

Нада Вукадиновић

Дом здравља "Крушевац", Крушевац, Србија

Квалитет живота хроничних болесника

Кључне речи:

квалитет живота,
хипертензија,
15D упитник (H. Sintonen)

Сажетак

Увод. Према дефиницији групе Светске здравствене организације за проучавање квалитета живота (*WHO QoL*) из 1995. године, "квалитет живота представља индивидуалну перцепцију своје животне позиције у култури и систему постојећих вредности и успоставља показатеље који показују како болесници функционишу и колико болест ограничава њихове активности".

Циљ рада. Измерити квалитет живота пацијената оболелих од хроничних болести и открити поједине области квалитета које нису задовољавајуће.

Метод. Попуњавање 15D упитника (*Harri Sintonen*, Финска), који садржи 15 питања са 5 градација и покрива физички, ментални и социјални аспект живота. Упитник су попунили пацијенти оболели од хроничних болести у фебруару 2010. у Дому здравља у Крушевцу. Подаци су обрађени по оригиналном програму аутора (збир свих 15 питања даје 1).

Резултати. Испитивањем је обухваћено 150 испитаника просечне старости 68,86 година, 55 мушкараца и 95 жена; 121 је хипертоничар а 29 је с другим болестима. Укупан квалитет је $0,7852 \pm 0,138$; код хипертоничара $0,7633 \pm 0,153$; код других дијагноза $0,7852 \pm 0,138$. Разлике нема. Код појединачних области испитаници с другим дијагнозама су покретљивији, дисање је боље, хране се, ментално су очуванији и боље обављају активности. Хипертоничари имају мање нелагодности и симптома. Разлике по полу постоје а статистички су значајне код дисања и спавања (мушкарци с другим дијагнозама). Жене лошије спавају од мушкараца. Највише симптома и нелагодности имају жене других дијагноза. Квалитет живота опада с годинама. Разлика средњих вредности добних група хипертоничара и оних с другим дијагнозама није значајна. Опадање квалитета код других дијагноза је постепено ($0,8557$; $0,8483$; $0,7269$) и значајно после 70. год $0,5720$ а код хипертоничара је наглије, посебно код добних група 60-69 и 70-79 година, где је статистички високо значајно ($0,8922$; $0,8413$; $0,7027$; $0,6076$). Код посебних обележја статистички значајне разлике постоје код дисања, код пражњења, код уобичајених активности и код менталне функције (боља је код хипертоничара).

Закључак. Квалитет живота опада с годинама и с болестима, посебно испитаника с хипертензијом.

Увод

У последњих двадесет година опажамо интензивни пораст занимања за проучавање и мерење квалитета живота (енгл. *Health Related Quality of Life - HRQoL*) болесника. Појам *HRQoL* произилази из познате и широке дефиниције здравља Свјетске здравствене организације (*WHO*)¹, која здравље опредељује као “стање потпуног телесног, душевног и социјалног благостања, а не само као одсуство болести и инвалидности”. Праћењем болесника са хроничним болестима установљено је да за оцену њиховог здравственог стања и успешности терапије нису довољни само објективни клинички и лабораторијски параметри, већ је јако важно болесничково властито доживљавање болести и утицај на квалитет живота.

У *Index Medicus*-у се од 1966. године појављује категорија “квалитет живота” у одраслих.

Разумевање концепта квалитета живота прошло је дугу еволуцију. Средином двадесетог века под квалитетом живота углавном се подразумевао животни стандард, а истраживања на ту тему била су рађена у подручју економије. С повећањем животног стандарда, истраживања квалитета живота усмерена су и на опажање задовољења човекових потреба, чиме су се бавили социолози. Шездесетих година прошлог века се у дефинисању квалитета живота чини јасна разлика између објективне и субјективне компоненте, односно објективних и субјективних показатеља квалитета живота. Трећа генерација испитивања квалитета живота јавила се 70-их година и била је усмерена на субјективне показатеље квалитета живота, тј. на концепт који се разликује од пређашњих по својој усмерености на појединца². Усмереност на појединца карактерише и данашњи приступ у истраживањима квалитета живота.

Према дефиницији групе *WHOQoL* 1995³, “квалитет живота представља индивидуалну перцепцију своје животне позиције у култури и систему постојећих вредности и успоставља показатеље који показују како болесници функционишу и колико болест ограничава њихове активности”.

HRQoL је вишедимензионални концепт, који укључује три главна вида квалитета живота:

- телесно-покретни
- психолошки (емоционални и когнитивни)
- социјални⁴

Последњих година су у различитим центрима развили многобројне тестове за оцењивање квалитета живота код хроничних болесника. Само мали број тестова задовољава строге методолошке критеријуме поузданости и вјеродостојности (*reability*), делотворности и неоспорности (*validity*), те сензитивности на промене (*responsiveness to change*). За оцењивање квалитета живота постоје два различита типа тестова:

- општи - генерички (*generic measures*)⁵.
- специфични у односу на болест (*disease-specific measures*)

Упитник 15D⁶ је општи 15-димензионални, стандардизовани, самопроцењиви упитник везан за здравље и квалитет живота (*HRQoL*), који се може користити као профил и једноиндексна мера. Аутор упитника је проф. др Хари Синтонен (*Harri Sintonen*) на основу репрезентативног узорка одрасле популације Финске, путем самопроцене и поштанске анкете.

Циљ рада

Циљ рада је био да измеримо квалитет живота пацијената који болују од хроничних болести и откријемо поједине области квалитета које нису задовољавајуће, и да сагледамо утицај болести на квалитет живота.

Метод

Метод је попуњавање 15D упитника (уз дозволу аутора упитника *H. Sintonen*-а, Финска)⁶. Упитник садржи 15 питања са 5 градација и покрива физички, ментални и социјални аспект живота. Упитник су попунили пацијенти оболели од хроничних болести у фебруару 2010. у Дому здравља у Крушевцу. Истраживање је спроведено у две амбуланте. Упитник су попунили сви пацијенти који су као водећу дијагнозу имали хипертензију (без других коморбидитета) и пацијенти који се лече хронично од других болести, које немају већи социомедицински значај.

Резултати

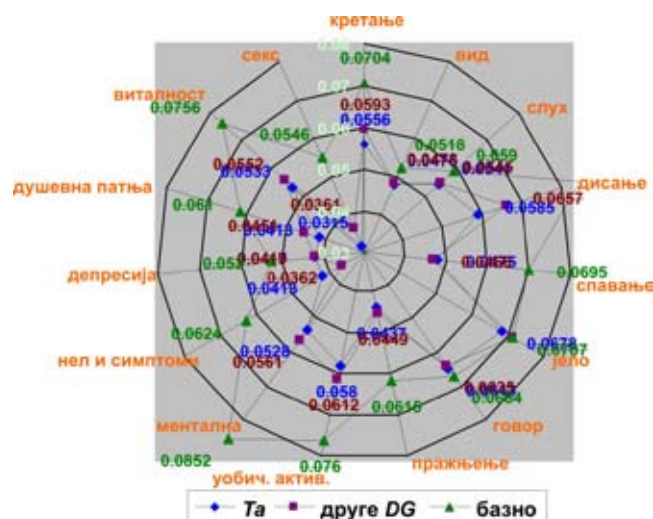
Подаци су обрађени по оригиналном програму аутора (збир свих 15 питања даје 1).

Испитивањем је обухваћено 150 испитаника просечне старости 68,86, од тога 55 мушкараца и 95 жена. Раздвојено по болестима, 121 је хипертоничар а 29 је с другим болестима (неурозе, депресије, лумбалгије, ангина пекторис).

Табела 1. Распоред испитаника по годинама и по дијагнози

Године/ дијагноза	≤ 59	60-69	70-79	> 80	Укупно	Просечно године
Са хиперт.	15	42	50	14	121	69.3
Друге дијагнозе	8	8	11	2	29	66.7
Укупно	23	50	61	16	150	68.86

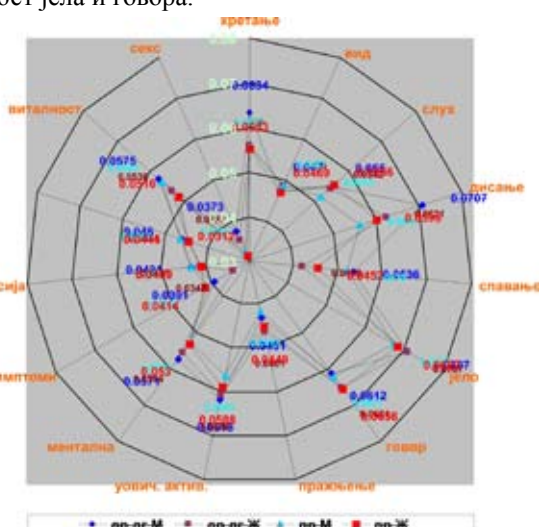
Укупни квалитет је $0,7675 \pm 0,150$; код хипертоничара $0,7633 \pm 0,153$; код пацијената с другим дијагнозама $0,7852 \pm 0,138$. Статистички значајне разлике нема. Ако квалитет разложимо на поједине аспекте, видимо да разлике постоје по болестима.



Графикон 1. Оцене по појединачним питањима раздјелене по дијагнозама у односу на базну вредност

Испитаници с другим дијагнозама су покретљивији, дисање је боље, али нема статистички значајне разлике ($p=0,1$). Постоје разлике у храњењу, ментално су очуванији и боље обављају уобичајене активности. Хипертоничари имају мање нелагодности и симптома, као и душевне патње.

Када поредимо квалитет наших испитаника у односу на базну вредност, видимо да болести смањују квалитет живота у свим активностима. Најмање се смањује могућност јела и говора.

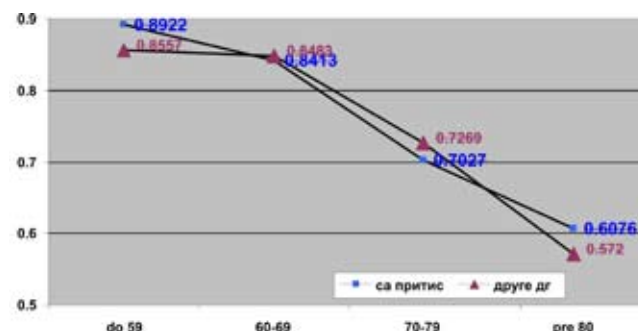


Графикон 2. Оцене дате по дијагнозама и по полу по појединачним одликама

Разлике по полу постоје, а статистички су значајне код дисања и спавања ($p=0,05$).

Мушкарци с другим дијагнозама се боље крећу и најлакше дишу. Жене лошије спавају од мушкараца без обзира на дијагнозу. Највише симптома и нелагодности имају жене других дијагноза. Што се тиче говора, жене имају бољи квалитет неvezано с дијагнозом. Мушкарци су виталнији од жена.

Разлика средњих вредности добних група хипертоничара и оних с другим дијагнозама није значајна.

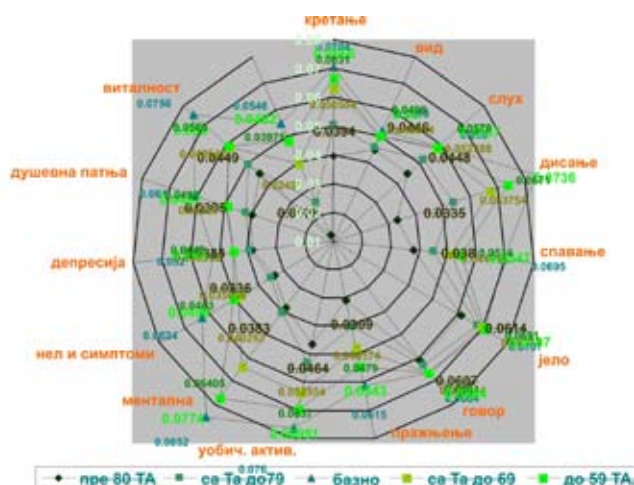


Графикон 3. Кретање средњих вредности квалитета живота по годинама и дијагнозама

Пад квалитета живота код испитаника с другим дијагнозама је постепен ($0,8557$; $0,8483$; $0,7269$; $0,5720$), значајан после 70. год. ($t=2,14$; $p=0,05$)

Код хипертоничара је пад наглији ($0,8922$; $0,8413$; $0,7027^{**}$ на $0,6076^{*}$)

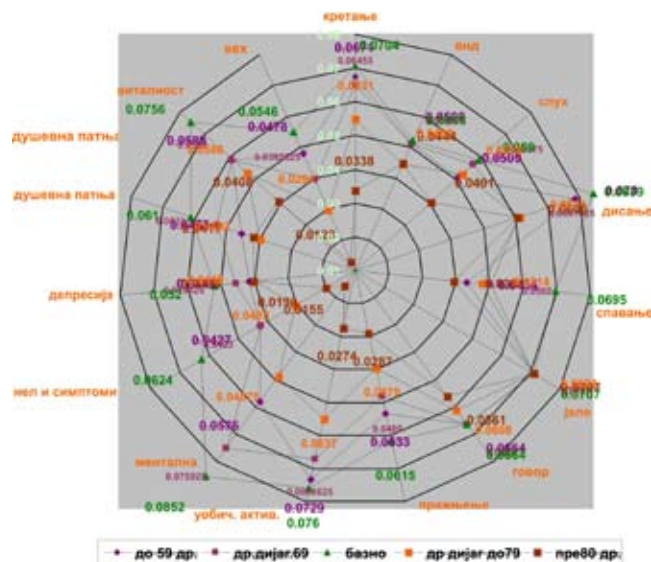
$^{**}p=0,001$; $^{*}p=0,05$



Графикон 4. Квалитет живота код хипертоничара по годинама у односу на базну вредност

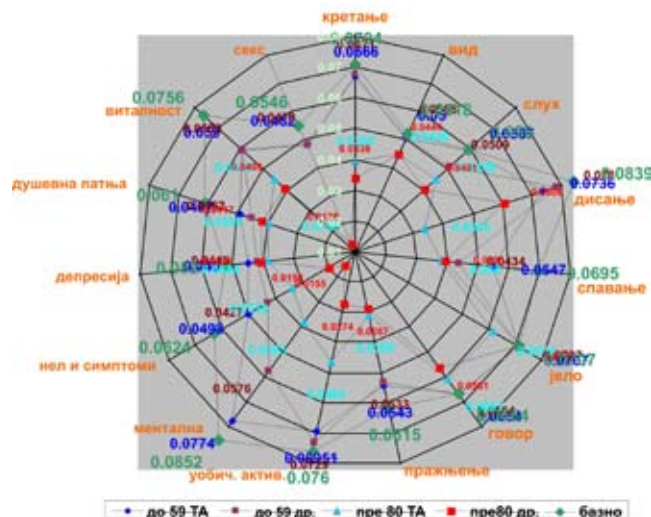
Из графикона 4 видимо да квалитет живота код хипертоничара опада у свим обележјима с годинама живота. Најмање опада вид, могућност јела и говора.

Статистички значајно смањење постоји код дисања, код менталних активности. Висока статистичка значајност постоји код уобичајених активности. Разлике постоје код кретања, али нису статистички значајне.



Графикон 5. Квалитет живота код других дијагноза по годинама у односу на базну вредност

Из графикона 5 се види да код пацијената с другим дијагнозама значајно опада ментална функција и могућност обављања уобичајених активности. Разлике постоје и код присуства нелагодности и симптома, као и код осећаја виталности.



Графикон 6. Појединачна обележја дата по дијагнозама и по годинама

Запажамо да с годинама највише долази до оштећења способности кретања, дисања, могућности обављања уобичајених активности, менталне способности, присуства нелагодности и симптома, као и до пада виталности. Разлика по болести је евидентна код дисања, које је оштећеније код хипертоничара. Менталне функције и обављање уобичајених активности су лошије код пацијената с другим дијагнозама, који имају више нелагодности и симптома у односу на хипертоничаре.

Дискусија

Према наводима из литературе^{7,8} концепт квалитета живота неке особе нема значаја одвојено од осећаја и искустава те особе. Код личног квалитета живота ради се о томе како појединац види и доживљава властити живот, а не како то други процјењују. При томе се наравно не занемарује утицај спољних чинилаца на квалитет живота појединца. Анализа текста одговора испитаника о одредницама личног квалитета живота, такође указује на то да је лични квалитет живота питање субјективне процене и властито доживљаја појединца².

О квалитету живота налазимо стотинак дефиниција и модела у литератури. Неки од њих се односе на специфичне популационе групе (нпр. особе са сметњама у развоју, особе оболеле од одређене болести). Једну од свеобухватнијих дефиниција квалитета живота износе Фелче (*Felce*) и Пери (*Perry*)⁴, дефинишући квалитет живота као “свеукупно опште благостање, које укључује објективне чиниоце и субјективно вредновање физичког, материјалног, социјалног и емотивног благостања, заједно с личним развојем и сврховитом активношћу, а све вредновано кроз лични скуп моралних норми средине у којој живе”.

У литератури се, такође, налазе многобројне студије са испитивањем квалитета живота болесника са одређеним болестима (хроничне болести плућа, астме, реуматских болести, психијатријских болести, цревних болести) студија са хипертензијом као фактором ризика за кардиоваскуларне болести (КВБ).

Има студија које прате побољшање квалитета живота после употребе антихипертензивних лекова, студија са хипертензијом као фактором ризика за КВБ; *15D scor* пацијената оболелих од хипертензије у једној Грчкој студији⁹ је 0,747 а без хипертензије 0,759. Наши резултати су код пацијената са хипертензијом 0,7633, а код оних без хипертензије 0,7852.

Закључак

Квалитет живота опада с годинама живота и с болестима, посебно испитаника са хипертензијом.

Quality of life of chronic patients

.....

Key words:

quality of life,
hypertension,
15D questionnaire (H. Sintonen)

Abstract

Introduction: According to the WHO QoL group, quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns, and it is expected to provide means for measuring the effects of disease and health intervention on patients functioning.

Objective: To measure quality of life in patients suffering from chronic diseases and to determine the specific areas of quality that are not satisfactory.

Method: 15D questionnaire (Harri Sintonen, Finland). The questionnaire contains 15 questions with 5 grades and covers physical, mental and social aspect of life. Questionnaire was completed by chronic patients in the Health Center Krusevac during February 2010.. Data are classified according to the original author's program (the sum of all 15 questions given).

Results: The study included 150 subjects with mean age 68.86, of which 55 male and 95 female. 121 patient with hypertension and 29 with other diseases. Total quality is 0.7852 ± 0.138 ; in hypertensive patients 0.7633 ± 0.153 ; in other diagnosis 0.7852 ± 0.138 . There is no difference. Individual patients without hypertension are more mobile, breathing is better, they feed, mentally are conserved and carry out activities better. Hypertensives have less discomfort and symptoms. Gender difference is present and statistically significant for breathing and sleep (men with other diagnoses). Women sleep worse than men. Women with other diagnoses manifest the most symptoms and discomfort. Quality of life declines with age. Difference of mean values in the same age groups is not significant between hypertensive patients and those with other diagnoses. Decline of quality is gradual in patients with other diagnoses (0.8557, 0.8483, 0.7269,) and in older of 70 years is significant (0.5720). In hypertensive patients decline is more abrupt, especially in age groups 60-69 and 70-79 years, which is statistically highly significant (0.8922, 0.8413, 0.7027, 0.6076). Specific parameters with significant difference are breathing, discharge, everyday activities, and the mental functions (better in hypertensive patients).

Conclusions: Quality of life declines with age and with diseases, especially in patients with hypertension.

Литература

References

1. WHOQoL Group. Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQoL). Geneva: WHO, 1993.
2. Кризманић М, Колесарић В. Покушај концептуализације појма "квалитет живота". Примењена психологија 1989;10:179-184.
3. WHO QoL Group. Soc Sci Med. 1995;41:1403-1409.
4. Felce D, Perry J. *Quality of Life: A contribution to its definition and measurement*. Cardiff: Mental Handicap in Wales Applied Research Unit. 1993.
5. Mc'Gee H, O'Boyle CA, Hickey A, O'Mally K, Joyce CRB. *Assessing the Quality of Life of the individual: the SEIQoL with a healthy and gastroenterology unit population*. Psychological Medicine 1991;21:749-759.
6. Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. Ann Med 2001;33(may): 328-336.
7. Schalock RL. *Quality of life - Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation 1996;1.
8. Cummins RA. *Objective and subjective quality of life: An interactive model*. Social indicators research, 2000;52:55-72.
9. Aletras VH, Kontodimopoulos N, Pelteki JH, Karatzoglou GI, Sintonen H, Yfantopoulos NJ. *Valuation and Preliminary Validation of the Greek 15D in a Sample of Patients with Coronary Artery Disease*. Value in Health 2009;12(4):574-579.

Примљен • Received: 19. 01. 2011.
Прихваћен • Accepted: 10. 03. 2011.