

## Вплив медико-соціальних факторів на якість життя хворих

<sup>1</sup>Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро Україна  
<sup>2</sup>Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності  
Міністерства охорони здоров'я України, м. Дніпро Україна

**Мета** – вивчення впливу медико-соціальних чинників на пов'язану зі здоров'ям якість життя дорослих хворих на хронічні захворювання

**Матеріали та методи.** За допомогою русифікованого аналога методики MOS-SF 36 вивчено якість життя та її зв'язок з комплексом медико-соціальних факторів у 569 дорослих осіб, з яких 369 – хворі на хронічні захворювання, 200 – практично здорові особи.

**Результати.** В групі хворих у порівнянні зі здоровими виявлено істотне зниження якості життя. Найбільш чутливими при наявності хронічних захворювань виявилися критерії, пов'язані з фізичним (нижче на 63,2 бали,  $p < 0,001$ ) та емоційним рольовим функціонуванням (нижче на 54 бали,  $p < 0,001$ ). Встановлено, що чоловіча стать, високий рівень освіти, матеріальний достаток та професійна зайнятість є факторами, що підвищують якість життя хворих.

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про вплив на якість життя хворих різних медико-соціальних факторів, що слід враховувати при формуванні системи громадської охорони здоров'я.

**Ключові слова:** якість життя, пов'язана зі здоров'ям; медико-соціальні чинники; хворі на хронічні захворювання.

### ВСТУП

Загальноприйнято вважати, що якість життя, пов'язана зі здоров'ям (health-related quality of life) – це багатовимірна конструкція, яка складається як мінімум з трьох основних областей – фізичного, психологічного та соціального функціонування осіб, які страждають від хвороби та / або лікування [3, 4]. Якість життя в медицині вважається інтегральним показником, що відбиває ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання нею звичних функцій, відповідних її соціально-економічному становищу [7].

Концепція якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖ), широко використовується у клінічних випробуваннях сучасних лікарських препаратів та клінічній практиці [6].

Водночас дослідження щодо впливу медико-соціальних факторів на ЯЖ хворих поодинокі, що й обумовило актуальність дослідження.

**Мета роботи** – вивчення впливу медико-соціальних чинників на пов'язану зі здоров'ям якість життя дорослих хворих на хронічні захворювання.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 569 дорослих осіб у віці 30–60 років, які були розподілені на 2 групи: основна (369 осіб) – хворі на хронічні захворювання (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цереброваскулярні хвороби, бронхіальна астма, хронічний бронхіт, цукровий діабет, остеохондроз, остеоартроз) та контрольна (200 осіб) – практично здорові особи. Склад груп за віком та статтю був однорідним: середній вік складав 46,9(11,72) – M(SD) та 46,5(8,77) років ( $p > 0,05$ ); частка чоловіків – 55,0% та 60,0% відповідно ( $p > 0,05$ ).

Для оцінки пов'язаної зі здоров'ям ЯЖ використовувався русифікований аналог методики MOS-SF 36 (Medical Outcomes Study – Short Form: ліцензія

№ С1-120503-17386 Quality Metric Incorporated) [8]. Опитувальник складається із 36 запитань і включає 8 шкал або критеріїв ЯЖ: фізичне функціонування або фізична активність (ФА); рольове функціонування або роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ); біль (Б); загальний стан здоров'я (ЗЗ); психічне здоров'я (ПЗ); соціальне функціонування або соціальна активність (СА); вплив емоційного стану на рольове функціонування або роль емоційних проблем (РЕ); життєздатність (ЖЗ). Перші чотири критерії (ФА, РФ, Б, ЗЗ) вимірюють фізичний компонент здоров'я і мають з ним високий рівень кореляції. Наступні чотири критерії (ЖЗ, СА, РЕ, ПЗ) характеризують психологічний компонент і теж тісно корелюють з ним. Відповіді на запитання виражаються у балах від 0 до 100. Більше число балів шкали відповідає більш високому рівню ЯЖ. Згідно з міжнародними стандартами для оцінки клінічної значущості зрушень ЯЖ застосовано наступну шкалу градацій: зміни у 5-10 балів характеризуються як слабкі; у 10-20 балів – як помірні; більш як 20 балів – як дуже великі (значні) [1].

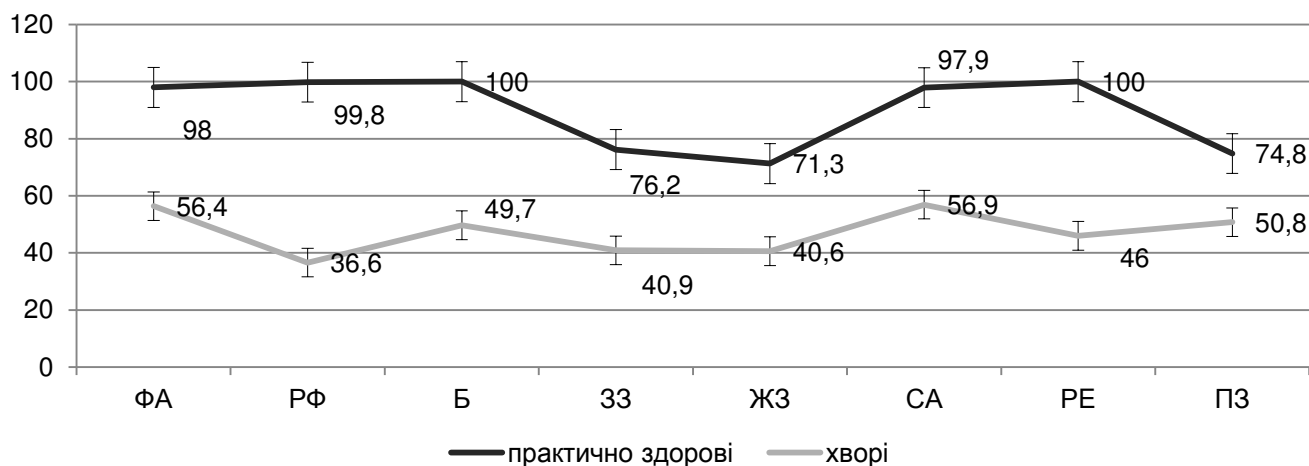
Вивчався вплив на ЯЖ різних факторів: демографічних (віку – вікові групи 30-39, 40-49 та 58-59 років; статі – чоловіча та жіноча) та соціальних (освіти – середня, вища; трудової зайнятості та її характеру – працюючі або непрацюючі, зайняті розумовою або фізичною діяльністю; матеріального достатку диференційованого за 7 градаціями; сімейного статусу і чисельності сім'ї (одружені чи не одружені, проживають в сім'ї чи одиниці).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та Excel-2010 з використанням методів параметричної та не параметричної статистики; розраховувалися середня арифметична (M), стандартне відхилення (SD), 95% довірчий інтервал (DI), коефіцієнти кореляції Пірсона (r).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В групі хворих у порівнянні зі здоровими виявлено статистично значуще і суттєве з точки зору клінічної значущості зниження ЯЖ за всіма шкалами (рис. 1), тобто хронічні хвороби призводять до обмеження всіх складових (фізичної, психічної, соціальної) нормального життя людини.

Найбільш чутливими при наявності хронічних захворювань виявилися критерії, пов'язані з фізичним та емоційним рольовим функціонуванням, що характеризують ступінь впливу захворювання на виконання роботи або іншої звичної повсякденної діяльності (у хворих у порівнянні з практично здоровими рівень по шкалі РФ нижче на 63,2 бали (95% ДІ 55,1–72,3),  $p < 0,001$ ; по шкалі РЕ – на 54 бали (95% ДІ 47,5–62,1),  $p < 0,001$ ).



**Рис. 1.** Порівняння профілів якості життя практично здорових та хворих на хронічні захворювання (середні бали та 95% ДІ)

При аналізі впливу різних факторів на ЯЖ встановлено наступне. У хворих всіх вікових груп параметри ЯЖ істотно нижчі ( $p < 0,001$ ) у порівнянні з групою здорових. Водночас, у групі хворих виявлена досить парадоксальна тенденція до зменшення ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності залежно від віку: РФ та РЕ у хворих вікової групи 40-49 років збільшується у порівнянні з групою 30-39 років, а у групі 50-59 років ця тенденція набуває статистичної значущості ( $p < 0,05$ ) (табл. 1). Причини такої спрямованості змін ЯЖ з віком можна пояснити тим, що, з одного боку, особи старшого віку схильні ставитися до хвороби як до певної реальності, з якою необхідно змиритися, з іншого – потреби в старших вікових групах знижуються.

Що стосується залежності рівня ЯЖ від статі, то виявлена тенденція до більш високого рівня ЯЖ вже у здорових чоловіків у порівнянні зі здоровими жінками. У хворих чоловіків ця тенденція переростає у статистично значущі закономірності за всіма шкалами ( $p < 0,01$ ). У чоловіків з хронічними хворобами виявлена більш висока толерантність до захворювання: вони мають вищі у порівнянні з жінками рівні суб'єктивної оцінки стану загального і психічного здоров'я, фізичної та соціальної активності, життєздатності. Крім того, при захворюваннях повсякденна діяльність хворих чоловіків меншою мірою обмежується фізичними та емоційними проблемами і суб'єктивними больовими відчуттями.

Таблиця 1  
**Показники якості життя у хворих залежно від віку, M (SD)**

Шкали ЯЖ	Вікова група (роки)		
	30-39	40-49	50-59
Фізичне функціонування	52,9 (4,02)	53,9 (2,21)	58,1 (2,05)
Рольове функціонування	30,3 (5,67)	31,9 (3,44)	46,4 (3,42)*
Біль	48,8 (4,06)	45,2 (1,99)	53,2 (1,91)
Загальний стан здоров'я	37,7 (2,63)	39,6 (1,63)	41,7 (1,39)
Життєздатність	42,0 (3,34)	38,0 (1,71)	41,3 (1,45)
Соціальна активність	57,1 (3,42)	52,7 (2,07)	60,8 (1,88)
Роль емоційних проблем	39,4 (5,89)	43,0 (3,34)	55,1 (3,36)*
Психічне здоров'я	49,6 (3,08)	49,4 (1,71)	52,0 (1,38)

Примітка. \* –  $p < 0,05$  між віковими групами 40-49 та 50-59 років

Оцінка впливу на ЯЖ рівня освіти як умовного маркера коефіцієнта інтелектуальності показала, що більшість параметрів ЯЖ у хворих не виявляє відмінностей залежно від рівня їхньої освіти (рис. 2), за виключенням ФА, яка у респондентів з вищою освітою меншою мірою підпадає під вплив захворювання, ніж в осіб з середнім рівнем освіти: 63,3 (95% ДІ 59,1–67,1) бали та 53,6 (95% ДІ 49,9–56,7) бали відповідно для осіб з вищою та середньою

освітою,  $p < 0,001$ . Це можна пояснити тим, що у звичайному житті в осіб з середньою освітою мають обсяг фізичного навантаження, яке вони виконують, перевищує такий у групі респондентів з вищою освітою. Тому реальне зменшення фізичних можливостей перш за все відбивається на тій групі хворих, в якій ці можливості задіяні. Таким чином, рівень освіти відіграє помітну, але не безумовну роль для характеристики ЯЖ хворих.

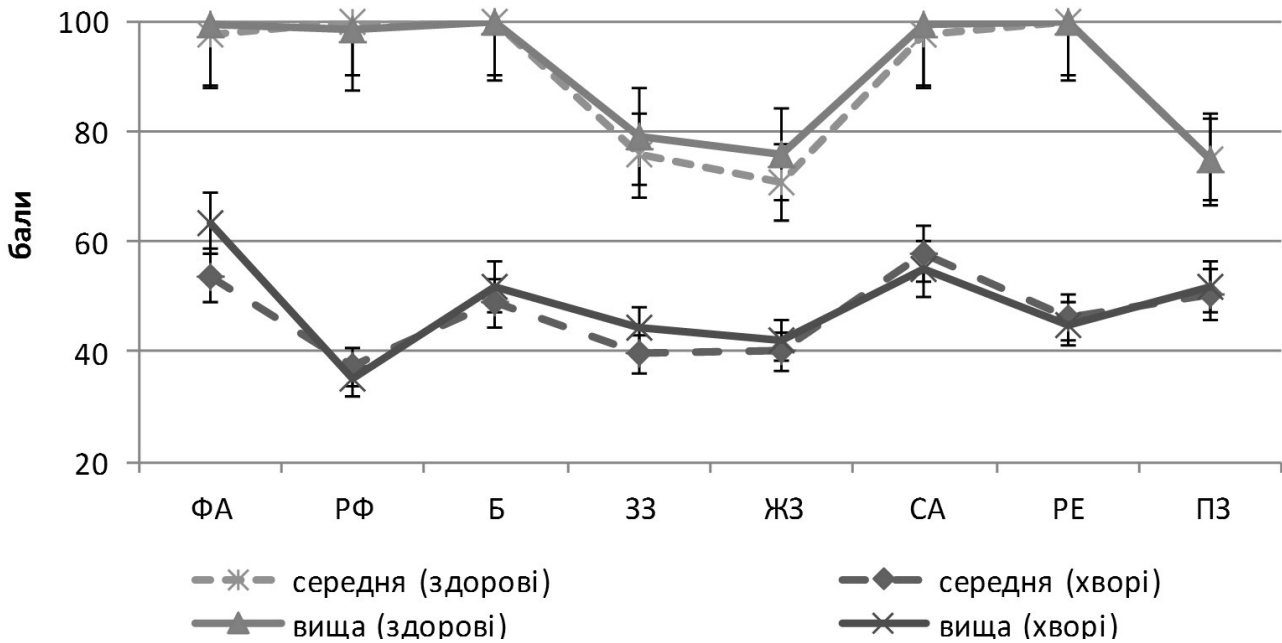


Рис. 2. Профілі ЯЖ хворих та здорових залежно від рівня освіти (середні бали та 95% ДІ)

Вважається, що ефективність боротьби з негативним впливом хвороби на ЯЖ пацієнтів немалою мірою залежить від соціальної підтримки [5], яку здатне надати найближче оточення хворого, перш за все його сім'я. Однак результати дослідження не виявили істотного впливу на ЯЖ ні наявності сім'ї, ні сімейного статусу (одружені/не одружені). Виключення складає лише більш висока роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності у хворих, що не мають чоловіка/дружини: РФ у одружених 38,8 (95% ДІ 31,9–40,6), у не одружених – 30,4 (95% ДІ 27,4–32,1),  $p < 0,05$ . Отримані дані дозволяють зробити припущення, що підтримку, необхідну для підвищення якості життя хворих, в основному забезпечує не факт проживання в сім'ї, а характер внутрішньосімейних відносин.

Матеріальне благополуччя посідає високе місце в традиційній системі цінностей і сприймається людьми як запорука незалежності від більшості зовнішніх обставин сучасного життя, в тому числі й можливість подолати проблеми зі здоров'ям [2]. В процесі дослідження виявлено прямий, достовірний, хоча й слабкий зв'язок (коливання коефіцієнтів кореляції в межах  $0,17 \pm 0,27$ ;  $p < 0,05$ ) подушного доходу хворих респондентів з усіма шкалами опитувальника (рис. 3). У контрольній групі серед практично здорових зв'язку між показниками ЯЖ і матеріальним достатком не виявлено. Такі дані підтверджують тезу, що матеріальний достаток є одним з

важливих факторів, який підвищує суб'єктивну оцінку здоров'я особами з наявними хронічними захворюваннями.

Дослідження впливу професійної зайнятості ЯЖ виявило, що в групі здорових істотних відмінностей в ЯЖ між працюючими і непрацюючими не виявлено, за виключенням показника життєздатності, який у професійно зайнятих працюючих істотно нижчий порівняно з незайнятими ( $p < 0,01$ ). У хворих виявлена інша картина (табл. 2). В цілому працюючі пацієнти мають вищий рівень ЯЖ, ніж непрацюючі – по всіх шкалах опитувальника у них реєструються достовірно вищі показники ( $p < 0,01$ ), що свідчить про благотворний вплив професійної зайнятості на функціональний і психологічний статус, підвищення якості життя. По шкалах ФА, РФ, ЗЗ, РЕ – відмінності оцінюються як помірні (в межах  $12,2 \pm 18,0$  балів), по інших шкалах – як слабкі (в межах  $7,6 \pm 9,7$  балів). Звертає на себе увагу, що у хворих розумова діяльність більш позитивно впливає на ЯЖ, ніж заняття фізичною роботою – у них реєструється менший ступінь обмежень фізичної активності та загального здоров'я ( $p < 0,01$ ).

**ВИСНОВКИ**

Хронічні захворювання суттєво впливають на пов'язану зі здоров'ям якість життя, про що свідчать вірогідно і значно нижчі показники ЯЖ по всіх шкалах у

пацієнтів з хронічними захворюваннями у порівнянні з практично здоровими.

Виявлено різноманітний вплив демографічних (вік, стать) і соціальних (освіта, матеріальний достаток, трудова зайнятість, наявність сім'ї та сімейний статус) факторів на ЯЖ хворих, що слід враховувати як при організації

медичного обслуговування, так і при формуванні системи громадської охорони в цілому.

*Перспективи подальшого розвитку* полягають у розширенні спектру факторів, що впливають на якість життя хворих, включаючи різні компоненти способу їх життя.

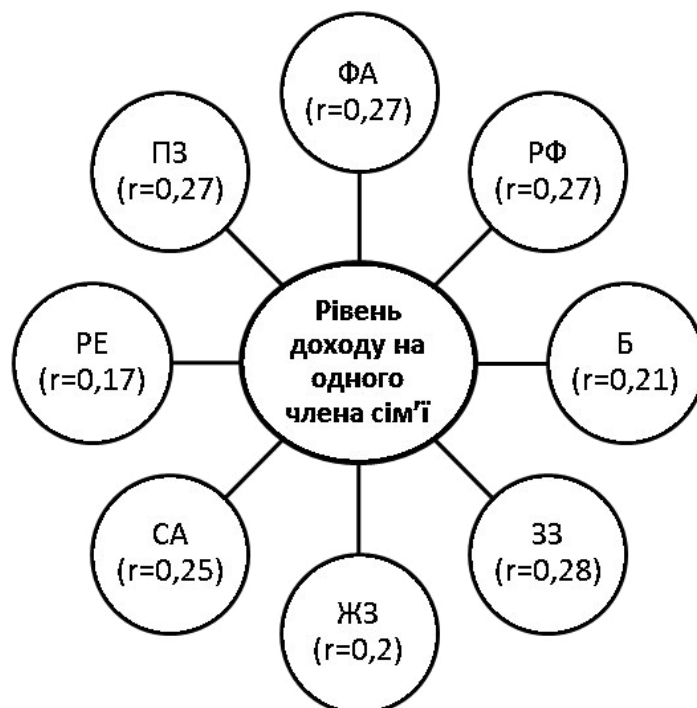


Рис. 3. Зв'язки між показниками ЯЖ і рівнем доходу на одного члена сім'ї (коефіцієнти кореляції Пірсона,  $p < 0,05$ )

Таблиця 2  
Показники якості життя в залежності від трудової зайнятості серед здорових та хронічно хворих,  $M (SD)$

Шкали ЯЖ	Практично здорові		Хворі	
	працюючі	непрацюючі	працюючі	непрацюючі
Фізичне функціонування	97,6 (4,0)	99,5 (2,6)	61,7 (3,9)	43,9 (5,0)***
Рольове функціонування	99,7 (3,0)	100,0 (0,9)	41,2 (4,5)	25,7 (4,3)***
Біль	100,0 (0,9)	100,0 (0,9)	51,9 (4,0)	44,3 (4,4)**
Загальний стан здоров'я	75,7 (6,7)	78,5 (11,5)	44,5 (5,0)	32,3 (3,1)***
Життєздатність	69,5 (2,5)	80,1 (2,6)**	42,9 (5,1)	35,0 (3,7)***
Соціальна активність	98,2 (5,1)	97,0 (11,3)	59,7 (6,2)	50,4 (5,6)***
Роль емоційних проблем	100,0 (0,9)	100,0 (0,9)	51,3 (5,5)	33,3 (6,5)***
Психічне здоров'я	74,1 (11,05)	78,5 (16,4)	53,7 (5,3)	44,0 (6,0)***

Примітка. Вірогідність розбіжностей між працюючими та непрацюючими: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

## ЛІТЕРАТУРА

- Новик А. А. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А. А. Новик, Ю. А. Сухонос, А. В. Киштович [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.
- Суворова Н. В. Материальный достаток как фактор благополучия современной семьи [Электронный ресурс] / Н. В. Суворова, И. В. Пивоварова, Л. М. Пилипенко // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2 (часть 2). – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21480>.
- Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey / I. R. Zimmermann, M. T. Silva, T. F. Galvao, M. G. Pereira // Revista brasileira de psiquiatria. – 2017. – Vol. 39, № 1. – P. 62–68.
- Measuring Health-Related Quality of Life for Patients with Diabetic Retinopathy [Електронний ресурс] / A. Milne, J. A. Johnson, M. Tennant [et al.]. – Technology Assessment Report. – 2012. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248340>.

5. Parkerson G. R. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization / G. R. Parkerson, R. A. Gutman // Health Care Financing Review. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 171–184.
6. Rouette J. Integrating health-related quality of life findings from randomized clinical trials into practice: an international study of oncologists' perspectives / J. Rouette, J. Blazeby, M. King [et al.] // Quality of life research. – 2015. – № 24 (6). – P. 1317–1325.
7. Tessier P. Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer patients / P. Tessier, M. Blanchin, V. Sébille // Social science and medicine. – 2017. – № 174. – P. 96–103.
8. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // Med Care. – 1992. – № 30 (6). – P. 473–483.

*Дата надходження рукопису до редакції: 11.09.2018 р.*

### **Влияние медико-социальных факторов на качество жизни больных**

V.N. Lekhan<sup>1</sup>, A.V. Ipatov<sup>2</sup>, L.V. Kryachkova<sup>1</sup>, A.A. Kozir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»,

<sup>2</sup>ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности Министерства здравоохранения Украины»

**Цель** – изучение влияния медико-социальных факторов на связанное со здоровьем качество жизни взрослых больных хроническими заболеваниями.

**Материалы и методы.** С помощью русифицированного аналога методики MOS-SF 36 изучено качество жизни и его связь с комплексом медико-социальных факторов у 569 взрослых, из которых 369 – больные хроническими заболеваниями, 200 практически здоровые лица.

**Результаты.** В группе больных по сравнению со здоровыми выявлено существенное снижение качества жизни. Наиболее чувствительными при наличии хронических заболеваний оказались критерии, связанные с физическим (ниже на 63,2 балла,  $p < 0,001$ ) и эмоциональным ролевым функционированием (ниже на 54 балла,  $p < 0,001$ ). Установлено, что мужской пол, высокий уровень образования, материальный достаток и профессиональная занятость являются факторами, повышающими качество жизни больных.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о влиянии на качество жизни больных различных медико-социальных факторов, что необходимо учитывать при формировании системы общественного здравоохранения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество жизни, связанное со здоровьем; медико-социальные факторы; больные хроническими заболеваниями.

### **The influence of medical and social factors on the quality of life of patients**

V.N. Lekhan<sup>1</sup>, A.V. Ipatov<sup>2</sup>, L.V. Kryachkova<sup>1</sup>, O.A. Kozir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine

<sup>2</sup>SE "Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine"

**Purpose** – to study the influence of medical and social factors on the health-related quality of life of adult patients with chronic diseases.

**Materials and methods.** With the help of the Russified analogue of the MOS-SF 36 method, the quality of life and its relationship with the complex of medical and social factors were studied in 569 adults, of whom 369 are patients with chronic diseases, 200 healthy individuals.

**Results.** In the group of patients compared with healthy participants, a significant decrease in the quality of life was detected. The most sensitive criteria in the presence of chronic diseases were the criteria related to physical (lower by 63.2 points,  $p < 0.001$ ) and emotional role functioning (lower by 54 points,  $p < 0.001$ ). It has been established that the male gender, a high level of education, material wealth and professional employment are the factors that increase the quality of life of patients.

**Conclusions.** The results of the study indicate the influence of various medical and social factors on the quality of life of patients that should be considered when forming the public health system.

**KEY WORDS:** health-related quality of life; medical and social factors; patients with chronic diseases.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Лехан Валерія Микитівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

**Іпатов Анатолій Володимирович** – проф., директор ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» пров. Феодосія Макаревського, 1А, м. Дніпро, 49000, Україна.

**Крячкова Лілія Вікторівна** – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

**Козир Олександр Анатолійович** – викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.