

**Якість життя:
визначення та
шляхи підвищення**

Лектор: професор, д.мед.н. Кривенко В.І.

**За визначенням ВООЗ,
якість життя - найважливіший інструмент
при визначенні ефективності
лікування, обстеження хворих та підготовки медперсоналу**

**ЯЖ - першорядний показник при порівнянні
різних методів ведення захворювань
і при визначенні оптимальних лікувальних програм
в світлі їх ефективності і вартості**

- Головною причиною інтересу до вивчення впливу різних методів лікування і діагностики на якість життя є збільшення середньої тривалості життя і загальне старіння населення планети.
- *Це спонукає прагнення суспільства збільшити період працездатного віку і забезпечити максимально високий рівень життєдіяльності хворих.*
- За образним висловом, вивчення якості життя - прагнення «не тільки додати роки до життя, але і життя до років».



ІСТОРІЯ ПИТАННЯ

- У 1947р. американський вчений D.Karnofsky вперше запропонував нефізіологічні методи оцінки параметрів раку. Ця робота поклала початок дослідженням з вивчення особистості, яка страждає соматичним захворюванням.
- У 1980 G.Engel створив Біопсихологічну модель медицини. Використовуючи теорію єдності систем, він рекомендував враховувати психологічні аспекти при вивченні медичних понять: МЕДИЦИНА ПОВИННА БУТИ БІЛЬШЕ «ЛЮДЯНОЮ» НАУКОЮ!
- У 1982 р А.MeSweeny вперше запропонував визначати ЯЖ через призму емоційного, соціального функціонування, повсякденної активності та якості проведення дозвілля.

У 1984 р N.Wenger вперше сформулював критерії визначення якості життя:

3 основних параметри:

1. функціональна здатність
2. сприйняття
3. симптоми

9 підпараметрів:

режим, соціальна, інтелектуальна діяльність, економічне становище, сприйняття загального здоров'я, добробут, задоволеність життям, сприйняття симптомів основного і супутніх захворювань



СУЧАСНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ (ВООЗ)

ЯЖ - індивідуальне співвідношення положення даного індивідуума в житті суспільства в контексті культури і систем цінності цього суспільства і його цілей, планів, можливостей і ступеня загального безладу



**ЖИТТЯ ЖИТТЯ!
РІВЕНЬ КОМФОРТНОСТІ ЛЮДИНИ
ЯК ВСЕРЕДИНІ СЕБЕ, ТАК І В РАМКАХ
СВОГО ТОВАРИСТВА**



**ЧИ МОЖЕ ХВОРОБА
ПОЛІПШИТИ ЯКІСТЬ
ЖИТТЯ !?**



Що покращилося у Вашому житті,
після того як Ви захворіли?

- Сімейне життя - 41%
- Турбота про дітей - 19%
- Більше вільного часу - 17%
- ↑ уваги близьких - 6%
- Турбота про тварин - 5%
- Відмова від шкідливих звичок - 3%
- Покращилась якість роботи - 3%

КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ (ВООЗ)

- ФІЗИЧНІ

- сила, задишка, втома, біль, дискомфорт, порушення сну, відпочинку

- ПСИХОЛОГІЧНІ

- - позитивні емоції, мислення, запам'ятовування, концентрація уваги, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання

- РІВЕНЬ САМОСТІЙНОСТІ

- повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування

- ДОВКІЛЛЯ

- благополуччя, побут, безпека, доступність і якість медичного обслуговування, доступність інформації, дозвілля, екологія, можливість навчання

- ДУХОВНІСТЬ

- релігія, особисті переконання

- ГРОМАДСЬКЕ ЖИТТЯ

- особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальних активність

ТИПОВІ ПОМИЛКИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ЯЖ

- *«Синдром охоронця»,*
- *«Синдром благодійника»,*
- *піраміда людських потреб (по А. Maslou)*

ЯЖ оцінює тільки САМ хворий !!!



САМОРЕАЛІЗАЦІЯ



**ЕСТЕТИЧНІ
ПОТРЕБИ**

ВМІТИ, ДОСЛІДИТИ

ПОТРЕБА ПОВАГИ, ЛЮБОВІ

НАЛЕЖНІСТЬ ДО СПІЛЬНОТИ
(ДРУЖБА, СІМ'Я, ІНТИМНІ СТОСУНКИ)

ПОТРЕБА В БЕЗПЕЦІ
(ФІЗИЧНІЙ, МОРАЛЬНІЙ, ЗДОРОВ'Я,
ВЛАСНОСТІ, СІМ'І)

ФІЗИЧНІ ПОТРЕБИ
(ГОЛОД, СПРАГА, СТАТЕВИЙ ПОТЯГ)

ПІРАМІДА ЛЮДСЬКИХ ПОТРЕБ

Оцінка ЯЖ у хворих АГ (175 осіб)

- Лікарі - ЯЖ покращилася у 100% хворих
- Хворі - ЯЖ покращилася у 48%, без змін у 44%, погіршилася у 8%
- Родичі - ЯЖ погіршилася у 99% хворих:
 - 33% - забудькуватість
 - 45% - дратівливість
 - 46% - депресія
 - 55% - іпохондрія

ОСНОВНИМ МЕТОДОМ ВИЗНАЧЕННЯ «ЯКОСТІ ЖИТТЯ» Є ОПИТУВАЛЬНИКИ (стандартні відповіді на стандартні питання)

ВИМОГИ ДО опитувальників
([Http: // www mapi-research.com](http://www.mapi-research.com))

- Охоплювати всі параметри здоров'я
- Фіксувати індивідуальні рівні здоров'я
- Бути чутливими до клінічно значущих змін стану здоров'я
- Відтворюваними
- Простими і короткими
- Стандартизованими
- Давати кількісну оцінку параметрів здоров'я
- Надійність (reliability)
- Валідність (validity)
- Чутливість (sensitivity)

```
graph TD; A([опитувальники]) --> B([загальні]); A --> C([спеціальні]);
```

опитувальники

загальні

спеціальні

ЗАГАЛЬНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ

- Оцінюють здоров'я населення в цілому, незалежно від патології.
- Використовуються для оцінки тактики охорони здоров'я в цілому та при проведенні епідеміологічних досліджень.
- «Ноттингемський профіль здоров'я» - 6 параметрів оцінки психоемоціонального статусу, 7 параметрів оцінки повсякденного життя
- «Загальне відчуття здоров'я»
- «Психологічний опитувальник для кардіологічних хворих»
- MMPI - дозволяє зробити тільки психологічні висновки
- The MOS Short-Form Survey
- Sickness Impact Profile (SIP)
- Profil de Qlialite de Vie Subjective (PQVS)

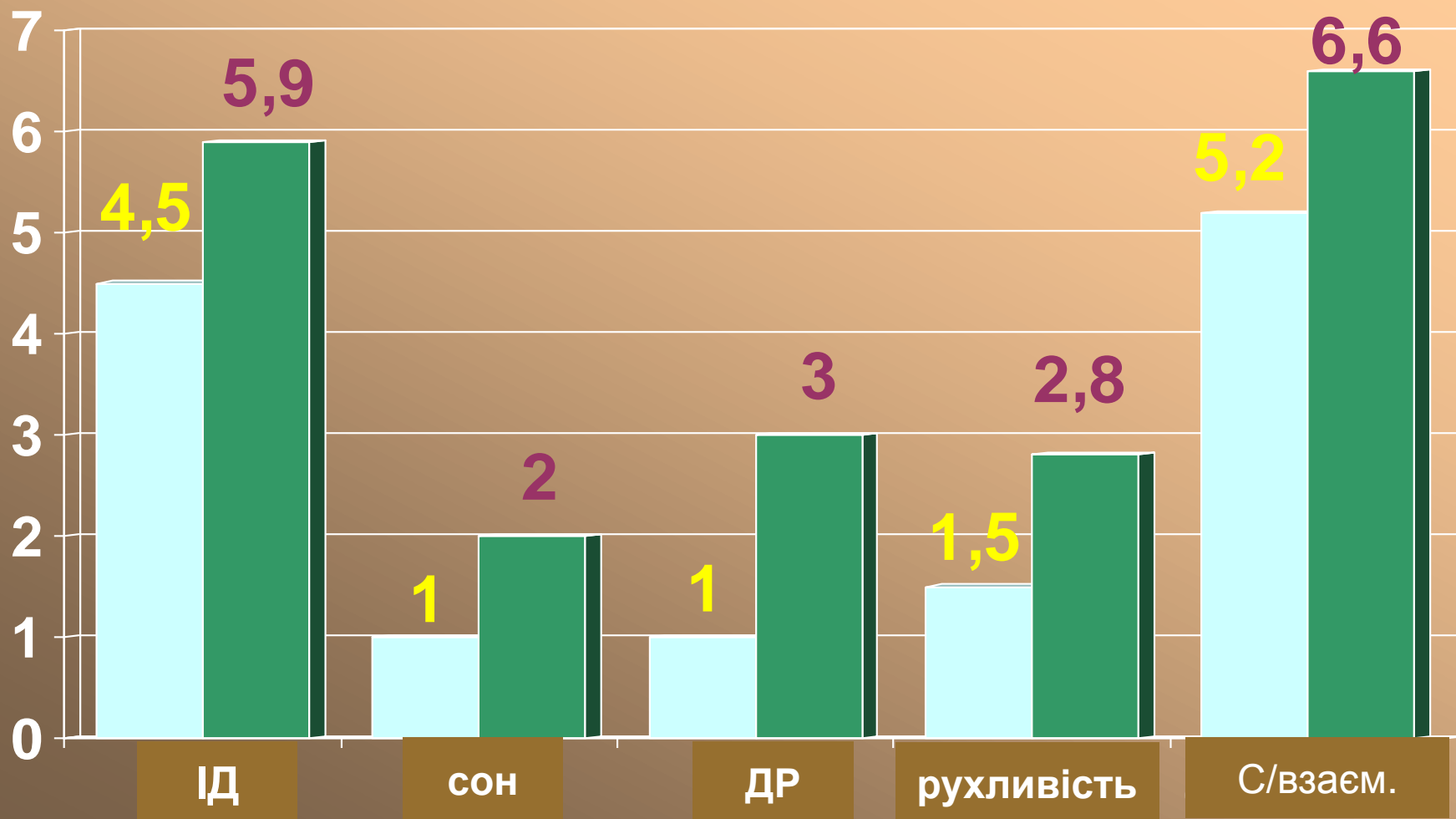
SICKNESS IMPACT PROFILE

(профіль впливу на здоров'я)

- **I розділ - тест по послідовному з'єднанню цифр по порядку і букв за алфавітом (вна час в сек.)**
- **II розділ - рухливість, домашня робота, соціальна взаємодія сон, віддих**
- **III розділ - оціночний індекс рівня депресивності**



Якість життя у хворих на АГ (SIP)



КОНТРОЛЬ

АГ

SF-36 HEALTH STATUS SURVEY

(огляд структури здоров'я)

**Опитувальник містить питання,
які відображують Ваші погляди на своє
здоров'я**

**Опитувальник має 11 розділів. Результати
надаються у балах за 8 шкалами, які подані
таким чином, що найбільш висока оцінка
вказує на кращу ЯЖ.**



Кількісно оцінюються такі показники:

1. **General Health (GH)** - оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив після лікування
2. **Physical Functioning (PF)** - відбиває ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.д.)
3. **Role-Physical (RP)** - вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності)
4. **Role-Emotional (RE)** - вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання і т.д.)

5. **Social Functioning (SF)** - соціальне функціонування, визначається ступенем, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування)

6. **Bodily Pain (BP)** - інтенсивність болю і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом

7. **Vitality (VT)** - життєздатність (відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесилення)

8. **Mental Health (MH)** - самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій)



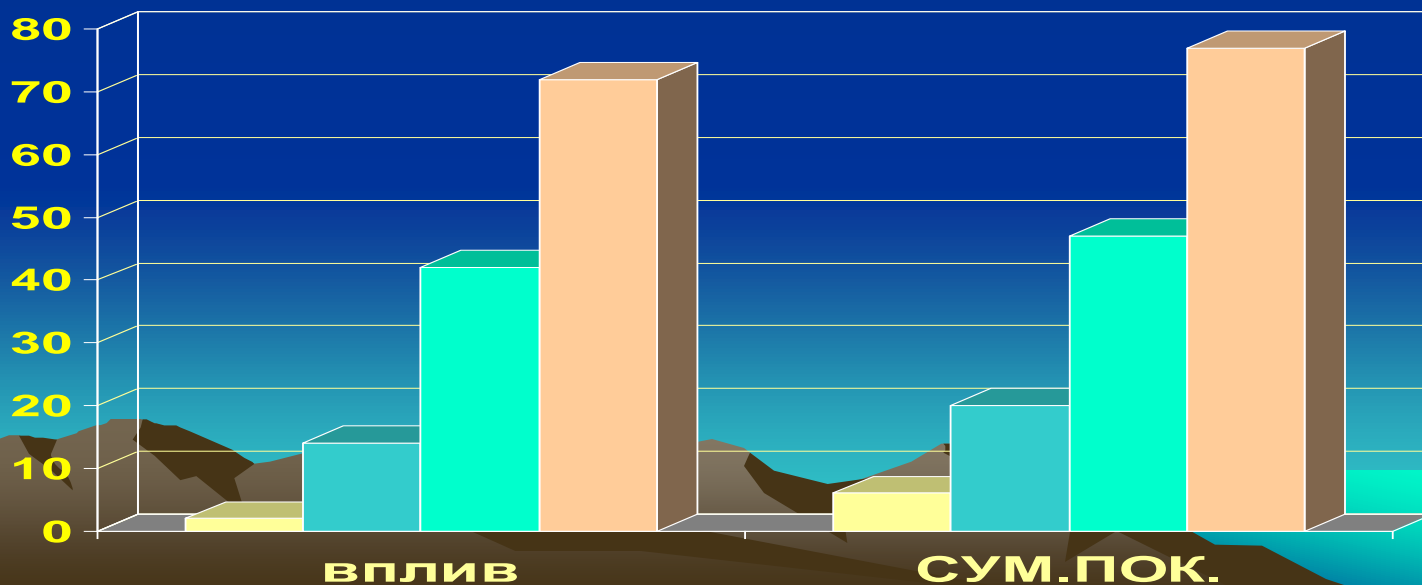
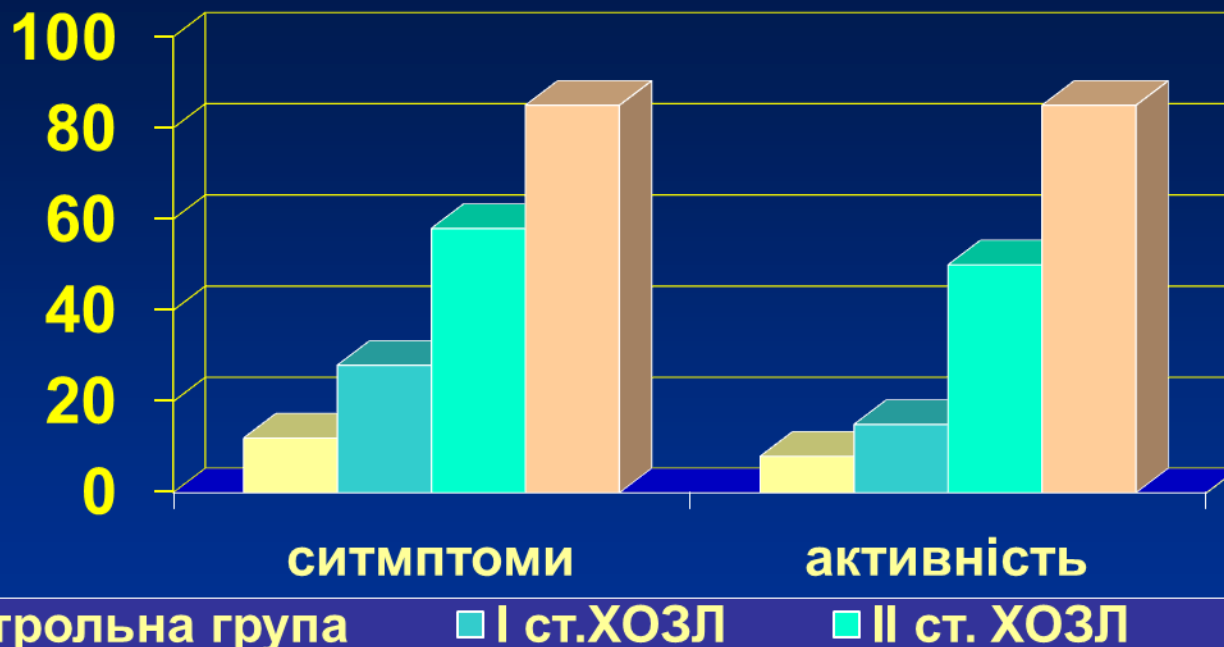
**СПЕЦІАЛЬНІ
ОПИТУВАЛЬНИКИ ДЛЯ
ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ**



1. "Респіраторна анкета лікарні Святого Георгія (SGRQ)" (PWJones) - єдиний опитувальник для хворих на ХОЗЛ, який ОФІЦІЙНО адаптований для слов'яномовних країн СНД і дозволяє отримати не тільки загальну оцінку ЯЖ хворого, але і визначити компонент (фізичний, соціальний, психічний), який найбільшою мірою викликає зниження ЯЖ у даного хворого, а відповідно розробити адекватні медикаментозні, психотерапевтичні методи їх корекції.
2. "Анкета хронічних дихальних захворювань (CRQ)" (G.H.Gyatt)
3. "Анкета для хронічного бронхіту (CBQ)" (G.Oster)
4. "Анкета для респіраторних хворих (RIQ)" (A.Kaptein)



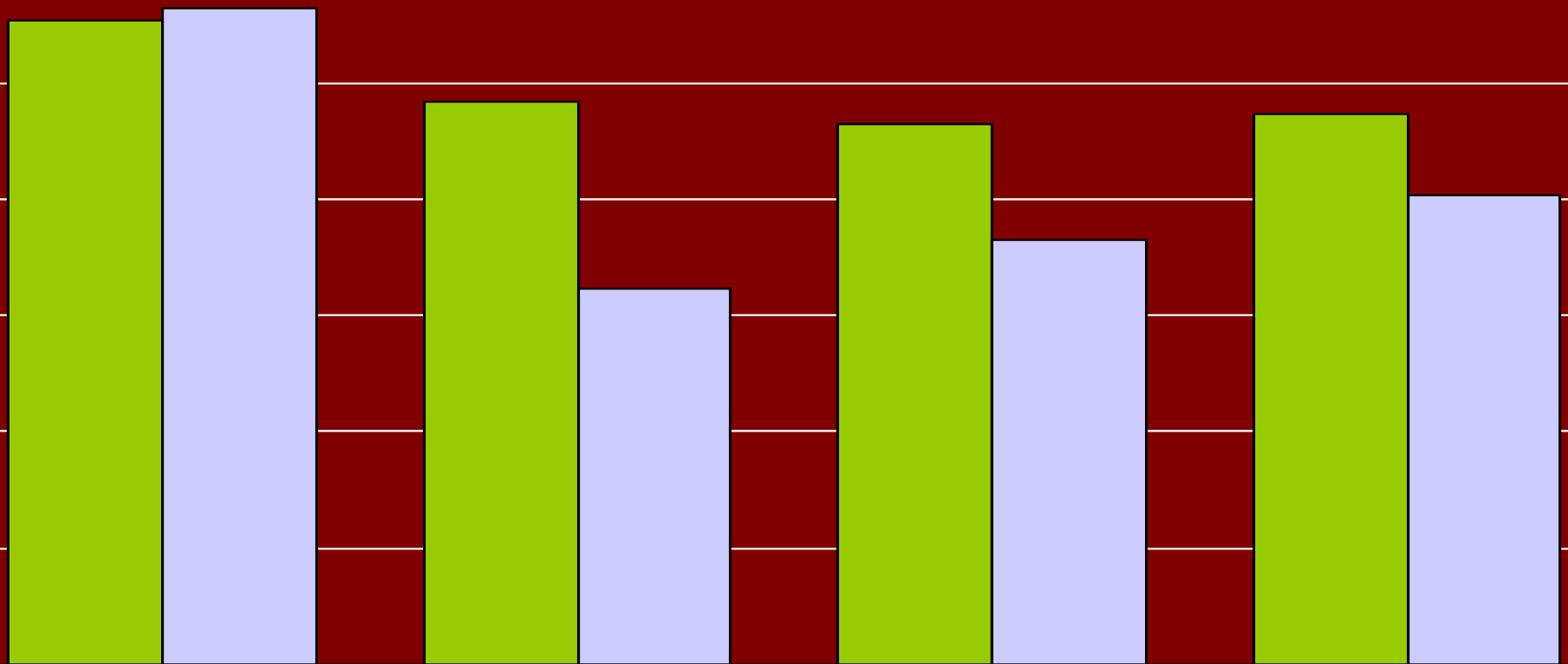
Якість життя у хворих на ХОЗЛ



Якість життя у хворих на ХОЗЛ



Динаміка якості життя на тлі прийому НОРВАСКА



Симп.

Актив.

Вплив

СП

МЕТОДИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

розроблена методика оцінки ЯЖ на основі ставлення
хворого до наступних змін в його житті,
пов'язаних з хворобою і її лікуванням:

- необхідність лікування,
- обмеження фізичних зусиль,
- розумову роботу,
- поїздки на транспорті,
- унікати ситуацій, що ведуть до емоційної напруги.



- зміни взаємин хворого з близькими, друзями і товаришами по службі;
- необхідність обмежень трудової діяльності;
- зниження заробітної плати і посади;
- необхідність обмежень в проведенні дозвілля, заняттях фізкультурою і спортом, ведення домашнього господарства, харчуванні, статевому житті;
- заборона куріння.



Мінесотський опитувальник якості життя хворих на хронічну серцеву недостатність

(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire — MLHFQ)

**Опитувальник призначений
для оцінки ступеня,
в якому ХСН обмежувала життя пацієнта
на протязі місяця.**



ЯІСТЬ ЖИТТЯ І ІНДЕКС КООПЕРАЦІЇ

- Індекс кооперації характеризує рівень «згоди» (compliance) між пацієнтом і лікарем
- Індекс кооперації характеризує бажання і можливість пацієнта виконувати рекомендації лікаря
- Індекс кооперації визначається не вихідним рівнем ЯЖ, а його зміною під впливом лікарської тактики



ІНЕКС КООПЕРАЦІЇ знаходиться під впливом:

- **клінічних факторів**
- **демографічних чинників**
- **психологічних факторів**
- **перебігу хвороби**
- **відносин з лікарем**
- **соціальних факторів**



ХВОРИ НА ДІАГНОЗ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РЕАГУВАТИ НАСТУПНИМ ЧИНОМ:

- ✓ ШОК - 43%
- ✓ СТРАХ - 36%
- ✓ БЕЗВИХІДЬ - 12%
- ✓ ЗДИВУВАННЯ - 3%
- ✓ Образа - 3%
- ✓ НЕ ПОВІРИЛИ - 3%

Дані епідеміологічного дослідження хворих на АГ

Знають про АГ:

**чоловіки - 37,1%,
жінки - 58,9%**

Отримують лікування:

**чоловіки - 21,6%,
жінки - 45,7%**

Лікування ефективне:

**у чоловіків - 5,7%,
у жінок – 17,5%**



МЕТОДИ ОЦІНКИ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ

Прямі методи:

- дослідження крові та сечі на предмет виявлення препаратів та їх метаболітів;
- дослідження крові та сечі на виявлення спеціальних маркерів.

Ці методи є складними та дорогими у виконанні.

Непрямі методи:

- спеціальні шкали для оцінки прихильності до лікування;
- підрахунок кількості таблеток;
- опитування з прямими запитаннями;
- електронні системи;
- інтерактивні бази даних;
- зважування інгалятора.

ОСНОВНІ ПРЕДИКТОРИ НИЗЬКОЇ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ:

- Психологічні проблеми, особливо депресія
- Когнітивні розлади
- Безсимптомне захворювання
- Побічні ефекти препаратів
- Відсутність віри пацієнта в успіх лікування
- Відсутність розуміння пацієнтом характеру хвороби
- Поганий зв'язок пацієнта з особою, яка надає медичну допомогу
- Наявність перешкод у наданні допомоги або отриманні препаратів
- Пропуск візитів до лікаря
- Складність лікування
- Вартість препаратів та інших видів лікування



ХВОРІ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІАГНОЗ АСОЦІЮЮТЬ:

- *з прийомом гормонів - 57%*
- *з задихою - 16%*
- *з постійним прийомом ліків - 15%*
- *з кашлем - 8%*
- *з болем - 4%*



ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ

Аспекти забезпечення прихильності до лікування	Основні проблеми
Поганий контакт пацієнта з особою, яка забезпечує медичну допомогу	<ul style="list-style-type: none">• Недостатнє усвідомлення пацієнтом суті свого захворювання• Недостатнє розуміння пацієнтом користі та ризику лікування• Недостатнє розуміння пацієнтом способу правильного застосування препарату• Лікар призначив надто складну схему лікування
Взаємодія пацієнта з системою охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none">• Погане знання вартості препаратів• Поганий доступ або пропуск візитів до клініки• Недостатній доступ до препаратів• Відсутність доступу до аптеки• Висока вартість препаратів
Взаємодія лікаря з системою охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none">• Погане знання вартості препаратів• Погане знання можливостей покриття витрат на придбання препаратів• Низький рівень задоволення роботою

Основні шляхи оптимізації здатності пацієнта дотримуватись режиму лікування:

- Пошук маркерів неприхильності: пропуск візитів до лікаря, відсутність відповіді на лікування, відсутність нових рецептів. Запитати про перешкоди для прихильності у неконфронтаційному тоні.
- Оцінити ставлення самого пацієнта до його здатності дотримуватись режиму лікування.
- Дати прості, зрозумілі інструкції та якомога більше спростити схему лікування.
- Прислухатись до пацієнта та забезпечити відповідність схеми лікування потребам пацієнта.
- Отримати допомогу від інших членів сім'ї, друзів і в разі необхідності соціальних служб
- Якщо забезпечити прихильність до лікування малоімовірно, розглянути можливість застосування тих препаратів, на ефективність яких пропуск дози або затримання її прийому не впливають: препарати з більшим періодом дії, форми депо (із сповільненим вивільненням), трансдермальні засоби.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ АНКЕТУВАННЯ

Проводять шляхом порівняння проценту пацієнта та мінімальних показників, що вказують на відносно задовільну прихильність:

- Загальний бал прихильності – 73,4%
- Інформованість – 63,3%
- Мотивація до лікування – 71,4%
- Поведінка щодо прийому препаратів – 100%
- Поведінка щодо модифікації способу життя – 100%
- Поведінка щодо самоконтролю – 60%
- Довіра – 60%

Окремо вказуються чинники, що впливають на прихильність:

- забудькуватість (питання 26) – ні або так;
- складність схеми (питання 27) – ні або так;
- потреба в додатковій інформації (питання 20) – ні або так



ПРИКЛАД ВИКОРИСТАННЯ АНКЕТИ

Хворий Д., госпіталізований у кардіологічне відділення Університетської клініки 01.04.2015 з діагнозом: «Гіпертонічна хвороба II стадії, 3 ступеня, дуже високого ризику. Неускладнений гіпертензивний криз (від 01.04.2015).

Після заповнення анкети та підрахування балів отримані наступні результати.

Прихильність хворого визнана незадовільною – загальний бал значно нижчий від мінімального порогу (43,8% проти 73,4%):

- інформованість (30% проти 63,3%),
- мотивація до лікування (34,5% проти 71,4%),
- поведінка щодо прийому препаратів (68,8% проти 100%),
- поведінка щодо модифікації способу життя (66,7% проти 100%),
- поведінка щодо самоконтролю (21,1% проти 60%).
- Довіра до лікаря вважається такою, що не погіршує прихильність.
- Зазначена пацієнтом потреба у додатковій інформації полегшує оптимізацію прихильності.

ЯК ЛІКАР МОЖЕ ПІДВИЩИТИ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРОГО НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

1. НОРМАЛІЗАЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ:

- використовувати мінімальну кількість лікарських засобів (в ідеалі – 1);
- використовували препарат зручний в застосуванні;
- терапія повинна мати мінімум побічних дій.

2. ТЕРАПІЯ ПОВИННА МОДИФІКУВАТИ ФАКТОРИ РИЗИКУ



При хронічних захворюваннях \uparrow ІК, як
правило, переходить в \downarrow ІК, а \downarrow ІК рано
чи пізно створює ґрунт для \uparrow ІК



A photograph of an elderly couple smiling and embracing each other. The man is on the left, wearing a white shirt, and the woman is on the right, wearing a light-colored top. They are in a scenic outdoor setting with mountains in the background and a field of purple flowers in the foreground. The text is overlaid on the bottom half of the image.

**Клініко-фармакологічні особливості лікування і
підвищення якості життя пацієнтів
літнього та старечого віку**

Основна мета лікування людей > 60 років полягає в тому, щоб надати людині можливість дожити до фізіологічної старості і забезпечити йому активне творче довголіття за допомогою використання всіх засобів і методів попередження передчасного старіння.



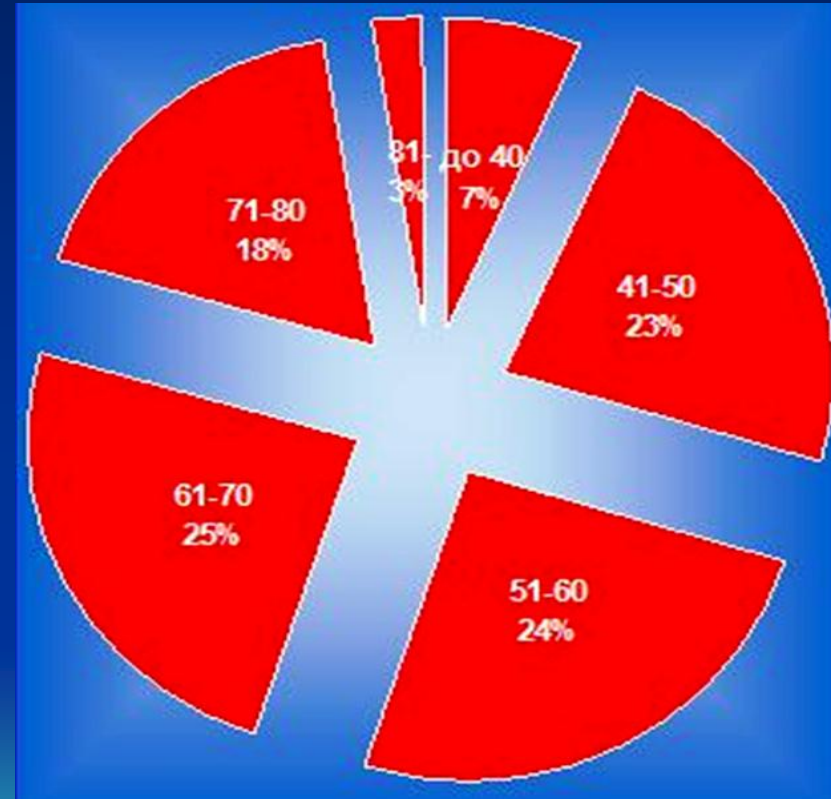
Градація за віком (ВООЗ)

- 61 – 75 - літній вік
- 76 - 90 - старечий вік
- 91 і більше - довгожитель

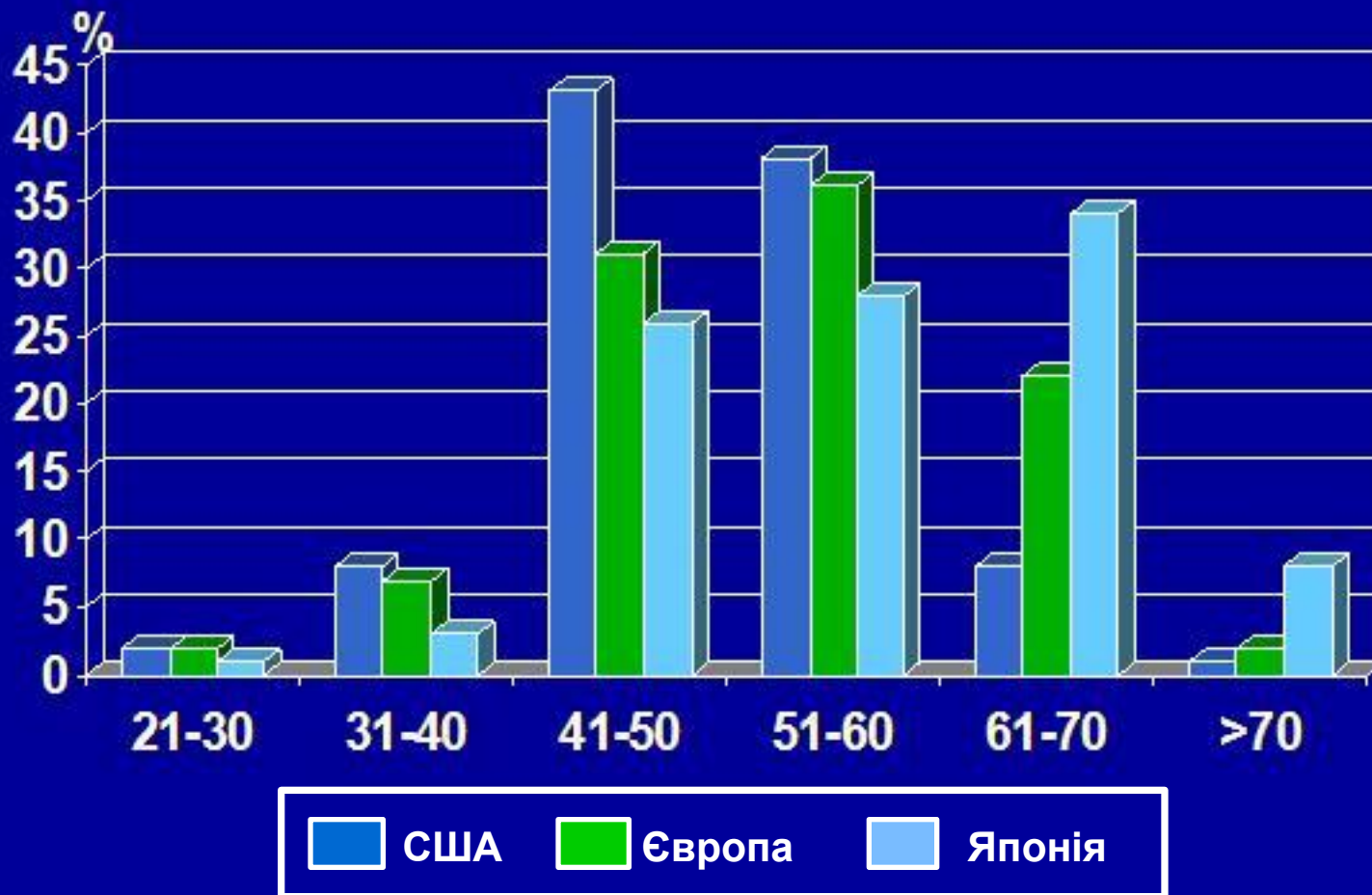


НОБЕЛІВСЬКІ ЛАУРЕАТИ

- Пейтин Френсіс Роус – 87 р.
- Карл фон Фріш – 87 р.
- Джордж Герберт Хітчинс – 83 р.
- Роберт Фаршгот – 82 р.
- Барабара Мак-Клінток - 81 р.



РОЗПОДІЛ ТОП-МЕНЕДЖЕРІВ ПРОВІДНИХ КОРПОРАЦІЙ ЗА ВІКОМ



Незахищеність літніх людей

Соціальна:

- зменшення соціальної значущості
- обмеження свободи дії
- зниження доходів

Біологічна:

- накопичення інволюційних дефектів
- метеочутливість
- зменшення стійкості до стресу
- виснаження механізмів адаптації

ХВОРІ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Серцевий викид	-30%
Кровообіг:	
церебральний	-20%
коронарний	-35%
кишковий	-40-50%
нирковий	-40-50%



Вага тіла	-10%
Кількість жиру	+100%
Загальний об'єм рідини	-10-15%
Об'єм плазми	+40%
Інтерстиціальна рідина	+20%
Внутріклітинна рідина	-30%

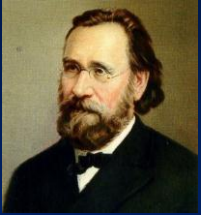
знижується
всмоктування ліків

порушується
розподіл ліків

Вага нирок	-10%
Кількість ниркових клубочків	-40-50%
Ниркова гломерулярна фільтрація	-40%
Ниркова канальцева секреція	-50%

порушується метаболізм ліків

ОМОЛОДЖЕННЯ ...?

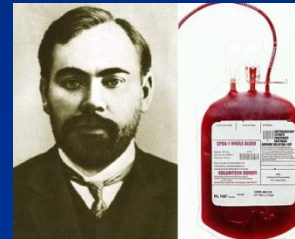


Мечніков – йогурт, резекція товстого кишечника



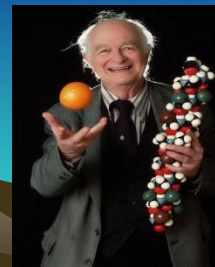
Броун-Секар, Воронов - пересадка сім'яників тварин

Богданов - переливання крові



Ніханс – введення ембріональних тканин (Черчіль, де Голь, Рокфеллер , папа Пій XII, Чарлі Чаплін)

Поллінг – мега-دوزи вітаміна С.



A close-up photograph of a human eye, heavily tinted with a blue color. The eye is looking slightly to the left. The eyelashes are dark and prominent. The overall mood is contemplative and focused.

Посмотрите на жизнь другими глазами

Лечи БОЛЬНОГО, а не БОЛЕЗНЬ!

**Якість життя та прихильність до лікування в клініці
внутрішніх хвороб**

Навчальний посібник

Запоріжжя
2015

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні центральної
методичної ради ЗДМУ
Протокол № 6 від 20.05.2015

Посібник узагальнює інформацію з використання понять якості життя та прихильності до лікування в клініці внутрішніх хвороб.

Навчальний посібник рекомендованих лікарям-інтернам, сімейним лікарям, спеціалістам терапевтичного спрямування, студентам старших курсів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації. Він дозволить засвоїти інформацію про сучасні критерії оцінки та підвищення ефективності лікування пацієнтів.

Рецензенти:

В.В. Сиволап – завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими, д. мед. н., професор

Н.С. Михайловська – завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини запорізького державного медичного університету, доктор медичних наук, професор

Посібник склали співробітники кафедри сімейної медицини і терапії Запорізького державного медичного університету – завідувач кафедри, професор, д.мед.н. Кривенко В.І., к.мед.н. Качан І.С., доцент, к.мед.н. Пахомова С.П., доцент, к.мед.н. Федорова О.П., доцент, к.мед.н. Колесник М.Ю., к.мед.н. Непрядкіна І.В., к.мед.н. Грінченко Т.Ю.