do výskumu a vyplnilo sebakypovedové dotazníky. Z týchto 512, 41 odmietlo participovať a 311 nereagovalo na pozvanie zúčastniť sa neurologického vyšetrenia a štruktúrovaného rozhovoru. 42 pacientov bolo z výskumu vylúčených pre nesplnenie podmienok potrebných na zaradenie do výskumu. Konečný súbor obsahoval 118 pacientov. Pacienti, ktorí sa nezúčastnili výskumu sa signifikantne líšili od výskumného súboru vo veku (rozdiel 1.69 rokov., SE=.87; $t=-1.95$; 95% CI .010- -3.39). Taktiež v skupine pacientov, ktorí sa výskumu nezúčastnili bolo štatisticky významne viacero žien ako mužov (rozdiel -0.0110; SE=.041; 95% CI - .091 - .069).

Základná deskriptívna štatistika je uvedená v tabuľke 1. Výskumný súbor tvorilo 118 pacientov s Parkinsonovou chorobou dichotomizovaných do dvoch skupín podľa úrovne sebakypozdovaneho zdravia – pacienti s „dobrým“ zdravím (N=77; 51.95% žien) a pacienti so „zlým“ zdravím (N=41; 39.02% žien).

V skupine pacientov, ktorí vnímali svoje zdravie ako dobré, diagnostika korelačných koeficientov odhalila signifikantne významný vzťah medzi vekom a závažnosťou ochorenia ($r= 0.30$, $p<0.01$) a tiež závažnosť ochorenia bola v signifikantne významnom vzťahu s kvalitou života ($r= 0.70$, $p<0.01$). Poruchy nálady - anxieta ($r= 0.42$, $p<0.01$) a depresia ($r= 0.33$, $p<0.05$) signifikantne korelovali so závažnosťou ochorenia.

U pacientov, ktorí subjektívne vnímajú svoje zdravie ako zlé, významné korelácie boli zistené medzi dĺžkou a závažnosťou ochorenia ($r= 0.51$, $p<0.01$). Závažnosť ochorenia ($r= 0.68$, $p<0.01$) a anxieta ($r= 0.43$, $p<0.05$) boli vo významanom vzťahu s kvalitou života.

U pacientov s dobrým SRH; vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia, závažnosť ochorenia a poruchy nálady vysvetľovali 66% variancie sebakypozdovanej kvality života, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 13% variancie. U pacientov so zlým SRH, rovnaký model vysvetľoval 58% variancie, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 22% variancie sebakypozdovanej kvality života (Tab. 2)

Závažnosť ochorenia sa javí byť najsilnejším prediktorom kvality života v oboch skupinách pacientov s odlišným sebakypozdovaným zdravím – v skupine s dobrým zdravím ($\beta=.69$, $p<0.01$) a v skupine so zlým zdravím ($\beta=.74$, $p<0.01$).

Z porúch nálady anxieta je významným prediktorom kvality života v skupine pacientov s dobrým SRH ($\beta=.32$, $p<0.01$), taktiež v skupine pacientov so zlým SRH ($\beta=.38$, $p<0.05$). Regresná analýza objavila, že depresia nie je významný prediktor so zdravím asociovej kvality života v skúmanom súbore PD pacientov.

Tab. 1 Deskripcia výskumného súboru

Prediktory	Celkový súbor (n=118)		Pacienti s „dobrým“ sebaopisovaným zdravím (n=77)		Pacienti so „zlým“ sebaopisovaným zdravím (n=41)	
	N (%)	Priemer \pm SD	N (%)	Priemer \pm SD	N (%)	Priemer \pm SD
1. Pohlavie						
Muži	62(52.54%)		37(48.05%)		25(60.98%)	
Ženy	56(47.46%)		40(51.95%)		16(39.02%)	
2. Vek		68.14 \pm 8.40		68.49 \pm 8.63		67.22 \pm 8.24
3. Dĺžka ochorenia		6.29 \pm 5.51		5.21 \pm 3.98		8.26 \pm 7.29
4. Vzdelanie						
Základné	58(49.15%)		33(42.86%)		25(60.98%)	
Stredoškolské	49(41.53%)		37(48.05%)		12(29.27%)	
Univerzitné	11 (9.32%)		7 (9.09%)		4 (9.76%)	
5. UPDRS		33.21 \pm 19.14		26.27 \pm 14.70		46.98 \pm 19.42
6. Anxieta						
≥ 8	58(49.15%)		45(58.44%)		13(31.70%)	
< 8	60(50.85%)		32(41.56%)		28(68.29%)	
7. Depresia						
≥ 8	76(64.41%)		56(72.72%)		20(48.78%)	
< 8	42(35.60%)		21(27.27%)		21(51.22%)	

Poznámky:

UPDRS, Unifikovaná hodnotiacia škála pre Parkinsonovu chorobu (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)

Tab. 2 Viacnásobné regresné analýzy u dvoch skupín pacientov s odlišným hodnotením sebaopisovanej zdravia: sociodemografické premenné, dĺžka ochorenia, závažnosť ochorenia, poruchy nálady

PDQ-39	dobré sebaopisované zdravie					zlé sebaopisované zdravie				
	Adjusted R ²	R ² Change	β	F Change	Sig. Fchange	Adjusted R ²	R ² Change	β	F Change	Sig. FChange
Model 1										
Vek			.09					-.04		
Pohlavie (Ž)			-.19					-.10		
Vzdelanie(ZŠ)	-4.3%	3.0%	.05	.416	.743	-8.6%	3.5%	-.12	.287	.834
Model 2										
Vek			.07					-.10		
Pohlavie (Ž)			-.18					-.18		
Vzdelanie(ZŠ)			.06					-.15		
Dĺžka ochorenia	-5.4%	1.4%	.12	.576	.452	7.8%	10.0%	.44**	5.266	.031
Model 3										
Vek			-.13					-.01		
Pohlavie (Ž)			-.23*					-.15		
Vzdelanie(ZŠ)			-.01					-.02		
Dĺžka ochorenia			.12					.10		
UPDRS	53.1%	54.1%	.77**	49.556	.000	34.9%	25.5%	.62**	10.592	.004
Model 4										
Vek			-.01					.11		
Pohlavie (Ž)			-.26*					-.05		
Vzdelanie(ZŠ)			.03					.04		
Dĺžka ochorenia			.11					-.17		
UPDRS			.69**					.74**		
HADS-A			.32**					.38*		
HADS-D	65.9%	12.9%	.12	8.148	.001	57.9%	21.8%	.26	6.989	.005

Poznámky

Ž, pohlavie ženské; UPDRS, Unifikovaná hodnotiaci škála pre Parkinsonovu chorobu (Unified Parkinson's Disease Rating Scale); HADS-A, Nemocničná škála anxiety a depresie – subškála anxiety; HADS- D, Nemocničná škála anxiety a depresie – subškála depresie;

* p< .05, **P< .01

Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, v akom rozsahu sú poruchy nálady (anxieta a depresia) v asociácii s kvalitou života u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ktorí vnímajú svoje zdravie ako dobré a u pacientov, ktorí naopak vnímajú svoje zdravie ako zlé. Kontrolovanými premennými boli vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia a závažnosť ochorenia.

U pacientov s dobrým SRH; vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia, závažnosť ochorenia a poruchy nálady vysvetľovali 66% variácie so zdravím asociovanej kvality života, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 13% variácie. U pacientov so zlým SRH, rovnaký model vysvetľoval 58% variácie, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 22% variácie kvality života. Táto diskrepancia vo výsledkoch nám umožňuje predpokladať, že subjektívne hodnotenie zdravia pacientom, určité pozitívne nastavenie, kde pacient nachádza zdroje zvládania prostredníctvom pozitívnej seba-percepcie a hodnotenia (Taylor, 1983; Ratelle, Vallerand, Chantal, Provencher, 2004), má pravdepodobne ochranný salutogenetický charakter na mentálne zdravie. Z porúch nálady, jedine anxieta ako prediktor so zdravím asociovanej kvality života ostala pre model významná v oboch skupinách PD pacientov – s dobrým SRH ($\beta=0.32, p<0.01$) a so zlým SRH ($\beta=0.38, p<0.01$). Depresia po kontrole modelu sociodemografickými premennými (vek, pohlavie, vzdelanie), dĺžkou ochorenia a závažnosťou ochorenia nebola pre model významná. Súčasný výskum udáva široké spektrum prevalence depresie u PD od 8 do 76% (Veazey a kol., 2005). Reijnders a kol. (2007) v prehľadovej štúdií uzatvára, že niektoré populačné štúdie zistili dokonca nižšiu prevalenciu depresie u PD (okolo 7%) v porovnaní s výskumom realizovanom na klinickej populácii. Prekrývanie sa depresívnej symptomatológie s Parkinsonovou chorobou (psychomotorická retardácia, únava, strata záujmov) je akceptované virtuálne takmer všetkými odborníkmi v oblasti výskumu Parkinsonovej choroby. Mnohé symptómy DSM-IV klasifikácie pre depresiu sú u PD pacientov bežné. Napriek tomu PD pacienti diagnostikovaní ako depresívni udávali menej smútku, nižšiu anhedóniu a menšiu mieru pocitu viny ako depresívni pacienti, ktorí netrpeli Parkinsonovou chorobou (Ehr a kol., 2006).

Prezentovaný výskum tiež potvrdí závažnosť ochorenia ako najdôležitejší prediktor ovplyvňujúci kvalitu života PD pacientov (Dubayová, Nagyová, Havlíková, Rosenberger a kol., 2009). V skupine pacientov, ktorí vnímali svoje zdravie ako dobré, závažnosť ochorenia vysvetlila 54.1% variácie kvality života a v skupine

pacientov, ktorí svoje zdravie vnímali ako zlé, UPDRS vysvetlila 25.5% variácie kvality života.

V skupine pacientov pozitívne vnímajúcich svoje zdravie, pohlavie sa zdá byť taktiež významným prediktorom kvality života, čo je tiež v zhode z predchádzajúcimi zisteniami. Vo všeobecnosti ženy udávajú závažnejšiu neschopnosť v súvislosti s PD a zníženie kvality života v porovnaní s mužmi. V skupine pacientov vnímajúcich svoje zdravie ako zlé si však tento prediktor nezachoval svoju významnosť.

Výsledky nášho výskumu nie je možné adekvátne generalizovať na celkovú populáciu pacientov s Parkinsonovou chorobou, kvôli nízkej odozve participantov zúčastniť sa výskumu. Taktiež non-respondenti boli starší ako participanti, takže môžeme predpokladať, že dôvodom, prečo odmietli participovať na výskume, boli závažné motorické komplikácie vo vysokom štádiu Parkinsonizmu.

Záver

Napriek tomu, že závažnosť ochorenia je najdôležitejším prediktorom kvality života PD pacientov, poruchy nálady pravdepodobne taktiež významne znižujú kvalitu života PD pacientov, pričom ich vplyv sa javí byť výraznejším v skupine pacientov s horším sebaodhadovaným zdravím. Z týchto porúch hlavne anxieta má významný vzťah na zhoršení so zdravím asociovanej kvality života. Psychologické intervencie realizované u pacientov s PD by mali brať do úvahy rôznu úroveň pacientovho sebaodhadovaného zdravotného stavu, ktorá, zdá sa, môže mať zvládaciu a ochrannú funkciu. čo potvrdzuje relevantnosť nie len „top down“ ale aj „bottom up“ regulácie v neurologických ochoreniach a v manažmente chronického ochorenia čím ďalej, tým viac.

PodĎakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy APVV-20-038305 (20%) a Zmluvy č.APVV-0220-10 (60%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. ABUDI, S., Bar-Tal, Y., Ziv, L. 1997. Parkinson's disease symptoms – Patient's perceptions. Journal of Advanced Nursing. 1997, vol.25, p. 54-59.

2. BURN, D. 2002. Beyond the Iron Mask: Towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2002, vol. 17, p. 445-454.
3. CHRISCHILLES, E.A., RUBENSTEIN, L.M., VOELKER, M.D., WALLACE, R.B., RODNITZKY, R.L. 2002. Linking clinical variables to health-related quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2002, vol. 8, p. 199– 209.
4. DUBAYOVÁ, T., NAGYOVÁ, I., HAVLÍKOVÁ, E., ROSENBERGER, J., GDOVINOVA, Z., MIDDEL, B., van DIJK, J.P., GROOTHOFF, W. 2009. Neuroticism and extraversion in association with quality of life in patients with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*. 2009, vol. 18, p. 33-42.
5. EHRT, U., BROONICK, K., LEENTJENS, A.F., AARSLAND, D. 2006. Depressive symptom profile in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006, vol. 21, p. 252-258.
6. FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., McHOUGH, P.R. 1975. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975, vol. 12, p. 189-198.
7. GAGE, H., HENDRICKS, A., ZHANG, S., KAZIS, L. 2003. The relative health related quality of life of veterans with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2003, vol. 74, p.163–169.
8. Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee. 2002. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey. *Movement Disorders*. 2002, vol.17, p. 60–67.
9. HAVLÍKOVÁ, E., ROSENBERGER, J., NAGYOVÁ, I., MIDDEL, B., DUBAYOVÁ, T., GDOVINOVA, Z. et.al. 2008. Clinical and psychosocial factors associated with fatigue in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and related disorders*. 2008, vol. 14, p. 187-192.
10. van HILTEN, J.J., van der ZWAN, A.D., ZWINDERMAN, A.H., ROSS, R.A. 1994. Rating impairment and disability in Parkinson's disease: evaluation of the Unified Parkinson's disease Rating Scale. *Movement Disorders*. 1994, vol. 9, p.84-88.
11. HUGHES, A.J., DANIEL, S.E., BEN-SHLOMO, Y., LEES, A.J. 2002. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. *Brain*. 2002, vol. 125, p.861-870.

12. REIJNDERS, J.S.A.M., EHRT, U., WEBER, W.E.J., AARSLAND, D., LEENTJENS, A.F.G. 2007. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2007, vol. 23, p. 183-189.
13. RIAZI, A., HOBART, J.C., LAMPING, D.L., a kol. 2003. Using the SF-36 measure to compare the health impact of multiple sclerosis and Parkinson's disease with normal population health profiles. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 2003, vol. 74, p.710–714.
14. KARLSEN, K.H., TANDBERG, E., ARSLAND, D., LARSEN, J.P. 2000. Health related quality of life in Parkinson's disease: a prospective longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2000, vol. 69, p. 584–589.
15. NAGYOVA, I.R., van den HEUVEL, W.J.A., STEWART, R.E., et al. 2004. Determinants of poor self-rated health in rheumatoid arthritis: A 4-year longitudinal study. *European Journal of Public Health*. 2004, vol.14, p. 98-98.
16. McDONALD, W.M., RICHARD, I.H., DeLONG, M.R. 2003. Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*. 2003, vol. 54, p. 363-375.
17. MENZA, M.A., ROBERTSONHOFMAN, D.E., BONAPACE, A.S. 1993. Parkinson's disease and anxiety comorbidity with depression. *Biological Psychiatry*. 1993, vol. 34, p. 465-470.
18. MOORE, K.A., SEENEY, F. 2007. Biopsychosocial predictors of depressive mood in people with Parkinson's disease. *Behavioral Medicine*. 2007, vol. 33, p. 29-37.
19. PETO, V., JENKINSON, C., FITZPATRICK, R. 1998. PDQ-39: a review of the development, validation and application of a Parkinson's disease quality of life questionnaire and its associated measures. *Journal of Neurology*. 1998, vol. 245(Suppl 1), p. 10-14.
20. RATELLE, C.F., VALLERAND, R.J., CHANTAL, Y., PROVENCHER, P. 2004. Cognitive adaptation and mental health: A motivational analysis. *European Journal of Social Psychology*. 2004, vol. 34, p. 459-476.
21. Schenkman, M., Zhu, C. W., Cutson, T. M., Whetten-Goldstein, K. 2001. Longitudinal evaluation of economic and physical impact of Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2001, vol. 8, p. 41–50.

22. SCHENKMAN, M., CUTSON, T.M., ZHU, C.W., Whetten-Goldstein, K. 2002. A Longitudinal Evaluation of Patients' Perceptions of Parkinson's Disease. *The Gerontologist*. 2002, vol. 42, p. 790-798.
23. SCHRAG, A., JAHANSHAH, M., QUINN, N. 2000. How does Parkinson's disease affect quality of life? A comparison with quality of life in the general population. *Movement Disorders*. 2000, vol.15, p.1112–1118.
24. SCHRAG, A., JAHANSHAH, M., QUINN, N. 2000. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:308–312.
25. TAYLOR, S.E. 1983. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983, vol. 38, p. 1161-1173.
26. VEAZEY, C., OZLEM ERDEN AKI, S., COOK, K.F., LAI, E.C., KUNIK, M.E. 2005. Prevalence and treatment of depression in Parkinson's disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical neuroscience*. 2005, vol. 17, p. 310-323.
27. WEINTRAUB, D., STERN, M.B. 2005. Psychiatric complications in Parkinson's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005, vol. 13, p. 844-851.
28. WELSH, M., McDERMOTT, M.P., HOLLOWAY, R.G., a kol. 2003. Development and testing of the Parkinson's disease quality of life scale. *Movement Disorders*. 2003, vol. 18, p. 637– 645.
29. ZIGMOND, S., SNAITH, R. 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, vol. 67, p. 361-370.

Kontaktná adresa

UPJŠ, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie sociálnej medicíny

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: radkasufliarska@googlemail.com



Slovenská asociácia verejného zdravia
Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, IPV KISH – Výskumný program Chronické choroby

Vám touto cestou ďakujú za Vašu účasť
na 4. konferencii SAVEZ s medzinárodnou účasťou pod názvom
POSILŇOVANIE SYSTÉMU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA



Slovenská asociácia verejného zdravia / Slovak Public Health Association
SAVEZ, Trieda SNP 3, 040 11 Košice, SR, savez@savez.sk, www.savez.sk

Editori: MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.
Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Vydavateľ: Equilibria, s.r.o., Košice, SR

Zborník: © Slovenská asociácia verejného zdravia, Košice
Príspevky: © Autori jednotlivých príspevkov
Návrh obálky: © Claudia Jutková

ISBN: 978-80-89284-92-4

DESIGN
&
PRINTING

EQUILIBRIA
www.equilibria.sk

4. konferenciu SAVEZ s medzinárodnou účasťou podporili:

