

© А.Э.Лукьянов, Н.И.Вишняков, Я.А.Павлов, 2007
УДК 616.6:616.092.12

А.Э.Лукьянов, Н.И.Вишняков, Я.А.Павлов

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

A.E.Lukyanov, N.I.Vishnyakov, Ya.A.Pavlov

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH UROLOGIC PATHOLOGY

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, кафедра урологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ влияния хронической урологической патологии на качество жизни больных. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Проведен опрос 408 пациентов, госпитализированных для стационарного лечения в хирургическое отделение больницы Св. Евгении в 2004-2006 гг. Использован опросник SF-36. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Показано, что урологические заболевания в значительной степени снижают качество жизни больных: подавляющее большинство имеет ограничения физических нагрузок, испытывает затруднения в работе или другой повседневной деятельности, а также в общении с семьей, друзьями, соседями или в коллективе из-за физического или эмоционального состояния; положительный эмоциональный фон отмечался у больных гораздо реже, чем негативный; физическую боль в течение последних 4 недель перед опросом испытывало более 90% респондентов; пациенты, как правило, считают состояние своего здоровья в целом посредственным или плохим, ожидают его дальнейшего ухудшения. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** В снижении качества жизни пациентов с урологическими заболеваниями играют роль все его основные компоненты – физические, психические и социальные, что необходимо учитывать урологу при оказании специализированной помощи. Принимая во внимание большую роль негативных психоэмоциональных факторов у пациентов с урологической патологией, особенно старшего возраста, в реабилитации больных данного профиля целесообразно шире применять психотерапевтическое лечение. Полученные данные в целом согласуются с данными литературы.

Ключевые слова: качество жизни; урологическая патология.

ABSTRACT

THE AIM of the investigation was to analyze the influence of chronic urologic pathology on quality of life of such patients. **PATIENTS AND METHODS.** Questioning of 408 patients hospitalized to a surgical department for inpatient treatment in St. Eugenia hospital in 2004-2006 was performed using SF-36 questionnaire. **RESULTS.** It was shown that urologic diseases considerably decrease quality of life of patients: most of the patients have limited physical activity, have problems in work and other every-day activity as well as in contacts with the family, friends, neighbors and colleagues due to the physical and emotional state. Positive emotional background was noted in such patients much more rarely than negative; physical pains during the last four weeks before questioning were noted in more than 90% of responders; as a rule, the patients consider their health to be mediocre or bad as a whole, and are expecting it to be even worse in future. **CONCLUSION.** The worse quality of life of such patients is due mainly to such components as physical, mental and social problems which must be taken into account by the urologist rendering specialized care. The rehabilitation of patients with urological pathology, especially of elderly ones, should include psychotherapeutic treatment since they have many negative psycho-emotional problems. The data obtained as a whole are in agreement with literature data.

Key words: quality of life, urologic pathology.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в экономически развитых странах широко вошло в обиход понятие «качество жизни» (life quality), под которым понимается восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума. Исследования качества жизни, связанного со здоровьем, позволяют изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [1]. Качество жизни явля-

ется надежным и чувствительным интегральным индикатором оценки результатов терапии. Исследование качества жизни после завершения лечения позволяет осуществлять мониторинг состояния больного в периоде реабилитации, отслеживать ранние и поздние осложнения, побочные эффекты лечения. На основании данных о качестве жизни могут разрабатываться комплексные программы реабилитации для различных заболеваний. Возможность полноценного восстановления больного и его возвращения к нормальной жизни в значительной степени зависят от мониторинга его качества жизни на этапах ранней и поздней реабилитации. Изучение качества жизни больного до начала

лечения и в процессе терапии позволяет получить исключительно ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию [2].

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Было опрошено 408 пациентов, госпитализированных для стационарного лечения по поводу урологической патологии в хирургическое отделение больницы Святой Евгении в 2004-2006 гг., что равнялось 70,4% всех пролеченных больных – основной массив; находящиеся на стационарном лечении на момент опроса составили первую, а опрошенные через год после госпитализации – вторую. Использовался один из наиболее популярных общих опросников для исследования качества жизни – SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Являясь общим, он позволяет оценивать качество жизни больных с различной нозологией и сравнивать этот показатель с таковым в здоровой популяции. Преимуществами данного опросника являются также его высокая чувствительность и краткость (всего 36 вопросов), а это делает его применение весьма удобным [2, 3]. Критериями качества жизни по SF-36 являются: физическая активность; роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; боль; общее здоровье; жизнедеятельность; социальная активность; роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; психическое здоровье.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование качества жизни пациентов с урологической патологией показало, что они весьма низко оценивают состояние своего здоровья в целом: подавляющее большинство счи-

тают его посредственным или плохим. Стационарное лечение не приводит к улучшению самооценки здоровья: среди госпитализированных пациентов свое здоровье как хорошее и отличное оценили 12,9%, а как посредственное и плохое – 87,1%, среди же опрошенных через год и более после госпитализации – 9,4% и 90,6% соответственно (рис. 1). Говоря о динамике состояния своего здоровья на момент опроса по сравнению с таковым за год до опроса, более половины (51,8%) пациентов, проходящих лечение в стационаре, отметили его ухудшение, в том числе 15,6% – значительное; улучшилось состояние здоровья у трети респондентов (36,3%), в том числе у 15,6% – значительно; 11,9% изменений не заметили. Среди пациентов, выписанных из стационара, распределение несколько более благоприятно: 38,5% отмечают улучшение, 33,7% – ухудшение, а 27,8% – отсутствие изменений.

19,8% госпитализированных больных и 30,6% выписанных из стационара считают, что они больше других людей склонны к болезням, а отвергают это мнение соответственно 39,7% и 27,4% опрошенных. При этом 17,2% респондентов первой и 21,2% – второй группы ожидают в будущем ухудшения здоровья. Умеренно оптимистичного взгляда на состояние своего здоровья («Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых») придерживаются соответственно 24,5% и 44,3%, а безоговорочно оптимистического («У меня отличное здоровье») – лишь 5,4% респондентов в обеих группах. Обращает на себя внимание высокий (более 40%) удельный вес пациентов, не определившихся во мнениях. Лишь безоговорочно оптимистическая самооценка здоровья отвергается абсолютным большинством (79,6% в первой и 77,0% во второй группе).

Результаты опроса показали, что ограничения физических нагрузок в течение обычного дня из-за состояния здоровья имеются у подавляющего большинства больных. Так, в той или иной степени испытывают затруднения с тяжелыми физическими нагрузками (например, бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта) 99,2% пациентов, находящихся на стационарном лечении, и 98,2% – выписанных из стационара; с умеренными физическими нагрузками (например, передвинуть стол, поработать пылесосом, собирать грибы и ягоды) – 89,3% и 86,8% соответственно. Имеющееся урологическое заболевание затрудняет пациентам выполнение таких обычных действий, как: поднять или нести сумку с продуктами – 89,0% и 97,5%, подняться пешком по лестнице на несколько пролетов – 77,1% и 84,8%, подняться по лестнице один пролет – 65,9% и 62,3%, накло-

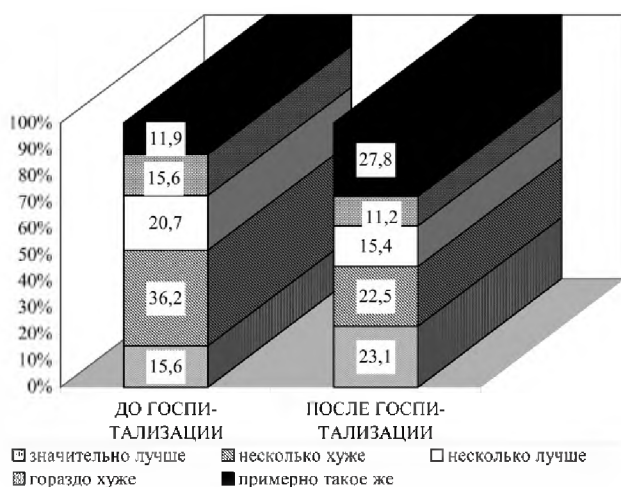


Рис. 1. Оценка пациентами с урологической патологией (госпитализированными и выписанными из стационара) состояния своего здоровья на момент опроса по сравнению с таковым за год до опроса (в % к итогу).

Таблица 1

Распределение пациентов с урологической патологией по наличию у них ограничений физических нагрузок в течение обычного дня из-за состояния здоровья (в % к итогу)

Виды нагрузки	До госпитализации			Всего	После госпитализации		
	1	2	3		1	2	3
1. Тяжелые физические нагрузки (бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта)	77,0	22,2	0,8	100,0	89,7	8,5	1,8
2. Умеренная физическая нагрузка (передвинуть стол, поработать пылесосом, собирать грибы и ягоды)	51,1	38,2	10,7	100,0	48,8	38,0	13,2
3. Поднять или нести сумку с продуктами	48,1	40,9	11,0	100,0	50,3	41,2	8,5
4. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	41,2	35,9	22,9	100,0	47,0	37,8	15,2
5. Подняться по лестнице один пролет	37,1	28,8	34,1	100,0	32,1	30,2	37,7
6. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	38,7	26,4	34,9	100,0	36,6	46,3	17,1
7. Пройти расстояние более 1 километра	33,3	39,7	27,0	100,0	37,2	32,3	30,5
8. Пройти расстояние в несколько кварталов	30,5	36,6	32,9	100,0	37,5	28,8	33,7
9. Пройти расстояние в один квартал	33,9	31,5	34,6	100,0	19,7	28,7	51,6
10. Самостоятельно вымыться, одеться	16,2	30,0	53,8	100,0	11,4	21,7	66,9

1 – значительно ограничивает; 2 – немного ограничивает; 3 – совсем не ограничивает.

Таблица 2

Распределение пациентов с урологической патологией по наличию у них затруднений в работе или другой повседневной деятельности из-за физического состояния в последние 4 недели перед опросом (в % к итогу)

Ответы респондентов	До госпитализации		Всего	После госпитализации	
	да	нет		да	нет
1. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	72,4	27,6	100,0	80,6	19,4
2. Выполнили меньше, чем хотели	79,8	20,2	100,0	83,8	16,2
3. Были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	76,9	23,1	100,0	87,5	12,5
4. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (они требовали дополнительных усилий)	77,2	22,8	100,0	89,7	10,3

ниться, встать на колени, присесть на корточки – 65,1% и 82,9%, пройти расстояние более 1 километра – 73,0% и 69,5%, пройти расстояние в несколько кварталов – 67,1% и 66,3%, пройти расстояние в один квартал – 65,4% и 48,4%, самостоятельно вымыться, одеться – 53,8% респондентов первой и 33,1% – второй группы (табл. 1). Принципиальных различий по данным параметрам между пациентами, начавшими и прошедшими стационарное лечение, не выявлено.

Три четверти пациентов первой группы и более 80% – второй группы заявили о том, что испытывали затруднения в работе или другой повседневной деятельности из-за физического состояния в последние 4 недели перед опросом (табл. 2). В частности, 72,4% и 80,6% опрошенных пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, 79,8% и 83,8% выполнили меньше, чем хотели, 76,9% и 87,5% были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности, у 77,2% и 89,7% были трудности при выполнении своей работы или других дел (они требовали дополнительных усилий).

Весьма показательно, что не только физическое, но и эмоциональное состояние, связанное с бо-

лезною, в значительной степени снижает качество жизни пациентов с урологической патологией. Так, затруднения в работе или другой повседневной деятельности по данной причине в последние 4 недели перед опросом испытывали около 70% опрошенных, в т.ч. пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, 70,4% пациентам, находящимся на момент опроса в стационаре и 79,3%, проходившим стационарное лечение ранее, выполнили меньше, чем хотели 71,4% и 66,2% пациентов соответственно, выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно, – 66,4% и 66,2%.

Среди госпитализированных пациентов всех возрастов с урологической патологией положительный эмоциональный фон отмечался гораздо реже, чем негативный (табл. 3). Так, все время или большую часть времени чувствовали себя бодрыми 14,7% опрошенных, спокойными и умиротворенными – 14,3%, счастливыми – 11,4%, полными сил и энергии – 6,4%. В то же время постоянно сильно нервничали 17,7%, чувствовали себя уставшими 15,9%, измученными – 14,0%, упавшими духом и печальными – 8,9%, такими подавленными, что ничто не могло взбодрить, 3,9%. Во второй исследе-

Таблица 3

**Оценка пациентами с урологической патологией своего
эмоционального состояния в течение последних 4 недель перед опросом (в % к итогу)**

Респонденты чувствовали себя...	До госпитализации						Всего	После госпитализации					
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
1. Бодрыми	3,1	11,6	17,8	37,2	26,4	3,9	100,0	5,6	11,8	16,8	38,5	26,7	0,6
2. Сильно нервничали	2,4	15,3	15,3	48,5	16,1	2,4	100,0	3,8	10,0	15,1	45,9	20,8	4,4
3. Такими подавленными, что ничто не могло взбодрить	0,8	3,1	11,6	41,8	28,7	14,0	100,0	1,9	5,8	16,2	33,5	23,9	18,7
4. Спокойными и умиротворенными	3,0	11,3	33,8	19,5	30,1	2,3	100,0	2,5	10,7	16,4	37,7	27,0	5,7
5. Полными сил и энергии	1,6	4,8	4,8	37,2	26,6	25,0	100,0	2,6	4,5	14,0	21,2	35,3	22,4
6. Упавшими духом и печальными	1,6	7,3	13,0	37,5	20,3	20,3	100,0	1,9	2,5	18,2	40,3	23,9	13,2
7. Измученными	2,3	11,7	28,9	30,5	20,3	6,3	100,0	3,8	5,7	14,6	40,5	25,3	10,1
8. Счастливыми	3,4	8,0	8,0	36,8	30,4	14,4	100,0	5,1	6,3	10,1	38,6	27,2	12,7
9. Уставшими	4,2	11,7	37,4	35,8	9,2	1,7	100,0	5,5	11,7	28,2	45,4	8,6	0,6

1 – все время; 2 – большую часть времени; 3 – часто; 4 – иногда; 5 – редко; 6 – ни разу.

дуемой группе наблюдается аналогичное распределение.

Кроме того, физическое или эмоциональное состояние мешало проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе (в течение последних 4 недель перед опросом) трем четвертям (75,3%) пациентов, в том числе 42,2% – немного, 16,9% – умеренно, 10,2% – сильно, а 6,0% – очень сильно. Только 11,8% пациентов первой группы и 7,0% – второй группы физическое состояние никогда не мешало активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.), что является немаловажным компонентом качества жизни. В то же время, 21,8% и 41,1% респондентов соответственно отметили, что оно мешает им иногда, 26,1% и 14,6% – что редко, 26,9% и 27,8% – что большую часть времени, а 13,4% и 9,5% физическое состояние не дает активно общаться с людьми постоянно.

Одним из ведущих симптомов урологической патологии, значительно снижающим качество жизни пациентов, является боль. По данным опроса, физическую боль в течение последних 4 недель перед опросом испытывало более 90% пациентов обеих исследуемых групп. При этом как слабую и

очень слабую ее расценили лишь 13,3–20,5% респондентов, как умеренную – 50,8–53,6%, как сильную и очень сильную – 18,1–33,6%. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении на момент опроса, чаще испытывают боль и чаще расценивают ее как сильную и очень сильную, чем выписанные из стационара. Физическая боль мешала заниматься обычной работой (вне дома и по дому) в последние 4 недели перед опросом почти всем (95,4%) госпитализированным пациентам с урологической патологией.

Среди пациентов, опрошенных через год и более после госпитализации, то есть имеющих достаточно большой стаж болезни, каждый пятый (21,4%) оценивает свое заболевание как тяжелое, три четверти (74,8%) – средней тяжести и лишь 3,8% – как легкое. Для полноценной психологической и социальной реабилитации больного очень важным является то, как он или она воспринимает свою болезнь. Как показал опрос, около половины (45,2%) пациентов воспринимают свое заболевание спокойно, смирились с ним; около трети (32,5%) воспринимают болезнь как тяжелое испытание, и лишь 7,7% чувствуют себя полноценными людьми (рис. 2).

ОБСУЖДЕНИЕ

Урологические заболевания в значительной степени снижают качество жизни больных. Подавляющее большинство имеет ограничения физических нагрузок. Три четверти пациентов испытывали затруднения в работе или другой повседневной деятельности из-за физического или эмоционального состояния в последние 4 недели перед опросом. Положительный эмоциональный фон отмечался у больных гораздо реже, чем негативный. Физическое или эмоциональное состояние мешало проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе 75,3% пациентов. Физическую боль



Рис. 2. Распределение респондентов в зависимости от их восприятия болезни (в % к итогу).

в течение последних 4 недель перед опросом испытывало более 90% респондентов. Вообще, подавляющее большинство пациентов с урологической патологией считает состояние своего здоровья в целом посредственным или плохим, многие ожидают его дальнейшего ухудшения. Полученные данные в целом согласуются с данными литературы [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В снижении качества жизни пациентов с урологическими заболеваниями играют роль все его основные компоненты – физические, психические и социальные, что необходимо учитывать урологу при оказании специализированной помощи. При этом, принимая во внимание большую роль нега-

тивных психоэмоциональных факторов у пациентов с урологической патологией, особенно старшего возраста, в реабилитации больных данного профиля целесообразно шире применять психотерапевтическое лечение.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Медик ВА, Юрьев ВК. *Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению*. М., 2003
2. Новик АА, Ионова ТИ, Кайнд П. *Концепция исследования качества жизни в медицине*. СПб., 1999; 140
3. Ware JE, Snow KK, Kosinski M et al. *SF-36 health survey: Manual and Interpretation guide*. Boston, 1993
4. Васильева ИА. Качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью. *Нефрология* 2003; 7(1): 26-40

Поступила в редакцию 16.10.2006 г.

Принята в печать 20.12.2006 г.