

© Е.А. Воронова, М.Я. Подлужная

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет
им. академика. Е.А. Вагнера» Минздрава России

г. Пермь, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Аннотация. Новые подходы, в диагностике и лечении различных болезней, существенно меняют представление о конкретном заболевании. Проблемы больного человека выходят за традиционные рамки, так как предполагают учитывать не только клинические, но и психологические, социальные события при принятии практических медицинских решений. Особенности оказания паллиативной помощи инкурабельным пациентам отражаются на оценке качества их жизни. При использовании данного критерия важно выделять не только физические признаки, но психологические, социальные компоненты, которые превалируют и резко ограничивают жизненную активность и жизнеспособность. Это приводит к необходимости постоянного системного динамического наблюдения за состоянием пациента для внесения корректировки в оказание медико-социальной помощи и психологической поддержки для удовлетворения потребностей инкурабельного пациента. Динамическое наблюдение за инкурабельным больным позволяет объективно оценить и изменить качество оказания паллиативной помощи, ухода и в конечном итоге улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: качество жизни, медицинские работники, инкурабельный пациент, динамическое наблюдение.

© E.A. Voronova, M.Ya. Podluzhnaya

Perm State Medical University named after E.A. Wagner

Perm, Russia

PECULIARITIES OF THE ASSESSMENT OF LIFE QUALITY OF INCURABLE PATIENTS

Abstract. New approaches in diagnostics and treatment of different illnesses substantially change the perception of a concrete disease. The problems of a sick person are beyond the traditional framework since they intend to consider not only clinical but also psychological and social events while making practical medical decisions. Special features of providing palliative care to incurable patients are reflected on the estimation of their quality of life. Using this criterion it is important to take into account not only physical signs, but psychological, social components, which prevail and sharply limit the vital activity and viability. This leads to the need for a constant systemic dynamic observation of the state of a patient to correct and provide medico-social help and psychological support and to satisfy the needs of an incurable patient. Dynamic observation of an incurable patient makes it possible to estimate and change the quality of palliative aid providing, to improve the quality of life on the whole.

Keywords: quality of life, medical workers, incurable patient, dynamic observation.

Инновационные подходы, применяемые в диагностике и лечении различных болезней, существенно меняют представление о конкретном заболевании. Проблемы больного человека выходят за традиционные рамки, так как предполагают глубокое изучение не только клинических, но также психологических, духовных, социальных событий при принятии практических медицинских решений.

Эмоциональные, социальные и функциональные последствия заболевания и медицинского вмешательства не всегда учитываются, что приводит к несоответствию в оценке здоровья и эффективности лечения врачом и самим пациентом. С 70-х годов 20 века начали изучать влияние болезни на качество жизни человека, используя специальные методики. Это позволило оценить степень удовлетворенности различными аспектами жизни вследствие болезни и ее последствий, изменить привычные взгляды на проблемы пациента [1, 4, 5].

В настоящее время все больше внимания уделяется изучению качества жизни здоровых и больных людей, а также лиц с ограниченными возможностями [2, 3]. Качество жизни здорового человека отличается от качества жизни больного. Здоровый человек сам создает свое качество жизни в зависимости от потребностей, желаний и возможностей. Он может влиять на свое качество жизни. Например, ведя здоровый образ жизни, человек длительное время остается активным, трудоспособным, независимым, востребованным. Больной человек становится зависимым от медицинских работников и зачастую именно медики определяют качество жизни больного, обеспечивая полноценный уход, комфортные условия пребывания в стационаре, доброжелательное, внимательное отношение и др. [6].

В клинических исследованиях качества жизни выделяют три важных компонента: условия жизни или объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная др.); образ жизни или субъективная,

создаваемая самим человеком сторона его жизни; удовлетворенность условиями и образом жизни. В настоящее время в большинстве методик оценивается от 5 до 8 основных критериев жизни: физическая активность, физическое функционирование, выраженность болевых ощущений, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье и жизнеспособность. Несмотря на разнообразие возможных комбинаций критериев качества жизни, важно выделять основные, обязательные признаки: физический, социальный, психологический, а также специфические для конкретного заболевания симптомы.

Качество жизни может быть определено только самим человеком. Стандартным инструментом оценки этого критерия является социологический опрос пациента с использованием специальных анкет (опросников). При этом нужно иметь в виду, что оценка качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменение характера заболеваний постоянно усложняется. При остропротекающих заболеваниях критерии оценки одни, а при хронической прогрессирующей патологии – совершенно другие.

Нами проведен сравнительный анализ методических подходов по оценке критериев качества жизни больных с благоприятным исходом и инкурабельных пациентов. Исследования ряда авторов по изучению качества жизни при различных заболеваниях, в том числе сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, онкопатологии и др. [1, 4, 5], выявили однотипные подходы по определению изменений в состоянии здоровья пациентов. Наиболее значимыми оказались следующие показатели: роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность физической боли и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, что резко ограничивает жизненную активность пациентов и, как следствие, обуславливает низкий уровень

социальной адаптации. Однако социальная составляющая находит наименьшее отражение в результатах исследования.

В настоящее время превалирует среди населения тяжелая хроническая прогрессирующая патология, требующая паллиативной помощи. Это приводит к необходимости модификаций в подходах по оценке качества жизни инкурабельных пациентов, в связи с этим понятие «качества жизни» становится наиболее актуальным для этой категории больных [2, 7] .

Здоровый человек воспринимает свою жизнь как имеющееся подобающее качество. Если его идеальное представление о своем собственном образе жизни приближено к реальности, к тому, как он фактически живет здесь и сейчас, то «качество жизни больного – это расхождение между надеждами и ожиданиями больного и его реальным самочувствием в определенный промежуток времени» (Salman К.С.,1984). Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего, в достижении цели. У каждого человека, в каком бы состоянии он не находился, в каком бы возрасте он ни был, остается надежда, пусть даже очень маленькая. Для пациентов, близких к смерти, надежда больше концентрируется на настоящем моменте, чем на далеком светлом будущем. Чем меньше разрыв между мечтами, надеждами, ожиданиями, амбициями человека и его реальными возможностями, фактами его реального бытия (рис. 1), тем выше качество его жизни [6].

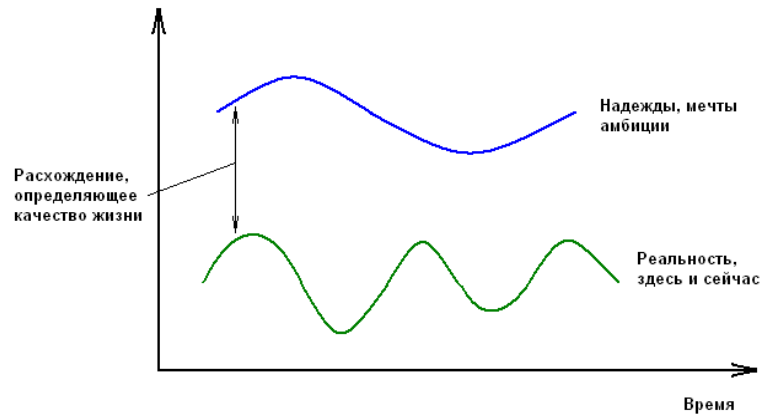


Рис. 1. Calman К.С. Изменение качества жизни больного раком

Модифицирование, изменение ожиданий пациента, воспитание у больного «позитивного отношения к жизни» – это есть способы улучшения качества жизни, независимо от физического состояния больного на данный момент (рис. 2) [6]. Следовательно, изменения, как в физическом состоянии пациента, так и в его ожиданиях, могут влиять на качество жизни инкурабельного больного. Достижение наилучшего качества жизни больного в определенный промежуток времени – есть комплексный подход к ведению инкурабельного пациента, основанный на постановке задач и анализе их решений, применительно к каждому индивидуальному случаю.

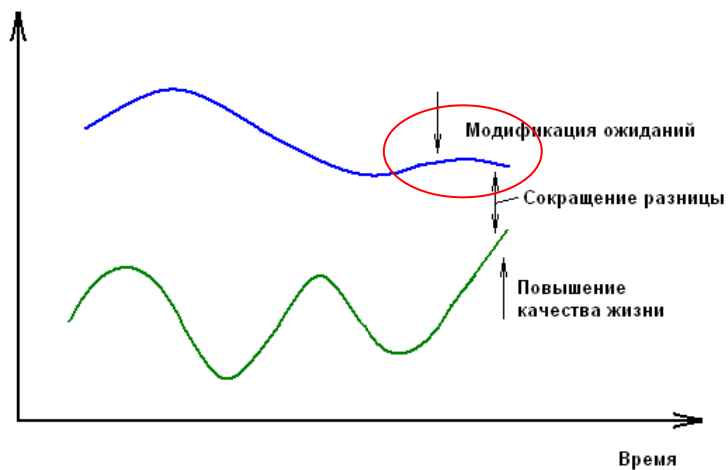


Рис. 2. Calman К.С. Изменение качества жизни больного раком

Качество жизни трудно поддается обычному измерению. Тем не менее оно может и должно быть определено и измерено только в индивидуальных параметрах и зависит от образа жизни, интеллектуального уровня, предыдущего жизненного опыта, надежд на будущее и амбиций пациента. Многочисленные исследования показывают, что часто мнения медицинских работников или родственников больного не совпадают с мнением самого больного. При этом медики часто недооценивают психологические проблемы пациента, а также такие симптомы, как боль, тошнота, рвота. Особенно часто они игнорируют их, если развитие таких симптомов ожидаемо, как, например, при проведении химиотерапии.

Существует множество методик оценки качества жизни здоровых и больных людей. Для оценки качества жизни инкурабельных пациентов, получающих паллиативную помощь, в основном используется Опросник McGill, разработанный Cohen et al. (McGill Quality of Life Questionnaire - MQOL) [6]. Данный опросник содержит следующие шкалы: оценка физического состояния, оценка психологического состояния, самочувствия и социальной поддержки.

Данная шкала разработана для контроля пациентами своего самочувствия. Она не содержит нормативов. Сведения, полученные при проведении первого опроса, становятся контрольными данными для сравнения с последующими результатами. Каждый пациент должен проводить оценку многократно, чтобы отрицательная динамика в состоянии больного была своевременно выявлена и скорректирована. При ухудшении когнитивных способностей больного даже небольшое задание может оказать негативное влияние на пациента. В связи с этим в настоящее время в последние часы жизни пациента оценка качества его жизни проводится при опросе родственников или тех людей, которые постоянно находятся у постели больного.

Таким образом, особенности оказания паллиативной помощи инкурабельным пациентам естественно отражаются на оценке качества их жизни. При использовании данного критерия важно выделять не только физические признаки, но и смещать акцент на психологический и социальный компоненты, которые нередко превалируют и резко ограничивают жизненную активность и жизнеспособность.

У инкурабельного пациента сроки жизни могут быть значительно ограничены, при этом жизнеспособность резко меняется. В связи с этим, осуществляя паллиативный уход, важно своевременно уловить наступившие изменения. Это приводит к необходимости постоянного системного динамического наблюдения (ежедневного, а возможно и ежечасного) за состоянием пациента для внесения корректировки в оказание медицинской помощи, психологической, духовной поддержки для удовлетворения потребностей инкурабельного пациента. Учитывая, что большая роль в осуществлении ухода за больным принадлежит сестринскому персоналу, динамическое наблюдение и фиксирование изменений в состоянии пациента осуществляется медицинской сестрой. С этой целью может быть использована «Сестринская карта динамического наблюдения за инкурабельным пациентом», разработанная в соответствии с требованиями международной классификации функционирования – 2001 (МКФ-2001) [3].

Данные динамического наблюдения на основе сестринской карты могут быть полезными для составления индивидуального плана ухода, коррекции лечения и в целом для оценки эффективности паллиативной помощи. В настоящее время накапливается информация о применении сестринской карты динамического наблюдения за инкурабельным больным, которая позволит объективно оценить качество оказания паллиативной помощи и в конечном итоге улучшить качество жизни пациента.

Список литературы:

1. Аронов Д.М., Зайцев Д.П. Методика оценки качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92–95.
2. Качество жизни. Медко-социальные аспекты: материалы научно-практической конференции / ГАОУ ДПО «ПКЦПК РЗ». – Пермь, 2011. – 252 с.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ, краткая версия / ВОЗ. – СПб., 2003. – 227 с.
4. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новиков И.А. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76, № 10. – С. 43–49
5. Сыркина А.Л., Печорина Е.А., Дрипицина С.В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца стабильной стенокардией // Клиническая медицина. – 1998. – № 6. – С. 52–58.
6. Технологии сестринского ухода в паллиативной помощи: пособие для специалистов сестринского дела и организаторов здравоохранения / Е.А. Воронова [и др.]. – Пермь: ГАОУ ДПО «ПКЦПК РЗ», 2011. – 402 с.
7. Cella D.F. Quality of life: concept 7.07. Palliative Care. – 1992. – Vol 8, № 3. – P. 8–13.

References

1. Aronov D.M., Zaytsev D.P. Metodika otsenki kachestva zhizni bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Procedure of the estimation of life quality of patients with cardiovascular diseases]. *Kardiologiya*, 2002, no. 5, pp. 92–95 (in Russian).
2. Kachestvo zhizni. Medko-sotsial'nye aspekty: materialy nauch.-prakt. konf. [Quality of life. Medical-social aspects: materials of the research and practice conference]. Perm, 2011. 252 p. (in Russian).
3. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: MKF, kratkaya versiya VOZ [International classification of functioning, limitations of vital activity and health: brief version of the WHO]. St. Petersburg, 2003. 227 p. (in Russian).
4. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikov I.A. [Algorithm of the assessment of life quality of patients with psychosomatic diseases]. *Terapevticheskiy arkhiv*, 2004, no. 10, pp. 43–49 (in Russian).

5. Syrkina A.L., Pechorina E.A., Dripitsina S.V. [Assessment of life quality of patients with ischemic heart disease with stable angina]. *Klinicheskaya meditsina*, 1998, no. 6, pp. 52–58 (in Russian).

6. Tekhnologii sestrinskogo ukhoda v palliativnoy pomoshchi: posobie dlya spetsialistov sestrinskogo dela i organizatorov zdravookhraneniya. E.A. Voronova i dr. [Technologies of the nurse process in palliative care: guide for nurse-specialists and healthcare organizers]. Perm: GAOU DPO «PKTsPK RZ», 2011. 402 p. (in Russian).

7. Cella D.F. Quality of life: concept 7.07. *Palliative care*, 1992, vol. 8, no. 3. pp. 8–13.

Воронова Елена Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО (тел: 8 (342) 212-09-85, e-mail: ve-6971@mail.ru).

Подлужная Мария Яковлевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО (тел: 8 (342) 212-09-85, e-mail: rector@psma.ru).

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера», Минздрава России, Россия, 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26.

Voronova Elena Aleksandrovna – Candidate of Medical Science, associate professor of the department of public health and healthcare FDPO (tel. 8 (342) 212-09-85, e-mail: ve-6971@mail.ru).

Podluzhnaya Mariya Yakovlevna – Doctor of Medical Science, professor of the department of public health and healthcare FDPO (tel. 8 (342) 212-09-85, e-mail: rector@psma.ru).

Perm State Medical University named after E.A. Wagner, 26, Petropavlovskaya street, Perm, 614990, Russia.