

EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII – NOUA FORMULĂ CONCEPTUALĂ CU VALENȚĂ MEDICO - SOCIALĂ ȘI SUPTOR ȘTIINȚIFIC (REVIU LITERAR)

EVALUATION OF LIFE QUALITY - A NEW CONCEPTUAL FORMULA WITH MEDICO-SOCIAL SIGNIFICANCE AND SCIENTIFIC SUPPORT

Eugeniu DARII

Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițeanu"

Rezumat

Problema calității vieții bolnavilor suferinzi de afecțiuni hepatice cronice, constituie o serioasă și importantă temă de sănătate publică, un subiect de cercetare interdisciplinară (medicală, psihologică, socială, socio-economică) la nivel mondial. Un înalt interes îl reprezintă evaluarea multidimensională a calității vieții pacienților hepatici chirurgical asistați, determinarea și evaluarea factorilor asociați care pot influența calitatea vieții acestor persoane, argumentarea abordării medico-chirurgicale și estimarea repercusiunilor în ceea ce privește deteriorarea calității vieții acestor pacienți..

Summary

The problem of life quality for patients suffering of chronic hepatitis is a very serious and important issue of public health, a subject for interdisciplinary research (medical, psychological, social, socio-economical) at a worldwide level. The multidimensional evaluation of life quality of the patients assisted for surgical hepatitis represents a high level of interest, the determination and evaluation of the factors associated that can influence the quality of life for these persons, the reasoning of the medical surgical approach and the estimation of the repercussions concerning the deterioration of life quality for these patients.

Principiile generale și elaborările moderne vizînd examinările bolnavilor hepatici chirurgicali din poziția calității vieții. Pe plan mondial și național, boala hepatică cronică reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) numărul deceselor cauzate de ciroză este estimat la aproximativ 800 000/an. Se știe că, în comparație cu alte state membre UE, Republica

Moldova ocupă primul loc în Europa cu cea mai mare rată a letalității (2, 6). Tratamentul medico - chirurgical a suferințelor cronice hepatice a cunoscut pe parcursul ultimilor 20 de ani apariția unor metode noi clasice, miniinvasive și endoscopice. De subliniat însă că în pofida progreselor înregistrate opțiunea terapeutică rămîne a fi dificilă datorită complexității bolii și numărului mare de complicații evolutive care necesită terapii

cu potențial util și evaluare multidisciplinară atentă. Numeroasele studii din literatura de specialitate (1, 5, 22, 23) arată că alături de problemele de ordin medical, pacienții cirofici cu hipertensiuni portale se confruntă cu numeroase provocări de ordin social și economic. Repercusiunile BHC în ceea ce privește deteriorarea calității vieții și a costurilor generate pentru a preveni, depista, diagnostică și trata boala fac din această epidemie o problemă majoră a sănătății publice care constituie subiect de cercetare interdisciplinară (medicală, psihologică, socială, socio-economică etc.) la nivel mondial. La ora actuală, odată cu sporirea posibilităților de investigare și a metodelor terapeutice avute la dispoziție de medici, se constată o preocupare din ce în ce mai evidentă pentru un parametru care se numește calitatea vieții (4,6,22, 24, 33,34) și care constituie un domeniu prioritar al asistenței medico-chirurgicale și a celei medico-sociale și psihologice a pacienților cu suferință hepatică. Strategia "Sănătate pentru toți până la anul 2000" pentru Regiunea Europei prevede că "toate statele membre ar trebui să construiască mecanisme eficiente în scopul asigurării calității îngrijirilor acordate pacienților în cadrul sistemelor lor de sănătate", care implicit duc la creșterea calității vieții pacienților dimensiunile căreia sunt: accesul a îngrijirile de sănătate; îngrijiri de sănătate adecvate; eficacitatea asistenței medicale; continuitatea îngrijirilor; eficiența; problemele de perspectivă ale pacienților; siguranța mediului în care se asigură asistența medicală; îngrijiri furnizate la timp; acceptabilitatea socială a îngrijirilor de sănătate- gradul în care îngrijirile primite au un efect dorit cu minim de efort, cheltuieli sau timp din punctul de vedere al pacientului(1, 2,37, 38). În general calitatea vieții bolnavilor suferinzi de afecțiuni cronice a constituit și constituie subiect de cercetare interdisciplinară (medicală, psihologică, socială, socio-economică etc.) la nivel mondial. S-au făcut sau sunt în curs de efectuare studii internaționale privind calitatea vieții la bolnavii oncologici, cardiovasculari, neurologici, la cei cu suferințe psihice, rezultatele studiilor fiind promovate în practica medicală curentă, având ca rezultat îmbunătățirea evidentă a calității vieții acestor categorii de pacienți(1,5, 25, 27, 36, 37). Evaluarea calității vieții este importantă atât pentru pacienți, familiile acestora, cât și pentru clinicieni pentru factorii decizionali în dorința de a îmbunătăți metodele terapeutice, scăderea morbidității și îmbunătățind prognosticul. Remarcăm o serie de beneficii pe care acestea le aduce întregii societăți, printre care: sporirea cunoștințelor despre boală, aprecierea eficienței tratamentului și a evoluției bolii, posibilitatea identificării problemelor individuale sau ale unor grupuri de pacienți, evaluării calității îngrijirii medicale și psihologice acordate, precum și realizarea unei legături între sănătatea fizică și cea psihică (1, 28, 31, 38, 40). Odată cu îmbunătățirea managementului pacienților cu ciroză hepatică, recunoașterea și urmărirea repercursiunilor BHC în ceea ce privește calitatea vieții a devenit o condiție necesară în practica medicală. Interesul manifestat în lumea medicală pentru problemele CV pacienților este demonstrat prin numărul articolelor pe teme despre calitatea vieții, publicate în reviste de prestigiu și prezentate în baza de date PubMed a National Library of Medicine din SUA. Se poate remarca o creștere constantă a numărului articolelor dedicate studiului diferitelor aspecte ale CV pacienților, de la un articol în perioada 1960-1965 la 1479 în 1990 și la 8160 în anul 2004 (2, 6, 12, 23). Evoluțiile recente în domeniul CV au permis testarea unor scale care explorează aspecte variate ale vieții pacienților, cum sunt activitățile cotidiene, relațiile sociale și imaginea de sine. Există abordări diferite pentru evaluarea calității vieții. În medicina somatică utilizate pe scară largă în următoarele tehnici: Scala lui Karnofsky, bunăstarea indecelui Campbell, scara Cantril, profilul de sănătate Nottingham, profilul de impactul a bolii, indicele general al bunăstării mentale, „Calitate scării de bunăstare”, profilul TEAQV (evaluare Tableau d'assistée de qualite de vie) [27, 28, 33, 36]. Cele mai populare metode propuse pentru evaluarea calității vieții a OMS - QOL chestionar-100 și SF-36 scară (36-element Rezultat Medical Studiu Scurt-Form Health Survey - MOS-SF-36) [1, 2, 33], împreună cu această metodă este deseori folosită evaluarea calității vieții,

elaborat în 1999, J. Mezzich colab.[33]. Eforturi considerabile au fost îndreptate în ultimele decade spre găsirea unor metode de estimare a calității vieții sensibile, specifice, ieftine și ușor aplicabile în practica medicală (1, 2, 13, 19, 23, 25, 35). Datorită lacunelor metodologice legate de validarea testelor, aplicarea factorilor de corecție în interpretarea rezultatelor, utilizarea unor eșantioane mici, nereprezentative, majoritatea bateriilor de teste nu au fost acceptate ca "Gold Standard" pentru aprecierea calității vieții pacientului hepatic. Este necesară validarea pe scară largă a unor metode standardizate pentru a fi aplicate curent în clinică.

Trebuie însă subliniat că scalele calității vieții sunt rar utilizate în practica medicală curentă. În literatura de specialitate nu există un consens privind factorii cauzali care negativ influențează calitatea vieții pacienților cu hepatopatii cronice. Studiile de calitate a vieții sunt în general realizate în scop de cercetare și nu de rutină în clinică. Lipsesc date care ar studia complex impactul bolii și a tratamentului acesteia asupra tuturor aspectelor vieții. În acest sens sarcina specialistului nu este doar aceea de a identifica terapia adecvată pacientului, ci și de a sprijini în managementul „social”. La ora actuală, pe o patologie atât de des întâlnită nu avem un program național de screening postterapeutic corelat cu indicele calității vieții, nu este cuantificat efectul diferitor gesturi terapeutice asupra calității vieții, există o experiență redusă a rezultatelor terapeutice (6,7). Prin urmare, studiul calității vieții este o problemă actuală, iar ameliorarea acesteia la pacienții cirofici cu HTP medico-chirurgical asistați a devenit o condiție necesară în practica medicală.

Valoarea aplicativă a metodelor de evaluare a calității vieții la pacienți cu suferințe cronice hepatice asistați medico-chirurgical. Calitatea vieții (CV) bolnavilor cronici în general și a celor chirurgicale asistați pentru diverse complicații evolutive hipertensiuni portale, în special trebuie să constituie o prioritate a momentului și de perspectivă(2, 22, 26, 34, 35, 38). Problema calității vieții bolnavilor suferinzi de afecțiuni cronice, inclusive și celor chirurgicale asistați, constituie o serioasă și importantă temă de sănătate publică. Importanța acestei probleme este dată atât de numărul mare de bolnavi aflași în această situație, de suferință hepatică cronică, cu durată de luni, ani, sau zeci de ani, de implicații sociale comunitare, familiile care rezultă din acest context cât și din problemele economice ridicate de îngrijirea acestor pacienți (6, 7, 10, 14, 16, 25, 31, 40, 41). Boala hepatică cronică are un impact serios asupra calității vieții bolnavului din momentul în care începe să se agraveze. Dacă boala nu poate fi controlată, atunci funcția hepatică se deteriorează progresiv. Insuficiența hepatică are efecte devastatoare asupra întregului organism și poate cauza serioase complicații evolutive (hemoragii digestive, ascită, encefalopatie portală), patologii asociate generând scăderea calității vieții pacientului (6,7). Alături de problemele de ordin medical, pacienții hepatici operați se confruntă cu numeroase provocări de ordin social și economic. Iar așa cum se poate observa din experiența noastră și datele citate în literatură de specialitate, tratamentul medical nu este suficient pentru îmbunătățirea calității vieții, sunt necesare și intervențiile pentru diferitele probleme psiho-sociale atât pentru pacienți, cât și pentru familiile acestora. În acest context calitatea vieții pacienților este factorul esențial de luat în considerare pentru evaluarea eficacității terapiei chirurgicale. Atât prezența patologiei cronice, cât și intervenția anestezico-chirurgicală exercită un impact major asupra calității vieții pacienților, afectând atât latură fizică, cât și cea psihică a bolnavului (30, 34, 38,39). Pentru validarea succesului terapeutic se aduc argumente pentru o evaluare cât mai complexă, necesară identificării acelor parametri clinici, paraclinici și funcționali, importanți în urmărirea efectelor tratamentului, și indicatorilor utili în monitorizarea individuală a prognosticului pacienților cirofici operați (24, 34, 36, 37). Planificarea procesului calității se referă la activitățile necesare producerii serviciilor medicale care să satisfacă nevoile bolnavului cu BHC și cuprinde următoarele etape: definirea hepatopatiei, determinarea nevoilor pacienților, definirea caracteristicilor serviciului medical în

concordanță cu nevoile bolnavului, dezvoltarea proceselor care să fie capabile să realizeze caracteristicile serviciului respectiv, toate acestea adunându-și aportul benefic în creșterea calității vieții pacienților. În vederea ameliorării calității vieții pacienților cu BHC, se cere identificarea nevoilor speciale ale acestor bolnavi prin metoda autoevaluării calității vieții sub impactul patologiei cronice, prin autoevaluarea capacității de autoservire și autogospodărire, precum și identificarea restricțiilor impuse de sănătatea fizică și stările psiho-afective generate de boala cronică asupra vieții sociale (18, 19, 20, 23). Pentru evaluarea CV se utilizează ca instrumente chestionare la care pacientul trebuie să răspundă. Acestea pot fi generice, pentru toate intervențiile chirurgicale, specifice afecțiunilor gastrointestinale cum este GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) și specifice (2, 23). Astăzi au apărut concepte noi în evaluarea pe termen mediu și lung al tratamentului chirurgical al hipertensiunii portale, urmărindu-se, pe lângă adaptarea gestului chirurgical multimodal, *calitatea vieții pacientului* (2, 27, 28, 33, 34, 41). Când vorbim despre *calitatea vieții* pacientului hepatic operat ne referim la recuperarea funcțional hepatică postoperatorie, la gradul de disconfort postoperator, la posibilitatea desfășurării oricărui tip de activitate fizică (tabelul 1).

Tabelul 1. Criteriile și componentele lor ce determina calitatea vieții

Criterii	Componentele
Fizici	Efort fizic, energie, oboseală, durere, disconfort, odihnă, somnul
Psihologice	Emoții pozitive gândirea, studierea, memorizarea, concentrație, atenție, concept de sine, aspectul extern, griji negative
Nivelul de independență	Activitatea de zi cu zi, de performanță, dependența de droguri și de tratament
Viața publică	Relațiile personale, valoarea socială a subiectului, activitate sexuală
Mediu extern	Bunăstare, de siguranță, de viață, de securitate, accesibilitatea și calitatea de sănătate și asistență socială, informații de acces, posibilitatea de educație și formare, de agrement, ecologie
Spiritualitate	Religie, convingeri personale

Chestionarul specializat de apreciere a Calității Vieții Pacienților cu boală hepatică cronică cel mai utilizat este cel folosit și de noi, LDQOL 1.0 (tabelul 1).

Tabelul 1. Instrument de apreciere a calității vieții pacienților cu boală hepatică cronică avansată - LDQOL 1.0 (Liver Disease Quality Of Life)

(Ian M Gralnek, Ron D Hays, Amy Kilbourne, Hugo R Rosen, Emmet B Keeffe, Lucy Artinian, Sehyun Kim, Dana Lazarovici, Dennis M Jensen, Ronald W Busuttill and Paul Martin)

(încercuți un număr de pe fiecare linie)						
	Zilnic sau aproape zilnic	4-5 zile pe săptămână	2-3 zile pe săptămână	Aproximativ 1 zi pe săptămână	Mai puțin de 1 zi pe săptămână	Niciodată
a. Durere musculară?	1	2	3	4	5	6
b. Durerea corporală?	1	2	3	4	5	6
c. Mâncărimi ale pielii?	1	2	3	4	5	6
d. Leșin sau amețeli?	1	2	3	4	5	6
e. Dureri de cap?	1	2	3	4	5	6
f. Pierderea poftei de mâncare?	1	2	3	4	5	6

g. Modificări ale simțului gustativ?	1	2	3	4	5	6
h. Umflarea picioarelor cu lichid?	1	2	3	4	5	6
i. Umflarea abdomenului cu lichid (ascită)?	1	2	3	4	5	6
j. Modificări ale vederii?	1	2	3	4	5	6
k. Sângerări nazale?	1	2	3	4	5	6
l. Sângerări gingivale?	1	2	3	4	5	6
m. Greață (stomac deranjat) și/sau vărsături?	1	2	3	4	5	6
n. Scaun de culoare neagră și/sau aspect de smoală?	1	2	3	4	5	6
o. Urinări frecvente?	1	2	3	4	5	6
p. Senzație de istoveală sau epuizare?	1	2	3	4	5	6
q. Dificultăți de respirație?	1	2	3	4	5	6

Anexă Tabel 1. Aceste întrebări se referă la simptome sau probleme de sănătate pe care le puteți avea sau nu. În ultimele 4 săptămâni cât de des ați avut unele din următoarele acuze? (dacă au fost cauzate de patologia dvs hepatică sau orice altceva)

Anexă Tabel 2a. Unele persoane sunt deranjate de efectele bolii hepatice în viața lor de zi cu zi. Cât de mult au fost afectate fiecare din următoarele aspecte ale vieții dvs în ultimele 4 săptămâni?

	Extrem de afectată	Afectată foarte mult	Afectată moderat	Afectată oarecum	Nu a fost afectată	Nu se aplică
a. Restricție de lichide?	1	2	3	4	5	6
b. Restricție dietetică?	1	2	3	4	5	6
c. Activitatea casnică cum ar fi curățenia, lucru în curte, sau acțiuni de întreținere ale casei?	1	2	3	4	5	6
d. Frecventarea evenimentelor sociale în afara casei?	1	2	3	4	5	6
e. Efectuarea oricărui tip de agrement sau activități recreative în interiorul casei?	1	2	3	4	5	6
f. Capacitatea de a călători?	1	2	3	4	5	6
g. Viața sexuală?	1	2	3	4	5	6
h. Medicamentele pe care le luați?	1	2	3	4	5	6

Anexă Tabel 2b. Cât de mult sunteți sau nu de acord cu următoarea afirmație?

	Perfect de acord	Oarecum de acord	Incert	Oarecum nu sunt de acord	Total nu sunt de acord
i. Prea mult din timpul meu este răpit de boala mea hepatică	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 2c. De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
j. Problemele bolii hepatice v-au făcut să vă pierdeți simțul umorului?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 3. Următoarele întrebări sunt despre problemele de concentrare, pe care le puteți avea. De câte ori în ultimele 4 săptămâni ați întâmpinat dificultăți...

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
a. Să vă concentrați asupra conversațiilor	1	2	3	4	5
b. Să vă concentrați pe o anumită activitate sau lucru	1	2	3	4	5
c. Să faceți activități care implică concentrare și gândire	1	2	3	4	5
De câte ori în ultimele 4 săptămâni...					
a. Ați avut probleme de menținere a atenției asupra unei activități pentru mai mult timp?	1	2	3	4	5
b. Ați devenit confuz?	1	2	3	4	5
c. Ați reacționat încet la lucrurile care au fost spuse sau făcute?	1	2	3	4	5
d. Ați avut dificultăți de raționament în rezolvarea problemelor?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 4. Următoarele întrebări sunt despre memorie.**De câte ori în ultimele 4 săptămâni ați avut probleme amintindu-vă...**

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
a. Nume de persoane	1	2	3	4	5
b. Unde ați pus anumite lucruri	1	2	3	4	5
c. Lucruri pe care vi le-au spus alții	1	2	3	4	5
d. Lucruri pe care le-ați citit mai devreme	1	2	3	4	5
De câte ori în ultimele 4 săptămâni...					
a. Ați avut probleme cu memoria?	1	2	3	4	5
b. Uitați lucruri care s-au întâmplat recent?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 5. Următoarele întrebări sunt despre calitatea interacțiunii sociale De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
a. V-ați izolat de oamenii din jurul dvs?	1	2	3	4	5
b. Ați fost afectuos față de ceilalți?	1	2	3	4	5
c. Ați reacționat iritabil față de cei din jurul tau?	1	2	3	4	5
d. Ați înaintat cerințe irezonabile familiei și/sau prietenilor?	1	2	3	4	5
e. Ați fost o persoană foarte comunicativă?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 6. Următoarele întrebări sunt despre starea de sănătate De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
a. Ați fost descurajat de boala hepatică pe care o aveți?	1	2	3	4	5
b. Ați fost frustrat de boala hepatică pe care o aveți?	1	2	3	4	5
c. Boala hepatică pe care o aveți a fost o îngrijorare în viața dvs?	1	2	3	4	5
d. V-ați simțit dărâmat de problemele legate de boala hepatică?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 7. Următoarele întrebări sunt despre procesul de somn De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
a. Ați dormit suficient și v-ați simțit odihnit la trezire dimineata?	1	2	3	4	5
b. V-ați simțit sau ați fost somnolent în timpul zilei?	1	2	3	4	5
c. Ați avut probleme să stați treaz în timpul zilei?	1	2	3	4	5
d. Ați adormit (pentru 5 min sau mai mult) în timpul zilei?	1	2	3	4	5
e. Ați dormit suficient?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 8. Următoarele întrebări sunt despre starea de singurătate De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

	Întotdeauna	De multe ori	De câteva ori	Foarte rar	Niciodată
a. Ați simțit lipsa de companie?	1	2	3	4	5
b. Ați simțit că nu aveți pe nimeni alături?	1	2	3	4	5
c. V-ați simțit părăsit?	1	2	3	4	5

d. V-ați simțit izolat de ceilalți?	1	2	3	4	5
e. Ați fost în stare să găsiți companie atunci când ați vrut?	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 9. Următoarele întrebări sunt despre speranță de viață Cât de mult ești sau nu de acord cu următoarele afirmații?

	Perfect de acord	Oarecum de acord	Incert	Oarecum nu sunt de acord	Total nu sunt de acord
a. În prezent am mai puține planuri de viitor decât înainte de a fi diagnosticat cu boală hepatică	1	2	3	4	5
b. Am mare încredere în viitor	1	2	3	4	5
c. Viitorul meu îmi pare sumbru	1	2	3	4	5
d. Eu privesc în viitor cu speranță	1	2	3	4	5

Anexă Tabel 10. Următoarele întrebări sunt despre stigmatele bolii hepatice Cât de mult ești sau nu de acord cu următoarele afirmații?

	Perfect de acord	Oarecum de acord	Incert	Oarecum nu sunt de acord	Total nu sunt de acord
a. Unele persoane mă evită din cauza bolii hepatice pe care o am	1	2	3	4	5
b. Eu sunt jenat de aspectul meu în public	1	2	3	4	5
c. Evit să fac unele lucruri în public din cauza bolii mele hepatice	1	2	3	4	5
d. Unele persoane nu se simt confortabil în preajma mea din cauza bolii mele hepatice	1	2	3	4	5
e. Boala mea hepatică mă face să mă evidențiez în public	1	2	3	4	5
f. Din cauza bolii hepatice mă simt defectuos și incomplet	1	2	3	4	5

Următorul set de întrebări este despre funcția dvs sexuală și cât de satisfăcut sunteți de funcția dumneavoastră sexuală.

Anexă Tabel 11.

Cât de mare problemă a fost pentru dvs pierderea interesului sexual?

Nu a fost deloc problemă	A fost o mică problemă	A fost oarecum o problemă	A fost o mare problemă
1	2	3	4

Anexă Tabel 12.

În ultimele 4 săptămâni, boala hepatică v-a influențat cumva relațiile sexuale?

Nu, deloc	Da, un pic	Da, oarecum	Da, un pic mai mult	Da, foarte mult
1	2	3	4	5

Anexă Tabel 13.

Ați avut orice activitate sexuală în ultimele 4 săptămâni?

Da	1	(treceți la următoarea întrebare)
Nu	2	(pentru dvs chestionarul se termină aici)

Punctul 11c este un element de screening pentru activitatea sexuală recentă și nu este parte componentă obligatorie a acestei scale.

Anexă Tabel 14. În ultimele 4 săptămâni ce probleme ați întâmpinat cu fiecare din situațiile ce urmează?

	Nu a fost deloc problemă	A fost o mică problemă	A fost oarecum o problemă	A fost o mare problemă
Bărbați:				
a. Dificultăți de a obține sau a menține o erecție	1	2	3	4
b. Dificultăți de a avea orgasm	1	2	3	4
c. Capacitatea de a satisface partenerul sexual	1	2	3	4
Femei:				
d. Lubrifiere inadecvată	1	2	3	4
e. Dificultăți de a avea orgasm	1	2	3	4
f. Capacitatea de a satisface partenerul sexual	1	2	3	4

Anexă Tabel 15.

În general, cât de mulțumit ați fost de funcția dvs sexuală în ultimele 4 săptămâni?

Foarte mulțumit	Oarecum mulțumit	Nici mulțumit, nici nemulțumit	Oarecum nemulțumit	Foarte nemulțumit
1	2	3	4	5

Experiența clinică demonstrează că acest chestionar utilizat în practică pare a fi o metodă eficientă și simplă, care facilitează munca medicilor în cadrul evaluării evoluției postoperatorii pe termen mediu și lung, ceea ce conduce în final la conceperea și implementarea unui plan ținut de management perioperator, indispensabil pentru obținerea unei calități a vieții mult ameliorate. Importante rămân însă strategiile de evitare a spitalizărilor, deoarece acestea, după cum am arătat deja, marchează o creștere a mortalității. Această creștere calitativă a condițiilor de viață și a vieții de zi cu zi în sine, se datorează unor complexe de măsuri terapeutice (medicamente noi), organizatorice (asociații de profil, condiții mai bune de spitalizare), sociale (îmbunătățirea habitatului), familiale (cuprinderea familiilor în programe speciale de educare), comunitare (implicarea comunităților în aceste tipuri de programe).

Managementul se bazează pe următoarele gesturi ierarhizate și importante:

- 1. intervenții cu efecte pozitive dovedite științific** (planuri de „self management”, supraveghere permanentă de către medicul de familie, îngrijiri planificate pentru cei cu tulburări ale funcției cognitive, revizuirii în departamente de urgență de către specialiști, integrarea îngrijirilor primare și a celor secundare, telemonitorizarea celor cu insuficiență cardiacă concomitentă)
- 2. intervenții cu beneficii mici sau fără beneficii** (revizuirea medicației de la domiciliu de către farmacist, îngrijiri „intermediare”, externare precoce, îngrijiri acordate de infirmiere în faza pre- și post-externare)
- 3. intervenții unde sunt necesare dovezi ale efectului** (prezența medicului de familie la camera de gardă, creșterea dimensiunii practicii medicului de familie, modificarea orelor de consultații, îngrijiri cronice în medicina primară, telemedicina, accesul

la servicii sociale în departamentul de urgență, programe de reabilitare, răspunsul rapid al echipei, etc.

În final, analiza datelor din literatură de specialitate confirmă că contribuția măsurării calității vieții în elaborarea deciziei clinice rămâne un subiect discutat, dar important atât pentru bolnavi cât și pentru medici.

De menționat este faptul că rezultatele finale trebuie să surprindă în totalitate calitatea vieții în diferite perioade, prin diferite chestionare. Noua abordare a sănătății publice, orientată spre prevenire, educație și tratament, impune totodată cercetare în domeniul calității vieții bolnavilor hepatici medico-chirurgical asistați având ca deziderat îmbunătățirea calității vieții.

BIBLIOGRAFIA

1. DIACONU C. G. ANCHETĂ ASUPRA AUTOEVALUĂRII CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ ÎN STADIU DE DIALIZĂ AMT, vol II, nr. 4, 2010, pag. 99-103
2. O.M.S., - Les buts de la Santé pour tous. La politique de santé de l'Europe. Version actualisée. Copenhague, 1991.
3. Vulcu, L. Precup, I. - „Introducere la necesitatea unei priviri economice asupra sănătății”, Rev. Acta Medica Transilvanica, Sibiu, nr. 1, 1998, p.32-38
4. Fierbințeanu C. FIBROZA HEPATICĂ ȘI IMPLICAȚIILE EI ÎN STADIUL TERMINAL AL BOLILOR HEPATICE
5. Cotărla L. Posibilitățile de optimizare a calității vieții la bolnavi renali, dializați cronic. Rezumat teză de doctorat. Sibiu, 2009, 22p.
6. Hotineanu V., Cazacov V., Anghelici, Dumbrava V.T. Hipertensiunea portală la adulți. Protocol clinic național. Chișinău, 2009. 36p.
7. Hotineanu V., Cazacov V., Casnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. În: Indicații metodice. 2002, p. 3-31.
8. Foster G.R. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. Journal of viral hepatitis. 2009, 16. pp. 605-611.
9. Heidarzadeh A., Yousefi-Mashhour M., Mansour-Ghanaei F., et al. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients. Journal of hepatitis. V.7, I.2. 2007. pp. 67 – 72.
10. Marcellin P. Hepatitis B and hepatitis C in 2009. Liver International, 2009; 29 (s1): 1 – 8.
11. Rodger A.J., Jolley D., Thompson S.C., et al The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. Hepatology 1999; 30: 1299 – 1301.
12. Seeff L.B. The history of “the natural history” of hepatitis C (1968 – 2009). Liver Int. 2009; 29 (1): 89 – 99.
13. Soblonslidsuk A., Silkapit C., Konqsakon R., et al. Factors influencing health related quality of life in chronic liver disease. World J Gastroenterol. 2006; 12 (48): 7786 – 7791.
14. Younossi Z., Kallman J., Kincaid J. The effects of HCV infection and management on health-related quality of life. Hepatology. 2007; 45 (3): 806 – 816.
15. Younossi Z. The effects of HCV infection and management on health-related quality of life / Z. Younossi, J. Kallman, J. Kincaid // Hepatology. — 2007. Vol. 45 (3). — P.806–816.
16. Foster G. R. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality life in absence of cirrhosis / G. R. Foster, R. D. Goldin, H. S. Thomas // Hepatology. — 1998. — Vol. 27. — P. 209–212.
17. Heidarzadeh A. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients / A. Heidarzadeh, M. Yousefi-Mashhour, F. Mansour-Ghanaei [et al.] // Journal of hepatitis. — 2007. — Vol. 7, N 2. — P. 67–72.
18. A. Factors influencing health related quality of life in chronic liver disease / A. Soblonslidsuk, C. Silkapit, R. Konqsakon [et al.] // World. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12 (48). — P. 7786–7791.
19. Hsu P. C. Health Utilities and Psychometric Quality of Life in Patients With Early- and Late-Stage Hepatitis C Virus Infection / P. C. Hsu, C. A. Federico, M. Krajden, E. M. Yoshida [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2011. — Jun 16. — P. 1440–1446.
20. Sumskiene J. Disease specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania / J. Sumskas, L. Sumskas, D. Petrauskas, L. Kupcinskis // World. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12 (48). — P. 7792–7797.
21. Noi abordări ale Sănătății Publice și Managementului în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății/Cristina Maria Borzan.-Cluj-Napoca:Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, 2007. 254 p.
22. Schulz KH, Kroencke S, Ewers H, Schulz H, Younossi ZM. The factorial structure of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). Qual Life Res 2008; 17: 575-584
23. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol 2007; 60: 34-42
24. Алексеева А.С. Клинико-морфологические проявления хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии во взаимосвязи с психологическим профилем и качеством жизни пациентов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2010. 42 с.
25. Григорьева И.Н., Романова Т.И. Методологические аспекты исследования качества жизни в современной медицине // Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Красноярск, 2005. С. 364—371
26. Левитан Б.Н., Колчина В.П., Дедов А.В. Проблема выживаемости и причины летальности при циррозах печени по результатам длительного проспективного наблюдения // Южно-рус. мед. журн. 1999. № 2. С. 76—78
27. Мащенко И В МЕТОД ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
28. Новик А.А., Ионова Т.И.. «Руководство по исследованию качества жизни в медицине», С-Питербург, 2002г С.15
29. Орлов В.А., Гиляровский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. М.: Б. 1992.
30. Хлынов И Б ВЛИЯНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. Медицинские и фармацевтические науки № 6 - 2011 г
31. Анализ летальности у больных циррозом печени / Г.И. Сторожаков, Н.Н. Мерзликина, И.Г. Федоров и др. // Российский медицинский журнал. -2009.-№4.-С. 10-14.
32. Сфера клинического применения неинвазивных методов оценки фиброза, печени: результаты собственных исследований в многопрофильном стационаре / Ч.С. Павлов, Д.В. Глушенков; О.Н. Коновалова, В.Т. Ивашкин // Клиническая медицина. 2009. - № 11. - С. 40-45.
33. Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клини. мед.— 1999.— № 3.— С. 35—38. 29.
34. Рачковский М.И. Прогнозирование выживаемости при циррозе печени различной этиологии: Автореф. дисс. . д-ра мед. наук. Томск, 2009. - 39 с.
35. Романова Н.В. Клинико-лабораторные особенности, психологические аспекты личности и уровень качества жизни у пациентов с печеночной энцефалопатией на фоне хронических заболеваний печени: автореф. дис. .канд. мед. наук. СПб., 2007. 24 с.
36. Сенкевич Н.Ю., Белявская А.С. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии // Терапевт. арх. 2000. Т. 72, № 2. С. 35—38.
37. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дринцинова С.В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца — стабильной стенокардией напряжения // Клинич. медицина. 1998. № 6. С. 52—57.
38. Хазанов А.И. Из полувекового опыта наблюдения за больными циррозом печени // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 1998. Т. 8, № 2. С. 50—56.
39. Никушкина И.Н. Состояние портально-печеночного кровотока при хронических диффузных заболеваниях печени (межорганные и гемодинамические взаимоотношения) // дисс. Д.м.н. М., 2007. 415 с.
40. Шахгильдян И.В. Гепатиты В, С и D — проблемы диагностики, лечения и профилактики. — М.: 2001. — с. 381 – 384.
41. Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клинич. медицина. 1999. Т. 77, № 3. С. 35—38.