

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Введение

Состояние здоровья, функциональные возможности и качество жизни - это три понятия, которые чаще всего объединяют термином «Здоровье». Определение границ здоровья (отрицательных в момент смерти, положительных в момент счастья, деятельного состояния) зависит от того, кто оценивает здоровье: пациент, лечащий его врач или посторонний наблюдатель-исследователь. Последнее время в зарубежной литературе все чаще употребляют сочетание - здоровье и его влияние на качество жизни (Health - related quality of life - HRQL). Это связано с тем, что как правило, в широком смысле слова нельзя ограничиваться одним словом «здоровье», так как необходимо учитывать одновременно и уровень доходов, позволяющий поддерживать определенный уровень здоровья; свободу перемещения, которая зависит от состояния здоровья; качество окружающей среды, которая может губительно или благотворно влиять на здоровье. Все эти проблемы как бы отделены от здоровья или точнее, от его медицинской стороны. Тем не менее современные европейские врачи сосредоточены на Здоровье и его влиянии на качество жизни, так как, когда человек заболевает или болеет, самые разные аспекты жизни могут влиять на здоровье.

Понятие качества жизни, по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным

благополучием; способность индивидуума (больного) функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах; оно определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы.

Данные методические рекомендации позволяют, используя экспресс-методику оценки качества жизни, определить как сам человек оценивает различные стороны, своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности, так как именно психологические факторы (взгляд больного на свое здоровье) определяют его социальную активность и потерю трудоспособности.

Что такое качество жизни.

«Качество жизни» (КЖ) - понятие, в широком смысле слова, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и условиями жизни, профессиональными способностями, работой, учебой, домашней обстановкой. Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения

функциональной способности, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Собственно «качество жизни» определяется, прежде всего, жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью. Это понятие также включает способность сосредотачиваться, принимать решения, память, живость восприятия, сексуальную функцию, душевный комфорт.

Качество жизни можно определять исходя из трех основных компонентов:

- функциональная способность;
- восприятие;
- симптомы и их последствия.

Функциональная способность - это способность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, поддерживать свою экономическую обеспеченность.

Восприятие включает взгляды человека и его суждения о жизненных ценностях; восприятие общего состояния здоровья, уровня своего благополучия удовлетворения жизнью. В отличие от функциональной способности, восприятие общего уровня здоровья и удовлетворенности жизнью является субъективным и не должно переоцениваться. Восприятие может сравниваться с объективной оценкой социальной функции, изменением положения, социального статуса больного.

Симптомы являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, они уменьшаются, исчезают или видоизменяются в результате медицинского вмешательства, являясь важным компонентом качества жизни.

Качество жизни - понятие скорее субъективное, чем объективное. Однако эти субъективные элементы заслуживают большего внимания при решении вопроса о здоровье пациента по сравнению с традиционно используемым биомедицинскими показателями: такими как заболеваемость, смертность, частота осложнений и др.

Субъективное восприятие КЖ пациента является чувствительным показателем эффективности медицинского вмешательства при условии его научной оценки.

Зачем измерять качество жизни.

Оценивать здоровье и его влияние на качество жизни очень важно для пациентов, особенно в случае хронических Заболеваний. Физиологические исследования позволяют врачу располагать некоторой информацией, которая, однако, обычно ограничивает интересы пациента; часто эти данные плохо коррелируют с показателями физической работоспособности и ощущением хорошего самочувствия - областью наиболее интересной и близкой (волнующей) для пациента. Данные, полученные в условиях нагрузочного

тестирования, часто очень слабо коррелируют с работоспособностью пациентов в обычной жизни. Это является одной из причин, по которой требуется измерять качество жизни.

Другой причиной является то, что у пациентов с аналогичными клиническими проявлениями возможны совершенно различные выходы из болезни. Так, у двух пациентов с одинаковым уровнем подвижности, даже с похожим уровнем болей в спине может быть совершенно разный уровень функционирования, разное эмоциональное самочувствие. Вследствие этого одни пациенты могут продолжать выполнение своей достаточно активной работы без развития депрессивных состояний, другие же с трудом могут выполнять простейшую работу на фоне выраженной депрессии. Разницу в трактовке состояний у этих пациентов легко уловить, оценив качество их жизни.

Указанные причины объясняют, почему пациенты, врачи, организаторы здравоохранения во всем мире живо интересуются эффектом внедрения оценки качества жизни в медицину. Оценка КЖ позволяет медикам следить за качеством лечения, клинической эффективностью применения фармпрепаратов, новых методов консервативного или хирургического лечения; а пациентам, со своей стороны, позволяет живо интересоваться этой информацией как вкладчикам своих средств в те или иные медицинские страховые взносы. Естественно, что наибольшие денежные субсидии предоставляются в лечебные учреждения, которые обеспечивают наибольшее повышение качества жизни больных.

Основные направления оценки качества жизни.

В настоящее время активно разрабатываются вопросы использования показателей качества жизни в следующих направлениях:

- для оценки степени тяжести состояния больного;
- для оценки эффективности лечения;
- для использования в качестве дополнительного критерия при подборе индивидуализированной терапии;
- для возможного использования с целью экспертизы трудоспособности;
- для клинической оценки новых лекарственных препаратов.

Показатели качества жизни могут быть особенно полезными, когда:

- ❖ сравниваются различные подходы к лечению, отрабатываются оптимальные варианты терапии того или иного заболевания;
- ❖ оценивается эффективность мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний;
- ❖ лечение является эффективным, но токсичным, с большим числом побочных эффектов;
- ❖ лечение длительное, возможность осложнений низка и пациенты не ощущают симптомов заболевания.

Для оценки эффективности реабилитации.

Обычно для оценки эффективности реабилитации больных принимают во внимание преимущественно показатели физической работоспособности больного (например, с сердечно-сосудистой патологией), частоту осложнений, летальность. При этом часто упускают из вида, что для больного не меньшее значение имеет ощущение своего жизненного благополучия не только в физическом, но и в психическом смысле, так как именно психологические факторы определяют их социальную активность и потерю трудоспособности.

При чрезмерно продолжительном пребывании в стационаре у больных часто формируются синдромы, затрудняющие их дальнейшую реабилитацию (например, ипохондрический, кардиофобический - у больного после инфаркта миокарда) и тем самым, в дальнейшем снижающие качество жизни. Ранняя же активизация больных, выписка из стационара в оптимальный, не затянувшийся срок, благоприятно влияют на психологический статус и показатели качества жизни. В качестве примера использования показателей качества жизни рассмотрим оценку эффективности реабилитации больных неврологического профиля (последствия мозгового инсульта) на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах реабилитации. На рисунке 1 представлена динамика интегрального показателя качества жизни у этих больных (исследование, проведенное в БНИИЭТИНе).

Как видно, положительный эффект реабилитации, достигнутый в стационаре, проявился и в повышении уровня качества жизни больных с мозговым инсультом. Этот эффект сохранился и на амбулаторно-поликлиническом этапе, через пол года после стационарного лечения, когда больные приобрели навыки правильного поведения, физических тренировок и получили индивидуальные реабилитационные рекомендации.

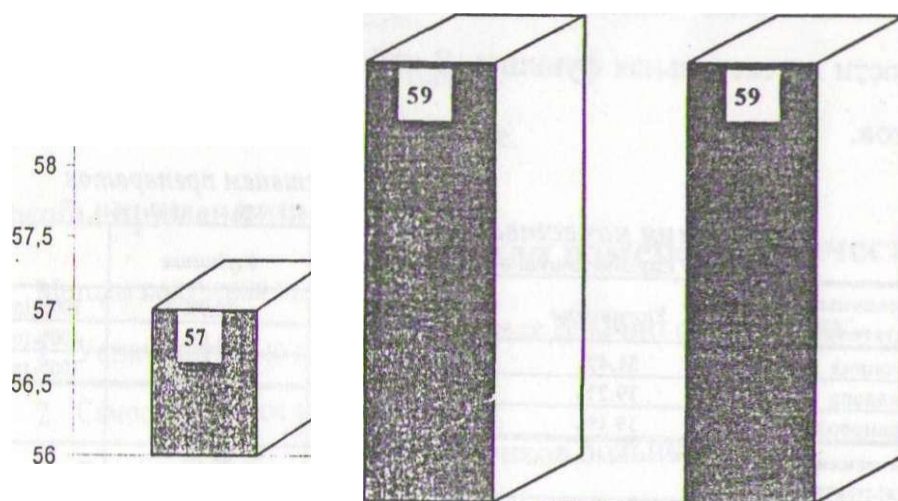


Рис. 1. Динамика качества жизни (интегрального показателя) у больных, перенесших мозговой инсульт, до (а), после курса реабилитации (б) и через 6 месяцев после реабилитации (в).

Для оценки течения, прогноза, исхода заболевания.

Данные зарубежных публикаций и опыт отечественной медицины свидетельствуют о том, что «пессимистический» взгляд больного на жизнь существенно снижает качество жизни, достоверно увеличивает, например, риск развития инфаркта миокарда и смерти.

Для оценки влияния медикаментозных препаратов на качество жизни.

Проводится сравнительная оценка действия препаратов и выявляются преимущества того или иного препарата по улучшению качества жизни. Это связано с тем, что эффект терапии не всегда приводит к улучшению общего состояния, а иногда сопровождается даже снижением качества жизни больных, что может сказаться и на их трудоспособности. Наиболее изученной в настоящее время является оценка влияния гипотензивных препаратов на качество жизни больного.

В качестве примера представлены результаты сравнительного исследования влияния каптоприла, метилдопы, пропранолола на качество жизни 760 больных артериальной гипертензией (слабой и умеренной). Оказалось, наиболее динамичными в процессе 24 недельного лечения указанными препаратами были следующие показатели качества жизни: интегральный показатель, показатель физической мобильности и сексуальная функция. В таблице 1 представлены результаты действия препаратов.

Таблица 1.

Изменения качества жизни под действием препаратов

Интегральный показатель	Улучшение	Нет изменений	Ухудшение	
каптоприл	51.4%	17.7%	30.9%	100%(n=181)
метилдопа	39.2%	9,8%	51.0%	100% (n= 143)
пропранолол	39.1%	15.5%	45.4%	100% (n= 161)
Физическая мобильность				
каптоприл	29.3%	45.3%	25.4%	
мегилдопа	19.7%	43.4%	36.6%	
пропранолол	17.5%	45.6%	36.9%	
Сексуальная функция				
каптоприл	18.2%	63.0%	18.8%	
метилдопа	9.2%	66.7%	24.1%	
пропранолол	8.8%	65.6%	25.6%	

Таким образом, по динамике качества жизни можно определить преимущества использования каптоприла по сравнению с другими препаратами.

Структура опросников для измерения качества жизни.

Основным инструментом для измерения качества жизни обычно являются опросники. Все опросники содержат главный вопрос «Каково Ваше качество жизни?». В них определены различные области. Эти области включают физическое функционирование (мобильность, физическое самочувствие), эмоциональное самочувствие (депрессия, беспокойство или душевное самочувствие), взаимоотношения с семьей, на работе, ожидания и отношения между отношениями и ожиданиями, социальные последствия заболевания. Некоторые исследователи детально оценивают состояние какой-либо одной области качества жизни и ее взаимосвязи с другими областями. Но чаще измерения в этих различных областях уравниваются, а затем суммируются.

Из огромного множества переменных, характеризующих КЖ больных и анализируемых в работах европейских ученых, наиболее значимыми оказались следующие:

- ✓ физическая мобильность,
- ✓ эмоциональное состояние,
- ✓ сексуальная функция,
- ✓ социальный статус,
- ✓ познавательная функция,
- ✓ экономическое состояние.

Способы применения опросников для измерения качества жизни.

Методы получения информации у больных обычно следующие:

1. Устное интервью врачом.
2. Самостоятельное заполнение опросников больным.
3. Телефонный опрос больных.
4. Письменное анкетирование.

Первый метод более трудоемкий, однако, позволяет получить высокий уровень комплайенса, значительно снижает возможность ошибок, практически отсутствуют пропущенные разделы. Второй метод менее дорог, но включает множество пропущенных вопросов и тем в опроснике. Компромисс между этими двумя подходами - заполнение опросников с супервизором (медицинским или социальным работником). Еще один компромисс - взятие интервью по телефону, что позволяет исключить ряд ошибок, есть возможность уточнений, но структура опросника в этом случае должна быть предельно проста. Интересные катamnестические данные можно получать при помощи письменного анкетирования, - когда в простой, доступной форме опросник рассылается в письмах. Перспективно компьютерное тестирование, но это не может быть пока общепринятым подходом.

Результаты анкетирования можно получать как от самих больных, так и используя результаты, полученные от суррогатных респондентов, а не от самих больных. Например, в случаях, когда пациенты были слишком тяжело

больны, чтобы отвечать на вопросы, оценка КЖ и профиль болезни составлялись на основании данных обслуживающего персонала и членов семьи.

Экспресс-методика оценки качества жизни (NAIF). В стационаре БНИИЭТИНа в течение двух лет находились на реабилитации 450 больных у которых на различных этапах лечения оценивалось качество жизни. Одной из йШшгБэвванйых- методик по оценке качества жизни явилась методика P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995. Эта удобная экспресс-методика для оценки качества жизни позволяет быстро выявить как сам «больной оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности.

В БНИИЭТИНе разработана автоматизированная методика оценки качества жизни (NAIF), которая позволяет произвести обработку данных и быстро получить графическое изображение различных сторон жизни больного (в течение 1-2 минут после заполнения бланков)¹. Для большей доступности применения методики предлагаем вариант обработки данных, не требующий автоматизации.

Для облегчения восприятия полученных показателей использован перевод их в проценты. У человека с сохранными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни интегральный показатель качества жизни равен 100% или приближается к этому уровню. Незначительное снижение качества жизни - до 75%, умеренное - до 50%, значительное – до 25%, резко выраженное - менее 25%.

Интегральный показатель качества жизни имеет шесть составляющих: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальное состояние, познавательная функция, экономическое состояние.

Ниже на рисунках представлены примеры оценки уровня качества жизни у различных групп больных и инвалидов, обследованных в стационаре БНИИЭТИРа. Представлена зависимость качества жизни от трудовых возможностей, от тяжести состояния (у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда). Представлено качество жизни у больных с различными нозологическими формами заболеваний (ИБС, ампутация конечностей, слуховые нарушения). Также представлено снижение качества жизни у участников военных действий в Афганистане, которое особенно выражено у лиц, имеющих посттравматическое стрессовое расстройство.

Методика оценки качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life. P.Y.Hugenholtz and R.A.M.Erdman, 1995) представлена в приложении.

Применение экспресс-методики оценки качества жизни у больных инвалидов позволит:

¹ по вопросу приобретения компьютерного варианта методики можно обращаться в БНИИЭТИН.

- оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий;
- проводить более адекватную коррекцию нарушений, значительно снижающих качество жизни;
- оценивать эффективность различных форм восстановительного лечения;
- уменьшить вероятность экспертной ошибки;
- снизить стойкую утрату трудоспособности (Померанцев В.П. и др., 1996).

Методические рекомендации предлагаются для использования врачам широкого профиля, врачам реабилитологам-экспертам, медицинским психологам и социальным работникам.