

Elukvaliteedi hindamine ja käsitlused arstiteaduses Marika Tammaru – TÜ sisekliinik

tervisetulem, elukvaliteedi hindamine, tervisest sõltuv elukvaliteet, vajadustele tuginev elukvaliteet

Kaasaegse meditsiini üks oluline eesmärk on krooniliste haigustega kaasnevate kannatuste leevendamine. Üha enam tähelepanu on hakatud pöörama haigete elukvaliteedile ning selle hindamise võimalustele. Artiklis on käsitletud elukvaliteedi kui tulemiklassi hindamise rakendusvõimalusi ning selgitatud geneerilise ja seisundispetsiifilise küsimustiku mõistet, samuti on antud ülevaade olulisematest elukvaliteedi kontseptsioonidest arstiteaduses, tutvustatud erinevate käsitluste eeliseid ja nõrku külgi. Pikemalt on peatunud tervisega seotud elukvaliteedil ning vajadustele tugineval käsitlusel.

Meditsiini areng on toonud pöörde mitme varem paratamatult fataalseks peetud haiguse ravisse. Eluohtrike infektsioonide ravilt (erandiks on HIV-infektsioon) on tähelepanu nihkunud krooniliste haigustega seonduvate kannatuste leevendamisele. Krooniliste haigete eluea pikenemine on muutnud aktuaalseks varem suhteliselt vähest tähelepanu pälvinud haigete elukvaliteedi hindamise.

Arstiteaduse huvi elukvaliteedi vastu on püsivalt suurenenud 1940. aastatest, valdkonna uurimise eriti kiire areng iseloomustab kaht viimast kümnendit. Aastast 1975 on elukvaliteet (*quality of life*, Qol) Medline'i otsingusüsteemi iseseisev rubriik (1). Elukvaliteedialane uurimistöö on hoogustunud ka Eesti meditsiinis. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas on viimastel aastatel kaitstud kaks krooniliste haigete elukvaliteeti käsitlevat doktoriväitekirja (2, 3). Sel aastal toetab Eesti Teadusfond nelja arstiteaduslikku krooniliste haigete elukvaliteeti käsitlevat projekti.

Artikli eesmärk on anda ülevaade elukvaliteedi hindamise rakendustest meditsiinis ning tutvustada olulisemaid elukvaliteedi kontseptsioone arstiteaduses.

Elukvaliteedi hindamise eesmärgid

Kõrvuti kliiniliste avalduste ja funktsionaalse seisundiga on krooniliste haigete elukvaliteet üks olulistest hinnatavatest tervisetulemi klassidest. Tervisetulemit (*health outcome*) määratletakse kui ravi- ja tervishoiuteenuste rakendamise efekti üksikisiku ja rahvastiku tervisele. Tulemi hindamiseks nimetatakse terviseseisundis asetleidvate positiivsete/negatiivsete muutuste mõõtmist või seisundi püsimise nentimist (4). Tulemi hindamine lubab teha järeldusi tervishoiusüsteemi potentsiaalselt mõjutatavate

komponentide, struktuuri ja protsessi kohta. Tervishoiuteenuste struktuur hõlmab teenuste pakkumisse kaasatud inimesi, tehnilisi võimalusi ja rahalisi ressursse. Struktuur mõjutab pakkumisprotsessi. Struktuur ja protsess koos määravad tulemi (5).

Tervisetulemi hindamise eesmärk on kergendada kliiniliste otsuste tegemist, aidata kaasa patsiendi iseotsustamisele ning olla aluseks piiratud ressursside jaotamisel. Tulemi hindamisel on neli huvigrupi: patsiendid, arstid, ravimitööstus ja poliitikud. Patsiendid ja arstid saavad eri ravimeetodite tulemite võrdluse alusel võimaluse valida tõhusam. Ravimitööstuses võimaldab tulemi hindamine kliinilistes uuringutes näidata ühe ravimi eeliseid teise ees ja kiirendada uute ravimite heakskiitu. Ideaalis peaks tulemi hindamine olema poliitikele aluseks ressursside otstarbekal paigutamisel tervishoidu (6).

Elukvaliteedi kui tulemi klassi hindamisel on levinuimaks mõõdikuks enesehinnangu küsimustikud. Küsimustikud jagunevad geneerilisteks ehk üldisteks ja seisundispetsiifilisteks. Geneerilisi küsimustikke kasutatakse erinevate elanikkonna gruppide ja ka üldrahvastiku elukvaliteedi hindamisel. Hõlmates üldiselt oluliseks peetavaid elukvaliteedi näitajaid, lubavad geneerilised küsimustikud teha ka rühmadevahelisi võrdlusi. Seisundispetsiifiliste küsimustike kasutamine võimaldab anda sensitiivsema hinnangu mingile haigete grupile oluliste elukvaliteedi aspektide osas. Spetsiifilised küsimustikud sobivad elukvaliteedi hindamiseks grupisisestes tulemiuuringutes (7). Küsimustike koostamise aluseks on erinevad elukvaliteedi käsitlused.

Elukvaliteedi käsitlused arstiteaduses

Erinevad teadlased – filosoofid, sotsioloogid ja psühholoogid – on elukvaliteeti määratlenud erinevalt, samuti varieeruvad elukvaliteedi hindamise meetodid. Meditsiinis tuntakse kõige enam järgmisi käsitlusi: tervisest sõltuv elukvaliteet (*health-related quality of life, HRQL*), vajadustele tuginev elukvaliteet (*needs-based quality of life*), individualistlik elukvaliteet (*individualistic quality of life*) ja heaolu (*well-being*). Tulemiuuringutes on olulised tervisest sõltuv elukvaliteet ja vajadustele tuginev elukvaliteedi kontseptsioon (1).

Tervisest sõltuv elukvaliteet

Tervisest sõltuva elukvaliteedi käsitlus lähtub 19. sajandi funktsionalistlikest traditsioonidest. 20. sajandi keskel kasutusele võetud ravi tulemuslikkuse mõõdikutes oli eelistatud funktsiooni hindamine, kuna see ei sõltunud patsiendi subjektiivsest

hinnangust. Funktsionalistliku traditsiooni püsimine kajastub ka hilisemates tervisest sõltuva elukvaliteedi definitsioonides. Tervisest sõltuvat elukvaliteeti on määratletud võimena ellu viia igapäevaseid tegevusi vastavuses indiviidi vanuse ja sotsiaalse rolliga. Tervisest sõltuva elukvaliteedi kontseptsioon rajaneb kahel põhieeldusel: 1) tervis on indiviidi kõige olulisem mõjutaja; 2) tervis ei ole interaktsioonis teiste teguritega, mis võivad indiviidi mõjutada (1).

Tervisest sõltuva elukvaliteedi käsitlemisel on oluline meeles pidada mitme tervisedefinitsiooni olemasolu. Tunnustatud on seisukoht, mille kohaselt tervise määratluses sisalduvad kehaline ja vaimne tervis, sotsiaalne ja rolli funktsioon ning üldine heaolu (9). Lähtumine eeltoodud definitsioonist määrab ära tervisest sõltuva elukvaliteedi ühe põhiomaduse – mitmemõõtmelisuse. Siiski puudub üksmeel vaadeldavate mõõdetega valiku osas. Enamik uurijaid annab hinnangu vähemalt neljas valdkonnas: füüsiline funktsioon, emotsionaalne heaolu, sotsiaalsed suhted ja igapäevatoimingute sooritus (8).

Tervisest sõltuv elukvaliteet on sobiv tulemi kliiniliseks hindamiseks. See käsitlus võimaldab mõõta terviseseisundit, annab informatsiooni rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (*The International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, WHO 2001*) kõigi mõõdetega osas – hindab puuet, tegevus- ja osaluspääsikut (1, 9).

Kriitikud seavad kahtluse alla kontseptsiooni mõlema põhieelduse paikapidavuse. Uuringud on näidanud, et tervis on üks paljudest elukvaliteeti mõjutavatest teguritest; elukvaliteedi määrajana on tervisest olulisemaks hinnatud suhteid. Samuti võib funktsionaalsete piirangute mõju leevendada abivahendite kasutusele võtmine (1).

Tervisest sõltuva elukvaliteedi mõiste puuduseks on muude elukvaliteeti määravate tegurite mõjude ja koosmõjude mitteamestamine. Funktsionalistlikel traditsioonidel põhinev tervisest sõltuv elukvaliteet eeldab normide olemasolu ning ei arvesta rollide muutusi kultuuriruumis ega ajas. Füüsilise funktsiooni olulisuse rõhutamine määrab tegevuspääsikutega inimesele madala elukvaliteedi, kuid kogemuse põhjal ei pruugi see alati nii olla (1).

Maailmas enim kasutatav geneeriline tervisest sõltuva elukvaliteedi küsimustik *RAND 36-Items Health Survey* (RAND-36) ning selle skoorimispehmõtetelt erinev analoog *Short-Form 36* (SF-36) on leidnud tunnustust ka Eesti uurijate seas elukvaliteedi hindamisel erinevates krooniliste haigete rühmades (10, 11, 12). Valideeritud on mitmed seisundispetsiifiliste küsimustike eestikeelsed versioonid.

Vajadustele tuginev elukvaliteet

16. sajandil väitis Thomas More, et inimelu kvaliteet sõltub põhivajaduste – tervise-, liikumis-, toidu- ja varjualusevajaduse – rahuldatuse astmest. 1940.–1950. aastatel sõnastasid uurijad seisukoha, mille kohaselt inimese tegutsemist ajendavad vajadused. 1990. aastate alguses loodi esimesed elukvaliteedi mõõdikud, mis võtsid aluseks vajadustele tugineva elukvaliteedi (1, 13).

Vajadustele tuginev lähenemine käsitleb elukvaliteeti ulatusena, milles indiviid on võimeline oma vajadusi rahuldama. Elukvaliteet on kõrge, kui enamik vajadusi on rahuldatud, ja madal, kui rahuldatud on vähesed vajadused. Funktsioonid võivad elukvaliteeti mõjutada juhul, kui nad on vajaduste rahuldamise vahenditeks (14). Elukvaliteet ei ole indiviidi terviseseisundi kirjeldus, vaid pigem peegeldus sellest, kuidas indiviid oma seisundit kogeb ning milline on tema reaktsioon terviseseisundi muutustele igapäevaelu kontekstis (1). Lähenemise aluseks olev olulisemate vajaduste loetelu põhineb inimese motivatsiooni käsitlevatel töödel. Loetelu ulatub põhilistest bioloogilistest (toit, jook, uni) kuni kõrgemate psühholoogiliste (identiteet, eneseteostus) vajadusteni (13).

Vajadustele tuginevat lähenemist iseloomustab ühemõõtmelisus. Hinnang vajadustele tuginevale elukvaliteedile on väljendatav ühe arvuga. Skoorimise lihtsus on kontseptsiooni alusel loodavate küsimustike üheks eeliseks (1, 8).

Vajadustele tugineva lähenemise tugevaks küljeks on võimalus hinnata kõiki eluaspekte, mida võib mõjutada haigus ja selle ravi. Universaalsete vajaduste olemasolust lähtumine väldib mitteolulisi küsimusi, vajadused jäävad samaks eri ajahetkel ja erinevates kultuurides. Vajadustele tuginev elukvaliteet võtab arvesse kroonilise haige kohanemist haigusega. Selle lähenemise puuduseks on haigusspetsiifilisus. Vajadustele tuginev elukvaliteet ei võimalda teha võrdlusi erinevate haiguste vahel, vajadustele tugineva lähenemise alusel loodud küsimustikku ei saa rakendada erineva diagnoosiga patsientidel (1).

Praeguseks veidi rohkem kui kümne aasta vanuse vajadustele tugineva elukvaliteedi kontseptsiooni alusel loodud küsimustikud on kasutusel tulemiuuringutes üle maailma. Esimese kontseptsiooni järgiva küsimustikuna Eestis on lõpule jõudmas reumatoidartriidi-spetsiifilise elukvaliteedi küsimustiku (*Rheumatoid Arthritis-Specific Quality of Life Instrument*, RAQoL) adapteerimine (15).

Individualistlik elukvaliteet

Individualistlik elukvaliteet keskendub indiviidi jaoks kõige olulisemale. Aastal 1982 välja pakutud “eluplaani lähenemise” meetod (*life-plan approach*) hindab, millises ulatuses on eluplaanide täitmine soodustatud või takistatud. Elukvaliteet sõltub erinevusest lootuste/ootuste ja saavutuste vahel, erinevuse vähenemisel elukvaliteet paraneb (16).

Rõhutades haige hinnangu olulisust, soodustab individualistlik elukvaliteet arsti ja patsiendi dialoogi ning avab haigele suuremad võimalused osaleda raviprotsessis. Siiani on aga sellel käsitlusel põhinevate mõõtmismeetodite otsinguid saatnud ebaõnnestumised. Kriitikaks annab alust veel arusaam, et individualistliku elukvaliteedi määratlusest tulenevalt suurendab elukvaliteeti ka lootuste ja ootuste vähendamine (1).

Heaolu

Heaolu mõiste on sageli olnud kasutuses kõige selle tähenduses, mida on soovitud mõõta. Kirjanduses võib leida mitmeid heaolu definitsioone: vastuvõetav elustandard; ulatus, milles nauding ja rahulolu iseloomustavad inimeksistentsi, ning ulatus, milles inimesed saavad vältida erinevaid hädasid, mis tulevad paratamatult ette igapähele; rahulolu või rahulolematuse tase indiviidi jaoks olulistel eluvaldkondades.

Erinevad heaolu kontseptsioonid eeldavad, et heaolu hindab peamiselt meeleolu taset ning kirjeldab puuet. Sellisel kujul ei esinda heaolu elukvaliteeti ning selle mõõtmine lisab vähe sümptomite hindamisele kliinilistes uuringutes (8, 17).

Kokkuvõte

Elukvaliteet on üheks tervisetulemi klassiks, mille hindamine lubab teha järeldusi tervishoiusüsteemi struktuuri ja teenuste pakkumise protsessi kohta. Paralleelselt tervisest sõltuva elukvaliteedi kontseptsiooniga on viimasel aastakümnel tulemi hindamisel aluseks võetud vajadustele tuginev elukvaliteedi teooria. Tervisest sõltuv elukvaliteet vaatab tervist olulisima elukvaliteedi mõjutajana, vajadustele tuginev käsitlus hindab elukvaliteeti vajaduste rahuldatuse ulatuse kaudu. Ülevaate saamine mõlema suuna alusel loodud küsimustikest loob eeldused elukvaliteedi hindamise meetodi edukaks valikuks.

Kirjandus

1. Doward LC, McKenna SP. Evolution of quality of life assessment. In: Rajagopalan R, Sheretz EF, Anderson RT, eds. Care management of skin diseases: Life quality and economic impact. New York: Marcel Dekker; 1997. p.9–33.
2. Lukmann A. Early rehabilitation of patients with ischaemic heart disease after surgical revascularization of the myocardium: assessment of health-related quality of life, cardiopulmonary reserve and oxidative stress: a clinical study. Tartu: Tartu University Press; 2002.
3. Herodes M. Quality of life of people with epilepsy in Estonia. Tartu: Tartu University Press; 2002.
4. Perrin EB. Information systems for health outcome analysis. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS, eds. Oxford textbook of public health. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1997. p.491–7.
5. Donabedian A. Explorations in quality of life assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1985.
6. Parmenter TR. Quality of life as concept and measurable entity. Soc Indic Res 1994;33:9–46.
7. McKenna SP. Generic versus specific measures in clinical trials. Br J Med Econ 1993;6C:17–25.
8. McKenna SP, Whalley D, Doward LC. Which outcomes are important in schizophrenia trials? Int J Methods Psychiatr Res 2000;9(1)Suppl:S58–67.
9. Bowling A. Measuring disease. Buckingham: Open University Press; 1995.
10. Ware JE. SF-36 health survey update. Spine 2000;25:3130–9.
11. Herodes M, Õun A, Haldre S, Kaasik AE. Epilepsy in Estonia: a quality-of-life study. Epilepsia 2001;42(8):1061–73.
12. Tender M, Kallikorm R, Rahula M, Lepiksoo M-L, Lember M. Reumatoidartriidi ja reaktiivse artriidiga patsientide elukvaliteet Eestis. Eesti Arst 2003;82(5):359–62.
13. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. Health Policy 1992;2:307–19.
14. Whalley D, McKenna SP, de Jong Z, Van der Heijde D. Quality of life in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol 1997;36:884–8.
15. Tammaru M. Reumatoidartriidi-spetsiifilise elukvaliteediküsimustiku kohandamine Eestis. Eesti Arst 2003;82(5):357–9.

16. Cohen C. On the Qol: Some philosophical reflections. *Circulation* 1982;66(Suppl III):III-29 – III-33.
17. Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Soc Indic Res* 1994;31:103–57.

Summary

Quality of life – assessment and approaches in medicine

Alleviation of chronic conditions is an important goal of contemporary health care. Therefore, assessment of patients' quality of life has gained evergrowing attention. Quality of life is one of the evaluable classes of health outcomes. This article offers an overview of the applications of assessment of quality of life and introduces definitions of generic and disease-specific measures of quality of life. The main approaches to quality of life assessment are described; the theoretical roots, advantages and disadvantages are pointed out. Most attention is given to the health related quality of life and the need-based approach, which are widely used as the fundamentals for development of the measures of quality of life.

marika.tammaru@kliinikum.ee