

creased antioxidant status / E. Vericel, C. Januel, M. Carreras et al. // *Diabetes*. — 2004. — Vol. 53, N 4. — P. 1046-1051.

2. A systematic evaluation of the effect of temperature on coagulation enzyme activity and platelet function / A. S. Wolberg, Z. H. Meng, D. M. Monroe et al. // *J. Trauma*. — 2004. — Vol. 56, N 6. — P. 1221-1228.

3. Herbert J. M. Effects of ADP-receptor antagonism beyond tradition-

al inhibition of platelet aggregation // *Expert. Opin. Investig. Drugs*. — 2004. — Vol. 13, N 5. — P. 457-460.

4. Oxidative stress — a link between endothelial injury, coagulation activation, and atherosclerosis / K. Pawlak, B. Naumnik, S. Brzosko et al. // *Am. J. Nephrol.* — 2004. — Vol. 24, N 1. — P. 154-161.

5. Signaling mechanisms mediated by G-protein coupled receptors in human platelets / S. A. Saeed,

H. Rasheed, F. A. Fecto et al. // *Acta Pharmacol. Sin.* — 2004. — Vol. 25, N 7. — P. 887-892.

6. Einav S., Bluestein D. Dynamics of blood flow and platelet transport in pathological vessels // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* — 2004. — Vol. 1015. — P. 351-366.

7. Roberts D. E., McNicol A., Bose R. Mechanism of collagen activation in human platelets // *J. Biol. Chem.* — 2004. — Vol. 279, N 19. — P. 19421-19430.

УДК 615.851.86:618.3-084

О. Г. Юшковська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ — ІНДИКАТОР ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАТУСУ І КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Одним з основних критеріїв ефективності лікування хворих є якість життя (ЯЖ) як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, що ґрунтується на його суб'єктивному сприйнятті. Підвищений інтерес до оцінки ЯЖ пояснюється перш за все тим, що для кожного хворого важливі не тільки показники фізичного стану, але і відчуття життєвого благополуччя, загальна задоволеність життям [1; 2].

Якість життя хворого лімітується такими факторами, як тяжкість захворювання, ефективність лікування, втрата здатності виконувати побутове чи професійне навантаження, мобільність і незалежність, соціальна й економічна дезадаптація, збільшення матеріальних витрат на лікування, руйнування суспільних зв'яз-

ків, втрата позитивного емоційного сприйняття життя [3].

Враховуючи той факт, що ішемічна хвороба серця (ІХС) є одним із виражених справжніх психосоматичних захворювань (психологічні й особові особливості хворих відіграють провідну роль у виникненні, прогресуванні захворювання, а також у лікуванні та відновленні даної категорії пацієнтів), то вивчення і коректування сприйняття хворим свого стану і відношення до хвороби виконує важливу роль [4].

З метою виявлення особливостей якості життя хворих на ІХС залежно від вікової категорії, рівня освіти, наявності інфаркту міокарда в анамнезі, визначення джерел збентеження хворих, пов'язаних із хворобою серця, а також проведення порівняльного аналізу динаміки показників якості життя залежно від схеми реабілітаційного курсу для визначення ефективності відновно-

го лікування була проведена дана робота.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 569 хворих на ІХС, що перебували на санаторно-курортному етапі реабілітації в базовому клінічному санаторії «Лермонтовський» (Одеса). Середній вік хворих ($54,3 \pm 10,2$) років, зокрема для жінок — ($50,2 \pm 7,8$), для чоловіків — ($56,3 \pm 11,0$).

Якість життя хворих на ІХС визначали за допомогою стандартизованої методики «Якість життя хворих з серцево-судинними захворюваннями» [5], що дозволяє проводити кількісну оцінку ЯЖ хворих як за сумарним балом, так і за шкалами окремо. При динамічному спостереженні зниження показників свідчить про погіршення, а підвищення — про поліпшення ЯЖ.

Під час обстеження хворому пропонувалося висловити



своє ставлення до кожного з вказаних наслідків захворювання, вибравши одну з таких альтернатив:

- 1) «дуже переживаю»;
- 2) «мені це неприємно»;
- 3) «ставлюся байдуже»;
- 4) «радий цьому».

Кожна альтернатива оцінювалася певним балом: -2, -1, 0 і +1 відповідно. Сума цих балів за всіма розділами методики дозволяє судити про ступінь зниження ЯЖ хворих у цілому, а аналіз окремих показників — і про головні причини її зміни.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз динаміки стану всіх обстежених хворих на ІХС за допомогою методики «Якість життя» виявив, що у жодного хворого до початку реабілітації в санаторії сумарний показник ЯЖ не перевищив нуля. Це свідчить на користь вираженого психосоматичного аспекту ІХС, про відсутність в даній групі хворих психологічного настрою на одужання, невтішного самопрогнозу хворих на майбутнє життя.

Значний вплив на зниження ЯЖ, за нашими даними, мав вік хворих. Вірогідно ($P < 0,05$) найнижчі показники $((-9,7) \pm 0,9)$ виявляються у віці 55 років. Пояснюється це тим, що захворювання в даній віковій групі сприймається хворими як небезпечне щодо розвитку грізних ускладнень, а втрата працездатності — як катастрофа. У віковому діапазоні від 60 до 70 років спостерігається стабілізація показників ЯЖ на певному рівні, що дорівнює в середньому, за даними трьох вікових груп, $((-6,9) \pm 0,6)$ балів. На нашу думку, це можна пояснити тривалим перебігом захворювання, до певної міри з звиканням хворого до цілої низки існуючих обмежень, а також, з виходом на пенсію, зниженням повсякденної соціальної та статевої активності.

Хворі у віковому діапазоні від 30 до 45 років мали найвищі показники ЯЖ. Це пов'язано з високим рівнем компенсаторно-приспосовних механізмів, стійкішими і більш позитивними психологічними характеристиками, бажанням повернутися до активної професійної діяльності.

Рівень освіти хворих також мав важливе значення. Було виявлено, що у хворих із вищою освітою показники ЯЖ вірогідно нижчі $((-8,9) \pm 0,8)$, ніж у решти хворих $((-5,7) \pm 1,1; P < 0,05)$. Вважаємо, що особи, які не мають вищої освіти, схильні недооцінювати тяжкість захворювання, гірше виконують рекомендації, пов'язані з різними обмеженнями. Втім, особи з вищою освітою часто перебільшують значення існуючого захворювання, чим пояснюється такий низький показник.

Наявність інфаркту міокарда в анамнезі зумовлює найбільш значущі відмінності ЯЖ у групі хворих, що перенесли інфаркт $((-10,2) \pm 0,4)$, порівняно з рештою пацієнтів $((-5,6) \pm 0,7; P < 0,01)$. При цьому наявність двох або трьох інфарктів вагомо знижує показники.

При відповідях на запитання анкети, що стосуються оцінки змін, які відбулися внаслідок захворювання, найчастіше хворі вибирали відповідь «ме-

ні це неприємно» (39,4 %), другий за частотою варіант — «ставлюся байдуже» (29,6 %), потім відповідь «дуже переживаю» — 11,8 % і «радий цьому» — 8,4 %. Незначний загальний відсоток відповідей, що заперечують вплив того або іншого фактора (10,8 % респондентів), також свідчить про значний вплив захворювання на ЯЖ пацієнтів.

За допомогою методики «Якість життя» вивчені джерела збентеження хворих, пов'язані з наявністю ІХС. Пов'язують значне зниження ЯЖ із захворюванням 84,6 % досліджуваних. Недостатня повноцінність життя пацієнтів передусім пояснювалася необхідністю частих відвідувань лікаря і прийомом медикаментів, обмеженням фізичних зусиль й емоційного напруження.

Найбільша кількість змін у житті пацієнтів відбулася у зв'язку з обмеженнями на роботі (зменшення навантаження, кількості відряджень і т. п.), в харчуванні, унаслідок заборони паління (рис. 1). Найбільш значущими для пацієнтів обмеження, пов'язані із захворюванням, були зумовлені обмеженням фізичної активності, причиною чого стали болі, задишка (38,6 % від загальної кількості причин). Звертає на себе увагу той факт,



Рис. 1. Процентний внесок різних причин у загальну картину зміни якості життя хворих на ІХС



що обмеження, пов'язані із захворюванням, які вводяться відповідно до рекомендації лікаря, були виявлені тільки в 17,3 % випадків, що може свідчити як про невисокий рівень санітарно-освітньої роботи серед хворих на ІХС, так і про небажання цих пацієнтів прислухатися до рекомендацій медичних працівників. На користь першої причини свідчить і той факт, що хворі охочіше прислухаються до порад оточуючих — близьких, друзів, засобів масової інформації (22,4 %), і вводять обмеження тому, що вважають зайве навантаження шкідливим для здоров'я (18,8 %). Лише 2,9 % обстежених відповіли, що не дотримуються жодних обмежень через захворювання.

Після проходження курсу санаторно-курортної реабілітації відбулося підвищення сумарного показника ЯЖ. Якщо початкові показники в середньому по групі дорівнювали $(-8,9) \pm 0,4$, то при завершенні реабілітації на момент дослідження усереднений показник вірогідно змінився і становив $(-3,2) \pm 0,3$, $P < 0,05$.

Процентна структура відповідей на запитання методики, пов'язаних з оцінкою змін, що настали внаслідок захворювання, після курсу реабілітації змінилася. Так, зокрема, кількість хворих, що вибрали відповідь «дуже переживаю», зменшилася з 11,8 до 6,0 %, що можна вважати прогностично сприятливою ознакою при оцінці емоційної складової особистості хворого.

Для визначення залежності зміни показників ЯЖ від вибраної схеми реабілітації весь контингент обстежених методом випадкового відбору було поділено на дві групи. До основної групи увійшло 312 хворих, що брали участь у розробленій нами програмі психофізичної гімнастики (ПФГ) [6]. Контрольну групу утворили 257 хворих, психофізична реабілітація яких базувалася на

заняттях ЛФК за загальноприйнятою методикою у малогруповий спосіб щодня по 30 хв і на заняттях автотренінгом зі штатним психотерапевтом санаторію (за потребою). Фізіобальнеотерапія та медикаментозне лікування призначалися пацієнтам кожної з груп за показаннями. При тестуванні за методикою «Якість життя» хворі досліджуваних груп були порівнювані за віком і рівнем освіти.

У групі хворих, що пройшли курс психофізичної реабілітації, приріст ЯЖ становив від 3 до 7 балів (у середньому $4,2 \pm 0,3$; $P < 0,05$). У жодного з пацієнтів не відбулося зниження ЯЖ. На попередньому рівні збереглися значення показників у 6,0 % опитаних. Звертає на себе увагу той факт, що в групі хворих, які мають показники ЯЖ вище нульової позначки, а саме у 6,0 % опитаних, значення даного показника наприкінці реабілітаційного курсу збільшилося до +2 балів. Вельми цікавим є також перерозподіл хворих у групах із гранично низькими (-10...-12) і дуже низькими (-9...-7) початковими показниками. Якщо до початку психофізичної реабі-

літації пацієнти, що входили до даної групи, становили 43,0 % від загальної кількості респондентів, то наприкінці курсу до групи особливого ризику входили тільки 16,0 % хворих.

У контрольній групі приріст ЯЖ дорівнював від 1 до 3 балів (у середньому $1,80 \pm 0,07$; $P < 0,05$). У 7,0 % пацієнтів відбулося зниження ЯЖ, в першу чергу пов'язане з необхідністю лікуватися, переживаннями з приводу заборони паління, обмежень у харчуванні та статевому житті. Без кількісних змін залишилися показники у 12,0 % опитаних. У даній групі не було зафіксовано хворих, чий рівень ЯЖ перевищив нульове значення. Якість життя половини хворих цієї групи опинилася в діапазоні дуже низьких показників (-9...-7).

Якщо до початку лікування причини зниження ЯЖ в обох групах були приблизно однакові, то при оцінці змін після відновного лікування встановлено, що джерела збентеження в групах не збігаються (рис. 2). Позитивним маркером ефективності вибраного курсу реабілітації для осіб контрольної групи можна розцінювати той факт, що 83,7 % досліджених

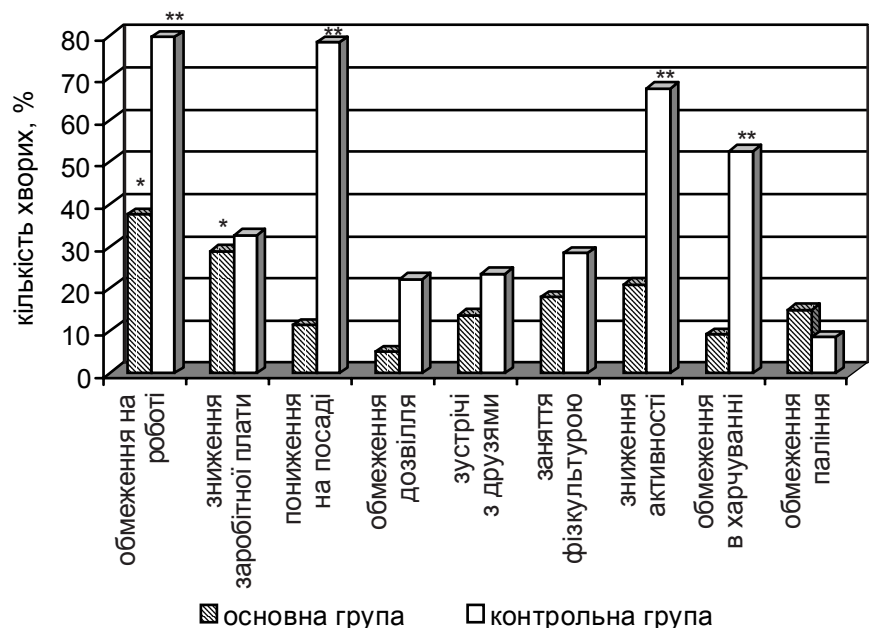


Рис. 2. Порівняльний аналіз причин зниження якості життя хворих залежно від схеми проведеної реабілітації

Примітка. * — $P < 0,05$, ** — $P < 0,01$ — порівняння усередині групи.



вважають своє життя повноцінним. Аналогічний показник у контрольній групі дорівнює тільки 42,3 % ($P < 0,001$). Необхідність лікуватися не вважають причиною зниження ЯЖ 72,6 % хворих основної групи і 31,6 % — контрольної ($P < 0,001$). Показники зниження ЯЖ внаслідок обмежень, пов'язаних із захворюванням, виглядали наприкінці лікування так: найбільшого значення для осіб контрольної групи набули причини, пов'язані зі зниженням заробітної плати і пониженням на посаді (37,6 і 29,0 % відповідно, $P < 0,05$). Для хворих контрольної групи найбільше значення, що вірогідно відрізняється від усіх інших ($P < 0,001$), мають чотири причини: зниження заробітної плати, обмеження дозвілля, харчування і паління (79,8, 78,4, 67,5 і 52,7 % відповідно). Дані відмінності можна пояснити соціальною активністю хворих основної групи і, як наслідок, підвищенням професійних прагнень, бажанням повернутися до активної трудової діяльності. Таку мотивацію до праці слід розцінювати, безумовно, як сприятливу ознаку відновлення та позитивний ефект психофізичного тренування. В свою чергу, зниження заробітної плати в контрольній групі, разом зі збільшенням рівня переживань з приводу заборони паління й обмежень у харчуванні та дозвіллі, на нашу думку, має деструктивний характер, пов'язаний з побутовою незадоволеністю. Втішає позитивне відношення («радий цьому») у відповідях хворих основної групи з приводу відмови від паління й обмежень у харчуванні, тому що воно свідчить про ефективність занять, зокрема, про негативний вплив паління і незбалансованого харчування на організм людини.

Висновки

1. Психосоматичні особливості хворих на ІХС сприяють

значному зниженню ЯЖ, пов'язаному із хворобою. Вагомий вплив на показники ЯЖ має вік хворих, рівень освіти й наявність інфаркту міокарда в анамнезі.

2. Вірогідно ($P < 0,05$) найнижчі показники ЯЖ ($(-9,7) \pm 0,9$) виявляються у віці 55 років, що пояснюється сприйняттям захворювання в даній віковій групі як пов'язаного з небезпекою розвитку грізних ускладнень і втрату працездатності, тобто як катастрофи.

3. У хворих з вищою освітою показники ЯЖ вірогідно нижчі ($(-8,9) \pm 0,8$), ніж у решти хворих ($(-5,7) \pm 1,1$; $P < 0,05$). Пацієнти з вищою освітою часто перебільшують тяжкість захворювання. Проте хворі, що не мають вищої освіти, схильні недооцінювати значення захворювання, погано виконують рекомендації, пов'язані з різними обмеженнями.

4. Наявність інфаркту міокарда в анамнезі зумовлює найбільш значущі відмінності ЯЖ у групі хворих, що перенесли інфаркт ($(-10,2) \pm 0,4$), порівняно з рештою хворих ($(-5,6) \pm 0,7$; $P < 0,01$). При цьому наявність двох або трьох коронарних катастроф істотно знижує показники.

5. Після проходження курсу санаторно-курортної реабілітації сумарний показник ЯЖ підвищується. У групі хворих, що пройшли курс психофізичної реабілітації, приріст ЯЖ вірогідно більше (у середньому $(4,2 \pm 0,3)$ бала), ніж у хворих контрольної групи (в середньому $(1,80 \pm 0,07)$ бала; $P < 0,05$). Ці дані свідчать про високу ефективність розробленого нами методу психофізичної реабілітації.

6. Методика «Якість життя» виявила достатньо високу чутливість і може бути рекомендована як для оцінки особистісних характеристик хворих, так і для визначення ефективності різних схем відновного лікування.

1. Carr A. J. Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? // Brit. Med. J. — 2001. — Vol. 322. — P. 1240-1243.

2. Юшковська О. Г. Якість життя хворих із серцево-судинними захворюваннями // Одес. мед. журнал. — 2003. — № 3. — С. 104-109.

3. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А. О. Недошивин, А. Э. Кутузова, Н. Н. Петрова и др. // Серд. недостаточность. — 2000. — Т. 1, № 4. — С. 148-152.

4. Юшковська О. Г. Значимість якості життя хворих із серцево-судинними захворюваннями для успіху санаторно-курортної реабілітації // Архив клин. и эксперим. медицины. — 2003. — Т. 12, № 2. — С. 50.

5. Аронов Д. М., Зайцев В. П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. — 2002. — № 5. — С. 92-95.

6. Патент 65865 А, UA A61H1/00. Спосіб реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця / Соколовський В. С., Лічінакі О. О., Юшковська О. Г. № 2003065505. Заявл. 13.06.2003.

