

УДК 616.1-052:[304.3:330.12]
ББК Ю971.1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Ю. Лазарева

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Введение

Категория качества жизни в последние годы все чаще привлекает внимание исследователей. По предложению Всемирной организации здравоохранения под качеством жизни понимается характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [10], хотя существуют и другие определения. Оценка качества жизни больных играет важную роль в определении поведенческих, когнитивных и эмоциональных реакций на заболевание. В связи с чем разрабатываются программы психокоррекционной работы с кардиологическими больными, учитывающие параметры качества жизни [6], проводятся исследования динамики психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца [8].

В сравнительном исследовании больных фибрилляцией предсердий и легочной артериальной гипертензией А.Н. Алёхина, И.О. Чумаковой, Е.В. Андреевой, Е.А. Трифионовой [4] показано, что качество жизни больных существенно снижено, в наибольшей мере – у больных с легочной артериальной гипертензией. Вместе с тем пациенты с легочной артериальной гипертензией, несмотря на имеющиеся физические ограничения, более успешно, чем больные с фибрилляцией предсердий, адаптируются к ситуации заболевания, что обусловлено особенностями течения болезни и ее социальных последствий.

Согласно исследованию Н.Ю. Кувшиновой [6], качество жизни пациентов с ИБС существенно отличается от качества жизни здоровых. Например, у пациентов с ИБС выявляется значительное

снижение удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности, за исключением сферы духовности.

Исследование Н.Е. Кругловой качества жизни, связанного со здоровьем [5], показало, что благоприятным прогностическим признаком возвращения к труду у больных ИБС, перенесших стентирование коронарных артерий, является высокий уровень физической активности до операции, а у больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования – существенное ограничение социальной активности в дооперационном периоде, обусловленное физическим состоянием. С учетом изменения восприятия собственной личности и ситуации своей болезни изменяется и качество жизни больных.

Критериями эффективности психокоррекции больных ИБС, включающей индивидуальную и групповую формы работы, тренинги и направленной на стабилизацию эмоционального состояния, гармонизацию внутренней картины болезни, оптимизацию системы межличностных отношений пациентов, построение конструктивной оптимистичной жизненной позиции, повышение приверженности терапии, по мнению Н.Ю. Кувшиновой [6], являются достоверное повышение интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений.

Материал и методы

Исследованы кардиологические больные в количестве 185 человек с диагнозами ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и пороками сердца. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 37,3 %, испытуемых с ИБС – 32,3 %, испытуемых с ПС – 30,3%.

Качество жизни как показатель, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности больного ССЗ, диагностировался с помощью опросника оценки качества жизни SF-12 [15, 20].

Опросник SF-12 представляет собой краткую форму, состоящую из 12 пунктов, опросника SF-36, широко используемого в соматической клинике для оценки качества жизни, связанного с психическим и физическим здоровьем [18, 14, 17].

Результаты представляются в виде 8 шкал:

- физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) (PF);

- влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности) (RP);

- интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома (BP);

- общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения (GH);

- жизненная активность, жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) (VT);

- социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение) (SF);

- влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (RE);

- психическое здоровье, его самооценка, характеризуют настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) (MH).

Сырые баллы находятся суммированием баллов по ответам на вопросы. Преобразованные баллы находятся в соответствии со специальной формулой и таблицей. 1-4 шкалы группируются в показатель «физический компонент здоровья», 5-8 шкалы – в показатель «психологический компонент здоровья» [15, 20].

Для больных имеет смысл выделять категорию качества жизни, связанную со здоровьем, ориентированную не на клинический диагноз, а определяющую степень удовлетворенности больного своим физическим и психическим функционированием с учетом наличия заболевания.

Результаты

Исследование психологических особенностей удовлетворенности больных ССЗ своим физическим и психическим здоровьем,

отражающей основные параметры качества жизни, связанного со здоровьем, проводилось при помощи опросника оценки качества жизни SF-12 [16, 21]. Подсчитывались баллы по восьми шкалам опросника. В качестве показателей нормативной группы использовались результаты, приведенные в работе Ю.В. Игнатьева [2]. Результаты проведенного сравнительного анализа группы здоровых и больных ССЗ представлены в таблице.

Показатели шкал методики SF-12 у больных ССЗ в сравнении с нормативной группой ($M \pm \sigma$)

Наименование шкалы	Обозначение	Больные ССЗ ($n = 180$)	Нормативная группа ($n = 60$)	Достоверность различий	
				<i>t</i>	<i>p</i>
1. Физическая активность	PF	50,0±30,9	49,7±34,6	0,1	0,958
2. Влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности	RP	46,3±28,5	41,6±48,8	0,8	0,373
3. Интенсивность боли и её влияние на повседневную деятельность	BP	58,3±27,4	54,2±26,1	1,0	0,305
4. Общее состояние здоровья	GH	36,3±18,1	33,3±20,1	1,0	0,291
5. Жизнеспособность	VT	45,9±25,5	50,6±20,6	-1,3	0,196
6. Социальная активность	SF	58,5±28,3	62,1±30,4	-0,8	0,413
7. Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	RE	53,2±46,4	31,6±40,0	3,2	0,002
8. Самооценка психического здоровья	MH	60,72±19,43	60,83±14,76	-0,04	0,968

Показатели самооценки своего физического и психического здоровья больных ССЗ и нормативной группы достоверно близки практически по всем параметрам: физическая активность; влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности; интенсивность боли и её влияние на повседневную деятельность; общее состояние здоровья; жизнеспособность; социальная

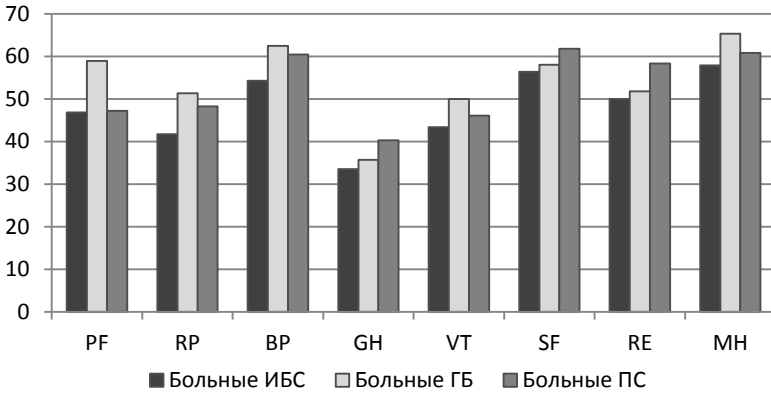
активность; психическое здоровье. Единственным показателем, отличающим больных ССЗ от здоровых, является влияние эмоционального состояния на выполнение больными своей повседневной деятельности.

Следовательно, можно сказать, что в целом общая оценка своего физического ($36,3 \pm 18,1$ и $33,3 \pm 20,0$, соответственно; $p > 0,05$) и психического здоровья ($60,7 \pm 19,4$ и $60,8 \pm 14,7$, соответственно; $p > 0,05$) при сердечно-сосудистой патологии меняется незначительно. Больные склонны считать себя практически здоровыми и не находят в заболевании тех причин, которые бы значительно ограничивали их физическое ($50,0 \pm 30,9$ и $49,7 \pm 34,6$, соответственно; $p > 0,05$) или социальное функционирование ($58,5 \pm 28,3$ и $62,1 \pm 30,4$, соответственно; $p > 0,05$). Примечательно, что больные ССЗ отмечают меньшую связь своего эмоционального состояния с выполнением работы или любой другой повседневной деятельности, чем группа здоровых ($p < 0,01$).

Получить более полную картину об особенностях физического и психического функционирования больных с учетом их принадлежности к определенной клинической группе можно при межгрупповом сравнении показателей SF-12 (рисунок). Так, при помощи однофакторного дисперсионного анализа определены достоверные различия по уровню физической активности (шкала PF) между больными исследуемых клинических групп ($46,8 \pm 29,3$; $58,9 \pm 26,5$; $47,2 \pm 35,2$; $p < 0,05$). Это свидетельствует, что больные ГБ приписывают себе самую высокую активность ($58,9 \pm 26,5$; $p < 0,05$), отмечая, что в выполнении умеренных физических нагрузок они ограничены незначительно. Самые низкие показатели оценки собственной физической активности – у больных с ИБС ($46,81 \pm 29,3$; $p < 0,05$), что отражает их реальную оценку своих значительно сниженных возможностей, связанных с наличием соматического заболевания. Группа больных ПС по самооценке своей физической активности находится в промежуточном положении между больными ГБ и ИБС.

Аналогичная ситуация между клиническими группами определяется и при оценке больными собственного психического здоровья. У больных ГБ наблюдается тенденция чаще чувствовать себя спокойными и умиротворенными и реже – упавшими духом и печальными ($65,3 \pm 18,1$; $p < 0,05$). Последнее состояние более ха-

рактарно для больных ИБС ($57,8 \pm 19,5$; $p < 0,05$), что отражает их более низкие показатели по данной шкале. Больные ПС по самооценке психического здоровья также достоверно отличаются как от группы больных ГБ, так и от группы больных ИБС, занимая среднее между ними положение.



Средние значения шкал методики SF-12 у больных ССЗ различных клинических групп

Полученные данные помогают получить представление о положительной оценке определенных характеристик качества жизни у больных ССЗ в соответствии с тремя самыми высокими показателями шкал опросника SF-12. Так, для больных ИБС этими сферами в порядке убывания актуальности будут: психическое здоровье, социальная активность и интенсивность боли. При ГБ приоритеты несколько иные: психическое здоровье, физическая активность и также интенсивность боли. При ПС значимость сфер физического и психического функционирования распределяется так же как у здоровых: социальная активность, психическое здоровье и интенсивность боли. Причем два последних показателя при ПС значительно меньше, чем в норме. Соответственно, можно предположить, что описанные проявления качества жизни у больных ССЗ представляют собой сферу максимальной значимости для личности. В каждой исследуемой группе они имеют свою клиническую специфику.

Обобщая результаты изучения общей удовлетворенности обследованных своим физическим и психическим здоровьем, важно заметить, что в зависимости от клинической картины заболевания она может носить адекватный или менее адекватный, чем у здоровых, характер. Это может сказываться как на отношении больного к своему заболеванию, так и на его образе жизни и отношении к лечению. В то же время у всех больных отчетливо прослеживается различная степень взаимосвязи физического состояния с психоэмоциональными характеристиками личности, что еще раз подтверждает значимость исследования эмоциональной сферы больных ССЗ.

Заключение

Показатели качества жизни, связанного со здоровьем у больных ГБ, свидетельствуют об их субъективно высокой степени удовлетворенности уровнем своего физического и психического функционирования, что, как правило, свидетельствует о снижении критичности и не отражает их объективное физическое состояние.

Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных ПС в целом отличается позитивной субъективной оценкой психического здоровья и чуть меньшей оценкой физического здоровья, что отражает склонность больных к ипохондричности.

Психологическая помощь больным ССЗ должна быть направлена, по нашему мнению, на повышение их личностного адаптационного потенциала, в том числе за счет уменьшения влияния факторов кардиального риска, совершенствования навыков осознанной регуляторной деятельности, развития личностных и межличностных ресурсов адаптации, перевода их из латентного состояния в активное, повышения качества жизни больных в условиях хронического заболевания, и помогать достигать в конечном итоге больными состояния внутрличностной и межличностной гармонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатъев Ю.В. Социокультуральные детерминанты психического здоровья этнических меньшинств (на модели немецкого этноса в Республике Казахстан): дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 2008. 261 с.
2. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О. и др. Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2011. № 4. С. 15–23.

3. Круглова Н.Е. Психологические факторы прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2013. 24 с.
4. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.
5. Лебедева У.В. Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2006. 258 с.
6. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 52–57.
7. Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. 302 с.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
9. O'Neil A., Hawkes A.L., Chan B. et al. A randomised, feasibility trial of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression ('MoodCare'): study protocol. *BMC Cardiovasc. Disord.*, 2011, Feb 25, vol. 11, p. 8.
10. Hurst N.P., Ruta D.A. et al. Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, vol. 37, no. 8, pp. 862–869.
11. Häuser W., Wambach S., Schiedermaier P. et al. Increased demand for psychosomatic consultation service (C-service) in a department of cardiology/pneumology due to psychometric screening. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 2001, vol. 51(6), pp. 261–263.
12. Manzoni G.M., Castelnuovo G., Molinari E. The Written-Heart study (expressive writing for heart healing): rationale and design of a randomized controlled clinical trial of expressive writing in coronary patients referred to residential cardiac rehabilitation. *Health Qual. Life Outcomes*, 2011, Jul 8, vol. 9, p. 51.
13. Ware J.E. Jr., Kosinski M., Turner–Bowker D.M., Gandek B. User's Manual for the SF-12v2 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey. Lincoln: Rh. Quality Metric incorporated, 2002.

REFERENCES

1. Ignat'yev Yu.V. *Sotsiokul'tural'nye determinanty psikhicheskogo zdorov'ya etnicheskikh men'shinstv (na modeli nemetskogo etnosa v Respublike Kazakhstan)* [Socio-cultural determinants of mental health of ethnic minorities (on the model of German ethnic group in Republic of Kazakhstan). Doct. Diss]. Almaty, 2008. 261 p.
2. Alekhin A.N., Trifonova E.A., Chumakov I.O. et al. *Klinicheskie faktory kachestva zhizni bol'nykh s fibrillyatsiyey predserdiy, prokhodyashchikh interventzionnoe lechenie* [Clinical factors of quality of life in patients with atrial fibrillation undergoing interventional treatment]. *Byulleten' Federal'nogo Tsentra serdtsa, krovi i endokrinologii im. V.A. Almazova* [Bulletin of the Federal Center of Heart, Blood and Endocrinology V.A. Almazova], 2011, no. 4, pp. 15–23.

3. Kruglova N.E. *Psikhologicheskie faktory prognoza vozvrashcheniya k trudu bol'nykh IBS posle vysokotekhnologichnogo khirurgicheskogo lecheniya: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychological factors of work reconversion prognosis of ischemic heart disease after high-technology surgery. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2013, 24 p.
4. Kuvshinova N.Yu. *Psikhokorreksionnaya rabota s bol'nymi ishemicheskoi boleznyu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Quality-of-life parameters-based psychological intervention with ischemic heart disease patients. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2011, 29 p.
5. Lebedeva U.V. *Dinamika psikhooemotsional'nogo statusa i kachestva zhizni patsientov s zhizneopasnymi narusheniyami ritma serdtsa: dis.... d-ra med. nauk* [Psychoemotional status and quality of life dynamics in patients with life-threatening arrhythmia. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2006, 258 p.
6. Myasoedova N.A. *Tkhostova E.B., Belousov Yu.B. Otsenka kachestva zhizni pri razlichnykh serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh* [Quality of life assessment in various cardiovascular diseases]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [High-quality clinical practice], 2002, no. 1, pp. 52–57.
7. Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Lazareva E.Y. *Lichnost' kardiologicheskogo patsienta: vozmozhnosti adaptatsii, mezhlchnostnoye vzaimodeystniye* [Cardiac patient personality: adaptation ability and interpersonal interaction]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2014, 302 p.
8. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guide to the study of quality of life in medicine]. Moscow, Olma Media Group Publ., 2007, 320 p.
9. O'Neil A., Hawkes A.L., Chan B. et al. A randomised, feasibility trial of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression ('MoodCare'): study protocol. *BMC Cardiovasc. Disord.*, 2011, , Feb 25, vol. 11, p. 8.
10. Hurst N.P., Ruta D.A. et al. Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, vol. 37, no. 8, pp. 862–869.
11. Häuser W., Wambach S., Schiedermaier P. et al. Increased demand for psychosomatic consultation service (C-service) in a department of cardiology/pneumology due to psychometric screening. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 2001, vol. 51(6), pp. 261–263.
12. Manzoni G.M., Castelnovo G., Molinari E. The Written-Heart study (expressive writing for heart healing): rationale and design of a randomized controlled clinical trial of expressive writing in coronary patients referred to residential cardiac rehabilitation. *Health Qual. Life Outcomes*, 2011, Jul 8, vol. 9, p. 51.
13. Ware J.E. Jr., Kosinski M., Turner–Bowker D.M., Gandek B. *User's Manual for the SF-12v2 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey*. Lincoln: Rh. Quality Metric incorporated, 2002.

Лазарева Е.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 54–64.

Аннотация

Введение. Категория качества жизни, понимаемая как характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии, играет важную роль в определении поведенческих, когнитивных и эмоциональных реакций на заболевание.

Материал и методы. С помощью опросника оценки качества жизни SF-12 исследовано 185 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ) и пороками сердца (ПС).

Результаты. Показатели самооценки физического и психического здоровья больных ССЗ близки к норме. Исследованные склонны считать себя практически здоровыми и не находят в заболевании тех причин, которые бы значительно ограничивали их физическое или социальное функционирование.

Больные ГБ приписывают себе высокую активность, отмечая, что в выполнении умеренных физических нагрузок они ограничены незначительно. Низкие показатели оценки собственной физической активности у больных с ИБС, что отражает их реальную оценку своих значительно сниженных возможностей, связанных с наличием соматического заболевания. Группа больных ПС по самооценке своей физической активности находится между больными ГБ и ИБС. Аналогичная ситуация между клиническими группами определена и при оценке больными собственного психического здоровья.

Обобщая результаты изучения общей удовлетворенности больных ССЗ физическим и психическим здоровьем, можно заметить, что в зависимости от клинической картины заболевания она может носить более или менее адекватный, чем у здоровых, характер. Это может сказываться как на отношении больного к своему заболеванию, так и на его образе жизни и отношении к лечению. В то же время у больных ССЗ прослежена различная степень взаимосвязи физического состояния с психоэмоциональными характеристиками личности.

Заключение. С учетом полученных результатов психологическая помощь больным ССЗ должна быть направлена на повышение личностного адаптационного потенциала и повышение качества жизни в условиях хронического заболевания.

Ключевые слова: качество жизни, больные, сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, пороки сердца.

Информация об авторе:

Лазарева Елена Юрьевна, аспирант кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, elyu88@gmail.com.

Lazareva E.Yu. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em, u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Health-related quality of life in cardiovascular patients] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 54–64.

Abstract

Introduction. The category of quality of life, understood as a characteristic of the physical, psychological, emotional and social functioning of a person based on his subjective perception plays an important role in determining behavioral, cognitive and emotional reactions to the disease.

Material and methods. With the help of a questionnaire evaluating the quality of life SF-12 185 patients with cardiovascular disease (CVD) – atherosclerotic cardiovascular disease (CAD), essential hypertension (EH) and valvular heart disease (VHD) were studied.

Results. Indicators of self-assessment of physical and mental health of patients with CVD are close to normal. The studied patients tend to consider themselves almost healthy and do not find in their disease any reasons that would significantly limit their physical or social functioning.

EH patients attribute themselves high activity, noting that in performing moderate physical activity they are insignificantly limited. Low levels of self-assessment of physical activity are shown by CAD patients, which reflect their real assessment of significantly reduced opportunities associated with their somatic disease. The group of VHD patients in self-assessment of their physical activity is between EH and CAD patients. A similar situation is defined between clinical groups in their mental health self-assessment.

Summarizing the results of CVD patients overall satisfaction with their physical and mental health, it can be seen that, depending on the clinical picture of the disease, it can have more or less adequate character than in healthy people. This may influence the attitude of a patient to the disease and his lifestyle and his attitude to treatment. At the same time in CVD patients different degrees of interconnection of an individual's physical condition and psycho-emotional characteristics are traced.

Conclusion. Taking into account the results obtained psychological care of CVD patients should be aimed at improving personal adaptive capacity and enhancing the quality of life in conditions of a chronic diseases.

Keywords: Quality of life, patients, cardiovascular diseases, essential hypertension, atherosclerotic cardiovascular disease, valvular heart disease.

Information about author:

Lazareva Elena, Post-Graduate Student of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, tel. +7 8352 452031, *elyu88@gmail.com*.

Получено: 01.02.2016

Received: 01.02.2016