

Заведующий кафедрой «Общественного здоровья и здравоохранения»
Шульмин Андрей Владимирович

Оценка качества жизни в здравоохранении

Что такое качество?

- **Качество** – это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности

(стандарт ISO -9000:1994)

При оценке качества товаров и услуг рассматривается две характеристики:

1. качество исполнения;

- — это характеристика, отражающая степень удовлетворения запросов, потребностей пациентов.

2. качество соответствия.

- — это характеристика, отражающая степень соответствия принятым стандартам, внутренним спецификациям и пр.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

- Понятие КАЧЕСТВО ЖИЗНИ появилось в Index Medicus в 1977 году и широко используется в современном здравоохранении.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

- Исследование качества жизни позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование.
- Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

- **Качество жизни** - понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, т.к. конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

- Методология исследования качества жизни открыла принципиально новый этап в жизни общества 21 века, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих квинтэссенцию благополучия человека.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

- Возможность получить точную информацию о показателях качества жизни индивидуума, группы людей, популяции позволяет дать достоверную оценку качества жизни общества в его различных срезях в динамике, определяя эффективность многочисленных реформ и программ, направленных на повышение уровня благополучия и улучшение качества жизни населения.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

- Особенно большое значение имеет исследование качества жизни в медицине.**
- **Разработка концепции исследования качества жизни в клинической медицине позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, но больного».**

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

Ранее не вполне четко очерченные задачи в лечении пациентов с различными формами патологии, облекавшиеся в размытые вербальные категории, обрели определенность и ясность.

В соответствии с новой парадигмой качество жизни пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения:

- качество жизни является главной целью лечения пациентов при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни;
- качество жизни является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этой группе является увеличение продолжительности жизни);
- качество жизни является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания.

Концепция исследования качества жизни в отечественной медицине разработана в 1999 году экспертами Международного центра исследования качества жизни [Новик А.А. и др., 1999] и включает в себя следующие основные элементы:

- определение понятия «качество жизни»
- составляющие концепции исследования качества жизни
- методологию исследования качества жизни
- основные направления применения в медицине.

Определение понятия качества жизни

В 1982 году Kaplan и Bush предложили термин «Связанное со здоровьем качество жизни» (HRQOL).

В 1995 году Shumaker и Naughton дали определение: HRQOL – оценка людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать такой уровень функционирования, который позволял бы им следовать своим жизненным целям и отражал бы их уровень благополучия.

Измененная версия определения, представленная ВОЗ специально для детей с онкологией, была предложена Bradlyn с соавт. в 1996 г.

«Качество жизни включает в себя, но не ограничивается социальным, физическим и эмоциональным функционированием ребенка и подростка, характеризует его или его семью и должно быть чувствительным к изменениям которые происходят в процессе развития».

До настоящего времени ведутся дискуссии о содержании понятия «качество жизни». В международной научной периодике можно встретить более 20 различных формулировок, описывающих качество жизни человека.

- Определение понятия «качество жизни», предложенное экспертами Межнационального центра исследования качества жизни является производным от дефиниции здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания».

Определение понятия «качество жизни»,
предложенное экспертами Межнационального центра
исследования качества жизни [Новик А.А. и др., 1999]

- **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ** – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии.

Составляющими качества жизни являются:

- Психологическое благополучие.
- Социальное благополучие.
- Физическое благополучие.
- Духовное благополучие.

Три основные составляющие концепции исследования качества жизни

Многомерность

Изменяемость во времени

Участие больного в оценке его состояния

Многомерность

- Качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека – физической, психологической, духовной, социальной, экономической. Качество жизни оценивает компоненты, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние человека.

Изменяемость во времени.

- Качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндо- и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и при необходимости проводить коррекцию терапии.

Участие больного в оценке его состояния.

- Оценивать качество жизни должен пациент, так как в многочисленных исследованиях показано, что оценка качества жизни, выполненная больным и врачом, часто не совпадает. Данные о качестве жизни вместе с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни пациента.

Сферы применения исследования качества жизни в практике здравоохранения

Сферы применения исследования качества жизни

- стандартизация методов лечения;
- экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран;
- обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;
- разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания;
- проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;

Сферы применения исследования качества жизни

- разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины;
- обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ;
- повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов;
- экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей как, “цена-качество”, “стоимость-эффективность” и др. фармакоэкономических критериев.

Методология исследования качества жизни

Методология исследования качества жизни включает в себя следующие основные составляющие:

- разработка протокола исследования;
- выбор инструмента исследования;
- обследование больных;
- сбор данных;
- формирование базы данных;
- шкалирование данных опросника;
- статистическая обработка материалов;
- анализ и интерпретация результатов.

Протокол исследования качества жизни включает:

- Цели и задачи исследования
- Критерии включения в исследование
- Дизайн исследования
- Объем выборки
- Карта клинического обследования больного
- Описание инструмента исследования
- Информированное согласие
- Таблица учета данных
- Инструкция для исследователя
- Методы статистического анализа.

От правильной постановки целей и задач исследования во многом зависит его результат.

- Цели и задачи должны быть четко сформулированы. Их содержание полностью определяет построение дизайна и разработку всех остальных разделов протокола. Формирование выборки необходимо проводить в соответствии с целями и задачами протокола, учетом специфики методологии исследования качества жизни и математико-статистических подходов.

Критерии включения в исследование:

- Характеристика выборки по полу и возрасту респондентов, включаемых в исследование.
- Вид изучаемой патологии.
- Допустимость наличия сопутствующих заболеваний с указанием степени тяжести функциональных нарушений.
- Данные о длительности заболевания и характере его течения.
- Данные о методах лечения на предшествующих этапах оказания медицинской помощи, видах поддерживающей терапии.

В некоторых случаях указываются этнолингвистические, религиозные, социальные и др. критерии.

Дизайн исследования

- Дизайн исследования является структурно-логической схемой действий, обеспечивающих выполнение целей и задач протокола. Разработка дизайна включает описание точек обследования, места проведения исследования и информацию о способе заполнения опросников.

Карта клинического обследования больного:

- Карта должна содержать необходимую демографическую и клиническую характеристику больных, которая в дальнейшем будет использована для проведения корреляционного и факторного анализа;
- Карта не должна включать избыточную информацию, выходящую за рамки целей и задач протокола;
- Карта по форме должна быть простой, функциональной и удобной для дальнейшего внесения информации в базу данных.

Описание инструмента исследования:

К опросникам оценки качества жизни предъявляют следующие требования:

- Многомерность
- Простота и краткость
- Приемлемость
- Применимость в различных языковых и социальных культурах.

Описание инструмента исследования:

К важным характеристикам опросника относят его психометрические свойства:

- Надёжность – степень, с которой оцениваемая в баллах переменная отражает истинный балл, т.е. точность измерения;
- Валидность (достоверность) – способность опросника достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нем заложена;
- Чувствительность (sensitivity to change) – способность опросника выявлять изменение качества жизни (например, в процессе лечения больного) в соответствии с возможными изменениями в клиническом состоянии респондента.

ВЫБОР ОПРОСНИКА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Имеется несколько классификаций инструментов исследования:

В зависимости от области применения опросники делятся на группы:

- Общие опросники (для детей и взрослых);
- Специальные опросники:
 - по областям медицины (онкология, неврология, ревматология и т.д.)
 - по нозологии (рак молочной железы, язвенная болезнь, ревматоидный артрит и т.д.)
 - опросники, специфичные для определенного состояния.
- В зависимости от структуры, имеются:
 - профильные опросники – несколько цифровых значений, которые представляют собой профиль, сформированный значениями нескольких шкал;
 - индексы – единое цифровое значение.

К наиболее распространенным общим опросникам относятся:

- Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни – EuroQol EQ-5D,
- Общий опросник здоровья – MOS SF- 36,
- Индекс благополучия – Quality of Well-Being Index,
- Профиль влияния заболевания – Sickness Impact Profile (SIP),
- Ноттингемский профиль здоровья – Nottingham Health Profile (NHP),
- Индекс качества жизни - Quality of Life Index,
- Опросник здоровья ребенка – Child Health Questionnaire (CHQ),
- Детский опросник качества жизни – PedsQL.

Краткое описание:

- Общие опросники предназначены для оценки качества жизни как здоровых, так и больных независимо от заболевания. Первые шесть из вышеприведенных опросников могут быть использованы у взрослых независимо от состояния их здоровья.
- Два последних опросника применяют для оценки качества жизни детей (младше 18 лет) также независимо от состояния их здоровья. Одной из важных особенностей оценки качества жизни у детей является участие в процедуре исследования ребенка и родителей. Родители заполняют специальную форму опросника. Еще одной особенностью исследования качества жизни у детей является наличие модулей опросников по возрастам.

Примеры опросников

структура общего опросника оценки качества жизни MOS SF-36

- который широко применяется при клинических исследованиях и индивидуальном мониторинге качества жизни. Опросник SF-36 может применяться как у здоровых людей, так и у больных хроническими заболеваниями. Опросник разработан корпорацией RAND как часть многолетнего крупномасштабного проекта Medical Outcomes Study.

Инструмент состоит из 36 вопросов,
которые формируют 8 шкал.

Шкалы опросника SF-36.

№ п/п	Шкалы опросника	Сокращени е
1	Физическое функционирование	ФФ
2	Рольное физическое функционирование	РФФ
3	Боль	Б
4	Общее здоровье	ОЗ
5	Жизнеспособность	Ж
6	Социальное функционирование	СФ
7	Рольное эмоциональное функционирование	РЭФ

Оценка общего опросника MOS SF-36

- После проведения шкалирования (т. е. созданной авторами опросника методике перевода необработанных данных в баллы качества жизни) результаты исследования выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни.

Анализ "затраты - полезность (утилитарность)" является вариантом анализа "затраты - эффективность", при котором результаты вмешательства оцениваются в единицах "полезности" с точки зрения потребителя медицинской помощи (например, качество жизни); при этом часто используется интегральный показатель "сохраненные годы качественной жизни" (QALY).

В качестве основного способа оценки качества жизни применяется метод QALY, по алгоритму определения полезности на основе таблиц, разработанный Торренсом и соавторами.

Предложенный алгоритм применим для людей старше 3 лет и позволяет определить коэффициенты полезности для различных состояний здоровья на основе четырех признаков (P, R, S, H), представленных в таблицах 1 – 4. Показатель P характеризует физическое состояние, подвижность и физическую активность (табл. 1), показатель R связан со способностью к самообслуживанию и другим формам повседневной жизнедеятельности (табл. 2), показатель S – с психическим состоянием (табл. 3), показатель H – с особыми проблемами здоровья (табл. 4).

Физическое состояние: подвижность и физическая активность (Р)

Код	Описание
Р1	Способен ходить по дому и вне его без посторонней помощи; отсутствуют ограничения физической возможности вставать, ходить, бегать, прыгать, нагибаться.
Р2	Способен ходить по дому и вне его без посторонней помощи; имеются некоторые ограничения физической способности вставать, ходить, бегать, прыгать, нагибаться.
Р3	Способен ходить по дому и вне его без посторонней помощи, но при передвижении нуждается в механической опоре.
Р4	Нуждается в посторонней помощи при передвижении по дому или вне его; имеются некоторые ограничения физической способности вставать, ходить, бегать, прыгать или нагибаться.
Р5	Нуждается в посторонней помощи при передвижении по дому или вне его; нуждается в механической опоре при ходьбе.
Р6	Нуждается в посторонней помощи при передвижении по дому и вне его; не в состоянии пользоваться или управлять руками и ногами.

Повседневная жизнедеятельность: самообслуживание и другие формы (R).

Код	Описание
R1	Способен принимать пищу, одеваться, принимать ванну, пользоваться туалетом без посторонней помощи; отсутствуют ограничения на участие в играх, посещение школы, трудовую деятельность, другие занятия.
R2	Способен принимать пищу, одеваться, принимать ванну, пользоваться туалетом без посторонней помощи; имеются некоторые ограничения при играх, посещении школы, трудовой деятельности или других занятиях.
R3	Способен принимать пищу, одеваться, принимать ванну, пользоваться туалетом без посторонней помощи; не способен участвовать в играх, посещать школу или место работы.
R4	Нуждается в помощи при принятии пищи, одевании, принятии ванны, пользовании туалетом; имеет некоторые ограничения на участие в играх, посещение школы, трудовую деятельность и другие занятия.
R5	Нуждается в помощи при принятии пищи, одевании, принятии ванны, пользовании туалетом; не способен играть, посещать школу или работать.

Социально-эмоциональные функции: эмоциональное благополучие и социальная активность (S).

Код	Описание
S1	Счастлив и раскован всегда или большую часть времени; имеет среднее число друзей и контактов с ними.
S2	Счастлив и раскован всегда или большую часть времени; имеет мало друзей и контактов с ними.
S3	Беспокоен или находится в состоянии депрессии все или значительную часть времени; имеет среднее число друзей и контактов с ними.
S4	Беспокоен или находится в состоянии депрессии все или значительную часть времени; имеет мало друзей и контактов с ними.

Особые проблемы здоровья (H)

Код	Описание
H1	Нет проблем со здоровьем.
H2	Имеет небольшие физические отклонения или дефекты, например, шрамы на лице.
H3	Нуждается в слуховом аппарате.
H4	Имеет проблемы со здоровьем, выражающиеся в болях и дискомфорте не менее двух дней подряд через каждые два месяца.
H5	Нуждается в обучении в специальной школе из-за проблем с заучиванием или пониманием.
H6	Проблемы со зрением даже при пользовании очками.
H7	Проблемы из-за непонимания его окружающими.

Примечания:

- Выбор в пределах каждого описания определяется с учетом возраста человека. Трехлетний ребенок, например, не способен гулять без сопровождающих.
- Лица с несколькими проблемами классифицируются в соответствии с наиболее серьезной.

Мультипликативные факторы полезности (m_i)

Физическое состояние		Повседневная жизнедеятельность		Социо-эмоц-ные состояния		Проблемы здоровья	
Уровень	m_1	Уровень	m_2	Уровень	m_3	Уровень	m_4
P1	1,00	R1	1,00	S1	1,00	H1	1,00
P2	0,91	R2	0,94	S2	0,96	H2	0,92
P3	0,81	R3	0,77	S3	0,86	H3	0,91
P4	0,80	R4	0,75	S4	0,77	H4	0,91
P5	0,61	R5	0,50			H5	0,86
P6	0,52					H6	0,84
						H7	0,83
						H8	0,74

Зная уровни, соответствующие состоянию, по таблице 5 находят соответствующие им числа m_1, m_2, m_3, m_4 – мультипликативные факторы полезности, и рассчитывают коэффициент полезности (U), используя эмпирическую формулу:

$$U = 1,42 \times (m_1 \times m_2 \times m_3 \times m_4) - 0,42 \quad (1);$$

В формуле 1 полному здоровью соответствует полезность, равная единице, а смерти – полезность, равная нулю. При очень низких значениях мультипликативных факторов полезности может получиться значение меньше нуля – «состояние, худшее, чем смерть» (табл. 7).

Состояние здоровья	Утилитарный показатель
Абсолютное здоровье	1,00
Нетяжелая стенокардия	0,90
Состояние после пересадки почек	0,84
Умеренно выраженная стенокардия	0,70
Наличие слепоты, глухоты или немоты	0,39
Пребывание на стационарном лечении	0,33
Необходимость использования механических приспособлений для передвижения и нарушение способности к обучению	0.31
Смерть	<0,00
Сочетание квадриплегии, слепоты и депрессии	< 0,00
Прикованность к постели из-за сильной боли	< 0,00
Бессознательное состояние	< 0,00

Национальный медико-хирургический центр
им. Н. И. Пирогова Росздрава
Российский научно-методический центр
исследования качества жизни



Индивидуальный мониторинг параметров качества жизни в клинической медицине

Москва, 2007

ДИАГНОЗ

БОЛЕЗНЬ

БОЛЬНОЙ

Осмотр

Лабораторное и
инструментальное
обследование

ИНФОРМАЦИЯ
О
ЗАБОЛЕВАНИИ

ИНФОРМАЦИЯ
О БОЛЬНОМ

Оценка
симптомов

Оценка
параметров
качества жизни

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАБОЛЕВАНИИ

ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОМ

Осмотр

Лабораторное и
инструментальное
обследование

ДИНАМИКА
ТЕЧЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДИНАМИКА
ВЫРАЖЕННОСТИ
СИМПТОМОВ
И ПАРАМЕТРОВ
КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ

Оценка
симптомов

Оценка
параметров
качества жизни

Характеристика больной В.

- Возраст – 32 года
- Диагноз: лимфома Ходжкина, нодулярный склероз, II В стадия.
- Промежуточный риск (IPS)
- Лечение: 6 курсов ХТ по программе ABVD
- Клинический ответ:
 - частичная ремиссия после 4-х курсов
 - **полная ремиссия** после 6-ти курсов

Дизайн исследования

Точки исследования качества жизни

- До начала лечения
- После 4 курса химиотерапии
- После 6 курса химиотерапии

Дизайн исследования

Опросники исследования качества жизни

- **Общий опросник - SF-36**
- **Специальный опросник для онкологических больных – EORTC QLQ C30**
- **Опросник оценки симптомов для онкологических больных - MDASI**

Инструмент состоит из 36 вопросов,
которые формируют 8 шкал.

Шкалы опросника SF-36.

№ п/п	Шкалы опросника	Сокращени е
1	Физическое функционирование	ФФ
2	Ролевое физическое функционирование	РФФ
3	Боль	Б
4	Общее здоровье	ОЗ
5	Жизнеспособность	Ж
6	Социальное функционирование	СФ
7	Ролевое эмоциональное функционирование	РЭФ

Структура специального опросника EORTC QLQ-C30

5 функциональных шкал

- Физическое функционирование
- Рольное функционирование
- Когнитивное функционирование
- Эмоциональное функционирование
- Социальное функционирование

Шкала общего качества жизни

3 шкалы симптоматики

- Слабость
- Тошнота/рвота
- Боль

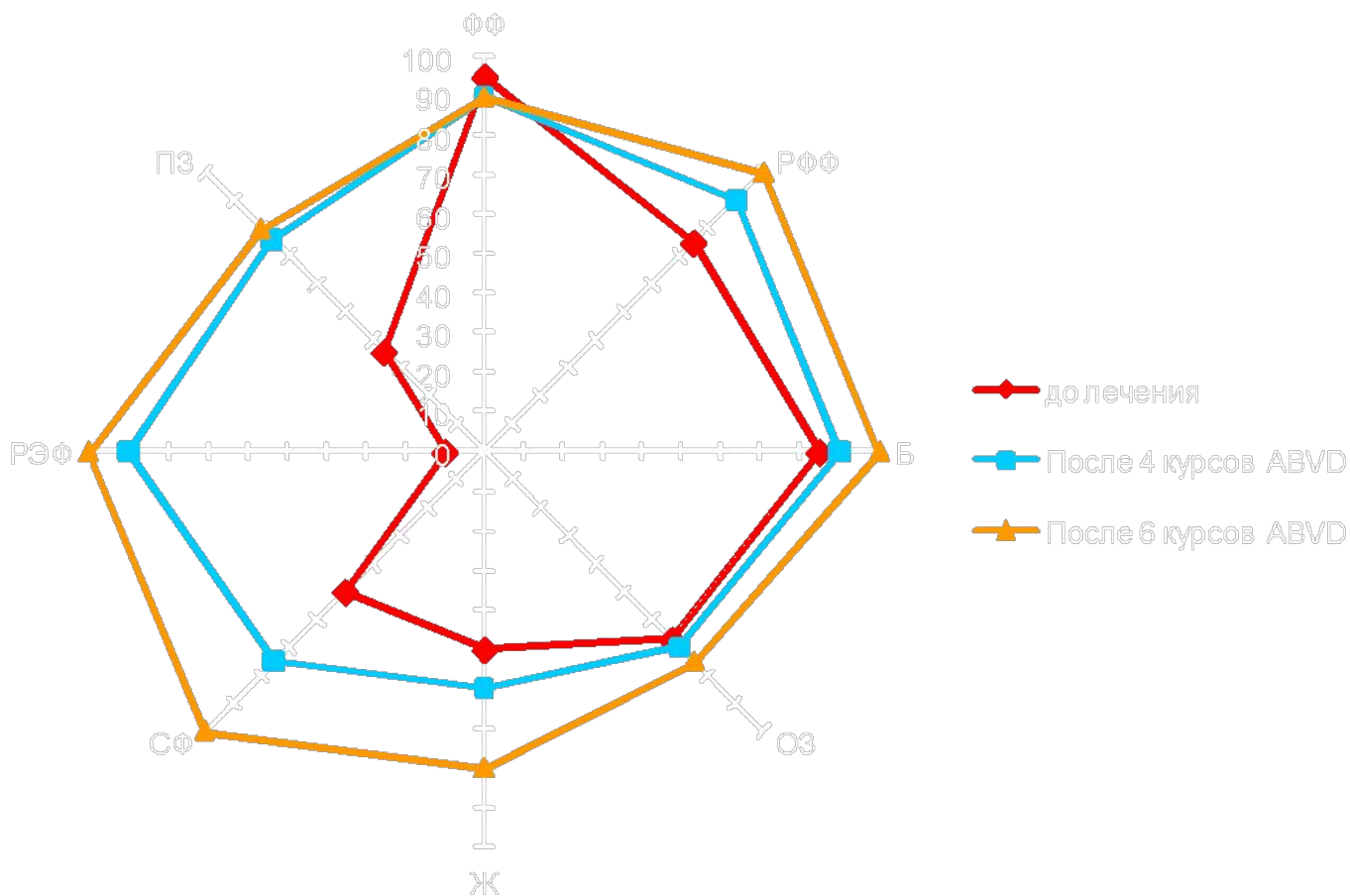
6 одиночных пунктов

- нарушения сна
- анорексия
- констипация
- диарея
- одышка
- финансовые затруднения

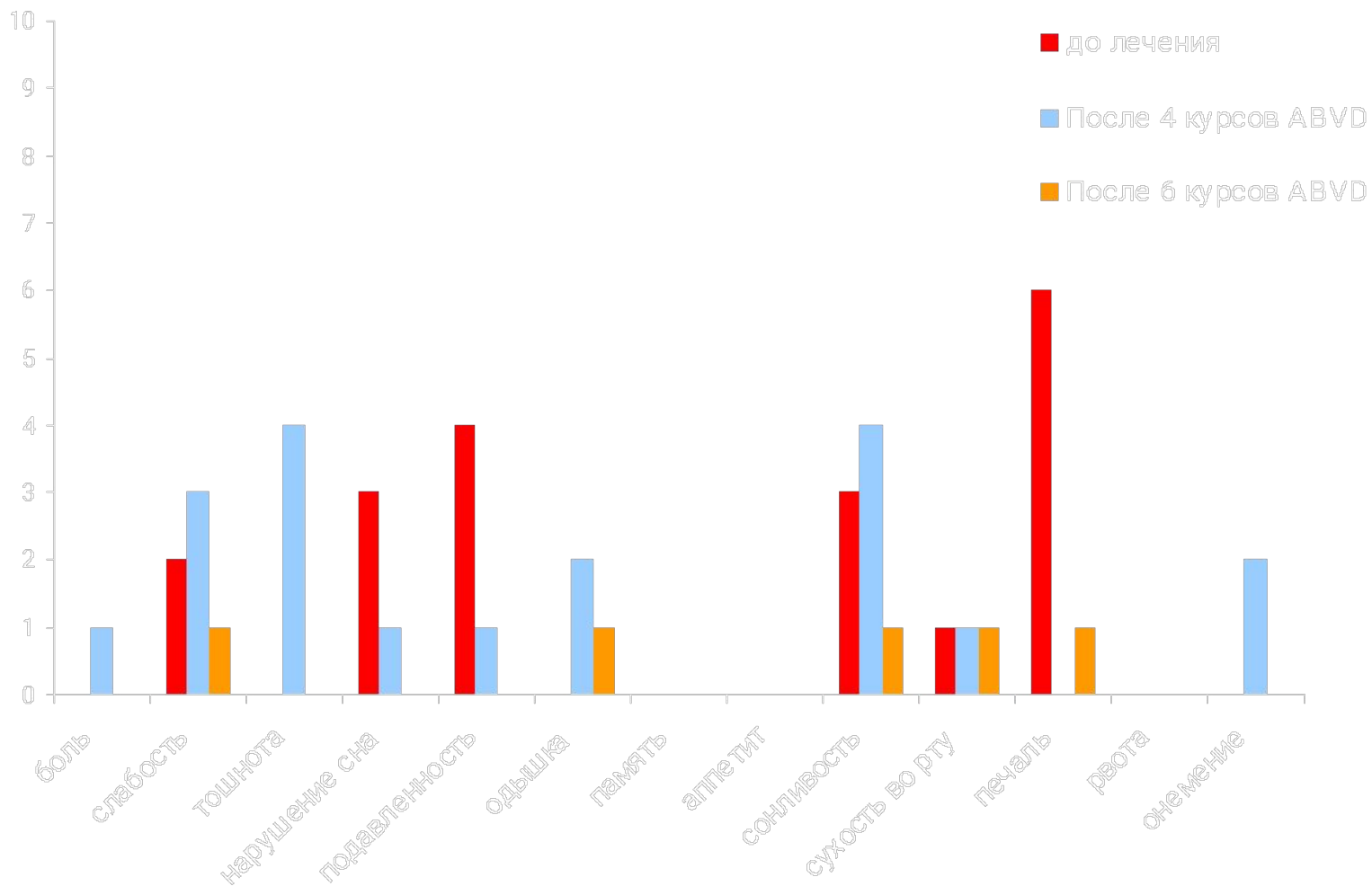
Структура опросника оценки симптомов MDASI

- тринадцать цифровых (0–10) оценочных шкал для оценки максимальной **выраженности симптомов** за последние 24 часа:
 - боль,
 - слабость,
 - тошнота,
 - рвота,
 - сухость во рту,
 - одышка,
 - сонливость,
 - нарушение сна,
 - нарушение аппетита,
 - нарушение памяти,
 - чувство подавленности,
 - чувство грусти,
 - ощущение онемения и покалывания.

Динамика параметров качества жизни больной В. на фоне химиотерапии (опросник SF-36)



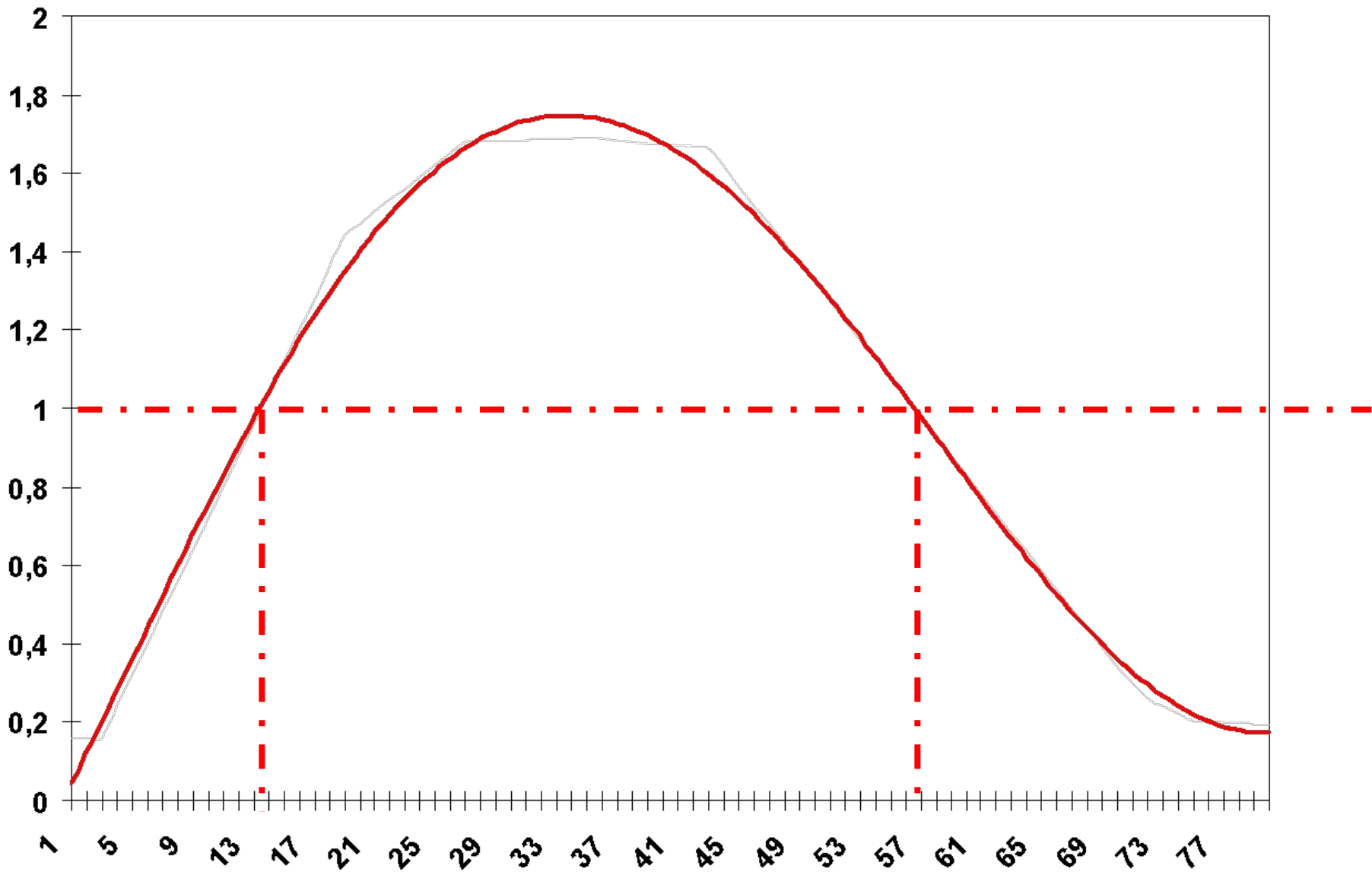
Динамика выраженности симптомов больной В. на фоне химиотерапии (опросник MDASI)



Экономические исследования

Во избежание сложных и дорогостоящих процедур, связанных с расчетами индекса QALY, мировым банком и Всемирной организацией здравоохранения был разработан другой подход к измерению глобального бремени болезней (ГББ) – DALY.

Функции весов для возраста



Анализ "затраты - эффективность"

$$C_{\varepsilon} = \frac{OC_a - OC_m}{\varepsilon_a \times K_{жа} - \varepsilon_m \times K_{жт}}$$

где:

$K_{жа}$ – качество жизни при использовании альтернативного подхода;

$K_{жт}$ – качество жизни при использовании традиционного подхода.

Анализ "затраты - эффективность"

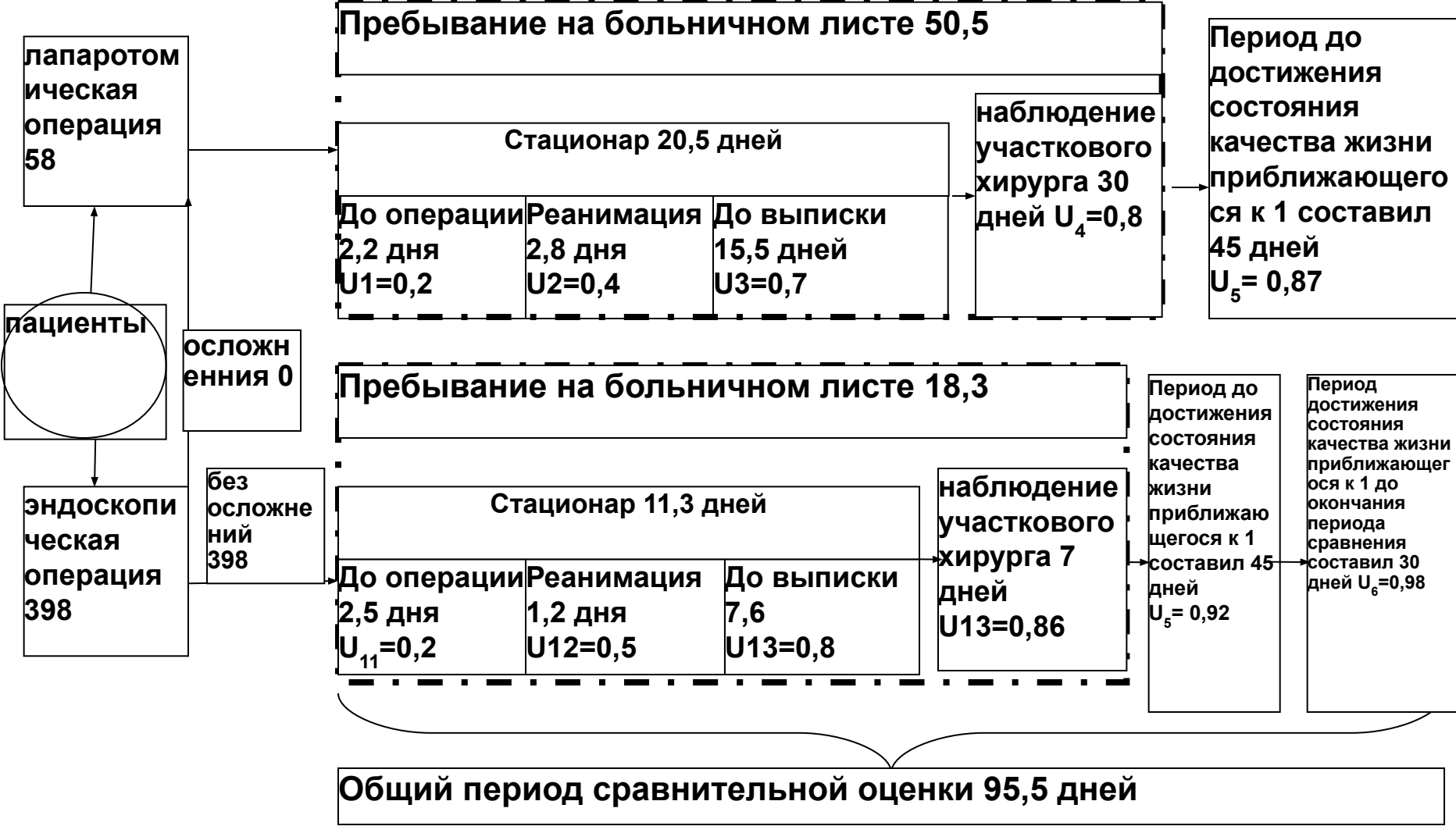
$$C_{\varepsilon} = \frac{121540 - 88990}{5,1 \times 0,9 - 3,2 \times 0,6} = 12191$$

где:

0,9 – качество жизни при имплантации кардиодефибрилятора;

3,2 - качество жизни при медикаментозном лечении.

Блок-схема основных этапов исследования оценки эффективности лечения холециститов с применением лапаротомического и эндоскопического метода



РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛА ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Для различных институтов общества большую ценность представляют данные о результатах популяционных исследований качества жизни, так называемые популяционные нормы качества жизни. Под нормой в данном случае подразумевают значения показателей качества жизни населения той или иной страны, того или иного региона. Нормативные показатели качества жизни имеются во всех развитых странах мира.

Данные о нормативных показателях качества жизни могут быть использованы в различных сферах жизни общества:

- при сравнении показателей качества жизни определенных групп населения из различных регионов с популяционной нормой;
- при проведении мониторинга качества жизни различных слоев населения в течение необходимого периода наблюдения;
- при сравнении показателей качества жизни определенной группы больных с популяционной нормой;
- при проведении комплексной оценки эффективности программ в области здравоохранения;
- при проведении комплексной оценки эффективности социальных программ в регионах и в обществе в целом;
- при разработке реабилитационных программ, мер социальной адаптации для различных категорий населения
- для оценки качества оказания медицинской помощи (лечебного учреждения, отделения).

Основные составляющие протокола популяционного исследования качества жизни:

- Цель и задачи исследования
- Методы сбора данных
- Репрезентативность выборки
- Инструменты исследования
- Социо-демографический модуль
- Разработка и ведение базы данных



Задачи исследования:

- Создать структурную модель возрастного и гендерного разделения населения на основании статистической информации Госкомстата;
- Определить метод сбора данных
- Разработать социо-демографический модуль
- Провести анкетирование населения в соответствующих группах
- Получить нормативные показатели качества жизни в соответствующих группах



Методы сбора данных:

- Стратификация региона на территориальные страты согласно существующему административному делению
- Опрос респондентов в форме анкетирования



Два признака

- Пол
- Возраст



Минимальный объем выборки:

- 800- 1000 респондентов



- NJ QoL-29
- SF-36



Социо- демографический модуль:

- Пол
- Возраст
- Образование
- Занятость
- Инвалидность
- Профессия
- Характер труда
- Профессиональные вредности
- Наличие хронических заболеваний
- Обострение хронического заболевания
- Пребывание в стационаре



Возрастные группы:

- До 20 лет
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60-64
- 65-70
- 70 и старше



- Первичная обработка анкеты:

- ▢ Проверка качества заполнения
- ▢ Выявление пропусков
- ▢ Сортировка
- ▢ Архивирование



- Электронная таблица
- Внесение данных анкеты в электронную таблицу (2 независимых специалиста)
- Перекрестная проверка качества заполнения базы данных
- «Ремонт» выборки
- Обработка и анализ данных