

УДК 614.2:316.35(036.8)

*Л.В. Крячкова*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ**

Досліджено якість життя 383 пацієнтів центру первинної медико-санітарної допомоги. Використано стандартизовану методику ВООЗ ЯЖ-26 (WHOQOL-BREF). Порівняно отримані дані з показниками офіційно зареєстрованої поширеності хвороб. Визначено, що пацієнти адекватно оцінюють стан власного здоров'я. Зроблено висновок, що показники якості життя доцільно використовувати як критерії оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів при оцінці ефективності медичного обслуговування.

**Ключові слова:** *якість життя, оцінка діяльності системи охорони здоров'я, первинна медична допомога.*

Загально визнано, що головною метою діяльності системи охорони здоров'я взагалі і окремого медичного закладу зокрема є допомога громадянам у реалізації свого потенціалу здоров'я та сприяння тим самим зміцненню здоров'я населення. Оцінка виконання даної мети проводиться шляхом аналізу внеску служб охорони здоров'я в підсумкові показники громадського здоров'я.

З сучасних позицій оцінки результатів діяльності системи охорони здоров'я вважається доцільним доповнювати традиційні показники здоров'я населення, на підставі яких можна зробити висновок про ефективність медичного обслуговування (захворюваності, смертності, очікуваної тривалості життя тощо), критеріями оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів. До таких критеріїв, що зі слів пацієнтів вказують на віддалені результати медичної допомоги з позицій їх самопочуття, повсякденної активності, дискомфорту тощо і надають вичерпну інформацію щодо ефективності медичної допомоги, відносять оцінку якості життя [1, 2].

Існують дані щодо доцільності дослідження якості життя пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги як для індивідуаль-

ного моніторингу стану здоров'я хворих, так і для виявлення відмінностей між різними групами населення [1]. Оцінка показників здоров'я на індивідуальному рівні, що включає самооцінку якості життя та стану здоров'я залежно від соціально-економічного статусу пацієнта, може свідчити про соціальну справедливість медичного обслуговування, яку нещодавно стали відокремлювати як мету системи охорони здоров'я [2].

Якість життя вивчають для моніторингу результатів різних медичних втручань. В Англії, наприклад, рекомендовано використання узагальненої оцінки результатів медичних втручань на підставі анкети вивчення якості життя для всіх пацієнтів Національної системи охорони здоров'я, що піддаються чотириразом найбільш частим маніпуляціям [3].

Актуальність дослідження якості життя для оцінки результатів лікування захворювань на первинному рівні підсилюється через здатність первинної ланки успішно виконувати завдання щодо поліпшення здоров'я населення [4].

В Україні набули розповсюдження оцінки різних аспектів діяльності системи охорони здоров'я, які найчастіше проводяться за показниками процесу і результату медичної

© Л.В. Крячкова, 2013

допомоги, однак досліджень оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів у країні бракує, що і обумовило актуальність даного дослідження.

**Матеріал і методи.** Дослідження проводилось з метою оцінки результатів медичного обслуговування на первинному рівні за показниками якості життя пацієнтів та визначення відповідності результатів самооцінок показникам офіційної звітності.

Дослідження проводилось на базі одного з центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) м. Дніпропетровська. Якість життя населення вивчали за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗ ЯЖ-26 (WHOQOL-BREF), що є скороченою модифікацією опитувальника ВООЗ ЯЖ-100. Стандартизована анкета містить 26 запитань, в яких ураховуються такі сфери: фізичне здоров'я, психічне здоров'я, соціальні відносини та навколишнє середовище [5].

Частота виявлених патологічних станів співставлялася з даними звіту про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу (форма 12).

Обробка матеріалів дослідження здійснювалася за допомогою редактора електронних таблиць Excel-2010, статистичного пакета STATISTICA-6.0 for Windows. Порівняння групових значень та оцінка достовірності відмінностей проводились за критерієм Хі-квадрат ( $\chi^2$ ) з поправкою Йейтса при значеннях показника близьких до 0 або 100 %.

**Результати дослідження.** У дослідженні брали участь 383 пацієнти. Серед них чоловіки становили 42,3 %, жінки – 57,7 %. Середній вік опитаних – (42,3±15,5) року (M±SD). Більшість респондентів (58,0 %) мають середню або середню спеціальну освіту, третина (38,4 %) – вищу. Сім'ї опитаних складаються у середньому з (3,3±1,6) особи. У більшості (59,6 %) домогосподарств одна особа або більше знаходяться на соціальному забезпеченні (діти, пенсіонери, інваліди). Левова частка респондентів (62,8 %) відносить себе до середнього або нижчого за середній клас, третина (28,7 %) – до робочого і тільки 6 % уважають себе вищим за середній та вищим класом. Пацієнти ЦПМСД мають низьку платоспроможність – у переважній більшості (71,1 %) на одного члена сім'ї до-

водиться сума менша за прожитковий мінімум.

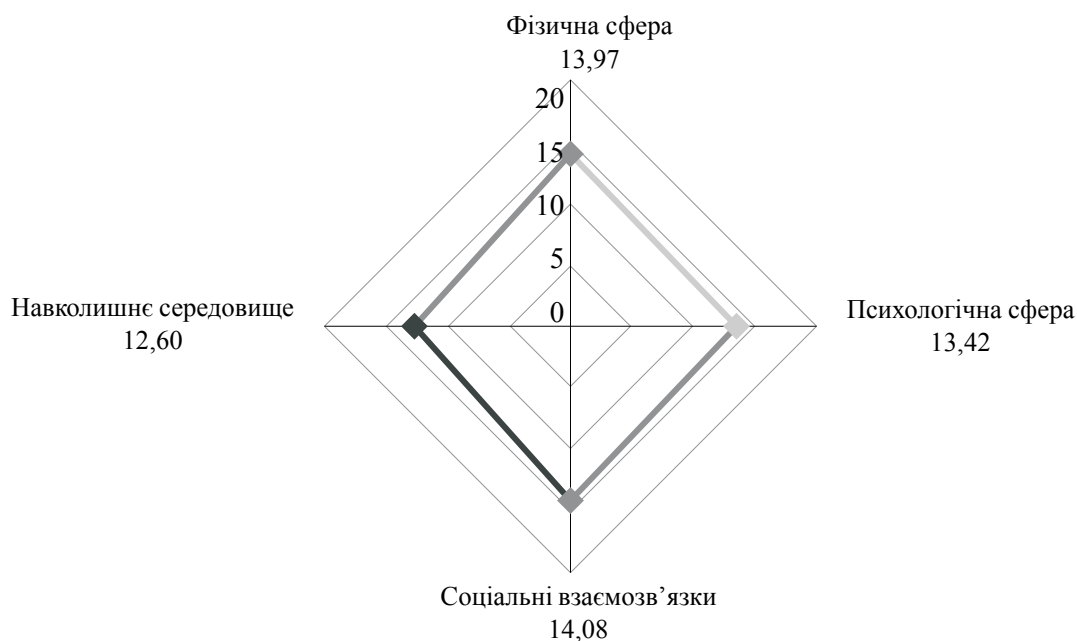
Третина респондентів (29,8 %) оцінили стан свого здоров'я на момент опитування як дуже хороший та хороший, майже половина (46,5 %) – як середній, 16,4 % – як поганий та дуже поганий.

Більшість опитаних респондентів (56,6 %) різною мірою не задоволені станом власного здоров'я, 47,4 % – задоволені повністю або частково. Ці оцінки корелюють з відповідями на запитання: «Як ви оцінюєте якість свого життя?». Оцінки загального рівня якості життя розподіляються приблизно порівну між вкрай негативною (5,8 %) та вкрай позитивною. Майже третина респондентів (28,6 %) оцінила якість життя як середню – «не погану і не хорошу»; практично чверть (23,9 %) – як «погану» чи «дуже погану», решта дала позитивні оцінки.

Загальна оцінка якості життя опитаного населення становить 13,5 бала за 20-бальною шкалою, 59,6 бала – за 100-бальною, що на 40,4 % нижче максимально можливого рівня.

Аналіз питань, що стосуються чотирьох сфер якості життя, проводився за методикою ВООЗ [5, 6] і включав у себе оцінку кожної сфери за балами відповідей (від 1 до 5) на запитання анкети та перерахунок їх у значення діапазону 0–20 балів. Максимальна сумарна оцінка (з урахуванням спрямованості відповідей) є однаковою для всіх сфер. Вона не може перевищувати 20 балів і має задані інтерпретаційні інтервали для оцінки якості життя: діапазон від 4 до 6 балів відповідає дуже поганій оцінці, від 7 до 10 – поганій, 11–13 – середній, 14–17 – гарній, а 18–20 дуже гарній [7]. Наслідком такої побудови оцінок є можливість кількісно співвідносити задоволеність респондента різними аспектами життя та отримувати профіль за сферами (рисунок).

Оцінка якості життя за сферами життєдіяльності показала, що найбільш позитивно – у (14,1±3,3) бала (M±SD) – респонденти оцінюють соціальні взаємозв'язки, тобто у більшості опитаних немає проблем у галузі особистих стосунків та соціальної підтримки. Меншою мірою пацієнти задоволені фізичною та психологічною сферами життя, оцінюючи їх на середньому рівні – відповідно у (13,97±2,80) та (13,50±3,10) бала, що вказує



Профіль якості життя пацієнтів ЦПМСД (бальна оцінка за сферами)

на зниження життєвої активності, енергійності та позитивних емоцій у опитаного населення.

Найменшу оцінку –  $(12,6 \pm 3,2)$  бала – респонденти надали навколишньому середовищу, що включає такі елементи, як фізична безпека і захищеність, фінансові ресурси, зовнішнє навколишнє середовище, а також елементи медичної і соціальної допомоги тощо.

Тільки чверть обстеженого населення (25,1 %) вказали на те, що на момент опитування не мають жодних проблем зі здоров'ям, решта мають ті чи інші захворювання або патологічні стани (таблиця).

**Обговорення результатів.** За даними офіційної звітності, поширеність хвороб серед осіб старше 18 років (вікова група пацієнтів, які брали участь у дослідженні) у 2012 році становила 1973,8 на 1000 населення. За даними самооцінки, поширеність захворювань становить 1832 на 1000 населення та вірогідно не відрізняється від офіційно зареєстрованих даних ( $p > 0,05$ ).

Серед патологій, на які страждають пацієнти центру первинної медичної допомоги, як за даними статистики, так і за самооцінкою, найчастіше зустрічається артеріальна гіпертензія та проблеми з серцем. Суттєвих відмінностей в оцінках розповсюдженості серцево-судинної патології не виявлено ( $p > 0,05$ ).

В цілому на наявність артеріальної гіпертензії вказав кожний четвертий з опитаних, що відповідає даним про розповсюдженість підвищеного артеріального тиску серед населення України.

Серед проблем зі здоров'ям на третьому місці, за даними опитування, нервові та емоційні проблеми. З більшістю цих проблем пацієнти не звикли звертатися до лікарів, на що вказують розбіжності у розповсюдженості цих патологій та депресії за самооцінкою та даними статистики ( $p < 0,001$ ).

Незважаючи на середні оцінки психологічної сфери при оцінюванні якості життя, на запитання: «Як часто Ви відчували негативні емоції, тугу, відчай, тривогу, депресію?» більше третини респондентів (38,4 %) відповіли, що доволі часто, дуже часто або постійно.

В цілому така ситуація відповідає проявам захворювань, з якими стикаються лікарі первинної ланки у більшості розвинутих країн світу, де одними з домінуючих причин звернення до сімейних лікарів виступають психосоціальні проблеми. Це вимагає більш пильної уваги зі сторони лікарів ЦПМСД до емоційного стану своїх пацієнтів.

Серед інших патологій, які менше реєструються офіційною статистикою, ніж виявляються за даними самооцінки, а отже, з якими пацієнти не воліють звертатися до лікарів, –

*Частота захворювань і проблем зі здоров'ям за даними самооцінки при дослідженні якості життя та офіційної статистики серед пацієнтів ЦПМСД (на 1000 опитаного/обслуговуваного населення старше 18 років)*

| Захворювання та проблеми зі здоров'ям  | Частота захворювань          |   | Вірогідність розбіжностей |
|--|------------------------------|---|---------------------------|
|  | за даними опитування щодо ЯЖ | за даними статистики (ф. 12)                          |                           |
| Підвищений артеріальний тиск           | 300,0                        | 373,6   | p=0,9                     |
| Проблеми з серцем                      | 268,0                        | 249,0   | p=0,98                    |
| Хронічні нервові або емоційні проблеми | 68,9                         | 37,1  | p<0,001*                  |
| Депресія                               | 18,3                         | 0   | p<0,001*                  |
| Артрит або ревматизм                   | 54,9                         | 37,8  | p=0,02*                   |
| Хронічні проблеми ніг                  | 11,4                         | 11,2  | p=0,88                    |
| Хвороби шкіри                          | 33,94                        | 9,1   | p<0,001*                  |
| Емфізема легенів або хронічний бронхіт | 52,2                         | 50,0  | p=0,78                    |
| Геморой або кровотечі з прямої кишки   | 31,33                        | 5,3   | p<0,001*                  |
| Діабет                                 | 16,7                         | 16,4  | p=0,84                    |
| Катаракта                              | 18,3                         | 14,7  | p=0,57                    |
| Вагітність                             | 40,0                         | 50,0  | p=0,16                    |
| Інсульт або параліч                    | 0,8                          | 1,3   | p=0,56                    |
| Паркінсонізм                           | 0,13                         | 0,1   | p=0,56                    |
| Опіки                                  | 6,5                          | Травми, отруєння та наслідки зовнішніх причин<br>22,2 | p=0,87                    |
| Перелом кістки                         | 13,5                         |   |                           |
| Проблеми з алкоголем або наркотиками   | 2,6                          |   |                           |
| Інші проблеми                          | 83,6                         | –   | –                         |

\* Вірогідність розбіжності між групами p<0,05 за критерієм  $\chi^2$ .

артритні та ревматичні болі, хвороби шкіри та геморой.

Серед патологічних станів, на які страждали пацієнти на момент опитування, визначалися як гострі, так і хронічні захворювання. На хронічні патології обстежені респонденти страждають у середньому (10,20±3,44) року, на гострі, серед яких превалюють простудні захворювання, – (4,50±0,14) дня (M±SD).

З приводу основного захворювання за останні два тижні переважна більшість пацієнтів (86,6 %) лікувалась у центрі первинної медичної допомоги у лікаря первинної ланки, 5,5 % респондентів знаходилися на стаціонарному лікуванні, 7,9 % обслуговувалися вузькими спеціалістами.

З приводу основного захворювання пацієнти зверталися в амбулаторно-поліклінічні заклади за останній рік (2,56±1,16) рази, госпіталізувалися (1,78±0,09) рази, перебували на стаціонарному лікуванні в середньому (16,83±1,20) дня. З усіх опитаних 85,7 % протягом року отримали допомогу на первинному рівні, а 33,7 % знаходилися на стаціонарному ліку-

ванні. Отже, незважаючи на певні успіхи щодо оптимізації структури медичних послуг, судячи з місця лікування пацієнтів протягом останніх двох тижнів, у річному розподілі обсягів медичних послуг первинна допомога ще не займає достатнього сегмента.

На лікування основного захворювання респонденти витрачають у середньому (311,44±35,50) грн. на місяць (затрати на придбання медикаментів, аналізи, дослідження, консультації тощо), що становить 17,63 % місячного доходу пересічної сім'ї і є для них достатньо важким тягарем.

### Висновки

Для оцінки ефективності діяльності як системи охорони здоров'я в цілому, так і окремого закладу охорони здоров'я (передусім закладу первинного рівня) доречно використовувати показники якості життя пацієнтів як критерію оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів.

Пацієнти достатньо точно оцінюють стан власного здоров'я та захворюваності на окре-

мі патології. Переважна більшість опитаних (74,9 %) мають ті чи інші проблеми зі здоров'ям. Найбільш розповсюдженим захворюванням серед опитаного контингенту є артеріальна гіпертензія. Серед хвороб, які меншою мірою реєструються офіційною статистикою, але на які страждають люди і на що вони вказують при самооцінці, є передусім нервові та емоційні проблеми і депресії.

Передусім через незадовільний стан здоров'я спостерігається невисока інтегральна оцінка якості життя опитаних респондентів, вона становить 59,6 бала, що на 40,4 % нижче максимально можливого рівня. Більшість опитаних (62,9 %) вважає стан свого здоров'я

незадовільним, а якість життя (58,3 %) – посередньою.

Середня оцінка (12,6÷14,1) фізичної і психологічної сфер життєдіяльності, соціальних взаємозв'язків та навколишнього середовища показала, що пацієнти первинного рівня найменшою мірою задоволені чинниками навколишнього середовища, що включають у себе фізичну безпеку і захищеність, фінансові витрати, елементи соціальної допомоги тощо.

**Перспектива подальших досліджень** полягає у детальному вивченні впливу окремих факторів на якість життя пацієнтів ЦПМСД.

### Список літератури

1. *Kind P.* Measuring success in health care – the time has come to do it properly! / P. Kind, A. Williams // Health Policy Matter. – 2004. – № 9. – Р. 1–8.
2. *Smith P. C.* Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований / P. C. Smith, I. Papanicolas. – ВОЗ : WHO Regional Office for Europe, 2012. – 54 с.
3. Performance measurement for health system improvement experiences, challenges and prospects series: health economics, policy and management / [ed. by Peter C. Smith, Elias Mossialos, Elias Mossialos]. – London : European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. – 748 p.
4. *Розенцвейг М. А.* Значение первичной медицины для системы здравоохранения и здоровья нации / Маркус А. Розенцвейг, Ян Пресс // Семейная медицина. – 2012. – № 1. – С. 11–14.
5. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Field Trail Version. – Geneva : World Health Organization, 1996. – 18 p.
6. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / [под ред. А. Новикова, С. Gudex]. – М. : Права человека, 2005. – 193 с.
7. *Тупицын Ю. Я.* Показатели качества жизни и уровня психического здоровья в комплексной оценке эффективности лечения больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями / Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Е. Ю. Фокина. – СПб., 2004. – 22 с.

*Л.В. Крячкова*

#### ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Исследовано качество жизни 383 пациентов центра первичной медико-санитарной помощи. Использована стандартизированная методика ВОЗ КЖ-26 (WHOQOL-BREF). Сравнивались полученные данные с показателями официально зарегистрированной распространенности болезней. Установлено, что пациенты адекватно оценивают состояние своего здоровья. Сделан вывод о том, что показатели качества жизни целесообразно использовать как критерии оценки результатов заболеваний с позиций пациентов при оценке эффективности медицинского обслуживания.

**Ключевые слова:** качество жизни, оценка деятельности системы здравоохранения, первичная медицинская помощь.

*L. V. Kryachkova*

#### RESEARCH OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS TO PERFORMANCE MEASUREMENT FOR PRIMARY HEALTH CARE

The quality of life of 383 patients of primary health care center is studied. The standardized methodology WHOQOL-BREF is used. The findings with those officially registered prevalence of diseases is compared. It is determined, that patients are adequately assess the state of their health. It is concluded, that quality of life should be used as criteria for evaluation of disease from the standpoint of patients in performance measurement for health system.

**Key words:** quality of life, performance measurement for health system, primary medical care.