

ID: 2011-07-2467-A-1359

Оригинальная статья

Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю.

### Оценка качества жизни у больных с онкопатологией

*Институт социального образования (филиал) Российского государственного социального университета в г. Саратове  
Центр медико-социологических исследований (Саратов, Россия)*

Cherkasova E.A., Krom I.L., Novichkova I.Y.

### Estimation of quality of life at the patients with oncological pathology

*Institute of Social Education (branch of) Russian State Social University in Saratov  
Centre of Medical-Sociological Investigations (Saratov, Russia)*

#### Резюме

Качество жизни, релеванное здоровью, является интегральной характеристикой физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии. В статье приводятся результаты авторского исследования качества жизни, релевантного здоровью, онкологических больных с использованием опросника WHOQOL-100.

**Ключевые слова:** качество жизни, онкологические больные, опросник WHOQOL-100

#### Resume

Quality of life, relevant to health, is the integral characteristic of physical, mental and social functioning of the healthy and sick person, based on its subjective perception. In the article the results of author's research of quality of life, relevant to health, of oncological patients conducted with the help of the questionnaire WHOQOL-100 are resulted.

**Keywords:** quality of life, oncological patients, questionnaire WHOQOL-100

В XXI веке во многих европейских государствах подчёркивается значение ориентации социально-экономической политики на повышение качества жизни населения. В 2004 г. Президент России впервые определил качество жизни как целевой критерий социально-экономического развития России.

Качество жизни – социологическая категория, которая, по определению ООН, 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. Европейская экономическая комиссия ООН систематизировала «социальные индикаторы» качества жизни в 8 групп: 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 [1].

По определению ВОЗ качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, стандартами и заботами.

В медицине исследуется преимущественно качество жизни, связанное со здоровьем, которое рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии [2].

Первые исследования по влиянию заболеваний на человека, на его профессиональную деятельность, были проведены при обследовании населения в Австралии и Ирландии в 1851 – 1891 годах. В 1947 году профессор Колумбийского университета США D. A. Karnofsky впервые предложил нефизиологические методы оценки параметров рака; он дал оценку влияния химиотерапии на физические аспекты качества жизни неоперабельных онкологических больных [3]. В медицинском контексте термин «качество жизни» впервые был использован в 1966 году статье J. R. Elkinton «Медицина и качество жизни» журнала «Annals of Internal Medicine», посвященной проблемам трансплантологии [4].

В 1982 году R.M. Kaplan и Bush предложили термин «health-related quality of life» (качество жизни, обусловленное здоровьем), что позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи из общей концепции качества жизни [5].

Для человека конца XX века ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, 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) [6].

При изучении качества жизни оценивают три основных компонента, которые могут быть определены в личной беседе или с помощью специальных анкет:

– функциональные способности — возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную, эмоциональную функции, достигать экономической обеспеченности;

– восприятие — взгляды и суждения человека о ценностях указанных выше компонентов, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью;

– симптомы и их последствия — они являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, снижаются или исчезают в результате вмешательства.

В настоящее время созданы несколько сотен методик, исследующих различные аспекты качества жизни, релевантного здоровью. С целью систематизации деятельности по изучению качества жизни в 1995 году во Франции был создан MARI Research Institute, который координирует исследования в данной области, утверждает разработанные опросники и рекомендует их к применению. В России большую роль в разработке методологии изучения качества жизни сыграл Межнациональный центр исследования качества жизни под руководством доктора медицинских наук, профессора А. А. Новика [7].

У пациента с онкологическим заболеванием некоторые параметры качества жизни приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерить. На основании субъективной оценки качества жизни, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируются опросники, включает следующие положения:

1) специфичность к раку

2) многомерность в структуре (т. е. наличие нескольких шкал, характеризующих качество жизни)

3) возможность заполнения опросника самим больным

4) применимость в различных культурах [8].

Уникальность идеи исследования качества жизни состоит в том, что именно данная методология открывает возможности точного описания и измерения сложной гаммы многоплановых нарушений, которые происходят с онкологическими больными в процессе развития злокачественной опухоли.

Исследование качества жизни в онкологии играет исключительно важную роль, как в клинических исследованиях, так и в клинической практике. Изменение составляющих качества жизни особенно рельефно проявляется у онкологического больного, причем во многом они определяются этапом развития опухолевого процесса [9].

Исследование качества жизни онкологических больных проводится в Центре медико-социологических исследований г. Саратова с 2009 г. В исследование включены 75 больных женского пола трудоспособного возраста, находящиеся на стационарном лечении в Саратовском областном онкологическом диспансере с диагнозом рак молочной железы. В контрольную группу входили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность составила 150 респондентов.

Исследование качества жизни проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Он имеет модульную структуру, где ядерный модуль измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки качества жизни тех, кто имеет определенные болезни или живет в особых обстоятельствах. Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды [10].

При исследовании качества жизни онкологических больных, проблемы респондентов выявлены нами во всех исследуемых сферах. Отмечено значительное снижение качества жизни в физической сфере и сфере «Уровень независимости».

Полученные нами результаты позволяют рассматривать качество жизни как самостоятельный многофакторный показатель состояния онкологических больных. Введение в клиническую практику оценки качества жизни больных повысит объективность клинического заключения.

Динамическое исследование качества жизни после завершения лечения позволяет осуществлять мониторинг состояния больного в периоде реабилитации, отслеживать ранние и поздние осложнения заболевания, а также побочные эффекты лечения. На основании данных о качестве жизни могут разрабатываться комплексные программы медико-социальной реабилитации онкологических больных. Анализ качества жизни при планировании программы лечения онкологического больного представляется важным не только с позиции необходимости учета индивидуальных черт больного, но в связи с данными о высокой корреляции уровня качества жизни с показателями выживаемости при ряде злокачественных опухолей [11].

**Литература**

1. [http://fobio.do.am/blog/problema\\_kachestva\\_zhizni\\_v\\_sovremennoj\\_medicine...](http://fobio.do.am/blog/problema_kachestva_zhizni_v_sovremennoj_medicine...)
2. 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.
3. Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г.Н. Алеева, М.Э. Гурьева, М.В. Журавлева, // Российский медицинский журнал. – 2006. – №2. – С. 1-4.
4. Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты): дис. ... канд. мед. наук / О. И. Митрофанова. – М., 2008. – 189 с.
5. Kaplan R.M., Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis // Health. Psychol. – 1982. Vol. 1. – P. 61-80.
6. Султанов Мурад Гаджи Ага оглы. Качество жизни и социальное функционирование с длительными сроками госпитализации: дис. канд. ...мед. наук. – Москва, 2005. – 236 с.
7. [http://fobio.do.am/blog/problema\\_kachestva\\_zhizni\\_v\\_sovremennoj\\_medicine...](http://fobio.do.am/blog/problema_kachestva_zhizni_v_sovremennoj_medicine...)
8. Osoba D. The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions // Ibid.—1992.— Vol. 1.—P. 211—218.
9. 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.
10. Диагностика здоровья: психологический практикум /под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. С. 454-484.
11. 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.