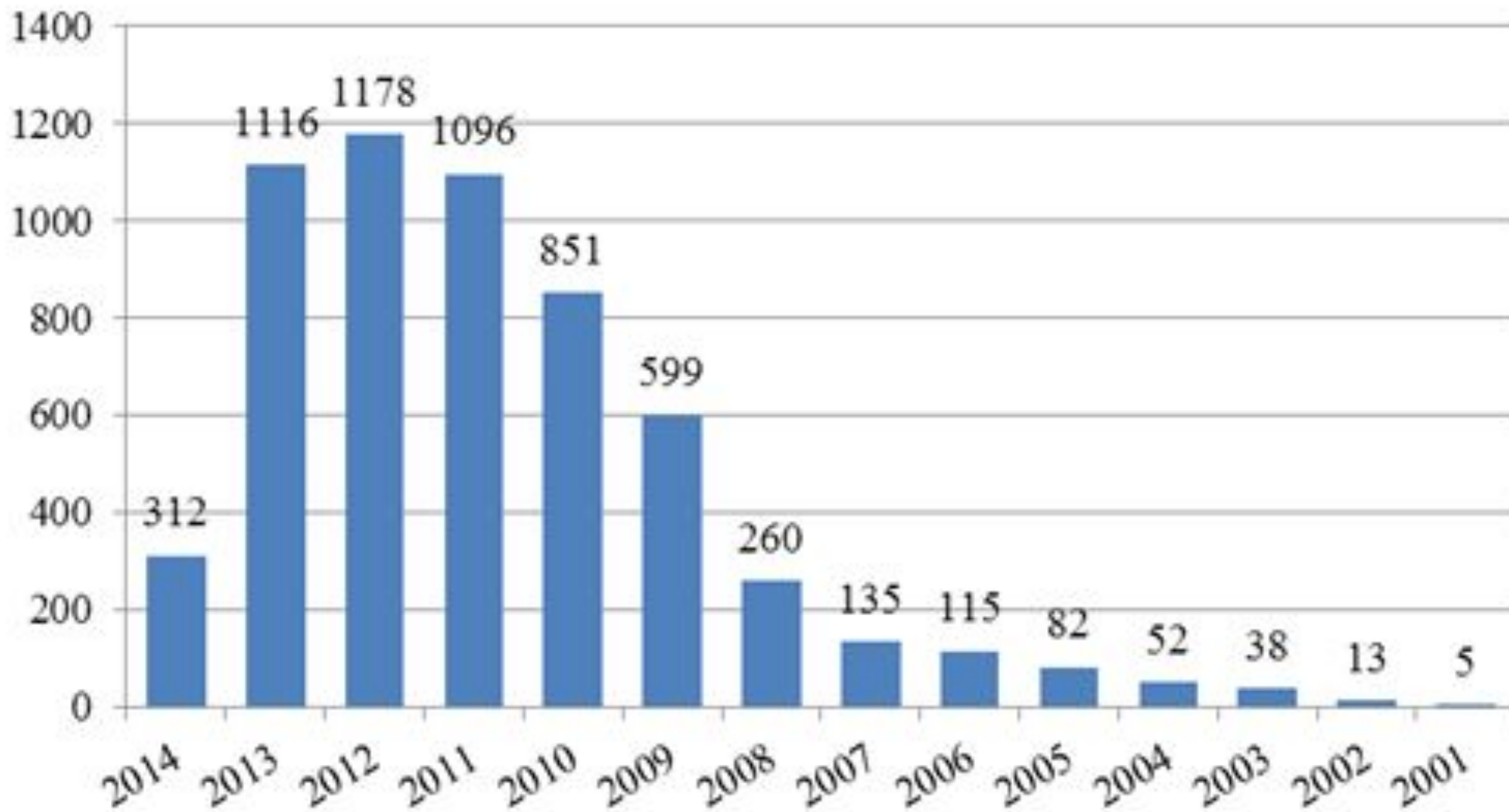
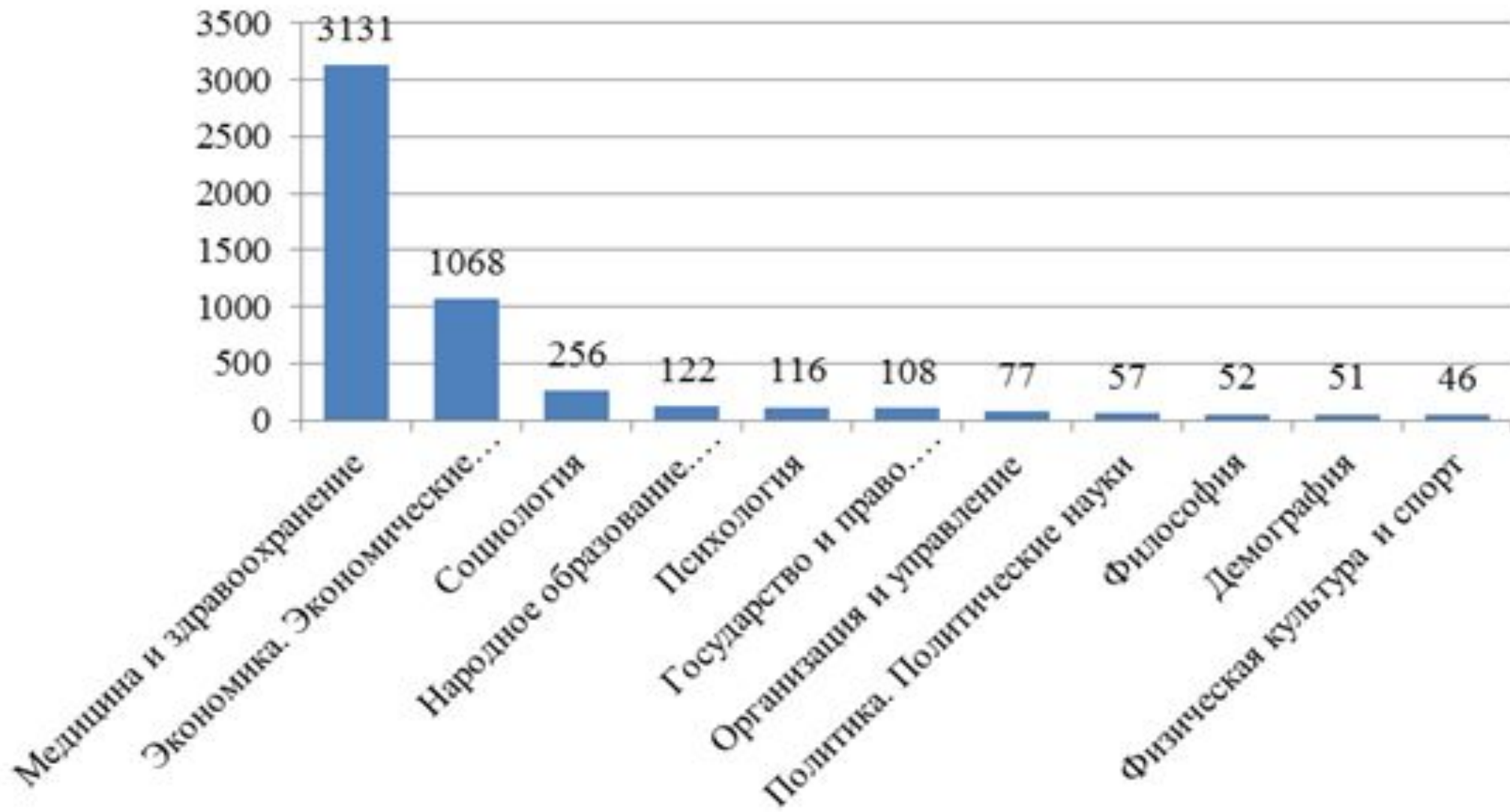



Проблема «качества жизни» в
контексте современной
трансплантологии

Распределение числа публикаций по теме «качество жизни» по годам




Распределение статей по тематике научных публикаций





В настоящее время существует в мире более 50 научных групп и институтов, занимающихся разработкой методов исследования КЖ. Созданы несколько сотен методик, которые различаются как по объему, так и по спектру охвата различных аспектов данного понятия. С целью систематизации деятельности по изучению КЖ в 1995 году во Франции был создан **MARI Research Institute**, который координирует исследования в данной области, утверждает разработанные опросники и рекомендует их к применению.




Первая в России монография, в которой был проведен анализ концепции качества жизни: «Концепция исследования качества жизни в медицине» (1999 год)

Качество жизни (*по определению ВОЗ*)— категория, которая охватывает 12 аспектов «условий жизни» а именно: **состояние здоровья**, средства к существованию, воспитание, условия труда, занятость населения, потребление и запасы, транспорт и коммуникации, жилище и его строительство, одежда, отдых и развлечения, социальная уверенность и личная свобода.

Качество жизни (по определению *Европейской экономической комиссии ООН*) охватывает 8 индикаторов: **здоровье**, качество рабочего места, приобретение товаров и бытовые услуги, возможности проведения свободного времени, чувство социальной уверенности, шансы развития личности, качество окружающей среды, возможность участия в общественной жизни.

Здоровье (*по определению ВОЗ*) - состояние «полного физического, психического и социального благополучия человека» .

- Впервые словосочетание «качество жизни» было использовано в 1920 году Pigon в работе об экономике и благосостоянии населения.
- В 1947 году профессор Колумбийского университета США D. A. Karnofsky впервые предложил нефизиологические методы оценки параметров рака.
- В медицинском контексте термин «качество жизни» впервые был употреблен в 1966 году, а именно в редакционной статье J. R. Elkinton «Медицина и качество жизни» журнала «Annals of Internal Medicine», посвященной проблемам трансплантологии.
- В 1982 году R. M. Kaplan и Bush предложили термин «health-related quality of life» (качество жизни, обусловленное здоровьем).



ВОЗ разработаны следующие **критерии оценки КЖ**, обусловленного здоровьем: **физические** (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); **психологические** (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания); **уровень независимости** (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); **общественная жизнь** (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); **окружающая среда** (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология); **духовность** (религия, личные убеждения)

Какие инструменты используют для оценки качества жизни?

Три типа основных опросников:

- 1. общие** (36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36), NHP— Ноттингемский профиль здоровья, SIP-профиль)
- 2. частные**
- 3. специализированные**

Подходы к оценке КЖ:

1. применение общих опросников;
2. применение специальных опросников, предназначенных для определенной нозологии;
3. применение группы, или «батареи», опросников. В состав этой батареи могут входить не только клинические опросники по оценке КЖ, но и психологические.

Описание шкал опросника SF-36

Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

Role-Physical (RP) — влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

Bodily Pain (BP) — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.


General Health (GH) – общее состояние здоровья — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

Vitality (VT) — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

Social Functioning (SF) — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

Role-Emotional (RE) — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

Mental Health (MH) — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).




опросник the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) включает 36 вопросов из SF-36 и 43 вопроса, отражающих специфику диализной терапии, и один вопрос, позволяющий дать оценку состояния здоровья в целом. Разработана российская версия опросника.




Специфика изучение КЖ у детей

- Минимальный возраст, в котором дети адекватно могут участвовать в оценке своего КЖ, — 5 лет.
- Дети до 8 лет в основном используют крайние варианты ответов, они не понимают промежуточных ответов типа «почти никогда».
- Альтернатива для маленьких детей — использование картинок, например, с выражением лица от крайне негативного до максимально позитивного.
- Одно из основных требований к структуре детского опросника — разделение на блоки по возрастам.




«Комплаентность» (англ. compliance - согласие, стремление соответствовать) — согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии; точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения



Помимо «комплаентности» в России часто употребляется термин **«приверженность терапии»** («adherence to therapy») как характеристика связанного с лечением поведения пациента в контексте соответствия рекомендациям врача (прием назначенных препаратов, соблюдение диеты, самостоятельное выполнение рекомендованных физических упражнений в процессе реабилитации и т. п.).

Формы комплаентности:

- **социальная комплаентность** — стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение;
- **эмоциональная комплаентность** — склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью;
- **поведенческая комплаентность** — стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие



**4 группы факторов, влияющих на
отношение больных к соблюдению режима
терапии:**

- **связанные с пациентом,**
- **связанные с врачом,**
- **социально-экономические,**
- **обусловленные характером терапии.**



Причины отказов от приема лекарств (%)

- Страх перед привыканием - 38,0
- Забывчивость - 27,0
- Социально-экономические факторы (высокая цена, невозможность получить лекарство по рецепту) - 22,0
- Недоверие к врачу - 17,0
- Побочные эффекты - 14,0
- Непонимание смысла приема лекарства - 12,0
- Невнимательное отношение к себе - 5,0



Способы повышения комплаентности:

- информирование пациентов об изменении лабораторных показателей в процессе терапии, на основании которых можно судить об эффективности лечения;
- планирование амбулаторного лечения во время госпитального периода;
- оптимизации приема и форм выпуска непосредственно лекарственных препаратов;
- программы информирования, призванные улучшить осведомленность пациента (проведение пациентских школ);