

## ВЛИЯЕ ЛИ ЛЕКУВАЩИЯТ ЛЕКАР НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИТЕ СЪС СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ?

Цв. Великова<sup>1</sup>, Е. Красимирова<sup>2</sup>, Р. Парापунова<sup>3</sup>, Д. Ненов<sup>3</sup>, П. Калайджиев<sup>4</sup>, Л. Шопов<sup>4</sup>, К. Джоманов<sup>4</sup>, Р. Панчева<sup>5</sup>, М. Шумкова<sup>6</sup>, Ив. Кулевска<sup>4</sup>, Н. Спасова<sup>4</sup>, Н. Георгиева<sup>4</sup>, А. Боризанова<sup>4</sup>, Т. Великов<sup>7</sup>, С. Куртев<sup>8</sup> и М. Мутаfoва<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Клинична имунология, УБ „Лозенец“ – София

<sup>2</sup>Лаборатория по клинична имунология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ – София

<sup>3</sup>Клиника по кардиология, Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница – София

<sup>4</sup>Клиника по кардиология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>5</sup>Клиника по пропедевтика на вътрешните болести,

<sup>6</sup>Клиника по кардиология, УМБАЛ „Александровска“ – София

<sup>7</sup>Спешна медицина, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>8</sup>Катедра по социална медицина, Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София

## DOES THE PHYSICIAN AFFECT THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES?

Ts. VELIKOVA<sup>1</sup>, E. KRASIMIROVA<sup>2</sup>, R. PARAPUNOVA<sup>3</sup>, D. NENOV<sup>3</sup>, P. KALAYDZHIEV<sup>4</sup>, L. SHOPOV<sup>4</sup>, K. DZHOMANOV<sup>4</sup>, R. PANCHEVA<sup>5</sup>, M. SHUMKOVA<sup>6</sup>, I. KULEVSKA-GONOVSKA<sup>4</sup>, N. SPASSOVA<sup>4</sup>, N. GEORGIEVA<sup>4</sup>, A. BORISANOVA<sup>4</sup>, T. VELIKOV<sup>7</sup>, S. KURTEV<sup>8</sup> AND M. MUTAFOVA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Clinical Immunology, UH „Lozenetz“ – Sofia

<sup>2</sup>Laboratory of Clinical Immunology, UMHAT „Sv. Ivan Rilski“ – Sofia

<sup>3</sup>Clinic of Cardiology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital – Sofia

<sup>4</sup>Clinic of Cardiology, UMHAT „Tsaritsa Yoanna – ISUL” – Sofia

<sup>5</sup>Clinic of Propedeutics of Internal Diseases,

<sup>6</sup>Clinic of Cardiology, UMHAT „Alexandrovska“ – Sofia

<sup>7</sup>Emergency Medicine, UMHAT „Tsaritsa Yoanna – ISUL” – Sofia

<sup>8</sup>Department of Social Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

**Резюме.** Наред с развитието на медицината на доказателствата, се развива и т.нар. медицина в сътрудничество с пациента поради необходимостта да се удовлетворяват не само медицинските потребности на пациентите, но и психологичните им нужди. Удобно средство за проследяване на тези изисквания на пациентите се явява оценяването на качеството на живот (QoL). Целта на настоящото изследване беше да се проучи влиянието на лекуващия лекар върху QoL при пациентите със сърдечно-съдово заболяване (ССЗ). Чрез пряка индивидуална анонимна анкета, проведена при 215 пациенти със ССЗ, хоспитализирани в 3 лечебни заведения за болнична помощ, бяха оценени 16 аспекта от живота им, включително склонността им да сътрудничат с медицинските лица и да спазват предписанията им. Резултатите показаха, че 84.2% от пациентите лекуват сърдечно-съдовото си заболяване и 78.3% имат проследяващ състоянието им лекуващ лекар. Установихме разлики в оценката на здравето при пациенти на терапия за разлика от тези, които не се лекуват ( $p = 0.002$ ), но не и според наличието или липсата на проследяващ ги лекар ( $p = 0.057$ ). Независимо от това наблюдавахме тенденция за увеличаване на необходимостта от лекар, когато оценката на здравето е понижена. Удовлетвореността от живота е по-висока при пациенти на терапия, за разлика от нелекуващите се ( $p = 0.038$ ), като корелацията между оценка на здравето и удовлетвореност от живота беше сигнификантна ( $p < 0.001$ ), с Likelihood Ratio 17.121 ( $p = 0.001$ ). Получените резултати показаха, че оценката на QoL може да предостави информация и за дългосрочните ефекти от терапията, както и да благоприятства развитието и укрепването на връзката между пациента и лекаря.

**Ключови думи:** качество на живот, сърдечно-съдово заболяване, лекуващ лекар, въпросник, удовлетвореност от живота

**Abstract.** Along with the development of evidence based medicine, the so-called „Medicine in cooperation with the patient” has emerged recently due to the need to satisfy not only the medical needs of the patients but also their psychological needs. A convenient approach to monitoring these requirements of patients is the QoL. The purpose of the present study was to investigate the influence of the physician on QoL in patients with cardiovascular diseases (CVD). A direct, individual anonymous questionnaire, conducted in 215 hospitalized patients with CVD, was consisted of 16 questions covering different aspects of patients’ lives, including whether they were willing to cooperate with the medical staff and to follow their prescriptions. The results showed that 84.2% of patients treated their CVD and 78.3% had a physician who followed-up them. We found differences in the assessment of health in treated patients, unlike those not treated ( $p = 0.002$ ), but there were no differences regarding whether they had a medical doctor or not ( $p = 0.057$ ). Nevertheless, we have found a tendency to increase the need for a physician when the health assessment is lowered. Life satisfaction was higher in treated patients than in untreated ones ( $p = 0.038$ ), with the correlation between health and life satisfaction being significant ( $p < 0.001$ ), with the Likelihood Ratio 17.121 ( $p = 0.001$ ). The obtained results have shown that QoL assessment can provide information even on the long-term effects of drug therapy as well as foster the development and strengthening of the relationship between the patient and the physician.

**Key words:** quality of life, cardiovascular disease, physician, questionnaire, life satisfaction

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) основен водеща причина за смъртност както в нашата страна, така и в световен мащаб [1], са свързани и със значително увреждане на качеството на живот (QoL) при пациентите, страдащи от тези заболявания [2]. Самото понятие QoL е комплексно, свързано с възможността на индивида да удовлетвори потребностите си, като през последните години нараства интересът към оценяване му [3]. Причината е, че наред с развитието на *медицината на доказателствата*, се развива и т.нар. *медицина в сътрудничество с пациента*. Едновременно с това се увеличава необходимостта да се удовлетворяват не само медицинските потребности на пациентите, но и техните психологични нужди. През последните години се наблюдава тенденцията за преход от оценка на състоянието на болния, осъществявана единствено от лекаря, към методи, свързани с мнението на болните. Те са базирани на тезата, че пациентът е способен добре да изрази здравните си проблеми [4].

Един от проблемите при оценяването на QoL, обусловено от здравето, е, че е многомерно понятие и все още е далеч от създаването на единна дефиниция. При хора с хронични заболявания надеждни изводи за QoL могат да се правят само когато има цялостен подход към човека и неговата личност. Необходимо е да се вземат предвид не само биологичните и физиологичните показатели за здраве, но и множество субективни фактори [4]. Съсредоточаването само върху избрани аспекти от функционирането на човека – особено ако преобладават био-

медицинските показатели, не позволява да се извършва адекватна оценка на QoL. Това важи както за психиатрите, които се концентрират основно върху „psyche”, така и за лекарите, които отдават значение предимно и единствено на соматичната сфера [5, 6]. Обхващайки повече аспекти от въздействието на болестта върху живота на пациента, оценката на QoL може да даде информация за самооценката на болния, както и за някои последствия от болестта. Всичко това намира израз и в изготвянето на подходящи въпросници, с които да се направи оценка на QoL, включително и при пациентите със ССЗ [4].

От друга страна, все още се натрупват данни за значението на QoL по отношение на дългосрочните ефекти от медикаментозната терапия, както и за благоприятстването на развитието и укрепването на връзката между пациента и лекаря. Нещо повече, смята се, че измерването и анализът на QoL при хора с хронични заболявания са съществен елемент в терапевтичния процес [7]. Това създава възможност оценката на QoL да се използва все по-често в клиничната практика.

Целта на настоящото изследване беше да се проучи мнението на пациентите със ССЗ по въпроси, касаещи качеството им на живот по отношение наличието на проследяващ ги лекар и приемането на терапия, и как това е свързано с удовлетвореността им.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За провеждането на крос-секционното проучване беше използвана пряка индивидуална

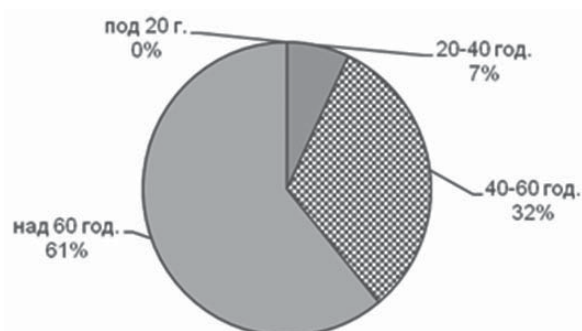
анонимна анкетна карта при 215 пациенти със ССЗ, хоспитализирани в три лечебни заведения за болнична помощ в София – УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ”, УМБАЛ „Александровска” и „Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница”. Анкетната карта беше изготвена според чуждестранни въпросници и адаптирана към съществуващите у нас условия, предварително апробирана в пилотно проучване от 30 пациенти със ССЗ. Периодът, в който е извършено проучването, е септември 2015 г. – септември 2016 г.

Използваната валидирана анкетна карта включва 16 въпроса, свързани с демографските характеристики на болните, самооценката на здравето им по 5-степенна скала, наличието на сърдечно-съдови симптоми и оплаквания, субективни усещания, свързани с начина на живот на пациента, както и контролни въпроси. Последните два въпроса са насочени към получаване на информация относно факта дали пациентите получават терапия за подлежащото си сърдечно-съдово заболяване(ния) и дали се проследяват редовно при лекар. Последните 2 въпроса целят да дадат насока дали пациентите са склонни да сътрудничат с медицинските лица и дали спазват предписанията им.

Използвахме с програма Software Package for Statistical Analysis (SPSS®), IBM 2009, версия 19 (2010) и Excel (v. 2010) за статистическа обработка на суровите данни.

## РЕЗУЛТАТИ

Разпределението на болните по възрастов диапазон е представено на фиг. 1. Преобладаващ беше броят на болните на възраст над 60 години (61.0%), следван от тези във възрастния диапазон между 40-60 години (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на болните по възрастов диапазон

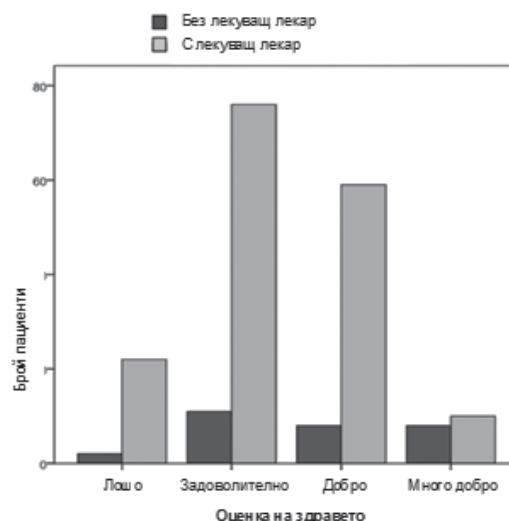
По отношение на разпределението по пол 99 от пациентите бяха мъже (53,2%), а 87 – жени (46,8%). Над 80% от болните са посочили, че се лекуват, а близо толкова имат лекар, на който са се доверили да следи редовно заболяването им (табл. 1).

Таблица 1. Брой (%) пациенти, които се лекуват и които имат проследяващ ги лекар

| Въпрос   | Брой (%) пациенти, отговорили с „Да” | Брой (%) пациенти, отговорили с „Не” |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Лекувате ли сърдечното си заболяване?                    | 170 (84.2%)                          | 32 (15.8%)                           |
| Имате ли лекар, който редовно да следи Вашето заболяване | 159 (78.3%)                          | 44 (21.6%)                           |

Установихме разлика в оценката на здравето при пациенти, които се лекуват и които не се лекуват ( $p = 0.002$ ). Нямаше значима разлика в оценката на здравето на пациентите според това дали имат лекар, или не ( $p = 0.057$ ).

На фиг. 2 е представена връзката между оценката на здравето и това дали пациентът се лекува, или не. От фигурата е видно, че пациентите, които се лекуват, дават по-често оценка *Задоволителна* или *Добро* на здравето си. При пациентите с оценка *Много добро* – не се наблюдава разлика между тези, които се лекуват, и тези, които не.



Фиг. 2. Връзка между оценката на здравето и това дали пациентът се лекува, или не

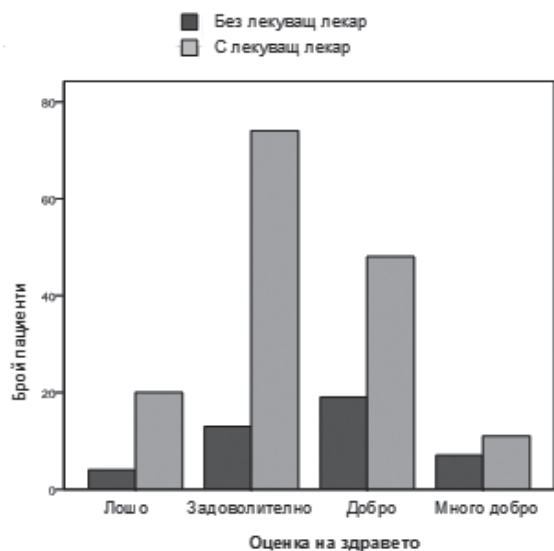
Проведохме и Фишер екзакт-тест ( $\chi^2$ -тест) по отношение на дадената оценка на здравето

и това дали пациентите имат лекар, при когото се проследяват. Установените резултати са посочени в табл. 2.

**Таблица 2.** Крос-таблица на взаимовръзката между самооценката на болните със ССЗ за здравето им и дали имат лекар, при когото се проследяват редовно

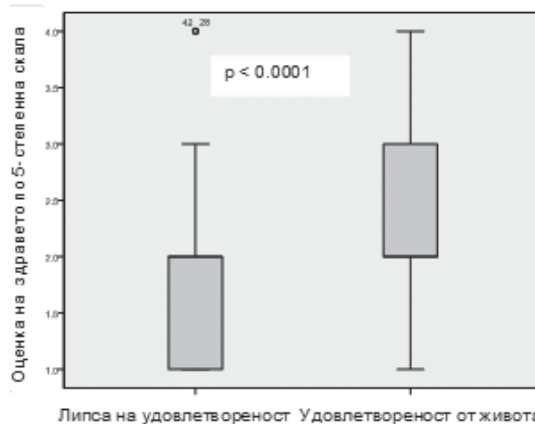
|                    |               | Имате ли лекар, който редовно следи подлежащото Ви ССЗ |                                  |
|--------------------|---------------|--|----------------------------------|
|                    |               | Процент болни, отговорили с „Не”                       | Процент болни, отговорили с „Да” |
| Оценка на здравето | Лошо          | 16.7   | 83.3                             |
|                    | Задоволително | 14.9   | 85.1                             |
|                    | Добро         | 28.4   | 71.6                             |
|                    | Много добро   | 38.9   | 61.1                             |

Връзката между двата показателя беше с гранична сигнификантност ( $p = 0.057$ ), както и Likelihood Ratio, измерено 7.277 ( $p = 0.064$ ). Независимо от това, се наблюдава тенденция за увеличаване необходимостта от лекар, когато оценката на здравето се понижава. Обсъдените резултати са представени графично на фиг. 3.



**Фиг. 3.** Оценка на здравето и наличие на лекар, който проследява болния със ССЗ

По отношение на удовлетвореността на пациентите, тези от тях, които си поставят висока оценка на здравето, в по-голямата си част отговарят, че изпитват удовлетворение от живота, независимо от заболяването си (фиг. 4).



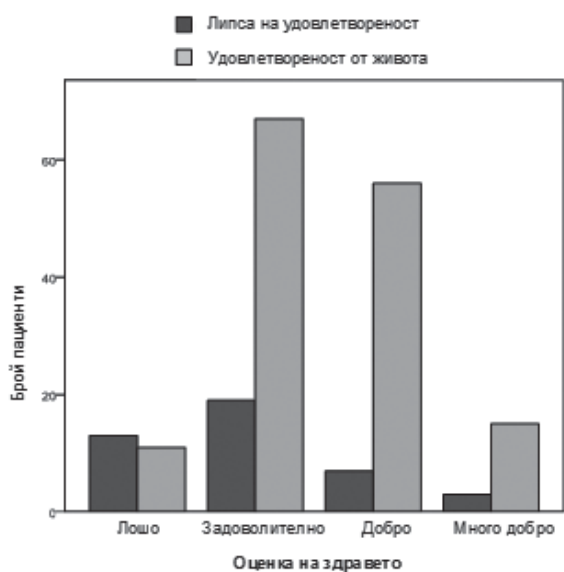
**Фиг. 4.** Удовлетвореност от живота и оценка на здравето при пациенти със ССЗ

Удовлетвореността от живота е по-висока при пациентите на терапия за разлика от тези, които не се лекуват ( $p = 0.038$ ). Резултатите от провеждане на Фишер екзакт-тест ( $\chi^2$ -тест) са показани в табл. 3.

**Таблица 3.** Крос-таблица на взаимовръзката между самооценката на болните със ССЗ за здравето им и нивото на удовлетвореност от живота въпреки заболяването

|                    |               | Удовлетвореност от живота        |                                  |
|--------------------|---------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                    |               | Процент болни, отговорили с „Не” | Процент болни, отговорили с „Да” |
| Оценка на здравето | Лошо          | 54.2                             | 45.8                             |
|                    | Задоволително | 22.1                             | 77.9                             |
|                    | Добро         | 11.1                             | 88.9                             |
|                    | Много добро   | 16.7                             | 83.3                             |

Връзката между двата показателя – оценка на здравето и удовлетвореност от живота, беше сигнификантна ( $p < 0.001$ ), а Likelihood Ratio беше измерено 17.121 ( $p = 0.001$ ). От таблицата е видно, че колкото по-лошо е здравето на болните, толкова и по-голям процент болни дават негативен отговор за удовлетворение от живота. Над 80% от пациентите, определили здравето си като *добро* или *много добро*, отговарят позитивно на въпроса за удовлетворение от живота. Все пак малка част от болните (16.7%), които не са удовлетворени от живота си, дават висока оценка на здравето си. Тези резултати са представени графично на фиг. 5.



Фиг. 5. Удовлетвореност от живота и оценка на здравето на пациенти със ССЗ

Извършихме и корелационен анализ, за да установим каква е взаимовръзката между отговорите, дадени на различните въпроси. Корелациите са от слаби ( $r$  между 0.1-0.5) до умерени ( $r$  между 0.5-0.75) (табл. 4). Установи се, че наличието на проследяващ лекар корелира, макар и слабо, с оценката на здравето на болните, болката в сърдечната област, ограничаването на физическата активност, нуждата от почивка. От друга страна, наличието на терапия се асоциираше слабо с оценката на здравето, както и с ограничаването на ежедневните дейности, липса на активен начин на живот и нарушения в съня (табл. 4).

Умерена по сила беше корелационната зависимост между наличието на проследяващ лекар и назначена терапия ( $r = 0.559$ ,  $p < 0.001$ ).

Таблица 4. Взаимовръзки между отговорите, дадени на различните въпроси. Корелациите са оценени с коефициент на корелация Kendall's tau b ( $r$ ) при съответното ниво на значимост ( $p$ ). НС – няма сигнификантна разлика

|                                      | Оценка на здравето | Болка в сърдечната област | Затруднено дишане       | Ограничение в ежедневните дейности | Пречка за активен живот | Чувство на умора       | Нужда от почивка       | Нарушения на съня      | Тревога                | Чувство на загуба на контрол | Непрекъснато мислене за заболяването | Удовлетворение от живота | Лекуване на заболяването | Лекар, който проследява |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Оценка на здравето                   |                    | $r=0.366$<br>$p<0.001$    | $r=-0.412$<br>$p<0.001$ | $r=0.507$<br>$p<0.001$             | $r=0.509$<br>$p<0.001$  | $r=0.404$<br>$p<0.001$ | $r=0.434$<br>$p<0.001$ | $r=0.289$<br>$p<0.001$ | $r=0.385$<br>$p<0.001$ | $r=0.360$<br>$p<0.001$       | $r=0.265$<br>$p<0.001$               | $r=0.147$<br>$p<0.001$   | $r=0.147$<br>$p=0.028$   | $r=0.167$<br>$p=0.012$  |
| Болка в сърдечната област            |                    |                           | $r=0.352$<br>$p<0.001$  | $r=0.403$<br>$p<0.001$             | $r=0.379$<br>$p<0.001$  | $r=0.361$<br>$p<0.001$ | $r=0.352$<br>$p<0.001$ | $r=0.232$<br>$p<0.001$ | $r=0.169$<br>$p=0.017$ | $r=0.309$<br>$p<0.001$       | $r=0.172$<br>$p=0.016$               | $r=-0.172$<br>$p=0.017$  | НС                       | $r=0.174$<br>$p=0.014$  |
| Затруднено дишане                    |                    |                           |                         | $r=0.534$<br>$p<0.001$             | $r=0.513$<br>$p<0.001$  | $r=0.576$<br>$p<0.001$ | $r=0.469$<br>$p<0.001$ | $r=0.362$<br>$p<0.001$ | $r=0.238$<br>$p=0.001$ | $r=0.250$<br>$p<0.001$       | $r=0.173$<br>$p=0.015$               | НС                       | НС                       | НС                      |
| Ограничение в ежедневните дейности   |                    |                           |                         |                                    | $r=0.707$<br>$p<0.001$  | $r=0.560$<br>$p<0.001$ | $r=0.556$<br>$p<0.001$ | $r=0.301$<br>$p<0.001$ | $r=0.281$<br>$p<0.001$ | $r=0.441$<br>$p<0.001$       | $r=0.301$<br>$p<0.001$               | $r=-0.255$<br>$p<0.001$  | $r=0.144$<br>$p=0.042$   | $r=0.142$<br>$p=0.044$  |
| Пречка за активен живот              |                    |                           |                         |                                    |                         | $r=0.531$<br>$p<0.001$ | $r=0.529$<br>$p<0.001$ | $r=0.314$<br>$p<0.001$ | $r=0.408$<br>$p<0.001$ | $r=0.381$<br>$p<0.001$       | $r=0.342$<br>$p<0.001$               | $r=-0.174$<br>$p=0.016$  | $r=0.144$<br>$p=0.043$   | НС                      |
| Чувство на умора                     |                    |                           |                         |                                    |                         |                        | $r=0.782$<br>$p<0.001$ | $r=0.383$<br>$p<0.001$ | $r=0.243$<br>$p=0.001$ | $r=0.243$<br>$p=0.001$       | $r=0.223$<br>$p=0.002$               | НС                       | НС                       | НС                      |
| Нужда от почивка                     |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        | $r=0.355$<br>$p<0.001$ | $r=0.293$<br>$p<0.001$ | $r=0.258$<br>$p<0.001$       | $r=0.244$<br>$p=0.001$               | НС                       | НС                       | $r=0.169$<br>$p=0.016$  |
| Нарушения на съня                    |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        | $r=0.236$<br>$p=0.001$ | $r=0.281$<br>$p<0.001$       | $r=0.257$<br>$p<0.001$               | НС                       | $r=0.148$<br>$p=0.036$   | НС                      |
| Тревога                              |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        |                        | $r=0.348$<br>$p<0.001$       | $r=0.449$<br>$p<0.001$               | $r=-0.223$<br>$p=0.002$  | НС                       | НС                      |
| Чувство на загуба на контрол         |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        |                        |                              | $r=0.421$<br>$p<0.001$               | $r=-0.403$<br>$p<0.001$  | НС                       | НС                      |
| Непрекъснато мислене за заболяването |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        |                        |                              |                                      |                          | $r=-0.218$<br>$p=0.002$  | НС                      |
| Удовлетворение от живота             |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        |                        |                              |                                      |                          | $r=0.148$<br>$p=0.038$   | НС                      |
| Лекуване на заболяването             |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        |                        |                              |                                      |                          |                          | $r=0.559$<br>$p<0.001$  |
| Лекар, който проследява              |                    |                           |                         |                                    |                         |                        |                        |                        |                        |                              |                                      |                          |                          |                         |



## Обсъждане

Няколко са причините, обясняващи защо QoL е с нарастващо значение в медицинската практика. На първо място, лечението на пациентите става все по-скъпо, въвеждат се нови техники за повлияване и терапия с биологични медикаменти. Това налага да се търси по-голяма ефективност на избраното лечение за съответната цена. Правителствените и неправителствените институции, заплащащи терапията, изискват да имат възможност за сравняване на резултатите, постигнати в различните центрове за лечение. Нещо повече, на основата на натрупаните данни, се създават и медицинските стандарти за лечение. Това налага нуждата от обективни показатели и критерии, по които да се измерват и след това да се сравняват резултатите от лечението. QoL може да се използва за тази цел [4]. Самите пациенти очакват да бъдат информирани за принципите, от които се води лекарят при вземане на решения, и за последиците от тях. При нашето изследване 84,2% от пациентите се лекуваха, като установихме значима разлика в оценката на здравето при пациентите на терапия и тези без ( $p = 0.002$ ). Пациентите, които се лекуват, смятат здравето си поне за *задоволително* или *добро*. При пациентите, дали най-висока оценка за здравето си, има и лекуващи се, и нелекуващи се, без значима разлика между тях по отношение на оценката на здравето, която сами си поставят. Тези резултати могат да се обяснят с възможността пациентите с много добро здраве да имат и по-леко протичащо ССЗ, което независимо дали се лекува, или не, не намалява QoL. От друга страна, пациентите с *лоша* оценка на здравето си в по-големия си брой са на терапия. Известно е, че терапията може да има и негативна роля по отношение на QoL – дължаща се на нежелани лекарствени реакции или психичната обремененост на пациентите, които свързват необходимостта от терапия с наличие на по-тежко заболяване. Това вероятно е и една от причините за получените от нас резултати, които установихме по отношение на наличието на терапия и корелацията ѝ с оценката на здравето, както и с ограничаване на ежедневните дейности, липса на активен начин на живот и нарушения в съня (табл. 4). Други изследователи, включително български,

доказват, че ефективното медицинско лечение може да подобри състоянието на пациентите и следователно и тяхното субективно QoL [8, 9]. Пациентите, получаващи лекарства  $\geq 3$  пъти на ден, са били с по-високи резултати за QoL според Стойчев и сътр. (2012) [9].

Все повече доказателства се натрупват, че пациентите са по-заинтересовани от данните за QoL, които лесно могат да приложат към собствените си ежедневни преживявания, отколкото понякога трудно разбираемите от тях мерки и клинични показатели. За пациента подобряването на QoL няма да е промяната в медицинските параметри, а подобрението в усещането му за функциониране в личния и социалния живот [10, 11].

Не установихме значима разлика в оценката на здравето на пациентите според това дали имат лекар, или не, въпреки граничната сигнификантност ( $p = 0.057$ ). Открити са тенденция за увеличаване на необходимостта от лекар, когато оценката на здравето се понижава. Така над 80% пациентите с *лошо* и със *задоволително* здраве са посочили наличие на лекар, при когото се следят, за разлика от 60% от тези с *много добро* здраве.

За нас беше от изключителна важност да анализираме по-пълно взаимоотношенията между самооценката, която си дават пациентите със ССЗ за здравето, и дали са удовлетворени от живота си, тъй като това би дало по-широка представа за тяхното QoL. След проведения Фишер екзакт-тест ( $\chi^2$ -тест) установихме, че с нарастване на оценката на здравето, дадена от пациентите, нараства и удовлетвореността им от живота ( $p < 0.001$ ). Не бива да се пренебрегват и данните, които получихме по отношение на липса на удовлетвореност от живота при *много добро* здраве (16,7% от нашите болни). Това разминаване между здраве и удовлетвореност е вероятно да се дължи и на други причини, например депресивни състояния. Известно е, че последните силно влияят върху физическата и психологичната страна на QoL, обусловено от здравето при болни с хронични заболявания. В лекарската практика често фактори като чувство за удовлетвореност, възможности за справяне със стреса и/или страха не се дооценяват, а това променя оценката на QoL [12, 13].

От друга страна, 45,8% от болните в нашето изследване с *лоша* оценка за здравето си,

са били удовлетворени от живота си. Всеки човек с хронично заболяване възприема и усеща своето заболяване и породените от него ограничения по различен начин. Така той създава свое вътрешно, уникално, присъщо единствено на него чувство за QoL, различаващо се от външните, видими за лекуващия лекар, обективирани показатели за QoL [14]. Обективните показатели могат да служат за оценка на напредъка от терапията, но не трябва да се прехвърлят върху удовлетвореността на пациента. При такъв подход болният с обективно ниско QoL (според икономическите, физиологичните и показателите за възможностите за движение) може да има субективно високо чувство на удовлетвореност от QoL, т.е. независимо от тежестта на своето заболяване, той може да остава доволен от живота си [15].

Корелационните анализи между наличието на лекуващ лекар и другите отговори на анкетата разкриха няколко зависимости. Наличието на проследяващ лекар се свързва както с оценката, която болните си поставят сами, така и с болката в сърдечната област, нуждата от почивка и ограничаването на ежедневната физическа дейност, макар и тези зависимости да бяха слаби. Умерената по сила асоциация между наличието на лекуващ лекар и терапията на болните със ССЗ би могла да се интерпретира като необходимостта от лекар за подпомагане къмплайънса на пациентите. В унисон с нашите резултати са и тези на Durgmaz и сътр. (2009), които в подобен дизайн и клинични условия установяват, че 37% от пациентите са приемали по 3 или повече лекарствени средства дневно и 86% са имали затруднения по време на изпълнение на ежедневни дейности поради сърдечни симптоми. Четиридесет и четири пациенти (52%) са заявили, че са имали адекватно обслужване от здравните работници – медицински сестри (52%) и лекари (48%) [16]. Тези данни индиректно показват, че лекуващият лекар е важна част от интегралната оценка на здравето при пациентите със ССЗ, като освен това се свързва и с някои субективни оплаквания (като болка напр.).

## Изводи

1. Над 3/4 от болните със ССЗ се лекуват, а близо толкова имат лекар, на когото са се доверили да следи редовно заболяването им.

2. Удовлетвореността от живота и самооценката на здравето са по-високи при пациентина терапия за разлика от тези, които не се лекуват. Наблюдавана беше и подобна тенденция по отношение наличието на лекуващ лекар.

3. Наличието на проследяващ лекар се свързва както с оценката, която болните си поставят сами, така и с някои субективни оплаквания – като болка в сърдечната област, нужда от почивка и ограничаване на ежедневната физическа дейност – макар и тези зависимости да бяха слаби.

4. Умерената по сила асоциация между наличието на лекуващ лекар и терапията на болните със ССЗ би могла да се интерпретира като необходимостта от лекар за подпомагане къмплайънса на пациентите.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

Нашето изследване допълни доказателствата за ролята на лекуващия лекар и провеждането на лечение за положително въздействие върху оценката на пациентите за здравето им, както и изпитването на удовлетвореност от живота. Редовното провеждане на анкетно изследване относно QoL при пациентите със ССЗ при амбулаторни посещения или хоспитализации би могло да е полезно за актуализиране и оптимизиране на подхода към тези болни – лечебен, подкрепящ и психологически. Допълнително, проучването на нагласите на пациентите относно различните терапевтични подходи към тях, заедно със социално-психологическия анализ на болните, ще позволи да се проследят корените на негативната тенденция за постепенно намаляване на QoL с напредване давността на заболяването, както и възможните подходи за преодоляването им. Защото QoL представлява дългосрочна перспектива в развитието на дадено общество, в което всеки индивид се опитва да живее по-добър живот.

## Библиография

1. 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006. Accessed at: [https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/lsa/89830.pdf](https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/89830.pdf) last accessed on: 02.09.2017
2. Европейска харта за сърдечно здраве. Accessed at: <http://www.heartcharter.org/download/Bulgarian.pdf> last accessed on 02.09.2017.

3. Raeburn JM, Rootman I. Quality of life and health promotion. In: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (eds.) Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications. Sage, Thousand Oaks, 1996; 75-88.
4. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. Br Med J, 2001; 322:1297-1300.
5. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. Eur Heart J, 2014; 21(35):1365-1372.
6. Sullivan M, Simon G, Spertus J, Russo J. Depression-related costs in heart failure care. Arch Intern Med, 2002; 162:1860-1866.
7. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res, 1992; 1(5):349-51.
8. Buser MA, Buser PT, Kuster GM, et al. Trial of Invasive versus Medical therapy in Elderly Investigators. Improvements in physical and mental domains of quality of life by anti-ischaemic drug and revascularisation treatment in elderly men and women with chronic angina. Heart, 2008; 94:1413-8.
9. Стойчев К, Бъркашка Д, Иванов К, и др. Качество на живот при пациенти със сърдечно-съдови заболявания: резултати от изследване на клинична извадка от пациенти. Сърд-съд забол, 2012, 43(2):23-29.
10. O'Neil A, Stevenson CE, Williams ED, Mortimer D. The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: Findings from a population-based cross-sectional study. Qual Life Res 2013; 22:37-44.
11. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. Russel Sage Foundation, New York, 1976.
12. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. Eur Heart J, 2014; 21(35):1365-1372.
13. Sullivan M, Simon G, Spertus J, Russo J. Depression-related costs in heart failure care. Arch Intern Med, 2002; 162:1860-1866.
14. Derbis R. Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań, 1998.
15. Kulikowski K. Psychologiczny i medyczny kontekst jakości życia osób z chorobami reumatycznymi. Reumatologia, 2014; 52(3):200-206.
16. Durmaz T, et al. Coronary heart disease and quality of life. Turk J Med Sci, 2009; 39(3):343-351.

☐ Адрес за кореспонденция:

Д-р Цветелина Великова, дм  
УБ „Лозенец“  
ул. „Козяк“ № 1  
1407 София  
тел.: 02 9607457

☐ Address for correspondence:

Tsvetelina Velikova, MD, PhD  
University Hospital „Lozenetz“  
1, Kozyak St.  
Bg – 1407 Sofia  
Tel.: +359 2 9607457

**ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ:**

1. Отпечатване на многоцветна рекламна страница:
  - на корица – 720 лв.;
  - в книжното тяло – 600 лв.
2. Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст за 1 страница – 150 лв.
3. Разпространение на готова вложка със списание – 1.20 лв./брой.

*При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.*

*По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница текст след съгласуване на съдържанието му с редколегиата.*

*Всеки рекламодател получава книжки от списанието.*