

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Доцент В.В. СЕДНЕВ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, Киев

Рассмотрены основные подходы к изучению качества жизни с позиций оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Предложен собственный оригинальный подход к их оценке путем оценки качества жизни пациента. Показана информативность разработанного метода.

Социально-экономическое состояние отечественной медицины и общие тенденции развития мировой медицины формируют определенную «прагматизацию» в рассмотрении лечебно-реабилитационных подходов. На наш взгляд, одно из отчетливых отражений данной тенденции — концепция «доказательственной медицины». Наименее изученным при этом является вопрос об оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Исходя из современных позиций, можно считать, что наиболее перспективно рассмотрение данного вопроса с позиций оценки качества жизни (КЖ) пациентов. В области психиатрии, особенно возрастной, рассматриваемой проблемы касаются единичные работы [1–5].

Исследование КЖ, общепринятое в международной практике, является высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки социального благополучия как населения в целом, так и отдельных социальных групп общества. КЖ — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Однако теоретических и методологических исследований по психологическим аспектам КЖ пока недостаточно [6; 7].

В данной работе представлен наш собственный оригинальный метод оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, основанных на оценке КЖ пациентов.

Качество жизни в широком понимании этого термина характеризуют как способность индивида функционировать в обществе в соответствии со своим положением и получать удовлетворение от жизни [8]. Понятие КЖ включает множество компонентов. Наряду с экономическими, социальными, технологическими выделяют медицинские его аспекты. К ним относят восприятие пациентом симптомов и признаков заболевания, ограничение функциональной способности пациента вследствие заболевания, влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Понятие ассоциированного с состоянием здоровья КЖ (АСЗКЖ) отражает степень несоответствия между субъективным представлением пациента о полном физическом и эмоциональном комфорте и его фактическим состоянием [9; 10].

В подходах к определению и оценке КЖ можно выделить два направления — социологическое и медицинское. Ряд исследователей характеризует КЖ как «...способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [11]. ВОЗ определяет КЖ

как «...восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [12].

Большинство авторов выделяет субъективные и объективные критерии КЖ. К объективным критериям принято относить физическую активность и трудовую реабилитацию. Субъективные показатели КЖ отражают эмоциональный статус, удовлетворенность жизнью и самочувствие больных [13]. Следует отметить, что дифференциация объективных и субъективных критериев является сложным и спорным вопросом. Выделяют медицинскую (зависящую от здоровья) составляющую КЖ, под которой понимают влияние самого заболевания (ограничения функциональных способностей, наступающих в результате болезни), а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного.

Оценка КЖ пациента может производиться двумя основными способами: другим человеком, чаще всего лечащим врачом (объективный подход), либо путем самооценки (субъективный подход). Мотивом к разработке субъективных подходов явились результаты исследований, показавшие недостаточное понимание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента, в результате чего взгляды врача могут не соответствовать установкам больного. Наиболее целесообразным представляется сочетание объективного подхода, отражающего социально приемлемые нормы жизни, и субъективного подхода, позволяющего оценить собственные нормы и предпочтения пациента. Важно рассмотрение обоих, так как, на наш взгляд, в оценке такого сложного, интегративного показателя, каким является КЖ, невозможна изоляция исключительно медицинского критерия.

В настоящее время не существует общепринятого определения КЖ. ВОЗ была проделана большая исследовательская работа по выработке его основополагающих критериев. КЖ понимается как уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни (своим физическим, психологическим и социальным состоянием), на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение, а также оценка больным тех негативных изменений, которые произошли или могут произойти в результате этих болезней. По формулировке ВОЗ [14], КЖ — это «...восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума». На

смену биомедицинской модели здоровья и болезни приходит модель биопсихосоциальная (глобальная), в центре которой больной как личность, со своими субъективными представлениями о заболевании, страхами и тревогами, собственными наблюдениями и опытом. Заболевание влияет не только на самого человека, но и на его семью, профессиональное окружение. Такие воззрения являются новым осмыслением традиций гуманистической медицины в эпоху технического прогресса. Понятие КЖ определить нелегко, оно непостоянно, многофакторно, но более всего индивидуально.

В связи с многофакторностью понятия КЖ предлагается [6] выделять:

1. Медицинские аспекты качества жизни, под которыми понимается влияние заболевания, его симптомов и признаков; ограничение функциональной способности, наступающее в результате заболевания; влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного.

2. Психологические аспекты, под которыми в первую очередь понимается субъективное отношение человека к своему здоровью; степень его адаптации к болезни и возможность выполнения привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению.

3. Социально-экономические аспекты.

Существует большое количество методик оценки КЖ. Все они могут быть разделены на неспецифические, т.е. применяемые независимо от нозологической формы, и специфические для конкретного заболевания [6]. В настоящий момент в медицине существует более 60 инструментов, измеряющих различные аспекты КЖ, связанного со здоровьем.

Подавляющее большинство применявшихся методов было создано для использования у здоровых взрослых людей. Первые появившиеся инструменты, такие как шкала Карновского — Karnofsky performance scale, индекс благополучия Кемпелла — Campell's index of well-being, «лестница» Кэнтрила — Cantril's self anchoring striving scale, Ноттингемский профиль здоровья — Nottingham health profile, профиль воздействия болезни — Sickness impact profile, часто применялись для оценки КЖ больных, получавших активное лечение без подтверждения достоверности для исследуемого контингента.

На сегодняшний день в здравоохранении используется ряд методик определения КЖ: индекс благополучия (index of well-being); короткая форма исследования медицинских результатов (medical outcomes study short form 36 (sf-36)); профиль воздействия болезни (sickness impact profile (sip)); индекс общей удовлетворенности жизнью (index of overall life satisfaction); индекс психологического аффекта (index of psychological affect); опросник общего состояния здоровья (general health questionnaire); шкала самооценки Симмонса (Simmons self esteem scale); профиль настроения (profile of mood states); контроль за состоянием здоровья (multidimensional health locus of control); специфическая по модальности шкала стрессов (modality specific stresses scale); шкала общего стрессового воздействия (general treatment stress

scale); общее воздействие болезни на себя и окружающих (global illness stress on self and others); общая шкала приспособления к болезни (global adjustment to illness scale); аналоговая шкала КЖ (quality of life (ql 100 mm) analogue scale); диализная шкала качества отношений (dialysis relationship quality scale); индекс активности социальной жизни и отдыха (social leisure activities index); шкала удовлетворенности социальной поддержкой (social support satisfaction scale); общий индекс благополучия (general well being index); индекс общего аффекта (index of general affect); общая удовлетворенность жизнью (overall life satisfaction); ежедневная активность (katz activities of daily living); «торговля временем» (time tradeoff measures).

К сожалению, в отношении многих использованных методик отсутствуют опубликованные данные, доказывающие их надежность, обоснованность и чувствительность к изменениям [15]. Кроме того, многие методики, разработанные в исследовательских целях, могут оказаться сложными для использования в клинической практике. По этой причине ни один из существующих инструментов нельзя уверенно предпочитать другим.

Очень многочисленны и разнообразны конструкции КЖ. Однако большинство исследователей сходится на том, что наблюдается ухудшение показателей КЖ в связи с развитием промышленности, ростом населения и пр. Даже рост материального благосостояния способствует данному процессу. Так, большое количество автомашин, находящихся в личном пользовании, являясь одним из главных признаков уровня жизни, означает большую загрязненность окружающей среды (один из главных индикаторов КЖ), рост нервно-психических расстройств и т.д. В этой связи рекомендации исследователей КЖ сводятся нередко к сокращению темпов роста производства и, следовательно, национального дохода на душу населения, т.е. к переходу к так называемому нулевому росту экономики, сокращению темпов роста самого населения и др.

Разработанная, апробированная и внедренная нами методика представляет собой четырехшкальный бланк — опросник, заполняемый врачом-психиатром (психотерапевтом), который объективно оценивает основные сферы жизнедеятельности пациента, получая интегрированную величину КЖ пациента.

Оценка проводится трижды — до начала лечебно-реабилитационных мероприятий, во время и после их проведения. Конструктивно методика представлена в приведенной таблице.

После проведения обследования специалист имеет в своем распоряжении интегрированную величину в баллах как по каждой шкале отдельно, так и совокупный показатель КЖ (максимальный — 1200 баллов). Сравнение полученных данных с результатами предыдущих исследований позволяет оценить, во-первых, качество лечебно-реабилитационных мероприятий, во-вторых, прогноз их эффективности, в-третьих, при условии проведения в четко регламентированных временных интервалах оценить темп выздоровления и уточнить прогноз.

Методика оценки качества жизни

Оценка	10 баллов	20 баллов	30 баллов
<i>Социально-экономический статус</i>			
Уровень дохода на 1 члена семьи	Менее прожиточного минимума	Прожиточный минимум	Более прожиточного минимума
Жилищные условия	Менее 1 комнаты на 1 человека	1 комната на 1 человека	Более 1 комнаты на 1 человека
Экологическое состояние места жительства	Неудовлетворительное	Удовлетворительное	Хорошее
Семейная обстановка	Конфликтная	Дисгармоничная	Оптимальная
Условия работы / обучения	Неудовлетворительные	Удовлетворительные	Хорошие
Безработица	Более 1 года	До 1 года	Отсутствует
Социальный статус субъекта	Низкий	Средний	Высокий
Доступность медицинской помощи	Затруднена	Оптимальная	Высокая
Доступность переквалификации/переобучения	Нет	Нет необходимости	Имеется
Проживание с хронически больным	Двумя и более	Одним	Нет
<i>Психологический статус</i>			
Когнитивное развитие	Ниже нормы	Норма	Высокое
Эмоционально-волевая регуляция	Неудовлетворительная	Удовлетворительная	Хорошая
Межличностные отношения	Конфликтные	Дисгармоничные	Оптимальные
Самооценка	Заниженная/завышенная	Не установлена	Адекватная
Работоспособность	Низкая	Средняя	Высокая
Ежедневная активность	Низкая	Средняя	Оптимальная
Ценности	Асоциальные	Неадекватные	Адекватные
Совладающее поведение	Самодеструкция	Деадаптивное	Адаптивное
Ригидность	Выраженная	Умеренная	Нет
Стабильность среды	Нет	Нарушена	Гармонична
<i>Физический статус</i>			
Уровень физического развития	Низкий	Средний	Высокий
Уровень физической активности	Низкий	Средний	Высокий
Хронические соматические заболевания	Есть, обострение	Есть, ремиссия	Нет
Физические аномалии развития	Выражены	Слабые	Нет
Физические дефекты	Выражены	Слабые	Нет
Косметические дефекты	Выражены	Слабые	Нет
Физические нагрузки	Чрезмерные/отсутствуют	Избыточные	Оптимальные
Нахождение на свежем воздухе	Нет	До 1 часа	Более 1 часа
Утренняя гимнастика	Нет	Иногда	Регулярно
Еда	Неполноценная	Несбалансированная	Полноценная и сбалансированная
<i>Психопатологический статус</i>			
Психические расстройства у больных	Верифицированы	Возможны	Нет
Преморбидные аномалии	Верифицированы	Возможны	Нет
Резидуально-органическая патология головного мозга	Верифицирована	Возможна	Нет
Химическая зависимость	Верифицирована	Возможна	Нет
Зависимость от лекарств и лечения	Верифицирована	Возможна	Нет
Регистр имевшейся продуктивной психопатологической симптоматики	Органический	Психотический	Невротический
Регистр имеющейся психопатологической симптоматики	Органический	Психотический	Невротический
Дефицит интеллекта	Выражен	Минимален	Нет
Эмоционально-волевой дефект	Выражен	Минимален	Нет
Понимание необходимости психиатрической помощи	Отказ	Не понимает	Понимает

Рассмотрим пример.

Больной Б., 23 лет. Диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени.

Первичный осмотр: социально-экономический статус — 180, психологический — 140, физический — 170, психопатологический — 200 баллов. Индекс КЖ — 690 баллов.

Сформирован и проведен больному комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включавший тимоаналептики сбалансированного действия (в описываемом случае мапротилин), вазоветативные средства, рационально-разъяснительную поддерживающую психотерапию.

Данные через 3 мес: социально-экономический статус — 210, психологический — 240, физический — 230, психопатологический — 220 баллов. Индекс КЖ — 800 баллов.

Лечебные мероприятия признаны оптимальными. Разработана индивидуальная программа реабилитации и реадaptации, включающая снижение дозы эффективного антидепрессанта, введение нормотимического препарата (в данном случае карбамазепин), поддерживающую психотерапию, семейную психо-

терапию. Прогноз благоприятный. Признана целесообразность, оптимальность и достаточность проводимых мероприятий и констатирована необходимость продолжения.

Оценка после проведения реабилитационных и реадaptационных мероприятий: социально-экономический статус — 260, психологический — 270, физический — 280, психопатологический — 230 баллов. Индекс КЖ — 1040 баллов.

Проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия признаны оптимальными. Прогноз благоприятный. Мероприятия признаны адекватными и достаточными, отменена антидепрессивная терапия, продолжены нормотимическая и семейная психотерапия, начата групповая психодинамическая психотерапия.

Таким образом, предложенный системный, комплексный подход к оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий на основе оценки КЖ следует считать эффективным и рациональным как в практической деятельности врача и медицинского психолога, так и для научных исследований.

Л и т е р а т у р а :

1. *Simmons R., Anderson C., Abress L.* Quality of life and rehabilitation differences among four end-stage renal disease therapy groups // *Scand. J. Urol. Nephrol.*— 1190.— Vol. 24. Suppl.131.— P. 7.
2. *Wolcott D., Nissenon A., Landswerk J.* Quality of life in chronic dialysis patients. Factors unrelated to dialysis modality // *General Hospital Psychiatry.*— 1988.— Vol. 10.— P. 2647.
3. *Devins G.* Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: comparison and stability across treatment modalities // *Health Psychology.*— 1990.— Vol. 9.— P. 117.
4. *Ferrans C., Powers M.* Quality of life index: development and psychometric properties // *Adv. in Nursing Sci.*— 1985.— Vol. 8.— P. 15.
5. *Osoba D.* Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology // *Supp. Care of Cancer.*— 1997.— № 5.— P. 100–104.
6. *Черепанов А.Н.* Качество жизни больных бронхиальной астмой // Матер. VIII Междунар. конф. студентов и аспирантов по фундаментальным наукам «Ломоносов-2001» (секция Психология).— М.: МГУ, 2001.— С. 104–109.
7. *Prabashni R.* The effect of beta-blockers on health-related quality of life in patients with heart failure // *Pharmacotherapy.*— 2000.— Vol. 20.— P. 679–689.
8. *Williams G.H.* Quality of life and impact on hypertensive patients // *Am. J. Med.*— 1987.— Vol. 82.— P. 99–105.
9. *Carr A.J.* Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? // *Brit. Med. J.*— 2001.— Vol. 322.— P. 1240–1243.
10. *Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А.* Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // *Клин. мед.*— 1996.— № 8.— С. 29–31.
11. *Коц Я.И., Либун Р.А.* Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Кардиология.*— 1993.— № 5.— С. 66–72.
12. *Quality of life assessment: an Annotated Bibliography.*— Geneva.— 1994.
13. *Петрова Н.Н., Васильева И.А.* Психическое состояние больных, находящихся на лечении диализом в процессе терапии эритропоэтином // *Эритропоэтин в лечении хронической почечной недостаточности* // Под ред. С.И. Рябова.— 1995.— С. 173–185.
14. Сайт Национального центра США по профилактике хронических заболеваний и пропаганде здоровья (CDC).
15. *NKF-DOQI clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy* // *Am. J. Kidney Dis.*— 1997.— Vol. 30, № 3. Suppl.2.— P. 67–138.

Поступила 18.12.2003

ESTIMATION OF LIFE QUALITY AND EFFICACY OF THERAPEUTIC REHABILITATION MEASURES

V.V. Sednev

S u m m a r y

Basic approaches to studying life quality from the perspective of evaluation of the efficacy of therapeutic rehabilitation measures are discussed. An original approach to their evaluation by means of assessment of the patient's life quality is suggested. Informativity of the method is shown.