

Якість життя як одна зі складових оптимізації надання медичної допомоги хворим на рак легенів

В.А. Огнєв, А.М. Зінчук, О.Г. Зінчук, Л.Ф. Уразова
Харківський національний медичний університет

У статті наведені результати дослідження якості життя хворих на рак легенів з використанням авторського опитувальника. Проведене дослідження, на думку авторів, визначає оцінку якості життя хворих на рак легенів для подальшого її використання з метою коригування тактики лікування та при обґрунтуванні оптимізованої моделі раннього виявлення раку легенів серед населення.

Ключові слова: рак легенів, якість життя.

Рак легенів – це тяжке онкологічне захворювання, яке суттєво змінює спосіб життя пацієнта. Сучасні методи терапії раку легенів не повною мірою дозволяють вилікувати хворих та запобігти тяжким ускладненням. Тому головним завданням основного комплексу заходів є забезпечення адекватного контролю за перебігом хвороби. З одного боку, це намагання максимально збільшити тривалість життя кожного хворого шляхом попередження невідкладних станів та розвитку ускладнень, а з другого – це забезпечення можливості активного життя та покращання його якості. Клінічні прояви хвороби суттєво впливають на якість життя пацієнта, зумовлюють значні обмеження у різних сферах не тільки його життєдіяльності, але і його родини, а також оточуючих.

Останнім часом питанням якості життя приділяють значну увагу. Вперше словосполучення «якість життя» було використано у 1920 році у дослідженні стосовно економіки та добробуту населення. Поштовхом для розвитку поняття «якість життя» як предмета дослідження, на думку багатьох дослідників, були об'єктивні процеси, що відбувалися у галузі охорони здоров'я. Це зміна структури захворюваності, коли переважна більшість є хронічні хворі, що не можуть бути виліковні та потребують хоч би покращання якості свого життя; це повага моральної автономії та прав пацієнта, його

свідомий вибір при лікуванні. За словами академіка РАМН Ю.Л. Шевченко (2004 р.), «концепція дослідження якості життя дозволила повернутися на новому витку еволюції к важливішому принципу клінічної медицини «лечить не болезнь, но больного». Міжнародна конференція охорони здоров'я у 1946 році у Нью-Йорку прийняла Статут ВООЗ, де сформульовано визначення «здоров'я як стану повного фізичного, душевного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів» і саме такий підхід до поняття «здоров'я» став своєрідним початком досліджень якості життя у медицині.

Якість життя повинна досліджуватися як критерій оцінювання активності роботи закладів охорони здоров'я стосовно надання медичної допомоги населенню, що має онкологічні захворювання, результативність різних медичних та соціальних програм. Дослідження якості життя у динаміці важливе для розроблення планів диспансерного спостереження конкретного пацієнта, для прогнозування розвитку захворювання та оптимізації якості медичної допомоги.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 233 пацієнта, які мають верифікований діагноз «рак легенів» і мешкають у Харківській області та м. Харкові. Попередньо всіх пацієнтів було проінформовано відносно участі у дослідженні та отримано їхню інформаційну згоду. Вивчення якості життя проводили із використанням авторами методики анкетованого опитування із застосуванням авторського опитувальника. Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням пакета статистичних програм Statistica, версія 6.0. Дані представлені у вигляді середніх величин та похибки середнього. Оцінювання різниць між групами проводили за допомогою критерію Фішера. Статистично

Таблиця 1

Показник якості життя залежно від віку, статі та стадії захворювання, %

Досліджувані показники	Вік		Стать		Діагноз	
	До 55 років	56 років та більше	Чоловіча	Жіноча	Рак легенів I-II стадії	Рак легенів III-IV стадії
Середнє значення показника якості життя	63,76±1,13	58,11±0,94	59,94±0,92	62,97±1,17	64,05±0,81	55,38±1,55
	p<0,001		p<0,05		p<0,001	

Таблиця 2

Вплив обмежень на якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів (R_{xy})

Обмеження	R _{xy} ±m _{xy}	Δ-Коефіцієнт
Фізичні	-5,81±0,2	0,327
Харчування	-2,28±0,19	0,1007
Духовно-психологічна сфера	-4,68±0,18	0,2105
Суспільне життя	-4,52±0,2	0,2014
Повсякденне життя	-3,24±0,21	0,1604

Таблиця 3

Вплив основних обмежень у фізичній сфері на якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів (R_{xy})

Обмеження	$R_{xy} \pm m_{xy}$	Δ -Коефіцієнт
У заняттях фізкультурою та спортом	22,3 \pm 3,1	0,114
Необхідність відпочинку протягом дня	25,2 \pm 4,1	0,226
Проблеми зі сном	24,1 \pm 4,2	0,204
У русі	22,4 \pm 4,1	0,137
Швидке стомлювання	25,4 \pm 6,2	0,231

Таблиця 4

Вплив основних обмежень психологічно-духовної сфери на якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів (R_{xy})

Обмеження	$R_{xy} \pm m_{xy}$	Δ -Коефіцієнт
Поганий настрій	-0,3 \pm 0,113	0,171
Почуття заздрості відносно людей, що не мають цієї патології	-0,21 \pm 0,113	0,101
Неуважність рідних	-0,05 \pm 0,091	0,021
Неуважність колег	-0,03 \pm 0,108	0,007
Занепокоєність відносно своєї хвороби	-0,43 \pm 0,122	0,306
Страх за своє здоров'я у майбутньому	-0,35 \pm 0,12	0,236
Обмеження у запам'ятовуванні	-0,18 \pm 0,101	0,079
Дотримування релігійних постів	0,004 \pm 0,097	0,005
Значення релігії у житті хворого	-0,08 \pm 0,099	0,074

значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Наявність кореляційних взаємозв'язків між досліджуваними показниками визначено за допомогою коефіцієнта кореляцій Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У даному дослідженні обмеження життєдіяльності пацієнтів були розподілені на п'ять блоків: фізичні обмеження, обмеження у харчуванні, психологічній та духовній сферах, у суспільному та повсякденному житті.

За результатами наших досліджень середнє значення показника якості життя серед хворих на рак легенів складає $60,9\% \pm 0,72$. Згідно із запропонованою методикою шкала оцінки цього показника має бути такою: оптимальною якість життя визначають, якщо відносний показник якості життя хворого (QoL) знаходиться у межах 71–100%; середньою – якщо відносний показник якості життя пацієнта знаходиться у межах 51–70%; низькою – якщо відносний показник якості життя складає менше 50%. Більшість пацієнтів – 56,4% мали середній рівень якості життя, 18,9% – оптимальний, і 24,7% – низький. Вивчення залежності якості життя від статі та віку хворих на рак легенів визначило відмінності у його рівні. Дані представлені у табл. 1.

Слід зазначити, що вплив цих факторів відбувається на фоні взаємодії інших факторів якості життя. Сукупний їхній вплив складає 86%, тоді як частка факторів, які не були враховані, але мають певний вплив на якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів, складає 14%.

Для більш детального аналізу блоків обмежень, що впливають на якість життя хворих на рак легенів, розраховано додатковий коефіцієнт регресії – Δ -коефіцієнт регресії дозволяє визначити частку впливу кожного блоку обмежень в сумарному впливі блоків, що були включені у математичну модель.

Під час аналізу якості життя пацієнтів, хворих на рак легенів, ми визначили значущі блоки: на першому місці розташовані фізичні обмеження, на другому – обмеження у духовно-психологічній сфері, на третьому – обмеження у суспільному житті, на четвертому місці – обмеження у повсякденному житті і на п'ятому місці – обмеження у харчуванні. Це дає змогу у подальшому спрямовано здійснювати заходи щодо поліпшення якості життя хворих на рак легенів (табл. 2).

Отримані дані дозволили визначити найважливіші блоки обмежень, які значно впливають на якість життя пацієнтів, та проаналізувати їх більш детально.

Детальний аналіз блоку обмежень у фізичній сфері засвідчив, що практично всі критерії блоку рівнозначно впливають на показник якості життя пацієнтів, хворих на рак легенів, але найбільше обмеження проявляються у швидкому стомлюванні, необхідності відпочинку протягом дня, проблемах зі сном та рухом (табл. 3).

Під час детального аналізу психологічно-духовного блоку обмеження, які відзначали хворі на рак легенів, розташували у наступному порядку: занепокоєність відносно своєї хвороби, страх за своє здоров'я у майбутньому, часті напади поганого настрою, відчуття заздрості щодо тих людей, які не

Таблиця 5

Вплив основних обмежень у сфері харчування на якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів (R_{xy})

Обмеження	$R_{xy} \pm m_{xy}$	Δ -Коефіцієнт
Кількість їжі	0,008 \pm 0,01	0,091
Різноманітність кулінарних страв	-0,007 \pm 0,01	0,062
Вживання солодкого	-0,003 \pm 0,01	0,073
Відчуття голоду	-0,081 \pm 0,08	0,099

Розподіл обмежень у житті пацієнтів із хворих на рак легенів, залежно від їхньої значущості

Дії, що обмежують повсякденне життя	Кількість пацієнтів, що обрали ці дії	Кількість обмежень, %
Заняття спортом	182	84,9
Планування дозвілля	123	78,3
Тривалі походи, туризм	111	53,4
Активний відпочинок	76	52,3
Дотримання посту	66	45,5
Спілкування із колегами	88	38,1
Прибирання в кімнаті	48	33,7
Фізична праця на дачі	46	28,2
Можливість утримування домашніх тварин	41	24,8
Вибір хобі	39	19,4
Участь у художній самодіяльності	34	16,9
Участь у релігійних святах та обрядах	33	16,1
Можливість споживати будь-які продукти	17	14,6
Можливість споживати будь-яку кількість їжі	10	7,3
Вибір професії	160	6,1
Можливість споживати солодощі	26	3,8

мають онкологічного захворювання (здорових людей) та ін. (табл. 4).

Ці складові є найбільш вагомими та впливовими на якість життя пацієнтів, що не тільки відображають внутрішній психологічний стан хворого на рак легенів, але й свідчать про напрямки роботи лікарів та працівників соціальних підрозділів, які беруть участь у лікуванні та реабілітації цих хворих.

Аналізуючи блок обмежень у харчуванні, можна зазначити, що практично всі обмеження цього блоку не мають суттєвого впливу на показник якості життя (табл. 5).

Однією зі складових методики вивчення якості життя хворих на рак легенів було обрання обмежувальних дій серед вже запропонованих. Так, у анкеті було позначено 16 дій, серед яких пацієнтам було запропоновано обрати п'ять таких, які найбільше впливають на якість життя та суттєво її обмежують. У табл. 6 ці обмеження розташовані у порядку значущості. Кожний з 233 пацієнтів, які брали участь у дослідженні, зазначили 5 обмежень.

Найчастіше пацієнти обирали обмеження, пов'язані із заняттям спортом (84,9% хворих), планування дозвілля (78,3% хворих) та тривалі походи, туризм (53,4% хворих). Далі по значущості знаходяться активний відпочинок та дотримання посту – 52,3% та 45,5% хворих відповідно. Захворювання також має значний вплив на спілкування із колегами та прибирання у домі. Такі обмеження мають 38,1% та 33,7% пацієнтів відповідно. Наступні обмеження, що наведені у табл. 6, а саме: можливість утримування домашніх тварин, вибір хобі,

участь у художній самодіяльності, участь у релігійних святах та обрядах – пацієнти обирали не часто. Інші запропоновані у дослідженні дії, такі, як можливість споживати будь-які продукти, солодощі, необмежену кількість їжі та вибір професії, обирали 14,6% хворих та менше.

ВИСНОВКИ

1. Якість життя хворих на рак легенів у середньому складає 60,9%, що дає можливість впливу на неї з метою поліпшення.

2. Якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів, залежить від фізичних обмежень, їхньої участі у психологічній та духовній сферах та суспільному та повсякденному житті.

3. У психологічно-духовній сфері вагомий внесок у якість життя вносять такі фактори, як занепокоєність щодо хвороби (30,7%), страх за своє здоров'я у майбутньому (21,8%) та відчуття депресії (16,3%).

4. У фізичній сфері вагомий внесок у якість життя вносять такі фактори, як швидке стомлювання при виконанні будь-якого фізичного навантаження (23,7%), необхідність відпочинку протягом дня (23,1%), проблеми зі сном та обмеження у русі (19,8%).

5. Серед клінічних симптомів, які значно знижують показник якості життя, знаходяться загальна слабкість – 85,9%, психоемоційний стан пацієнта – 79,4%.

6. Якість життя пацієнтів, хворих на рак легенів, має бути врахована під час обґрунтування оптимізованої моделі раннього виявлення раку легенів серед населення.

Качество жизни как одна из составляющих оптимизации предоставления медицинской помощи больным раком легких В.А. Огнев, А.Н. Зинчук, О.Г. Зинчук

В статье приведены результаты авторского исследования качества жизни больных раком легких с использованием авторского опросника. Проведенное исследование, по мнению авторов, определяет значение оценки качества жизни больных раком легких для дальнейшего ее использования при обосновании оптимизированной модели раннего выявления рака легких среди населения.

Ключевые слова: рак легких, качество жизни.

Quality of life as one of the components optimization of medical care of patients with lung cancer V.A. Ogniyov, A.N. Zinchuk, O.G. Zinchuk

The results of the author's research quality of life of lung cancer patients using a questionnaire copyright. The study, according to the authors, defines the value of assessing the quality of life of patients with lung cancer for its further use in the justification of the optimized model for early detection of lung cancer in the population.

Key words: lung cancer, quality of life.

Сведения об авторах

Огнев Виктор Андреевич – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4.
E-mail: soc.med.ognev@mail.ru

Зинчук Андрей Николаевич – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4.
E-mail: fox-zan@mail.ru

Зинчук Ольга Геннадьевна – Харьковский базовый медицинский колледж, 61000, г. Харьков, ул. Революции, 3

Уразова Лилия Федоровна – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оруджев Н.Я. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Н.Я. Оруджев, Е.А. Тараканова // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2010. – № 6. – С. 16–20.
2. Асанова А.А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами / А.А. Асанова // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – 2008. – № 2 (14). – С. 82–85.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/Под ред. акад. РАМН Шевченко Ю.Л. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – С. 194.
4. Диагностика здоровья: психологический практикум /Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – С. 454–484.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/Под ред. акад. РАМН Шевченко Ю.Л. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – С. 204–206.
6. Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г.Н. Алеева, М.Э. Гурылева, М.В. Журавлева // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 1–4.
7. Вассерман Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12–15.
8. Абрамов И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения / И.В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2000. – № 1 (7). – С. 42–46.
9. Коц Я.И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я.И. Коц, Р.А. Либис // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–72.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

СЕКРЕТЫ ЗДОРОВЬЯ: ДЕТЯМ - МОЛОКО, ВЗРОСЛЫМ - КЕФИР, ЙОГУРТЫ И СЫР

Шведские ученые обнаружили, что пользующееся неизменной популярностью молоко представляет большую питательную ценность для растущего детского организма, а взрослым, как ни странно, хваленый продукт может принести вред.

Это открытие заставляет фундаментально пересмотреть некоторые медицинские рекомендации, адресованные пожилым людям, относительно необходимости включать в рацион молоко из-за высокого содержания в нем кальция. Это якобы снижает риск развития остеопороза, повышенной хрупкости костей, развивающейся из-за возрастного дефицита этого элемента. Однако на самом деле повышать уровень кальция в организме полезнее с помощью кисломолочных продуктов, творога и твердых сыров.

Ученые из университета шведского города Упсала (Uppsala University in Sweden) наблюдали

группу жителей страны численностью 106 000 человек (61 000 женщин и 45 000 мужчин) на протяжении в среднем 17 лет. Анализ данных о заболеваемости остеопорозом, количестве переломов, заболеваемости болезнями сердца, смертности от болезней сердца и сосудов, а также о потреблении молока выявил парадоксальную картину.

У женщин, которые в среднем выпивали 2 стакана молока в день, риск умереть на протяжении периода исследования был на 21% выше по сравнению с теми участницами, которые потребляли 1 и менее стаканов молока в день.

Если же участницы выпивали 3 и более стаканов молока ежедневно, то риск смерти у них увеличился на 91%. Кроме того, 2-3 стакана молока, потребляемые ежедневно, увеличивали риск переломов на 16% по сравнению с теми участницами, которые выпивали не более 1 стакана в день. У мужчин любовь к

молоку была связана с повышением риска развития инфаркта.

Между тем, регулярное потребление кефира, йогурта и других кисломолочных продуктов, а также творога и сыра действительно снижало риск смерти у женщин и мужчин, а также риск тяжелых переломов у женщин.

Авторы исследования объясняют такие на первый взгляд более чем неожиданные результаты тем, что молоко содержит много D-галактозы, одного из простых сахаров, который способен повышать уровень оксидативного стресса в организме и вызывать хроническое воспаление. Вредное воздействие оксидативного стресса и воспаления превышало пользу от регулярного потребления молока. А в кисломолочных продуктах и продуктах переработки молока D-галактозы очень мало - поэтому для взрослых они гораздо полезнее.

Источник: www.health-ua.org