

## Матеріали науково-практичної конференції нейрохірургів України «Критерії якості життя хворих після нейрохірургічних втручань» АР Крим, м.Коктебель, 27–28 вересня 2007 року

### Качество жизни пациента как показатель эффективности оказания медицинской помощи

Зозуля Ю.А.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, г. Киев

Критериями эффективности здравоохранения и качества оказания медицинской помощи в течение длительного времени считали снижение смертности и увеличение продолжительности жизни пациентов. По мере того, как в экономически развитых странах значительно увеличилась продолжительность жизни, что было обусловлено в основном успехами в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями, основные приоритеты сместились в направлении эффективности лечения хронических заболеваний и совершенствования профилактических мероприятий. При этом вскоре ученые установили, что судить об эффективности медицинского обслуживания больных только на основании динамики продолжительности их жизни недостаточно, необходима оценка не только продолжительности жизни, но и ее качества. При определении приоритетов в решении вопросов распределения финансовых средств и других ресурсов в здравоохранении стали учитывать качество жизни пациентов.

Термин «качество жизни» применительно к медицинским аспектам заимствован из социологии, где под ним понимают способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать от этого удовлетворение.

При этом его более корректно обозначать как «качество жизни, связанное со здоровьем». Такая формулировка рассматривается как интегральная характеристика, на которую следует ориентироваться при оценке эффективности оказания медицинской помощи. Хотя термин «качество жизни» в медицине впервые появился еще в 1920 г., его современное понимание и использование определились после того, как в 1958 г. ВОЗ расширила определение понятия здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствия болезней. О качестве жизни в медицине стали судить по уровню благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни, на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение, а также обусловленное им ограничение функциональной способности [11]. Совокупность этих компонентов и составляет качество жизни, связанное с состоянием здоровья. Обобщенно этот показатель отражает степень адаптации человека к болезням и возможность выполнения им привычных, соответствующих социально-экономическому положению, функций [9]. Определение качества жизни, принятое ВОЗ — это

интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

Первым научным исследованием качества жизни в медицине принято считать работу D.A. Karnofsky [10], после публикации которой началось всестороннее изучение изменений личности пациентов с соматическими заболеваниями.

В последующие годы изучение качества жизни в медицине получило широкое развитие.

С 1973 г. отмечено экспоненциальное увеличение числа публикаций, посвященных качеству жизни. Если до 1977 г. их было 5, то к 1988 г. их число возросло до 490; к 1993 г. — составило 1252, в 2000 г. — превышало 10 000 [12].

В настоящее время качество жизни стало стандартом мировых медицинских исследований.

Различают следующие предпосылки развития концепции качества жизни в медицинской практике:

- технологический прогресс в диагностике и лечении одних заболеваний и скромные успехи — в лечении других;
- узкая специализация в медицине;
- многоуровневая структура благополучия человека.

Исходя из практических задач, показатели качества жизни используют для оценки эффективности методов современной клинической медицины и реабилитационных технологий; тяжести состояния больного, определения прогноза заболевания и эффективности лечения [1, 3, 4, 6].

Анализ качества жизни имеет важное значение в планировании индивидуальной стратегии лечения, современной диагностике и коррекции нарушений в личностно-поведенческой сфере, возникающей в связи с заболеванием и лечением, позволяет реализовать на практике актуальный принцип современной медицины «лечить больного, а не болезнь» [2, 5, 7, 8].

Качество жизни является дополнительным критерием при подборе индивидуальной терапии и экспертизы трудоспособности; для анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи; выявления психологических проблем и наблюдения за ними у больных в системе общей практики.

Оценка качества жизни включает данные, связанные со здоровьем и не связанные с ним. Со

здоровьем связано физическое, психологическое, социальное и духовное благополучие; не связаны со здоровьем образование, экономическая безопасность, окружающая среда и физическая безопасность.

Основные характеристики понятия «качество жизни» включают многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке своего состояния.

Качество жизни оценивают сам пациент, его родственники, лечащий врач, работодатель, государство и общество.

В медицинской практике оценка качества жизни должна предусматривать следующие методологические подходы:

- учет вида патологии (нозологии);
- оценка исходного состояния больного;
- качество лечения — соблюдение соответствующих клинических протоколов.

В 1995 г. экспертами ВОЗ разработаны 6 основных критериев, которые необходимо учитывать при оценке качества жизни: физический, психологический, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда [13].

В настоящее время в оценке качества жизни используют преимущественно многомерный интегральный подход, который включает, как минимум 4 критерия показателей состояния здоровья: физическое, функциональное, психологическое и социальное.

Детализация этих показателей следующая.

1. Физическое состояние здоровья связано с остаточными явлениями перенесенного заболевания и его лечения.

2. Функциональное здоровье характеризуют возможность самообслуживания и физическая активность.

3. Психологическим компонентом жизни пациента являются когнитивная функция, эмоциональный статус, общее восприятие здоровья, удовлетворенность жизнью.

4. Определение социального здоровья включает оценку социальных контактов и взаимоотношений.

Однако в реальных условиях оценивают не столько качество жизни как таковое, сколько его компоненты. В связи с этим в 1994 г. появились предложения по разработке шкал для оценки различных составляющих многогранного понятия «качество жизни».

В настоящее время существует более 150 различных шкал оценки компонентов качества жизни пациента при различных патологических состояниях. основополагающими для большинства из них являются качественная и количественная оценка состояния пациента, проводимая объективно — врачом и субъективно — пациентом.

В нейрохирургической практике наиболее распространены следующие оценки качества жизни пациента: шкала качества жизни Karnofsky, шкала исходов Глазго, шкала степени инвалидизации Ренкина, шкала Лански и др.

Эти шкалы лишь частично отражают специфику поражения нервной системы. В них отсутствует учет особенностей самого поражения нервной системы и исходного состояния больного на момент обращения за медицинской помощью.

Для стандартизованного изучения информации, на основании которой могут быть оценены компоненты и получено интегрированное представление о качестве жизни, разработаны различные по объему опросники, их классифицируют как общие и специальные.

Общие опросники предназначены для оценки качества жизни как здоровых, так и больных, независимо от вида заболевания; специальные — предназначены для изучения качества жизни у отдельных категорий и групп пациентов.

Требования к опросникам для оценки качества жизни следующие: многомерность, простота и воспроизводимость, приемлемость вопросов, применимость в различных языковых и социальных культурах.

Определены психометрические свойства опросника для оценки качества жизни: надежность, валидность, чувствительность.

Надежность — это показатель точности и постоянства измерений.

Валидность — это возможность с помощью опросника отражать ту характеристику, для измерения которой он предназначен.

Чувствительность — это возможность с помощью опросника выявлять изменения или различия показателей качества жизни в соответствии с изменениями состояния больного или различиями состояния групп больных.

Валидация — это проверка психометрических свойств опросника — надежности, валидности и чувствительности.

При разработке опросника для оценки качества жизни предусматриваются следующие этапы:

- формулирование вопросов;
- сокращение перечня вопросов;
- предварительное тестирование;
- оценка психометрических характеристик (валидация);

– культурная и языковая адаптация.

Наиболее широко в мире применяют опросник ВОЗ КЖ-100 (WHOQOL-100). Этот опросник включает 6 доменов:

- физическое здоровье
- психологическое здоровье
- уровень независимости
- социальные отношения
- окружающая среда
- духовная сфера.

Последовательность основных этапов проведения исследований показателей качества жизни следующая:

- разработка протокола исследования;
- выбор инструмента исследования;
- сбор данных;
- формирование базы данных;
- шкалирование данных опросника;
- статистическая обработка данных;
- анализ и интерпретация результатов.

В медицине различают следующие основные направления в изучении качества жизни.

– Изучение влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование пациента.

- Изучение влияния лечения на параметры качества жизни больного.
- Оценка эффективности лекарственных средств и методов лечения.
- Прогностическое значение параметров качества жизни.
- Качество жизни как критерий ремиссии и выздоровления пациента.
- Индивидуальный мониторинг показателей качества жизни.
- Проведение социально-медицинских популяционных исследований.

Направления исследования качества жизни в нейрохирургии следующие.

– Адаптация существующих и разработка оригинальных шкал и опросников для оценки качества жизни пациентов после нейрохирургического лечения.

– Рассмотрение качества жизни в зависимости от вида, стадии заболевания, радикальности операции, адъювантной и восстановительной терапии, возраста и состояния пациента.

– Стандартизация показателей результатов лечения с учетом оценки качества жизни пациентов.

– Сравнительная оценка качества жизни в зависимости от качества проведенного лечения с соблюдением стандартов организации медицинской помощи и клинических протоколов лечения.

В. Jennett, М. Bond (1975) предложили различать следующие категории качества жизни пациента после проведенного лечения.

1. Хорошее восстановление.
  - Пациент возвращается к привычной социальной и трудовой деятельности.
2. Умеренные нарушения.
  - Пациенту не требуется посторонний уход, он способен самостоятельно себя обслуживать.
3. Значительные нарушения.
  - Пациент доступен контакту, но ему требуется постоянный посторонний уход.

Выбор тестов и шкал для оценки качества жизни пациентов должен основываться на учете специфичности и периода заболевания.

В остром периоде заболевания целесообразно использовать шкалы, которые позволяют оценивать параметры, важные для жизни пациента, при этом оценка не должна занимать у врача много времени.

Следует отдавать предпочтение ранжированию параметров в 3–4 или не более чем 10 баллов.

На основе изложенных материалов задача, которую необходимо реализовать нейрохирургам, состоит в разработке приемлемых показателей оценки качества жизни пациентов в зависимости от основных видов нейрохирургической патологии и проведенного комплексного лечения.

Пути дальнейшего повышения показателей качества жизни больных нейрохирургического профиля.

1. Дальнейшее повышение информативности нейровизуализирующих диагностических технологий, ранняя диагностика заболеваний.

2. Неуклонное соблюдение принципа максимального сохранения функционально важных структур и их минимальное травмирование во время проведения нейрохирургических манипуляций.

3. Адекватное применение и совершенствование микрохирургической, стереотаксической и нейронавигационной технологий.

4. Развитие и расширение возможностей применения современных технологий:

- радионейрохирургии
- миниинвазивной нейрохирургии
- эндоваскулярной нейрохирургии
- эндоскопической нейрохирургии.

5. Оптимизация нейрореабилитационных мероприятий.

### Список литературы

1. Бондаревский А.О. Якість життя хворих з колостомою після пошкодження товстої кишки // Клін. хірургія. — 2001. — №5. — С.18–21.
2. Дюкова Г.М. Качество жизни женщины в период климактерия // Лечащий врач. — 2003. — № 1. — С. 48–50.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П. К вопросу оценки качества жизни пациентов после хирургического лечения рака желудка // Вопр. онкологии. — 2001. —Т.47, №4. — С.477–481.
4. Майданник В.Г, Хаитович М.В., Троїцька І.В., Кампі Ю.Ю. Якість життя хворих з хронічною нирковою недостатністю // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2000. — №3. — С.15–17.
5. Петрова Н.Н., Саввина Н.Н., Васильева И.А. Психологическая характеристика и качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек // Терапевт. арх. — 2003. — №6. — С.31–37.
6. Поливода С.Н., Кривенко В.И., Евченко Л.Н. Оценка качества жизни у больных с хроническим бронхитом // Лік. справа. — 2001. — №5–6. — С.175–177.
7. Померанцев В.П., Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Васюк Ю.А. Качество жизни у больных инфарктом миокарда // Кардиология. — 1996. —№3. — С. 70–73.
8. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.Д. и др. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Клин. медицина. — 1998. — №11. — С.25–27.
9. Fletcher A.E., Hunt B.M., Bulpit C.J. Quality of life-problems as assessment and measurement // J. Chron. Dis. — 1987. — V.40. — P.557–566.
10. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer // Evaluation of chemotherapeutic agents / С.М. Macleod. — N. Y.: Columbia Univers. Press, 1949. — P.199–205.
11. Minaire P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process // Bull. World Health Organ. — 1992. — V.70, N3. — P. 373–379.
12. Testa M.A., Simonson D.S. Assessment of quality-of life outcomes: 7N // Engl. Med. — 1996. — V.334, N13. — P.835–840.
13. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. — 1995. — V.41, N10. — P.1403–1409.