

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ СКОПЈЕ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ
ИНСТИТУТ ЗА СОЦИЈАЛНА РАБОТА И СОЦИЈАЛНА ПОЛИТИКА

СТУДИСКА ПРОГРАМА ПО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ СТУДИИ
- СОЦИЈАЛНА РАБОТА ВО ЗДРАВСТВО



СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД

**„ВЛИЈАНИЕТО НА ХРОНИЧНИТЕ ЗАБОЛУВАЊА ВРЗ
КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ“**

**„THE INFLUENCE OF CHRONIC DISEASES ON
QUALITY OF LIFE“**

Ментор:
Доц. Д-р Иван Трајков

Скопје
2014

Кандидат:
Зоран Савески

СОДРЖИНА

ВОВЕД	2
ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА	9
Дефинирање на поимот хронични заболувања	9
Ризик фактори за појава на хронични заболувања	11
Значајни карактеристики на хронично болните лица	15
АСПЕКТИ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ ПОВРЗАНИ СО ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА НА ПОЕДИНЦИТЕ	16
Дефиниција на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците	16
Социо-демографски, клинички и социјални влијанија врз квалитетот на живот на поврзан со здравствената состојба на хронично болните лица	17
Мерење на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците	23
КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ НА ПОЕДИНЦИТЕ СО ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА	27
Специфични влијанија на хроничните заболувања врз квалитетот на животот	27
Начини за неутрализирање на негативните влијанија на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на поединците	29
Улогата на социјалната работа во надминувањето на негативниот одраз на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на поединците	33
МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО СПРОВЕДЕНО ЗА ПОТРЕБИТЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИОТ ТРУД	43
Цели и задачи на истражувањето	43
Предмет на истражување	44
Истражувачки хипотези	46
Метод на истражувањето	46
РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО	50
ЗАКЛУЧОК	80
ПРИЛОГ – АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК	86
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	90

ВОБЕД

Во последниве неколку децении хроничните заболувања се наметнуваат како едно од најзначајните прашања на агендата за креирање политики за унапредување на здравјето на населението, реформата на системот на здравствена заштита, унапредувањето на квалитетот на живеење на хронично болните итн. Во најопшта смисла, хроничните заболувања се состојби кои бавно се развиваат, траат долго и не може да се излечат поради тоа често пати го ограничуваат функционирањето, продуктивноста и квалитетот на животот на хронично болните.

Напредокот во доменот на медицината и јавното здравство во развиените земји што беше постигнат во изминативе неколку векови, како и економскиот раст и развој кои водат до пошироко достапни програми за социјална благосостојба, драматично ги сменија изгледите во поглед на животот луѓето со хронични заболувања. Хигиенските и санитарните унапредувања спречуваат појава на претходно, многу често, застапени инфективни болести. Вакцините и клиничките интервенции, во голема мера, овозможуваат контрола на голем број на предизвикувачи на хронични болести, како на пример, туберкулозата и полиото. Преку бројни терапевтски пристапи овозможено е унапредување на функционирањето и целокупната здравствена состојба на лицата со хронични болести преку напредоци во корективната хирургија, новите пристапи во аналгетиката, рехабилитацијата и физикалната терапија, промените во начинот на исхрана, адаптацијата на домовите и окружувањето за функционално попречените лица итн. Сите овие напредоци во сферата на медицината придонесоа за продолжување на траењето на животниот век на многу поединци со хронични заболувања. Нивната цел е не само да се одложи настапувањето на смртта, туку и преку обезбедување на ефективни третмани на заболувањата и палијативна нега да се унапреди квалитетот на живеење кој во денешно време сè повеќе станува значаен индикатор за резултатите од негата на хронично болните лица.

Сепак, овие напредоци, во исто време, се и компромитирани со паралелното зголемување на физичката неактивност, нездравата исхрана, прекумерната тежина, пушењето и други ризични фактори за појава на хронични болести. Како резултат на интеракцијата на сите овие фактори на страната на сузбивање на хроничните болести и ризиците на нивна појава, сè поголем број на поединци живеат подолго, но попречени од една или повеќе хронични заболувања. Всушност, долгорочното опстојување на хроничните болести сега е прилично честа појава и претставува голема закана не само за здравјето на населението, туку и за економската и социјалната благосостојба на национално ниво. Иако голем напредок е постигнат во поглед на намалување на товарот на хроничните болести, сепак, ресурсите се ограничени, а проблемот се зголемува. Во овој контекст, постои јасна опасност дека сите овие напори ќе бидат неуспешни доколку не се воспостави приоритет и доколку тие не се усогласат и координираат на начин кој овозможува да се извлече поголема корист по цена која е прифатлива за општеството. Користа се однесува на неутрализирање на негативните ефекти на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на заболениите и негово зголемување.

Како домен на истражување и анализа, квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците се карактеризира со нагласен диверзитет и комплексност кои произлегуваат од комплексноста на самиот поим 'квалитет на живот' и нивото на субјективност во одредувањето на неговото ниво на застапеност/ развиеност. Оваа тематика влезе во фокусот на интересот на научната заедница во текот на '80-тите години на минатиот век, предизвикувајќи бурни, отворени, дискусии во врска со нивната релевантност и изводливост. Целта на ваквите дискусии е откривање на одредени немедицински влијанија на хроничните заболувања и формирање на критериум за оценка на ефективноста на медицинските и психо-социјалните третмани на заболувањата кои го одредуваат нивото на квалитет на животот. Актуелноста на проблематиката е особено нагласена во денешно време со оглед на подолгиот животен век на поединците на глобално ниво и променетите позитивни ставови кон активниот и здрав стил на живеење кој не подразбира само начини *како да се живее подолго*, туку и начини како да се има поголем квалитет и посполнетост на животот.

Квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците претставува мултидимензионален концепт што опфаќа субјективни оценки на позитивните и негативните аспекти на живеењето од сферата на вработувањето, домувањето, образованието, културата, вредносниот систем што непосредно зависи од здравствената состојба на поединецот. Станува збор за концепт поврзан со благосостојбата на поединците и нивното задоволство од животните услови, потоа со емоционалните, социјалните и здравствените аспекти на животот на поединецот, како и со влијанието на болестите, хендикепите и пореметувањата врз благосостојбата на поединците. Всушност, квалитетот на живеење поврзан со здравствената состојба на поединецот ја одразува индивидуалната перцепција за нивото на задоволство од начинот на кој се функционира на дневна основа (при што тука спаѓаат физичкото и менталното здравје, ограничувањата и функционирањето како социјална единка) и способноста да се овладеат одредени аспекти на животот.

На индивидуално ниво, концептот на квалитет на животот се однесува на перцепциите во врска со физичкото и менталното здравје на поединците, како и ризиците по здравјето, функционалниот статус, социјалната поддршка и социо-економскиот статус на поединецот. На ниво на заедница, под овој поим се опфатени и ресурсите, условите, политиките и практиките кои влијаат врз перцепциите во врска со здравствената состојба на населението и неговиот функционален статус.

Со ова истражува за квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците се настојува да се утврди како болеста и нејзиниот третман влијаат врз способноста на поединецот да функционира во рамки на општеството. Вообичаени индикатори за тоа се способноста за наоѓање и задржување на работното место, способноста за реализација на секојдневните активности итн., а се анализира од аспект на:

- 1) биолошките и психолошките фактори,
- 2) симптоматичниот статус,
- 3) функционалниот статус,
- 4) општите перцепции за здравствената состојба,
- 5) целокупниот квалитет на живот.

Како надворешни фактори се јавуваат: карактеристиките на поединецот и карактеристиките на окружувањето.

Во фокусот на ова истражување е влијанието на хроничните болести врз различните аспекти на квалитетот на животот, поточно интензитетот и фреквенцијата на нивното влијание, последиците од таквите влијанија и можните начини за справување со, односно неутрализирање на тие последици. Намерата е да се добие јасна слика за преваленцијата на неповолните влијанија на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на територијата на Р.Македонија како би можело да се дадат препораки за конципирање на програми на национално ниво и на ниво на заедница за посоодветна социјална заштита на хронично болните лица.

Главна цел на истражувањето што е спроведено за потребите на овој специјалистички труд е да се понуди заокружена теоретска рамка во врска со аспектите и каналите на влијание на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на хронично болните лица базирана на преглед на релевантна научна литература од повеќе области, како и интерпретација на резултатите од емпириското истражување и формулација на препораки за конципирање на социјалните политики и политиките за унапредување на здравствената заштита врз основа на добиените резултати. Самото емпириско истражување има за цел квалитативно и квантитативно да ги расветли објективните и субјективните аспекти на квалитетот на животот и нивната детерминираност од влијанието на хроничните болести.

Поаѓајќи од релативната ограниченост, па дури и скудноста на истражувања од доменот на квалитетот на живеење поврзан со здравствената состојба, научната цел на овој труд е да придонесе за збогатување на теоретските и емпириските сознанија поврзани со:

- Ризик факторите за појава на хронични заболувања,
- Карактерот на влијанието на хроничните заболувања врз целокупниот квалитет на живот поврзан со здравствената состојба,
- Влијанието на хроничните заболувања врз специфичните аспекти на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединецот, како што се пример:

социо-економските услови, семејните услови, начинот на функционирање и продуктивноста, итн.

Практичната цел на истражувањето е преку целосно разбирање на влијанието на хроничните заболувања врз квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците да се откријат начините на кои може да се конципираат и имплементираат поефективни програми на национално ниво и на ниво на заедница кои се целно-насочени кон третман и превенција на хроничните болести и неутрализирање на нивните негативни влијанија врз функционирањето, продуктивноста и задоволноста на поединците. Освен тоа, практичната цел на ова истражување е и формулација на препораки за креирање на нови политики и стратегии за социјална заштита на ранливата популација на хронично болни.

Согласно со природата на предметот на истражување и поаѓајќи од целите на истражувањето, при реализацијата на ова истражување се користеше комбиниран (мешан) метод на истражување кој ќе опфаќа квалитативни и квантитативни методи. Од квалитативните методи беше применет методот на полуструктурирано интервју, а од квантитативните методи беше применето анкетање. Анкетниот прашалник што се користеше беше од затворен тип, односно содржеше прашања со претходно формулирани одговори од кои се добија податоци за објективните и субјективните показатели за квалитетот на животот на хронично болните и влијанието на хроничните заболувања врз различните аспекти на квалитетот на животот.

Обработката на податоците се изврши со примена на методи за статистичка анализа, односно анализа на варијанса, мултиваријантна анализа и тестирање на хипотези.

Освен тоа, при истражувањето беше применети и методите на:

- Индукција (методолошка постапка на генерализација, односно изведување на заклучоците движејќи се од поединечното кон општото);
- Анализа (методолошка постапка за раздвојување на целинта на делови);
- Синтеза (методолошка постапка на формирање на целина од деловите);

- Генерализација (постапка на доаѓање до општи поими).

Целната популација на ова истражување беше популацијата на хронично болни лица кој живејат територијата на Република Македонија. Како репрезентативен примерок од оваа популација беа издвоени хронично болните лица кој се лекуваат во Јавната Здравствена Универзитетска Клиника за Гастроентерохепатологија - Скопје . Примерокот беше составен по случаен избор.

Истражувањето е реализирано во период од 4 месеци и тоа низ следниве етапи:

- Прибирање и преглед на литература од областа на хроничните заболувања, третман на хроничните заболувања, квалитет на живеење, квалитетот на живеење поврзан со здравствената состојба на поединците, влијанието на хроничните заболувања врз различни аспекти на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на пациентите, социјалната заштита за хронично болните лица итн.;
- Планирање на истражувањето и конципирање на методолошката рамка за истражувачката работа;
- Анкетирање;
- Статистичка обработка и анализа на добиените резултати;
- Интерпретација на добиените резултати.
- Донесување заклучоци.

Сметаме дека ова истражување на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на хронично болните е значајно од повеќе аспекти. Некои од најзначајните се неговиот придонес во:

- Конципирање на соодветни мерки за намалување на товарот од заболувањата кои може да се третираат, односно намалување, целосно елиминирање или амортизирање на негативното влијанието на хроничните заболувања врз различните домени на квалитетот на живот на пациентите преку интервенции во поглед на контролата на симптомите, поддршка во текот на третманите, медицинска нега и заштита и поддршка на пациентот и неговото семејство.
- Следење на напредокот во постигнувањето на национално дефинираните цели поврзани со здравјето.

Крајниот исход од ваквите истражувања е :

- Идентификување на субгрупите кои имаат релативно нагласен слаб квалитет на живот и елиминирање на изворите за ваквата состојба,
- Конципирање на здравствените политики и законска рамка врз основа на кои ќе се алоцираат ресурси за задоволување на потребите,
- Насочување на развојот на стратешките планови и следење на ефективноста на пошироките интервенции во рамки на заедницата.

1. ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

1.1. Дефинирање на поимот хронични заболувања

Хроничните заболувања претставуваат нарушувања на здравствената состојба на поединците кои се карактеризираат со комплексна каузалност и бројни ризик фактори за нивно појавување, долги периоди на латентност во текот на кои може и да не се појават симптоми, пролонгиран тек на заболеност која може да води до други здравствени компликации и функционална попреченост или неспособност. Повеќето хронични болести не може спонтано да се излекуваат и генерално, тие никогаш не може да бидат целосно излечени.¹ Освен тоа, овие заболувања не можат да бидат спречени со вакцинација.

Освен овој пристап на дефинирање на хроничните болести, во литературата се среќаваат и други пристапи. Следува преглед на некои позначајни дефиниции за хроничните болести:

- Хронично заболување е секое заболување, или нарушување на здравствената состојба, кое се одликува со една или повеќе од следниве карактеристики: претставува трајно заболување, предизвикано е од иреверзибилни патолошки промени, за рехабилитација на ова заболување е неопходно пациентот да поминал специјална обука и може да е потребен долг период за надзор, опсервација или нега на заболениот.²
- Под хронично заболување се подразбира состојба која трае една година или подолго и која налага постојана медицинска нега и/или ги ограничува секојдневните активности (постои функционална попреченост).³
- Нарушувања на здравствената состојба кои се карактеризираат со неизвесна етиологија, бројни ризик фактори за нивна појава, долг период на латентност,

¹ Australian Institute of Health and Welfare, 2013, *Authoritative Information and Statistics to Promote Better Health and Wellbeing: Chronic Diseases*, Australian Government. Available at: <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>. Last time visited on 15.11.2013.

² Bernstein AB, Hing E, Moss AJ, Allen KF, Siller AB, Tiggler RB., 2003, *Health Care in America: Trends in Utilization*, National Center for Health Statistics, p. 10.

³ Warshaw G. 2006, Introduction: Advances and Challenges in Care of Older People with Chronic Illness. *Generations*, Vol. 30, Issue 3, p. 5–10.

продолжан тек за заболеност, потекло од незаразна природа, постоење на функционална попреченост или неспособност и неможност да бидат излечени.⁴

- Хроничното заболување претставува состојба се карактеризира со некој од следниве аспекти:
 - а) заболувањето наметнува одредени ограничувања на можноста за грижа за самиот себе, независно живеење и социјални интеракции
 - б) резултира во потреба од постојана интервенција со медицински производи, услуги и специјална опрема.⁵

Забележливо е дека сите овие дефиниции се фокусираат на неколку клучни аспекти: траење или латентност на заболувањето, потреба од медицинска нега, влијание врз функционалноста, патологија и неможност за излекување на болеста.

Хроничните заболувања претставуваат горлив проблем на денешницата. Само за илустрација нека послужат следниве показатели:

- Во САД, 20% од сите средовечни лица или скоро 50% од сите лица на возраст над 65 години страдаат од повеќе хронични заболувања како на пример, хипертензија и дијабетес.
- Во 2010 година во САД 21,3% од жените и 20,1% од мажите на возраст помеѓу 45 и 64 години страдаат од најмалку две хронични заболувања. За споредба, во 2000 година во САД 15,2% од мажите и 16,9% од жените на оваа возраст страдале од најмалку две хронични заболувања.
- Во 2010 година во САД 49% од мажите и 42,5% од жените постари од 65 години страдале од најмалку две хронични заболувања. За споредба, во 2000 година стапките изнесувале 39,2% за мажите и 35,8% за жените на возраст над 65 години.⁶
- Седум од десет смртни случаи во САД се должат на хронични болести.

⁴ McKenna M., Collins J., *Current Issues and Challenges In Chronic Disease Control* in Remington PL, Brownson R.C., Wegner M.V. (editors), 2010, *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2nd edition, American Public Health Association, p. 1–24.

⁵ Friedman B, Jiang HJ, Elixhauser A. 2009, "Costly Hospital Readmissions and Complex Chronic Illness", *Inquiry*, Vol. 45, Issue 4, p. 408–21

⁶ Partnership to Fight Chronic Disease, 2012, *More Americans Have a Chronic Health Condition, Partnership to Fight Chronic Disease*, Available at: <http://www.fightchronicdisease.org/media-center/news/more-americans-have-chronic-health-condition>, Last time visited on 15.11.2013.

- Во 2005 година, 133 милиони Американци, односно скоро еден од секои двајца возрасни лица страдал од најмалку едно хронично заболување.⁷
- Над 75% од целокупните трошоци за здравствена заштита во САД се должат на третманот на хроничните заболувања.
- Скоро една четвртина од лицата кои страдаат од хронични заболувања се соочуваат со сериозни ограничувања на нивните секојдневни активности.
- Процентот на деца и адолесценти во САД кои живеат со хронично заболување пораснал од 1,8% во текот на '60-тите години на минатиот век на повеќе од 7% во 2004 година.⁸
- Во 2002 година, водечките хронични болести: кардиоваскуларни заболувања, рак, хронични респираторни заболувања и дијабетес, предизвикале смрт на 29 милиони лица на светско ниво.⁹

Ваквата превалентност на хроничните заболувања се должи на постојните трендови во растот на популацијата, дистрибуцијата на возраста и динамиката на заболувањата. Сето ова има сериозни импликации врз превенцијата и третманот на заболувањата, програмите за јавноста здравство и координацијата на акциите и програмите за унапредување на квалитетот на живот на хронично болните.

1.2. Ризик фактори за појава на хронични заболувања

Бројни фактори влијаат врз нашата здравствена состојба. Некои од овие фактори влијаат на индивидуално ниво, како на пример, нашето однесување или генетските предиспозиции, додека, пак, други влијаат на пошироко социјално ниво, како на пример,

⁷ National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009, *The Power of Prevention: Chronic disease... the Public Health Challenge of the 21st Century*, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, p. 1. Available at: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/2009-Power-of-Prevention.pdf>. Last time visited on 15.11.2013.

⁸ National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009, *Chronic Disease: The Power to Prevention: The Call to Control*, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, p. 1. Available at: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/pdf/chronic.pdf>. Last time visited on 15.11.2013.

⁹ Derek Yach, MBChB, MPH; Corinna Hawkes, PhD; C. Linn Gould, MS, MPH; Karen J. Hofman, MD, 2004, "The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control", *JAMA*, Vol. 291, Issue 21, p. 2616-2622, p. 2616.

достапноста на здравствените услуги, програмите за вакцинација или чистата и здрава животна средина. Сите овие фактори на влијание збирно се познати под поимот *детерминанти на здравствената состојба на поединцот*.

Детерминантите на здравствената состојба може да влијаат врз нашето здравје на позитивен или на негативен начин. Детерминантите кои влијаат врз здравствената состојба на негативен начин се нарекуваат *ризик фактори*. Тие може да ја зголемат можноста за развој на хронични заболувања или да го попречуваат третирањето на постојните состојби. Поконкретно, ризик факторот претставува аспект на личното однесување или стил на живеење, изложеност кон животната средина или вродена или наследена карактеристика, за која врз основа на епидемиолошките докази, се знае дека е поврзана со здравствената состојба која се смета дека е важно да се превенира. Секој даден ризичен фактор го зголемува ризикот од појава на болест.¹⁰

Ризик факторите за појава на хронични заболувања може да се систематизираат во неколку категории:

1. Бихејвиорални ризик фактори – ги опфаќаат начините на однесување на поединците кои се поврзани со здравствената состојба. Овие фактори се најподложни на промена од страна на поединците и често пати се основниот фокус на примарната здравствена заштита и активностите за унапредување на здравствената состојба. Најчестите ризик фактори кои предизвикуваат хронични заболувања се: пушење, ризично конзумирање на алкохол, физичка неактивност и неправилна исхрана.

- Секојдневното пушење ја опфаќа употребата на производи од тутун (вклучително цигари, самостојно направени цигари, пури и лулиња) на дневна основа. Тука не спаѓа цваќањето тутун и пушењето производи кои не се направени од тутун.
- Ризичното конзумирање на алкохол се дефинира во согласност со просечното дневно количество на внесен алкохол во текот на три дена во неделата. Така на пример за нискоризично ниво на внес на алкохол се смета количеството од 50 ml или помалку за мажи и 25 ml или помалку за жени. За ризично количество на

¹⁰ Public Health Agency of Canada, 2008, *Chronic Disease Risk Factor Atlas*, Minister of Public Works and Government Services Canada, p. 1.

алкохол се смета внесот на 50 до 75 ml за мажи и 25 до 50 ml за жени. Високоризично количество на алкохол се смета она кое е поголемо од 75 ml за мажи и над 50 ml за жени.

- Физичката активност се дефинира како, било кое физичко движење кое го прават мускулите, а кое резултира во трошење на енергија. Тоа опфаќа вежбање кое се дефинира како планирано, структурирано и повторливо движење на мускулите кое се прави за да се унапреди, или одржи, една, или повеќе, компонентни на добрата физичка кондиција. Иако повеќето мерки за физичка активност се фокусираат на намерената активност во текот на слободното време, други форми на активност, како на пример, пешачење, возење велосипед како превозно средство, активности поврзани со работата и дневни активности во домаќинството (пример, одржувањена градината), исто така придонесуваат за целокупната физичка активност на поединецот. За да се постигне корист за унапредување на здравствената состојба, се препорачува физичка активност со умерена интензивност во траење од 30 минути во текот на повеќето денови во седмицата. Поконкретно, тоа изнесува 30 минути во текот на барем 5 дена. Секоја активност под оваа, минимално препорачана активност се третира како *физичка неактивност*. Физичката неактивност се должи на животниот стил во кој преовладува седење, односно во кој постојат долги периоди на седење, читање, возење, гледање ТВ и работа на компјутер во поголем дел од денот.
- Неправилна исхрана која опфаќа недоволно внесување на овошје и зеленчук на дневна основа, висок внес на заситени маснотии итн.

2. Биомедицински детерминанти на здравствената состојба и ризик фактори – детерминанти кои постојат во човечкото тело, како на пример, висок крвен притисок, прекумерна телесна тежина, попречена регулација на нивото на гликоза во телото и високо ниво на холестерол во крвта. Ефектите од овие фактори многу често се под влијание на бихејвиоралните ризик фактори. Понекогаш самите биомедицински ризик фактори се сметаат за хронични состојби, како на пример, високиот крвен притисок. Слично на ова, некои хронични состојби може да се сметаат за биомедицински ризик фактори за други состојби. На пример, дијабетесот претставува ризик фактор за појава на кардиоваскуларни болести.

Во биомедицински ризик фактори за појава на хронични заболувања спаѓаат:

- Прекумерната телесна тежина се дефинира преку нумеричките вредности на индексот на телесна маса. Така, за прекумерна тежина се смета секоја вредност на индексот на телесна маса со вредност помеѓу 25 и 30, додека за обеситис се смета секоја вредност на индексот на телесна маса поголема од 30 мерни единици.
- Високиот крвен притисок (хипертензија) претставува пролонгирана покаченост на крвниот притисок која може да предизвика отежната работа на срцето отколку вообичаено што, пак, води до тоа срцето да се зголеми и заслабне со тек на време. За висок крвен притисок се сметаат следниве состојби: систоличен крвен притисок со вредност од 140 mmHg и повеќе, дијастоличен крвен притисок од 90 mmHg и повеќе и состојбата кога се примаат лекаства за регулирање на крвниот притисок.
- Високо ниво на холестерол што претставува масна супстанција која ја произведува црниот дроб и која се пренесува преку крвниот систем.

3. **Други фактори** кои можат да се категоризираат на следниов начин:

- Детерминанти кои не можат да се променат, затоа што се надвор од контролата на поединецот. Тука спаѓаат: процесот на стареење, полот на поединецот, статусот на попреченост, генетиката итн.
- Социјални детерминанти/ ризик фактори кои опфаќаат услови во кои поединецот е роден, растел, живее, работи и старее. Овие околности се под влијание на распределбата на финансиските средства, моќ и ресурси на глобално, национално и локално ниво кои пак се под влијание на макроекономските политики.
- Фактори поврзани со животната средина кои опфаќаат: контаминација на водата и воздухот, болести кои се пренесуваат преку инсекти и животни, болести предизвикани од загадување на воздухот или изложеност на хемикалии, повреди кои се резултат на системите кои функционираат на работното место или сообраќајот, катастрофи или промени во еколошките системи кои се поврзани со климатската промена. Примери за ризици за појава на хронични заболувања кои се поврзани со природната животна средина: висока изложеност на УВ зрачење (хронични состојби на очите и кожата, како на пример, катаракта, рак на очите,

меланома и немаломомски рак на кожата), ниска изложеност на УВ зрачење (недостаток на витамин Д што води до болести на коските како остеопороза), загаденост на воздухот (акутни и хронични нарушувања на респираторниот и кардиоваскуларниот систем) и влошување на астмата и алергиите), чад од цигари (болести на белите дробови, рак на назалните синуси и градите, коронарни заболувања и хронични респираторни симптоми) итн. Примери за ризици за појава на хронични болести кои се поврзани со животната средина која ја создал човекот: специфични хемикалии и материјали како на пример, формалдехид (рак), азбест (мезотелиома, рак на белите дробови, азбестоза), дизајн и услови за движење во средината која ја изградил човекот, како на пример, поврзаност на уллиците, обрасци на употреба на земјиштето, густина на населеност, зелени површини, хронична изложеност на бучава која предизвикува зголемен кардиоваскуларен ризик вклучително и хипертензија, коронарни болести и срцев удар, влага и мувла која предизвикува зголемен ризик од респираторни заболувања и болести поврзани со астма.

- Стрес кој претставува физички или психолошки одговор на тензија. Може да биде предизвикан од повеќе различни фактори: притисок на работа, финансиски проблеми, заболувања, болести на член од семејството, смрт на некој близок итн.¹¹

1.3. Значајни карактеристики на хронично болните лица

Хроничните заболувања имаат извесни влијанија врз животот и начинот на функционирање на заболените лица и тие ги дефинираат нивните карактеристики. Во согласност со претходно изнесените дефиниции за хроничните заболувања, може да се извлечат следниве карактеристики на хронично болните лица:

- Пролонгирана заболеност која не може да се излечи;
- Функционална попреченост или неспособност;
- Неспособност пациентот да се грижи самиот за себе;
- Потреба од медицинска грижа и помош во функција на рехабилитација.

¹¹Australian Institute of Health and Welfare, 2012, *Risk Factors Contributing to Chronic Diseases*, Australian Institute of Health and Welfare, p. 17 – 50.

2. АСПЕКТИ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ ПОВРЗАНИ СО ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА НА ПОЕДИНЦИТЕ

2.1. Дефиниција на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците

Во текот на изминатите 40-тина години особено се актуелизира прашањето за квалитетот на животот на поединците и се зајакна методолошката ригорозност на емпириските истражувања од оваа сфера. И покрај тоа, сепак постојат сериозни ограничувања на напредокот на сознанијата заради тоа што се уште не е усвоена еднозначна дефиниција за поимот *квалитет на живот*.

Светската здравствена организација ја дефинира здравствената состојба како состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само како отсуство на болест. Согласно со оваа дефиниција, при разгледувањето на здравствената состојба не се важни само индикациите за промена на зачестеноста и интензитетот на заболувањата, туку е важно и да се направи проценка на благосостојбата со крајна цел да се унапреди квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба.¹²

Квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба може да се разгледува на индивидуално ниво и на ниво на заедница. На индивидуално ниво, квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба ги опфаќа ризиците по здравјето и условите, функционалниот статус, социјалната поддршка и социо-економскиот статус. На ниво на заедница, квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба ги опфаќа ресурсите, условите, политиките и практиките кои влијаат врз перцепциите на популацијата во врска со здравјето и функционалниот статус.¹³

¹² World Health Organization, 1997, *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, WHO, p. 1.

¹³ Kindig DA, Booske BC, Remington PL. 2010, "Mobilizing Action toward Community Health (MATCH): Metrics, Incentives, and Partnerships for Population Health", *Prev Chronic Dis*, Vol. 7, Issue 4, Available at: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0019.htm.

Од овие дефиниции е јасно дека квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба претставува мултидимензионален концепт кој во себе инкорпорира бројни домени поврзани со физичкото, менталното, емоционалното и социјалното функционирање. Тој, исто така, е многу повеќе од директно мерење на здравствената состојба, очекуваното траење на животот и причините за смртта и се фокусира врз влијанието на здравствениот статус врз квалитетот на животот.¹⁴

Постои и еден друг пристап за дефинирање на квалитетот на животот поврзан со здравјето според кој со овој поим се опишува индивидуалното ниво на задоволство или среќа со домените на животот кои влијаат на или се под влијание на здравствената состојба.¹⁵ Значи, за квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците е значајно влијанието на заболувањата врз физичкото, социјалното, психолошкото/емоционалното и когнитивното функционирање.¹⁶

2.2. Социо-демографски, клинички и социјални влијанија врз квалитетот на живот, поврзан со здравствената состојба на хронично болните лица

Во овој дел од специјалистичкиот труд ќе прикажеме еден концептуален модел за детерминантите на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците. Преку него настојуваме да го прикажеме опфатот на концептот квалитет на животот поврзан со здравствената состојба на поединците и неговите домени. Станува збор за следниве домени на детерминанти:

- **Карактеристики на поединецот и на опкружувањето во кое тој живее** – во овој домен влегуваат фактори кои влијаат на пет нивоа: интраперсонални фактори

¹⁴Centers for Disease Control and Prevention.2000, *Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-related Quality of Life*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

¹⁵Wilson IB, Cleary PD. 1995, "Linking clinical variables with health-related quality of life", *JAMA* Vol. 1995, p. 59-65.

¹⁶ Ware, J. E., 1995, "The Status of Health Assessment 1994", *An Rev Pub Health*, Vol. 16, p. 327-354.

(карактеристики на поединецот), интерперсонални фактори (формални и неформални системи на социјална поддршка), институционални фактори (организации како на пример, училишта или здравствени установи), фактори од заедницата (односи помеѓу институциите и неформалните социјални мрежи во одреден област) и јавна политика (локални, државни и национални закони и политики).

Карактеристиките на поединецот се категоризираат како демографски, развојни, психолошки и биолошки фактори кои влијаат на здравствената состојба и квалитетот на животот кој е поврзан со нејзе. Епидемиолошките докази укажуваат на постоење на врска помеѓу индивидуалните карактеристики и биолошкото функционирање на поединецот и тоа преку идентификување на атрибути или начини на однесување кои ја зголемуваат или намалуваат веројатноста за развој на здравствени проблеми. Биолошките фактори вклучуваат индекс на телесна маса, боја на кожата и семејна историја поврзана со генетски условените болести и ризик за појава на болест. Демографските фактори кои вообичаено се поврзуваат со појавата на болести се: полова припадност, возраст, венчalen статус и етничка припадност. Иако овие лични карактеристики се релативно неменливи, тие сепак може да бидат предмет на таргетирање на интервенциите наменети за специфични групи на поединци.

Развојниот статус е исто така индивидуална карактеристика која е особено значајна за здравствената состојба од аспект на нејзиното влијание врз биолошкото функционирање. Иако таа не е стабилна варијабла, сепак не може да биде сменета по пат на интервенции. Сепак, и покрај тоа, се дизајнираат интервенции со цел да се промени однесувањето на поединците во поглед на нивното здравје кои го земаат предвид развојниот статус на поединецот.

Психолошките фактори се динамични, може да се менуваат и се респонзивни на интервенции. Тука спаѓаат: когнитивното функционирање, афективното реагирање и мотивацијата како динамични интраперсонални фактори. Когнитивното

функционирање опфаќа фактори како што се: знаењето, уверувањата и ставовите кон болеста, нејзиниот третман или личното однесување. Афективното реагирање ги опфаќа предизвиканите емоции како што се на пример, анксиозност, страв, тага или среќа. Мотивацијата, пак, се базира на лична посветеност и решеност. Притоа, треба да се прави разлика помеѓу различните видови на мотивација која произлегува од различни причини за реализација на одредена активност. Внатрешната мотивација претставува отпочнување и одржување на однесување само поради задоволството и уживањето кое тоа однесување го носи со себе. Се базира на чувството на автономија или самоиницијативност и избор. Надворешната мотивација за одредено однесување е одредена од наградите и поттиците кои се достапни во окружувањето, па оттука, таа се јавува во опкружувањето, а не по избор на поединецот.

Сите овие динамични психолошки фактори може да влијаат еден на друг.

Карактеристиките на опкружувањето во кое живее поединецот може да се систематизираат или како социјални или како физички. Карактеристиките на социјалното опкружување се состојат од интерперсоналните или социјалните влијанија врз здравствената состојба и тука спаѓаат: влијанието на семејството, пријателите и здравствените организации. Ефектите на социјалното окружување се под силно влијание на културното наследство на поединецот. Карактеристиките на физичкото окружување на поединецот ги опфаќаат неговиот дом, соседството и работното место, кои позитивно, или негативно, влијаат врз здравствената состојба.

- **Биолошко функционирање** (уште познато како биолошки и психолошки варијабли) – ги опфаќа динамичните процеси кои ги поддржуваат секојдневниот живот. Биолошкото функционирање се разгледува многу широко и ги опфаќа сите процеси на молекуларно, клеточно ниво и на ниво на целиот организам. Тие претставуваат континуитет на идеално функционирање, од една страна и сериозни патолошки функции кои го загрозуваат животот, од друга страна. Промените во биолошкото функционирање директно или индиректно влијаат врз сите

компоненти на здравствената состојба, вклучително: симптоми, функционален статус, перцепции за здравствената состојба и целокупен квалитетот на животот. Оптимизирањето на биолошкото функционирање претставува интегрален дел од холистичката нега за поединците.

Инаку, биолошкото функционирање е под влијание на индивидуалните и карактеристиките на окружувањето на поединецот и на нивната интеракција. Индивидуалните карактеристики влијаат врз биолошката ранливост и отпорност на поединецот. Индивидуалните генетски карактеристики влијаат врз биолошкото функционирање преку наследните и вродените болести како што се цистичната фиброза и анемијата. Генетските особини предизвикуваат предиспонираност на поединците кон развој на одредени заболувања како на пример, воспалителни, дегенеративни, метаболични и неопластични болести. Психолошките карактеристики како на пример знаењето и ставовите влијаат врз изборите кои поединците ги прават во поглед на својот животен стил и тие во крајна линија влијаат врз биолошкото функционирање.

Физичките и социјалните фактори од окружувањето на поединците исто така влијаат на биолошкото функционирање. На пример, изложеноста на патогените во окружувањето може да предизвика инфективни болести. Друг пример: животот во заедница со висока стапка на криминал може да доведе до трауматски повреди.

Врз биолошкото функционирање влијае и интеракцијата помеѓу индивидуалните фактори и карактеристиките на окружувањето.

- **Симптоми** – перцепција на пациентите во врска со абнормалната физичка, емоционална или когнитивна состојба. Може да се категоризираат како физички, психолошки и психофизички. Симптомите може да се мерат со инструменти од типот на глобални мерки, мерки кои се специфични за одредени состојби и мерки специфични за одредени симптоми. При нивната анализа особено е значајно да се утврди фреквенцијата на нивната појава, интензитетот и стресот кој тие го

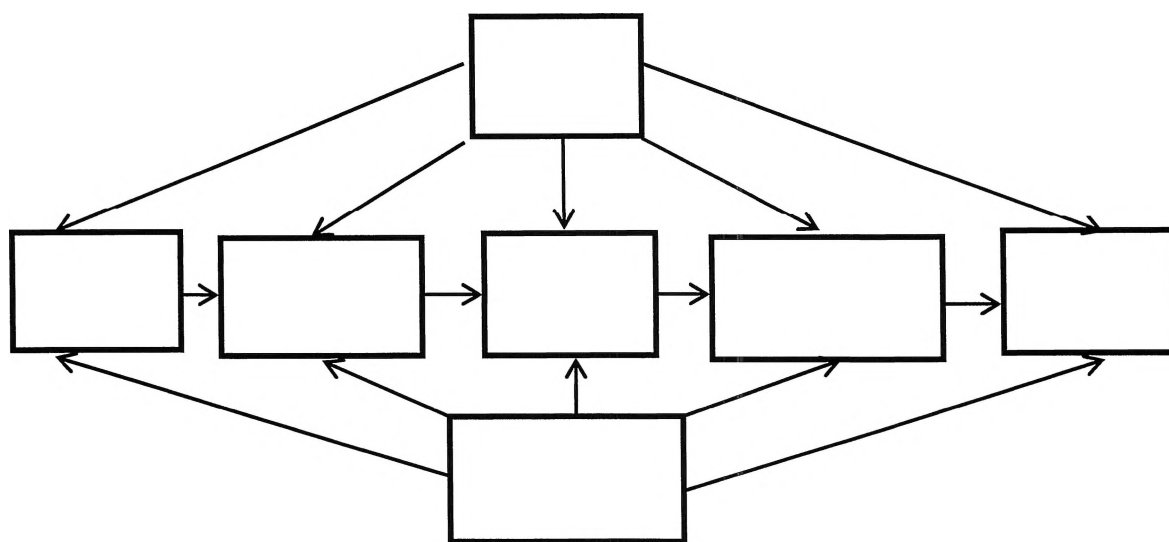
предизвикуваат. Други димензии кои треба да бидат вклучени во мерењето на симптомите се: квалитет, третман, последици, локализираност и тајминг на симптомите.

- **Функционален статус** – широко дефиниран како способност на поединецот да извршува работни задачи во различни домени како на пример, физичко функционирање, социјално функционирање, извршување на одговорностите и социјалните услоги и психолошко функционирање. Ги опфаќа следниве димензии: функционален капацитет (функционална способност), функционални перформанси, користење на функционалниот капацитет и функционална резерва. Функционалниот капацитет се дефинира како максимален капацитет на поединецот да извршува одредена работна задача од психолошки, социјален, физички и когнитивен домен. Функционалните перформанси ги опфаќаат активностите кои се извршуваат на секојдневна основа. Тие претставуваат интегриран одговор и се одредени од бројни фактори како на пример, личен избор, вредности и мотивираност. Може да се оценуваат од аспект на ниво на физичка активност и потрошен енергија или како самопријавени активности во различни категории. Функционалните перформанси може да се под влијание на функционалниот капацитет, како на пример, во случајот кога функционалниот капацитет го ограничува извршувањето на секојдневните активности. Третата димензија, користењето на функционалниот капацитет, се однесува на процентот од функционалниот капацитет кој се користи на дневна основа. Четвртата димензија, функционалната резерва, се однесува на разликата помеѓу користењето на капацитетот и самиот функционален капацитет. Луѓето генерално не функционираат при 100% искористеност на нивниот функционален капацитет. Кога функционалниот капацитет опаѓа поради здравствени проблеми, лицето може да има потреба од употреба на поголем дел од неговиот функционален капацитет или да ги намалат дневните активности. Користењето на капацитетот е тесно поврзано со функционалната резерва и укажува на неискористениот потенцијал. Поединците со низок капацитет и многу ниски функционални перформанси може да имаат прилично голема функционална резерва.

Инаку, функционалниот статус е под влијание на бројни фактори како на пример, биолошкото функционирање и симптомите, а и неговите субдимензии се под влијание на карактеристиките на поединецот и неговото опкружување.

- **Генерални перцепции за здравствената состојба** – ги интегрираат сите претходно споменати компоненти и се од субјективна природа. Претставуваат синтеза на различните аспекти на здравствената состојба кои се предмет на целокупната проценка.
- **Целокупен квалитет на живот** – е субјективно одредена благосостојба која е во врска со степенот на задоволство и среќа со животот во целина. Се однесува на бројни домени како на пример, психолошкото и спиритуалното функционирање на поединецот, неговите социјални и економски услови, здравствената состојба и функционирањето итн. Оценката за целокупниот квалитет на животот се формира во согласност со вредностите, ставовите и нормите на поединецот и претставува мултидимензионален концепт.¹⁷

Сумарно, овој модел може графички да се прикаже на следниов начин:



¹⁷ Ferrans, Carol Estwing, Julie Johnson Zerwic, Jo Ellen Wilbur, Janet L. Larson, 2005, "Conceptual Model of Health-Related Quality of Life", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 37, Issue 4, p. 336 – 342.

Слика бр. 1: Графички приказ на моделот на детерминантите на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединецот¹⁸

2.3. Мерење на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците

Целта за мерењето на квалитетот на животот е да се одреди обемот на степенот до кој медицинската состојба и нејзиното третирање влијаат врз животот на поединецот, и тоа на валиден и повторлив начин. Индикаторот за квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединецот, заедно со традиционалните мерки како на пример, преживување на болеста, реакција на болеста итн., е значајна за одредување на товарот на болеста.

Во практиката, најчесто употребуван инструмент за мерење на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединецот, е прашалникот кој им се администрира на поединците и на кој тие ги изразуваат своите субјективни ставови и перцепции околу различните аспекти поврзани со нивниот квалитет на живот. Не постои еден стандардизиран прашалник кој секогаш се употребува. Само за пример, 37 различни прашалници биле употребени во 69 студии за квалитетот на животот на поединците. Најпознати примери за мерни инструменти за квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците се: глобалните рангирања на промената кои се ad hoc и генерички (SIP, NHP, SF36; CHQ, PedsQL), потоа мерните инструменти базирани на корисноста (QWB, EuroQoL), инструментите со нестандардизирани профили (SEIQoL), инструменти кои се наменети исклучиво за пациенти кои страдаат од респираторни заболувања (CRDQ, SGRQ) и инструменти со специфични мерни скали (CFQ, CFQoL, FLZ-CF, DISABKIDS).¹⁹

¹⁸Ibid, p. 338.

¹⁹ Abbott, J., A. Hart, T. Havermans, A. Matossian, L. Goldbeck, C. Barreto, A. Bergsten-Brucefors, T. Besier, P. Catastini, F. Lupi, D. Staab, 2011, "Measuring Health-Related Quality of Life in Clinical Trials in Cystic Fibrosis", *Journal of Cystic Fibrosis*, Volume 10, Suppl. 2, p. S82-S85.

Прашалниците воглавно се употребуваат во специфични истражувачки контексти и не се широко прифатени во рутинската нега на пациентите. Причина за ова се неколку фактори поврзани со ставовите и знаењето како на пример, недостаток на знаење за прашалникот како инструмент, методите, терминологијата и перцепциите во врска со субјективните информации. Оттука, многу често се јавува ставот дека физиолошките податоци или опсервациите на докторите се попрецизни за мерење на квалитетот на животот на пациентите. Исто така, како ограничување се наметнува и трошокот околу употребата на прашалникот. Но и покрај тоа, неопходно е при одредувањето на нивото на квалитет на живот поврзан со здравствената состојба, да се вклучат и перспективите на пациентите како би можело да се конципира еден холистички пристап за интервенција во доменот на здравствената заштита.²⁰

Инаку, разликите кои постојат помеѓу различните инструменти за мерење на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците се должат на следниве неколку аспекти:

- Фокусираност на една конкретна болест или генеричност во пристапот;
- Еднодимензионални или мултидимензионални мерки;
- Спектар на вредности на резултатите.

А) Мерки кои се фокусирани на една конкретна болест наспроти генеричките мерки

Мерките кои се фокусирани на една конкретна болест се повпечатливи, имаат подобар фокус на функционалните области кои се од особен интерес и може да бидат пореспонзивни во поглед на интервенциите специфични за тоа заболување. Од друга страна, генеричките мерки овозможуваат споредби на интервенциите и дијагностичките услови што е особено значајно за креаторите на политиките во поглед на алокацијата на ресурсите за различни интервенции. Тие, исто така, овозможуваат квантификација на дисфункционалноста на поединците која постои при различни заболувања.

²⁰ Bendtsen, Preben, Matti Leijon, Ann Sofie Sommer and Margareta Kristenson, 2003, "Measuring Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Routine Hospital Setting: Feasibility and Perceived Value", *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 1, p. 5 – 13.

Б) Еднодимензионални наспроти мултидимензионални мерки

Оваа дистинкција е направена врз основа на степенот до кој мерниот инструмент се фокусира на одредени активности, односно се обидува да опфати цел спектар на живеењето кои може да влијаат врз личното задоволство со дадената состојба. Одредени мерки се фокусираат на специфични активности како на пример, пешачење, јадење или облекување (како на пример, Индексот за активности на секојдневна основа), додека пак други го мерат физичкото функционирање заедно со некои други апскети поврзани со здравјето како на пример, симптоми, емоционален статус, когнитивност, перцепции за здравствената состојба итн. овие вториве мерки се состојат од мерки кои се специфични за болеста и генерални мерки.

В) Спектар на вредности на резултатите

Резултатите од мерењето со примена на различни инструменти може да бидат прикажани како една агрегатна вредност, како серија на поиндикатори или како комбинација од агрегатна вредност и вредност на субагрегатните индикатори.²¹

Секоја мерка за квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба треба да ги исполнува следниве критериуми:

- Доверливост – да не постои мерка при мерењето.
- Доверливост на внатрешната конзистентност – степен на меѓусебна поврзаност помеѓу елементите кои ја сочинуваат мултидимензионалната мерка.
- Доверливост на тестирањето и повторното тестирање – мерка за можноста да се репродуцира мерната скала т.е. способност на мерката да даде конзистентни резултати за една стабилна популација со тек на време.

²¹ O'Connor, Rod, 1993, *Issues in the Measurement of Health-Related Quality of Life*, Proceedings from the Workshops in Patient-Centred Health Outcomes Measurement, Health program Evaluation, Questionnaire Design, and Decision making in Health Care, Melbourne, Australia: NHMRC National Centre for Health Program Evaluation, available from:
http://www.rodconnorassoc.com/issues_in_the_measurement_of_qua.htm#B%20CONCEPTS%20AND%20DEFINITIONS%20IN%20HEALTH-RELATED%20QUALITY%20OF%20LIFE.

- Валидност – степен до кој инструментот го мери концептот кој има намера да го мери.
- Валидност на содржината – степен до кој мерката ги вклучува најрелевантните и најважните аспекти на концептот во контекстот на примената на таа мерка.
- Валидност на концептот – степен до кој резултатите од мерката се поврзани со други мерки (како на пример, клинички индикатори) на начин кој е конзистентен со теоретски изведените а priori хипотези во врска со концептите кои се мерат.
- Валидност на критериумот – степен до кој резултатите од мерењето се соодветен одраз на она што се третира како „златен стандард“.
- Респонивност – степен до кој мерката може да ги детектира промените во концептот кој се мери низ тек на време.
- Можност за интерпретација на резултатите – степен до кој на резултатите добиено од мерењето може да им се одреди некое лесно разбирливо значење.
- Товар – време, напор и други ресурси кои ги сносат оние на кои им се администрира инструментот (товар кој го сносат респондентите) или оние кои го администрираат инструментот (товар на истражувачот или административен товар).²²

²² International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), 2013, *What Is Health-Related Quality of Life Research?*, ISOQOL, available from: <http://www.isoqol.org/about-isoqol/what-is-health-related-quality-of-life-research>

3. КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ НА ПОЕДИНЦИТЕ СО ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

3.1. Специфични влијанија на хроничните заболувања врз квалитетот на животот

Во овој дел од специјалистичкиот труд ќе направиме осврт на наодите од повеќе емпириски студии кои го оценувале влијанието на хроничните заболувања врз квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба.

Најпрвин ќе го разгледаме истражувањето спроведено од страна на Rothrock, Hays и Spitzer во 2010 година спроведено врз популација од 21 133 испитаници. Основниот аспект на кој се фокусираше ова истражување е корелацијата помеѓу бројот на хронични заболувања од кои страда поединецот и квалитетот на неговиот живот. Испитувано е влијанието на вкупно 24 хронични заболувања за кои се претпоставува дека ја ограничуваат активноста и функционлноста на хронично болните, а освртот е направен на 5 домени поврзани со здравствената состојба: *физичко функционирање, замор, болка, емоционален стрес и социјално функционирање*. Утврдено е дека постоењето на хронично заболување довело до пониски оценки за квалитетот на животот. Кај лицата кои страдале од две или повеќе хронични болести, утврдено е, позначително намалување на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба во споредба со лицата кои не страдале од ниту едно хронично заболување или оние лица кои страдале од едно хронично заболување ($p < 0,0001$).²³ До исти резултати е дојдено и при истражувањето спроведено од страна на Центрите за контрола и превенција на болести спроведено во 2007 година.²⁴

²³ Rothrock NE, R. D. Hays, K. Spritzer et al., 2010, "Relative to the General US Population, Chronic Diseases are Associated with Poorer Health-Related Quality of Life as Measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement System (PROMIS)", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 63, p. 1195-1204.

²⁴ Centers for Disease Control and Prevention, 2007, *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data: 2007*, available from: http://www.cdc.gov/brfss/technical_infodata/surveydata/2007.htm

Друго значајно истражување е она спроведено во руралните средини во Канада од страна на Thommasen и Zhang. Истражувањето било спроведено со примена на мешан истражувачки метод: анкетни прашалници испратени по пошта и ретроспективна анализа на здравствени досиеја. Испитуваната популација се состоела од поединци на возраст од 17 години и нагоре. Испитувањето се спровело во периодот август – декември 2001 година. Квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба се мерел со примена на т.н. Short Form Health Survey кој се состои од 36 прашања. Хроничните болести кои биле предмет на ова истражување се: дијабетес, хипертензија, хронични опструктивни болести на белите дробови, болести на коронарната артерија, хиперлипидемија, депресија/анксиозност, рак, остеоартритис, инфламаторен артритис и хронични болки во грбот и вратото. Истражувањето покажало дека најпревалентно заболување помеѓу испитаниците е хипертензијата (кај 17% од испитаниците), депресијата/анксиозноста (кај 13% од испитаниците), хиперлипидемијата (11%), хроничните болки во грбот и вратото (115) и остеоартритисот (9%). Исто така, утврдено е дека растечкиот број на постоечки хронични заболувања е силен предвидувач на слабиот квалитет на живот поврзан со здравствената состојба. Имено, хроничните болести влијаеле на најмалку една сфера на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба како на пример, социјално функционирање, физичка активност, број на денови во текот на кои испитаникот не се чувствува добро, ментално здравје, перцепции во врска со здравствената состојба итн. Што е уште позначајно, дури и умерени манифестации на хроничните заболувања имаат негативни импликации врз квалитетот на животот.²⁵

Истражувањето спроведено од страна на Wang, Beyer, Gensichen и Gerlach во 2007 година опфатило хронично болни пациенти кои се лекуваат во 20 ординации за општа пракса во Германија. Испитаниците биле на возраст од 14 години и постари и тие одговарале на т.н. *прашалник* The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) со кој како домени на квалитетот на животот поврзани со здравствената состојба на хронично болните лица се оценуваат следниве: физичко функционирање, ограниченост поради физички проблеми, телесна болка, општа здравствена состојба, виталност, социјално

²⁵ Thommasen, H. V., W. Zhang, 2006, "Impact of Chronic Disease on Quality of Life in the Bella Coola Valley", *Rural and Remote Health*, Vol. 6, p. 528 – 545.

функционирање, ограниченост поради емотивни проблеми и ментално здравје. Врз основа на вредностите на индикаторите за овие димензии пресметани се вредностите за мерките за физичкото и менталното функционирање. За потребите на студијата иницијално било пристапено до 1231 пациенти во вкупно 20 ординации за општа пракса, од кои 1041 се согласиле да учествуваат, а 1009 биле подобни за истражување. Од подобните кандидати, 61,4% биле жени. Просечната вредност на испитаниците била 48,4 години. Вкупно 428 (42,4%) од испитаниците немале никакво хронично заболување, додека 37,4% страдале од едно хронично заболување, 15,4% од две, а 4,9% страдале од три или повеќе хронични состојби. 914 испитаници дале одговори на сите прашања поврзани со димензиите на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба. Утврдено е дека од нив 707 лица (77,4%) воочиле еден или повеќе проблеми во поглед на димензиите на квалитетот на животот. Притоа, понагласено е влошувањето на квалитетот на животот кај оние испитаници кои страдаат отколку кај оние кои не страдаат од некое хронично заболување. Овие разлики се особено нагласени во доменот на секојдневната ограниченост на нормалното функционирање и тоа многу повеќе во поглед на физичкото, отколку менталното функционирање. Најзначајни предиктори на намалениот квалитет на животот се состојбите на болка во грбот и колената, депресијата и ракот. Квалитетот на животот е особено намален доколку станува збор за состојба на мултиморбидитет, односно присуство на повеќе хронични болести кај еден ист пациент.²⁶

3.2. Начини за неутрализирање на негативните влијанија на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на поединците

Ескалирачкиот проблем со преваленцијата на хроничните болести и нивното негативно влијание врз квалитетот на животот поттикна конципирање на мерки и програми за интервенции во доменот на јавното здравство. Притоа, интервенциите не се фокусирани на надминувањето на негативните импликации од поединечни хронични заболувања, туку генерално се однесуваат на сите хронични заболувања. Целта е да се изгради интегриран и

²⁶ Wang, Hong-Mei, Martin Beyer, Jochen Gensichen and Ferdinand M Gerlach, 2008, "Health-Related Quality of Life among General Practice Patients with Differing Chronic Diseases in Germany: Cross Sectional Survey", *BMC Public Health*, Vol. 8, p. 246 – 257.

координиран систем за превенција и управување со хроничните заболувања во кој ќе се реализираат продуктивни интеракции помеѓу поединците, семејствата, заедниците и здравствените организации и тоа на проактивен начин кој е фокусиран на поединците и нивните семејства и кој ќе нуди пристап до квалитетна нега и заштита на вистинското место и во вистинското време.

Ваквиот систем нуди пореспонзивен пристап кон хронични болести кој се базира на усвоените ставови дека хроничното заболување:

- Е континуирана состојба која налага проактивна, планирана и интегрирана нега во рамки на системот во кој пациентите треба лесно да се снаоѓаат;
- Ги поаѓа корисниците на системот на здравствена нега и заштита кои неопределено долго живеат со болеста и нејзините симптоми што налага тие да бидат активни партнери во менаџирањето на нивната состојба, а не само пасивни приматели на негата;
- Налага мултидимензионална нега од страна на медицински и немедицински лица од различни области кои треба да соработуваат заедно за да задоволат широк спектар на потреби на хронично болните;
- Може да бидат спречени преку унапредување на здравствената состојба и реализација на стратегии за превенција на заболувањата кои се таргетирани кон целокупната популација, особено кон оние припадници кои се склони кон висок ризик од појава на хронични болести.²⁷

Компонентите на системот за превенција на хроничните болести, нивно менаџирање и намалување на негативните ефекти од нив врз квалитетот на животот на пациентите опфаќаат:

- Активирани заедници и подготвени, проактивни партнери кои:
 - Соработуваат со организациите за здравствена заштита во идентификувањето и одредувањето на приоритети помеѓу прашањата кои влијаат на здравствената состојба на популацијата;

²⁷ Ministry of Health and Long-Term Care, 2008, *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*, Ministry of Health and Long-Term Care, p. 7.

- Реализираат активности од доменот на политиките за здравствена заштита и изградба на средина за поддршка на ваквите мерки;
 - Соработуваат со организациите за здравствена заштита во развојот, поврзувањето и координирањето на услугите и информациите за поединците и семејствата;
 - Во услугите за здравствена заштита интегрираат информации и програми кои се однесуваат на заедницата.
- Информирани и вклучени поединци и нивните семејства кои делуваат во сферата на:
 - Образование, советување, програми за промена на однесувањето и информации за поединците и семејствата во функција на развој на вештини за здрав живот и справување со хроничните заболувања;
 - Имплементација на мерки за поединците и семејствата да станат посамостојни и да комуницираат со здравствените организации;
 - Формирање на тимови за нега и заштита кои се вклучени во процесот на донесување одлуки за и планирање на здравствената заштита;
 - Управување со информациите и ресурсите кои се достапни и се наменети за задоволување на нивните потреби;
 - Реализацијата на програми на ниво на заедница и алокацијата на ресурси кои се интегрирани во здравствената нега.
 - Подготвени, проактивни тимови од сферата на здравствената заштита кои делуваат во сферата на:
 - Унапредување на здравјето, примарната, секундарната и терцијарнта превенција инкорпорирани во негата;
 - Лидерство, усогласени иницијативи, политики, ресурси, мерења и отчетност во поглед на промените во системот на здравствена заштита;
 - Интердисциплинарни тимски практики преку кои се воспоставуваат врски со специјалистите и во рамки на кои организациите за здравствена нега и заштита на колаборативен начин нудат нега фокусирана на пациентите и тоа на координиран начин;

- Интегрирани електронски информациона системи со сеопфатни, прецизни и точни информации за провајдерите на услуги и поединците како ви се споделувале информации и би се донесувале соодветни одлуки;
- Алатки за превенција, проценка и управување кои инкорпорираат планирани интеракции и овозможуваат следење, а се базирани на емпириски докази.

Резултатите од овој систем се:

- На ниво на заедница:
 - Зголемена соработка со здравствените организации во идентификувањето и одредување на приоритети на прашањата кои влијаат врз здравствената состојба;
 - Зголемена активност на ниво на заедница во функција на формулирање на соодветни политики за јавно здравство и изградба на средина која ќе ги задовлува потребите на популацијата;
 - Зголемена свесност, поврзаност и соработка во поглед на програмите, информациите и ресурсите на ниво на заедница.
- На ниво на поединци и семејства:
 - Унапредени вештини и знаење за однесувањето кое позитивно влијае врз здравствената состојба;
 - Унапредено разбирање за улогата на поединците и семејствата како партнери на здравствените организации;
 - Унапредено знаење за процесите на заболувањата од кои страдаат и нивното менаџирање;
 - Упатеност во врска со програмите и ресурсите на ниво на заедница наменети за превенција на хроничните болести.
- На ниво на здравствени организации:
 - Унапредено знаење вештини и алатки за инкорпорирање на превенцијата во медицинските практики;
 - Промени во системот и пружање на поттици, усогласување на полииките, ресурсите, мерење и отчетност;

- Работа на интердисциплинарни тимови кои координирано пружаат поквалитетна нега и заштита;
- Унапредување на пристапите за превенција, проценка и управување со хроничните заболувања.

Конечниот исход од делувањето во сите овие домени се унапредени клинички резултати, намален товар од хроничните болести и унапредена одржливост на здравствениот систем.²⁸

3.3. Улогата на социјалната работа во надминувањето на негативниот одраз на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на поединците

Управувањето со хроничните болести и намалувањето на нивното негативно влијание врз квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба претставува значаен предизвик за социјалните работници и тоа не само поради мноштвото формални и неформални услуги кои им се потребни на хронично болните, туку и поради потребата за поддршка и овластување на самите пружатели на медицинска нега и заштита. Постојат неколку значајни карактеристики на хроничните болести кои треба да се земат предвид кога се оценува нивното значење при конципирањето и имплементирањето на соодветна социјална работа:

1. Траекторијата на многу сериозни хронични болести е нагласено сменета, па така голем број на заболувања преминуваат од акутни кон долготрајни, хронични со епизоди на влошување и повторно појавување на болеста кои се испрекинати со продолжителни периоди на добро функционирање.
2. Траекторијата на напреднатите хронични заболувања се менува на долг рок и притоа, се комбинираат лекувачки и палијативни третмани.

²⁸ Ministry of Health and Long-Term Care, 2008, *Logic Model for Ontario's Chronic Disease Prevention and Management Framework*, Ministry of Health and Long-Term Care, available at: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/logic_model.pdf.

Специфичната улога на социјалните работници во поглед на здравствената нега и заштита на хронично болните е да пружат помош во врска со психолошките, бихејвиоралните и социјалните фактори преку: а) задоволување на психосоцијалните здравствени потреби на поединците и нивните семејства, б) пружање на интервенции кои се неопхони за да се задоволат психосоцијалните потреби и да се унапреди прилагоденоста на поединците кон болеста и состојбата на попреченост и в) развој и имплементација на ефективни модели за испорака на соодветни здравствени услуги.

Првиот чекор е пружање на психо-социјална проценка на потребите на лицата со хронични заболувања. Целта е позитивно да се влијае врз когнитивното и физичкото функционирање на поединците преку координирана активност на лекарите, медицинскиот персонал, физикалните терапевти, фармаколозите, специјалистите за исхрана, социјалните работници и др. Психо-социјалната проценка се фокусира на следниве неколку домени:

- Физичка благосостојба и здравствена состојба – опфатени се следниве аспекти: присуство на болка, нутриционистички статус, ризик од паѓање, дентално или орално здравје, сензорни перцепции, употреба и злоупотреба на лекаства итн.;
- Психолошка благосостојба и ментално здравје – опфатени се апскеит како депресија, анксиозност и деменција;
- Когнитивна способност – постепено намалување на меморијата, селективно памтење, способност за процесирање на информации и решавање на проблеми, способност за планирање, организирање, секвенционирање и апстрахирање итн.;
- Способност за реализација на секојдневни активности (како на пример, облекување, јадење, бањање, мобилност итн.) и помошни (инструментални) активности на дневна основа (како на пример, готвење, чистење, купување намирници, употреба на транспортни средства, администрирање на лекаства итн.);
- Социјално функционирање – социјална интегрираност, задоволство од социјалната поддршка итн.;
- Физичко окружување – пред сè се мисли на домот;
- Проценка на негата од членовите на семејството.

По извршената проценка, социјалната работа треба да се фокусира на задовлување на био-психолошките потреби на хронично болните лица преку пружање на одредени сулуги. Следува преглед на најчестите био-психолошки потреби и услуги за нивно задоволување;

- Информации и образование во врска со хроничното заболување, неговиот третман, трошоците поврзани со третманот на заболувањето, одржување на здравствената состојба и услугите кои им се достапни на пациентите. Оваа потреба може да се задоволи преку пружање на следниве услуги:
 - Обезбедување на континуиран пристап до информации и образование во врска со хроничното заболување, неговиот третман, трошоците поврзани со третманот на заболувањето, одржување на здравствената состојба и психо-социјалните и финансиските услуги кои им се достапни на пациентите;
 - Поддршка на пациентите и нивните семејства при донесувањето на одлуки во врска со третманот на болеста и аранжманите за неџа;
 - Пружање корисни информации и поддршка преку услуги како што се курсеви за здравствена заштита, семинари за управување со болеста итн.
- Помош при управувањето со заболувањето во текот на сите негови фази т.е. превенција, дијагноза, третман, повторно појавување на болеста и нејзино влошување и напредната фаза на болеста. Услуги во овој домен се:
 - Интервенции за координација на неџата како би се овозможиле посоодветни услуги и би се помогнала со транзициите при неџата;
 - Сеопфатни програми за управување со болеста и неџа за самиот себе;
 - Интервенции кои зависат од карактеристиките на болеста (на пример, загрозеност на животот), степенот на функционална или социјална попреченост, степенот на болка и nelaгодност и достапната поддршка.
- Помош при справувањето со емоциите кои се пропратен елемент на болеста и нејзиното лечење коџа се реализира преку следниве услуги:
 - Програми за поддршка на ниво на заедница;
 - Програми кои опфаќаат советување за пациентите и нивните семејства;
 - Фармаколошки третман на депресија/ анксиозност заедно со психотерапија;
 - Обука за вештини за справување со болката и nelaгодноста.

- Помош при промена на однесувањето во функција на намалување на влијанието на болеста и нејзиното лечење и управувањето со нивните ефекти која се реализира преку следниве услуги:
 - Интервенции за унапредување на здравствената состојба преку: проценка и мониторинг на клучните начини на однесување во врска со здравствената состојба, како на пример, начин на исхрана, пушење, физичка активност и советување за употреба на лекарства.
- Материјални и логистички ресурси кои се задоволуваат преку пружање на финансиски средства, обезбедување на пристап до домашна нега, промена на опкружувањето, информации за неформални пружатели на медицинска нега итн.
- Помош при управувањето со попреченоста за работа, реализација на активностите, учество во семејниот живот и социјалните мрежи која се реализира преку следниве услуги:
 - Образование и советување за членовите на семејството на хронично болниот, односно неговите пружатели на помош;
 - Помош при секојдневните и помошните (инструменталните) активности;
 - Информации за правна заштита и услуги;
 - Континуиран развој на социјални мрежи.
- Финансиски совет и/или, помош од типот на финансиско планирање или финансиско советување, советување во врска со осигурување итн.

Притоа, социјалната работа на доменот на намалување на негативното влијание на хроничните заболувања врз квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба треба да биде координирана и да опфаќа: интердисциплинарна нега и грижа, управување со негата кое опфаќа комбинација од проценка на здравствената состојба, планирање, едукација, бихејвиорално советување и координација, програми за самоуправување со хроничните заболувања кои с структурирани и временски ограничени интервенции кои се дизајнирани за да пружат информации во врска со здравјето и да ги оспособат пациентите да превземат активна улога во управувањето нивните хронични состојби, превентивни посети во домот на хронично болниот, едукација и поддршка на пружателите на нега и

нега при транзицијата од болничка кон домашна нега. Користите од ваквата координација на социјалната работа се повеќекратни:

- Намален број на хоспитализација,
- Унапреден континуитет на услугата за хронично болните, намалена смртност и намален број на случаи на хоспитализација,
- Намалување на интензитетот на заболувањата и подоследно придржување до третманот на болеста,
- Намалена стапка на повторна хоспитализација и унапредена контрола на хроничната состојба.²⁹

Следниот значаен домен на делување на социјалната работа во поглед на хроничните болести и неутрализирањето на нивното негативно влијание врз квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба е во сферата на придржување до режимот на третирање на заболувањето. Овој пристап го нагласува влијанието на поединецот, семејството, социјалните, економските и работните фактори во имплементирањето на реалистичен план за третман на заболувањето. Се реализира низ следниве фази:

1. Оценка и идентификување на проблемите поврзани со придржување до режимот на третирање на заболувањето – Во фазата на идентификација фокусот е ставен на оние фактори кои имаат најголема веројатност да влијаат врз придржување до третманот. Тука спаѓаат следниве фактори поврзани со волјата и способноста на пациентите да го следат режимот на лечење: социјална поддршка, животен стил, финансиски статус, уверувања во поглед на здравствената состојба, психолошка благосостојба, претходно искуство со придржување до режим на лечење и адоволство со режимот на третирање на заболувањето. Проценката на овие фактори пружа информации кои се значајни за развој на реалистичен план за третман на болеста кој е дизајниран така што ја зголемува веројатноста за придржување до третманот.

²⁹ Christ, Grace, Sadhna Diwan, 2008, *Chronic Illness And Aging: Section 2: The Role Of Social Work In Managing Chronic Illness Care*, Council on Social Work Education, National Center for Gerontological Social Work Education.

- Социјална поддршка: При анализата на социјалната поддршка всушност се проценува семејството, односно се идентификуваат неговите посилни страни и ризични фактори кои произлегуваат од него. Анализата опфаќа: а) социјален и економски статус на семејството, б) подготвеност на семејството да пружат поддршка и компетентност (знаење, технички вештини, способност за учење и решавање проблеми, организациски вештини итн.) за придржување до режимот на третман на заболувањето, в) стрес фактори кои потекнуваат од семејството како на пример, развод, повторно стапување во брак, губење на работното место, нов член на семејството или смрт во семејството, г) опсервација на семејните интеракции со цел да се пружат информации за способноста на семејството заеднички да работи да го реши конфликтот.
- Животен стил/ дневен распоред: Проценката на дневните рутини на пациентот и на неговото семејство често пати ќе укаже на постоење на конфликти помеѓу животниот стил и режимот на третман на болеста кои може да го поткопаат или целосно оневозможат придржувањето до третманот. Проценката се врши врз основа на сознанија за настаните во текот на обичен ден, во текот на секој час од денот и во текот на викенди.
- Психолошки фактори: Неколку психолошки проблеми се поврзани со придржувањето до медицинското третман: депресија, анксиозност, проблеми и пореметувањата со исхраната, злоупотреба на супстанции итн.
- Уверувања во поглед на здравствената состојба: Одлуките и однесувањето на пациентите кои се поврзани со нивната здравствена состојба се повеќе под влијание на нивното лично искуство со лечењето на заболувањата и нивните уверувања и ставови отколку што се под влијание на препораките на здравствените работници. Оттука, за медицинскиот тим е особено значајно целосно да ги разбере уверувањата и ставовите на пациентот за да може да се спречи формирање на погрешни перцепции и прибирање на погрешни информации кои би можеле да го поткопаат придржувањето до режимот. Тука спаќаат следниве уверувања: а) уверувањата на пациентот во врска со сериозноста на болеста, б) уверувањата на пациентот во поглед на изгледите медицинскиот третман да ја подобри медицинската состојба и в) уверувањата на пациентот за веројатноста користите од третманот да превагнат над потешкотиите и nelaгодностите од придржувањето до режимот на третман на болеста.

- Претходно искуство со прудржување до режимот на третманот на заболувањето/задоволството од претходните третмани: Претходните искуства со третманот на заболувањето пружаат солидна основа за предвидување на секое следно однесување околу придржувањето до режимот на третман на заболувањето. Во овој поглед се оценува пристапот на придржување на дневна, неделна и месечна основа и се лоцираат причините за непридржување (како на пример, погрешни перцепции во врска со пропишаниот режим).

2. Планирање на режимот на медицински третман на заболувањето – се превзема во функција на зголемување на ефективностa на планот за третман на заболувањето и поголемо придржување до режимот на третман преку земање предвид на психосоцијалните и бихејвиоралните фактори. Клучни аспекти на процесот на планирање на режимот на медицински третман на заболувањето се:

- Унапредување на развојот на реалистичен медицински режим: Медицинскиот режим треба да биде изводлив од аспект на реалната животна ситуација на пациентот. Пациентите се повеќе склони да се придржуваат до режимот на третман на заболувањето доколку режимот е „скроен“ според животниот стил на пациентот, минимизирани се промените на однесувањето и не постои нелагодност при реализацијата на режимот.
- Поттикнување на учеството на пациентот во планирањето на режимот: Придржувањето до режимот може да се унапреди преку развој на индивидуализирани медицински режими кои ги одразуваат преференциите на пациентот. Значајно е социјалниот работник да го поттикнува медицинскиот тим активно да го инволвира пациентот во планирањето на третманот и сериозно да ги земе предвид желбите и очекувањата на пациентот. Социјалниот работник треба да направи сè пациентот да биде информиран за сите опции за третман, вклучително и за ризиците и користите од секоја опција.
- Овозможување на комуникација: Неколку емпириски студии укажуваат на постоењето на позитивна корелација помеѓу комуникацискиот стил на медицинското лице и сфаќањето, задоволството и придржувањето до режимот на третман од страна на пациентот. Медицинските лица и социјалните работници треба поефективно да комуницираат со пациентите и тоа во согласност со нивните индивидуални барања и

проблемите поврзани со придржувањето до режимот. Пациентите, исто така, мора да бидат волни да слушаат и да работат во согласност со упатствата на медицинските лица. За да се осигура дека пациентите целосно ги разбираат медицинските информации и упатствата, социјалните работници ги поттикнуваат здравствените работници рутински да ги прашуваат пациентите да ги повторат медицинските информации и упатства. На овој начин подоцна може да се корегираат недоразбирањата.

- Поттикнување на заедничко донесување одлуки: Штом еднаш ќе се воспостави ефективна комуникација, социјалниот работник треба да ги поттикнува и насочува здравствените работници заеднички да работаат со пациентите при дизајнирањето на план за третман на заболувањето. Вклучувањето на пациентот е особено важно, заради тоа што целите на пациентот во поглед на исходите од третманот често пати се разликуваат од оние на здравствените работници.

3. Овозможување на промена на однесувањето – пациентите кои се дијагностицирани со хронично заболување често пати мораат да го променат своето однесување и да формираат нови начини на однесување со цел да може да го имплементираат препорачаниот режим на третман на заболувањето. Стратегиите што социјалните работници може да ги применат за да поттикнат промена во однесувањето опфаќаат:

- Иницирање на нови начини на однесување: Раниот успех во процесот на промена на однесувањето ги охрабрува пациентите и ја зацврстува нивната волја да се придржуваат до режимот на третман на заболувањето. За промена на однесувањето на пациентите се применуваат следниве техники:

- Преведување на целите за третманост во цели поврзани со однесувањето – пациентите мора да сфатат зошто е неопходно ново или променето однесување за да се постигнат целите на третманот на заболувањето. Тие мора конкретно да планираат како, кога и каде ќе се манифестира нивното ново однесување.
- Поттикнување на пациентите да применуваат стратегии за самоуправање – Штом еднаш ќе се воспостават целите за промена на однесувањето, пациентот треба да се охрабрува да воспостави систем на самомониторинг на дневна основа. Промените се чинат полесни за постигнување доколку се реализираат на секојдневна основа. Со дневното следење и евидентирање на промените се зајакнуваат напорите на

пациентот со оглед на тоа што тој добива чувство за постигнување на резултати. Дополнително, здравствените работници може да ги користат информациите од себенабљудувањето за поефективно да управуваат со режимот на третман. Полесно е да сепсотигнат мали отколку големи промени. Друга техника за себеуправување е преку структурирање на физичкото окружување, односно прилагодување на домот и работното место.

- Планирање однапред за случај на високоризични ситуации – Во текот на проценката пациентот треба да ги сподели своите сознанија во врска со однесувањата, ситуациите, настаните или личностите кои најверојатно го попречуваат придржувањето до режимот на третман. Антиципирањето на ваквите пречки за придржување до режимот на третман и планирањето на начините за справување со нив е клучната стратегија за иницирање на успешна промена на однесувањето.
- Активна социјална поддршка – Ова претставува клучна компонента од третата фаза на социјалната работа во поглед на придржувањето на пациентите до режимот на третман на хроничното заболување. Активната поддршка од страна на семејството се обезбедува преку инволвирање на семејството во режимот на третман на хроничното заболување, споделување на одговорноста помеѓу членовите на семејството и јакнење на емоционалната поддршка во рамки на семејството. Инволвирањето на семејството во третманот на заболувањето се поттикнува преку програми за едукација и планирање на режимот, особено за оние членови на семејството кои играат значајна улога во придржувањето на пациентот до режимот на третман на заболувањето. Друг начин за унапредување на ефикасноста на поддршката од страна на семејството е унапредувањето во споделувањето на одговорноста, односно делегирање на работни задачи и улоги кои ќе му помогнат на пациентот. Особено е важно во оваа фаза членовите на семејството отворено да дискутираат и да ги споделуваат своите чувства за да не се остава пациентот со чувство на изолираност.

4. Овозможување на доследно придржување до режимот на третман на хроничното заболување – Опфаќа:

- Помош при развојот на вештини за доследно придржување до режимот на третман на хроничното заболување: Генерално, најуспешни стратегии во овој поглед се оние кои се насочени кон развојот на чувство на одговорност кај пациентите за лична одговорност за придржување до режимот на третман и развој на соодветни вештини, како на пример, вештината за антиципирање и планирање за ситуации кои најверојатно ќе резултираат со непридржување до режимот на третман. Други вештини се вештините за решавање на проблеми, настојчивост и доследност, интерперсоналните вештини и вештините за справување со стресот. Кога овие вештини се недоволно развиени кај пациентот, социјалниот работник треба да ги развие и зајакне преку реализација на консултации или преку упатување на пациентот да посетува програми за обука и развој на овие вештини кои постојат во рамки на заедницата. Потоа, особено е важно социјалниот работник да му помага на пациентот да го применува стекнатото знаење и вештини во личниот режим.
- Обука за техники за справување со ситуациите каде што се јавува отстапување од режимот на третман на хроничното заболување: Ова опфаќа јакнење на мотивацијата на пациентите и когнитивно реструктурирање со цел пациентите да сфатат дека непридржувањето до режимот на третман и заболувањето е грешка која може да се надмине со развој на нови начини на однесување. Значи, пациентите треба да се мотивираат кон корективно учење.
- Техники за јакнење на позитивното однесување на пациентите: најефективен начин да се постигне одржливоста на позитивното однесување во поглед на придржувањето до режимот на третман на хроничното заболување е постојаната комуникација помеѓу пациентот и здравствениот, односно социјалниот работник.

Со оглед на тоа дека овој пристап на социјална работа во поглед на намалување на негативното влијание на хроничното заболување врз квалитетот на животот ги разгледува факторите и влијанијата кои влијаат во еден поширок социјален контекст, како на пример, социјалните и културните фактори, тој е применлив за поединци со различна социо-економска и етничка припадност.³⁰

³⁰ Auslander, Wendy, Stacey Freedenthal, *Social Work and Chronic Disease: Diabetes, Heart Disease and HIV/AIDS* in Gehlert, Sarah, Teri Arthur Brown, 2006, *Handbook of Health and Social Work*, John Wiley and Sons, Inc., p. 542 – 550.

4. МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО СПРОВЕДЕНО ЗА ПОТРЕБИТЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИОТ ТРУД

4.1. Цели и задачи на истражувањето

Главна цел на истражувањето кое беше спроведено за потребите на овој специјалистички труд е да се понуди заокружена теоретска рамка во врска со аспектите и каналите на влијание на хроничните заболувања врз квалитетот на животот на хронично болните лица базирана на преглед на релевантна научна литература од повеќе области, како и интерпретација на резултатите од емпириското истражување и формулација на препораки за конципирање на социјалните политики и политиките за унапредување на здравствената заштита врз основа на добиените резултати. Самото емпириско истражување имаше за цел квалитативно и квантитативно да ги расветли објективните и субјективните аспекти на квалитетот на животот и нивната детерминираност од влијанието на хроничните болести.

Поаѓајќи од релативната ограниченост, па дури и скудноста на истражувања од доменот на квалитетот на живеење поврзан со здравствената состојба, научната цел на овој труд беше да придонесе за збогатување на теоретските и емпириските сознанија поврзани со:

- Ризик факторите за појава на хронични заболувања,
- Карактерот на влијание на хроничните заболувања врз целокупниот квалитет на живот поврзан со здравствената состојба,
- Влијанието на хроничните заболувања врз специфични аспекти на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединецот, како на пример, социо-економски услови, семејни сулови, начин на функционирање и продуктивност итн.

Практичната цел на истражувањето беше преку целосно разбирање на влијанието на хроничните заболувања врз квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците да се откријат начините на кои може да се конципираат и имплементираат

поефективни програми на национално ниво и на ниво на заедница кои се целно-насочени кон третман и превенција на хроничните болести и неутрализирање на нивните негативни влијанија врз функционирањето, продуктивноста и задоволноста на поединците. Освен тоа, практичната цел на ова истражување би била и формулација на препораки за креирање на нови политики и стратегии за социјална заштита на ранливата популација на хронично болни.

4.2. Предмет на истражување

Основен предмет на истражување е утврдување на влијанието на хроничните болести врз различните домени и аспекти квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците.

Истражувањето се засноваше на следниве клучни поими:

- **Квалитетот на животот** – субјективна перцепција на поединците во врска со нивната животна состојба во контекст на културата и системот на вредности во рамки на кои тие живеат и во релација со нивните лични цели, очекувања, стандарди и погледи. Ова претставува широк концепт кој на комплексен начин е под влијание на физичкото здравје, психолошката состојба, нивото на независност, социјалните односи, личните уверувања и нивната поврзаност со најзначајните карактеристики на опкружувањето.
- **Квалитетот на живот поврзан со здравствената состојба на поединецот** - мултидимензионален концепт кој опфаќа субјективни оценки на позитивните и негативните аспекти на живеењето од сферата на вработувањето, домувањето, образованието, културата, вредносниот систем што непосредно зависат од здравствената состојба на поединецот. Овој поим ја одразува индивидуалната перцепција за нивото на задоволство од начинот на кој се функционира на дневна основа (при што тука спаѓаат физичкото и менталното здравје, ограничувањата и функционирањето како социјална единка) и способноста да се овладеат одредени аспекти на животот.

- **Хронични болести** – долготрајни нарушувања на здравствената состојба кои бавно се развиваат и кои влијаат врз физичката, емоционалната, интелектуалната, работната, социјалната и духовната состојба на поединците.
- **Здравствената состојба и начинот на функционирање на поединецот** – комплекс од повеќе аспекти како на пример: здравствена состојба, ниво на енергија, присуство на болка, ниво на стрес, независност, способност да се реализираат обврските, пристап до и употреба на здравствена заштита, корисност за другите итн. Според Светската здравствена организација, здравствената состојба на поединецот претставува состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест.
- **Психолошките/ духовните аспекти на квалитетот на животот** – систем на повеќе аспекти, како на пример: задоволството од животот, среќата, чувството на смиреност, исполнетос од постигнатите цели и општите уверувања. Станува збор за фактори од нематеријална природа кои влијаат врз способноста и начинот за прилагодување на постоењето на хронично заболување.
- **Социо-економскиот домен од квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на поединците** – комплекс на специфични аспекти поврзани со емоционалната поддршка, состојбата во домот, вработеноста, финансиската стабилност, околината во која се живее и работи и кругот на пријатели. Оваа компонента исто така може да опфаќа и социјална поддршка и културни влијанија.
- **Структурата на семејството како домен на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба** – комплекс кој ги опфаќа обрасците на интеракција во рамки на него, достапноста на социјални мрежи или ресурси за поддршка, потенцијалот за адаптација и филозофијата на семејството, односно ставовите, вредностите, уверувањата итн.

Од оперативен аспект, со ова истражување се настојуваше да се даде преглед на субјективните перцепции на хронично болните во поглед на квалитетот на нивниот живот и влијанието на хроничната болест од која тие страдаат врз различните аспекти на квалитетот на животот. Врз основа на овој преглед би можеле да се формулираат чекори и

конкретни активности од сферата на социјалната заштита во функција на надминување на актуелните состојби и унапредување на квалитетот на живот на оваа социјална група.

4.3. Истражувачки хипотези

Во текот на истражувањето беа тестирани следниве хипотези:

- Хроничното заболување влијае врз психолошката положба на хронично болниот.
- Хроничното заболување влијае врз социо-економската положба на хронично болниот.
- Хроничното заболување влијае врз семејната положба на хронично болниот.
- Здравјето влијае врз квалитетот на животот на хронично болните лица.

4.4. Метод на истражувањето

Целниот примерок кој беше истражуван се состоеше од 86 хронично болни лица кои страдаат од гастро-интестинални заболувања. Станува збор за пациенти кои се лекуваат во Универзитетската Клиниката за Гастроентерохепатологија - Скопје. Триесет и шест испитаници беа од женски пол, останатите педесет од машки пол. Испитаниците беа поделени во три групи според нивната возраст: испитаници на возраст од 30 до 40 години (вкупно 24), испитаници на возраст од 40 до 50 години (вкупно 28) и испитаници на возраст над 50 години (вкупно 34). Заради реални ограничувања поврзани со недоволниот пристап до релевантна истражувачка популација, истражувањето не се базираше на репрезентативен примерок (не беше направен случаен избор на учесниците во примерокот), но сепак со висока сигурност може да се смета дека добиените резултати се валидни и прилично индикативни за влијанието на сите испитувани ризик фактори. Стапката на респонзивност од страна на испитаниците изнесуваше 86% од првобитно планираната популација.

Истражувањето е од квантитативна природа и беше реализирано по пат на анкети во текот на период од 12 седмици. При тоа, беше предвиден и дополнителен период од 4 седмици во случај стапката на респонзивност на испитаниците да е мала.

Анкетните прашалници што се користеа при истражувањето, се состоеја од прашања од затворен тип на кои одговорите беа понудени во две алтернативи (да/не) и од прашања со одговори кои содржеа ранг (Ликертова скала). За реализација на секоја поединечна анкета беа потребни 20 до 30 минути, а врз прашањата беа применети критериуми за валидност и доверливост. Исто така, при реализацијата на анкетите беа вклучени и процедури дизајнирани да ги максимизираат вистинитите одговори на потенцијално чувствителните прашања во врска со нелегалното користење на дрога.

Структурата на анкетниот прашалник се базираше на претходно споменатиот анкетен прашалник за квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба – Short Form Health Survey.

Истражувањето се спроведе низ следниве фази:

- ❖ Идентификација на предметот на истражување и поставување на целта на истражувањето. Активностите во оваа фаза се базираа на претходно направениот преглед на литературата од оваа област и претходно спроведените истражувања, а исто така беа формулирани и основните хипотези.
- ❖ Одредување на големината и структурата на примерокот. Првиот чекор беше идентификување на целната популација, а потоа идентификување и на самиот примерок. Потоа, беше одредена големината на примерокот, видот и методот на составување на примерокот. Целниот примерок кој беше истражуван се состоеше од 86 испитаници..
- ❖ Составување на прашалникот. Првичната верзија на прашалникот беше прегледана и потоа трансформирана во втора верзија, која исто така подложеше на проверки и измени. Потоа, се состави листа на правила за кодирање на прашањата и одговорите, а беа одредени и методите за анализа на податоците. Овие три чекори беа завршени за неполна седмица.
- ❖ Предвидување на потребите за администрирање на анкетите и за ангажирање на анкетири. Тоа подразбира: одредување на набавките на материјали за спроведување на анкетите, интервјуирање на потенцијалните анкетири и конципирање на нивната

обука. На крајот од оваа фаза се состави формалниот план за спроведување на истражувањето.

- ❖ Подготовки за собирање на податоците и одредување на конечниот статистички примерок ја сочинуваа петтата фаза на истражувањето. Оваа фаза се реализираше во рок од еден ден.
- ❖ Прибирање на податоците. Беше избран методот на непосредно анкетање. Беше направен финален преглед на прашалниците, кодирање на прашањата и отстранување на грешките од кодирањето. Податоците беа собирани во рок од 12 седмици, а беше предвидено и дополнително време во случај стапката на одговори да биде ниска.
- ❖ Анализа на собраните податоци. Податоците беа компјутерски внесени во база на податоци и исчистени од било какви грешки при нивното внесување. Потоа, беше одредена дистрибуцијата на фреквенциите. На крај, беше направена и статистичка обработка и анализа на податоците.
- ❖ Графички приказ и прелиминарна интерпретација на наодите. Потоа, беше направена проверка на прелиминарното толкување и беа сумирани наодите од спроведеното истражување со што истражувањето заврши. Предвидено е, доколку постои интерес кај пошироката јавност, да се изврши и дисеминација на податоците преку пишани презентации кои би биле дистрибуирани до заинтересираните.

Последните две етапи на истражувањето беа реализирани во текот на една седмица.

За анализа на одговорите беа користени Excel и дескриптивни статистички методи (χ^2 тест). Статистичката анализа на податоците собрани со анкетите започна со подготовка на податоците за обработка, односно со кодирање на одговорите. Потоа, се пристапи кон обработката од која како излезни варијабли се добија информации за дистрибуцијата на одговорите и медијаната. На крај, податоците беа графички прикажани со табели и графикони. Заради тоа што факторите на ризик често пати се во корелација со демографските фактори, оценките за овие фактори се прикажани одделно според половата припадност и возраста на испитаниците.

Ова истражување е едно од ретките од ваков вид во нашата земја. Неговиот научен придонес се огледа во тоа што:

- Ова е прв емпириски базиран труд за влијанието на хроничните болести врз квалитетот на животот на заболените со кој ќе се зголеми корпусот на теоретско и практично знаење од оваа област;
- Овој специјалистички труд изобилува со верификувани наоди врз кои се базираат реално изводливи препораки за реформа на политиките и начинот на функционирање на институциите за здравствена и социјална заштита на хронично болните.

Општествената оправданост на ова истражување се огледа во неговата способност преку верификувани теоретски и емпириски наоди да ги поддржи процесите на креирање политики и реформа во функција на посоодветна социјална заштита на хронично болните лица. Со него се обезбедува детален увид во состојбата на хронично болните на територијата на Република Македонија и трансформацијата на квалитетот на нивниот живот под влијание на заболувањата од кои страдаат.

РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во оваа глава ќе бидат презентирани квантитативните резултати од истражувањето. Приказот е даден на ниво на цела популација, како и според половата припадност и старосната структура на испитаниците. Основните аспекти кои беа анализирани се:

- Генерална здравствена состојба на испитаниците;
- Влијание на здравствената состојба врз физичката активност на испитаниците;
- Влијание на здравствената состојба врз емоционалната состојба на испитаниците;
- Влијание на здравствената состојба врз социо-економската положба на испитаниците;
- Влијанието на здравствената состојба врз семејните односи на испитаниците.
- Опфатеност на испитаниците за програми за социјална работа во функција на намалување на негативното влијание на здравствената состојба врз квалитетот на нивниот живот.

Следат табеларни прикази со добиените резултати:

Моментална здравствена состојба		
Оценка	Број на испитаници	Процент од популацијата
Одлична	3	3,49
Многу добра	7	8,14
Добра	15	17,44
Лоша	61	70,93



Поголемиот дел од испитаниците сметаат дека нивната здравствена состојба генерално е лоша, а многу мал дел сметаат дека е добра или многу добра. Ваквите перцепции на испитаниците ги ставаме во релација со нивното хронично заболување кое се рефлектира

на нивната општа здравствена состојба. Перцепциите за лошата здравствена состојба генерално се позастапени кај постарата популација на возраст од 51 и повеќе години, а од аспект на половата припадност, тие се застапени кај 69% од испитаниците од женски пол и кај 74% од испитаниците од машки пол.

Моментална здравствена состојба (полова структура)				
Оценка	Мажи	Процент од популацијата мажи	Жени	Процент од популацијата жени
Одлична	1	2,86	2	3,92
Многу добра	3	8,57	4	7,84
Добра	5	14,28	10	19,61
Лоша	26	74,29	35	68,63



Моментална здравствена состојба (старосна структура)						
Оценка	Лица на возраст од 30 – 40 години	% од популацијата на возраст 30 – 40 години	Лица на возраст од 41 – 50 години	% од популацијата на возраст 41 – 50 години	Лица на возраст од 51 и повеќе години	Процент на популацијата на возраст од 51 и повеќе години
Одлична	2	10,53	1	3,70	0	0
Многу добра	2	10,53	1	3,70	4	10
Добра	7	36,84	5	18,52	3	7,50
Лоша	8	42,10	20	74,08	33	82,50



Моменталната здравствена состојба беше споредувана со здравствената состојба на пациентите минатата година. Најголем дел од испитаниците (околу 56%) сметаат дека таа е значително полоша отколку пред една година. Ваквите ставови се значително позастапени кај женските испитаници (69%) отколку кај машките испитаници (37%), како и кај испитаниците на возраст од 51 и повеќе години (65%) отколку кај другите старосни групи.

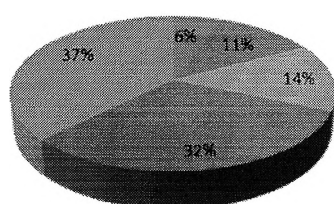
Оценка	Број на испитаници	Процент од популацијата
Многу подобра отколку пред една година	4	4,65
Незначително подобра отколку пред една година	7	8,14
Скоро иста како пред една година	11	12,79
Малку полоша отколку пред една година	16	18,60
Значително полоша отколку пред една година	48	55,82



Моментална здравствена состојба споредена со здравствената состојба минатата година (полова структура)

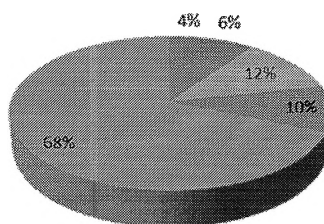
Оценка	Мажи	Процент од популацијата мажи	Жени	Процент од популацијата жени
Многу подобра отколку пред една година	2	5,71	2	3,92
Незначително подобра отколку пред една година	4	11,42	3	5,88
Скоро иста како пред една година	5	14,29	6	11,76
Малку полоша отколку пред една година	11	31,43	5	9,80
Значително полоша отколку пред една година	13	37,15	35	68,64

Моментална здравствена состојба споредена со истата минатата година (популација мажи)



- Многу подобра отколку пред една година
- Незначително подобра отколку пред една година
- Скоро иста како пред една година
- Малку полоша отколку пред една година
- Значително полоша отколку пред една година

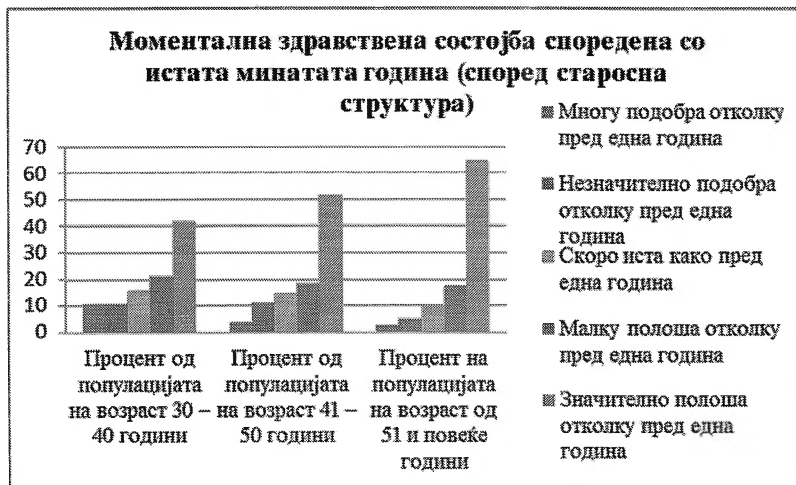
Моментална здравствена состојба споредена со истата минатата година (популација жени)



- Многу подобра отколку пред една година
- Незначително подобра отколку пред една година
- Скоро иста како пред една година
- Малку полоша отколку пред една година
- Значително полоша отколку пред една година

Моментална здравствена состојба (старосна структура)

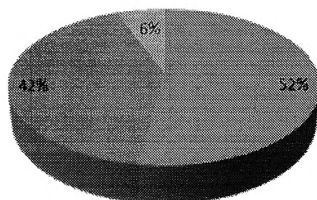
Оценка	Лица на возраст од 30 – 40 години	Процент од популацијата на возраст 30 – 40 години	Лица на возраст од 41 – 50 години	Процент од популацијата на возраст 41 – 50 години	Лица на возраст од 51 и повеќе години	Процент на популацијата на возраст од 51 и повеќе години
Многу подобра отколку пред една година	2	10,53	1	3,70	1	2,50
Незначително подобра отколку пред една година	2	10,53	3	11,11	2	5,00
Скоро иста како пред една година	3	15,78	4	14,81	4	10,00
Малку полоша отколку пред една година	4	21,06	5	18,52	7	17,50
Значително полоша отколку пред една година	8	42,10	14	51,86	26	65,00



Следен аспект кој беше испитуван се ефектите од здравствената состојба врз реализацијата на секојдневните активности од типот: трчање, качување по скали, пешачење, водење грижа за сопствената хигиена и хигиената на домот итн. За најголем број испитаници, нарушената здравствена состојба се јавува како предизвикувач на значителна ограниченост во реализацијата на интензивните и истоштувачки активности, како на пример, трчање и пешачење над еден километар, па дури и во реализацијата на умерените активности како на пример, играње голф (околу 52% од испитаниците), поместување на масата или управување со правосмукалка (околу 45% од испитаниците).

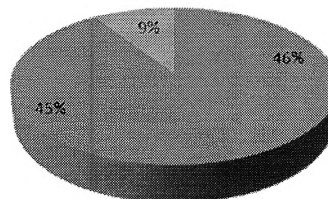
Ефекти од здравствената состојба врз реализацијата на одредени секојдневни активности						
Вид на активност	Ограниченост во голема мера		Ограниченост во извесна мера		Целосно отсуство на ограниченост	
	Број на испитаници	%	Број на испитаници	%	Број на испитаници	%
Интензивни и истоштувачки активности, како на пример, трчање, кревање тешки предмети, учество во исцрпувачки спортови	45	52,32	36	41,86	5	5,81
Умерени активности, како на пример, поместување на маса, управување со правосмукалка, куглање, играње голф.	39	45,35	39	45,35	8	9,30
Кревање или носење на кеси со намирници	28	32,56	32	37,21	26	30,23
Качување по скали	42	48,84	36	41,86	8	9,30
Свиткување, клекнување или мрдање на главата	17	19,77	37	43,02	32	37,21
Пешачење над еден километар	43	50,00	27	31,40	16	18,60
Пешачење на кратки патеки	31	36,05	29	33,72	26	30,23
Грижа за сопствената хигиена и облекување	23	26,74	41	47,68	22	25,58

Ефекти на здравствената состојба врз реализацијата на интензивни и истоштувачки активности



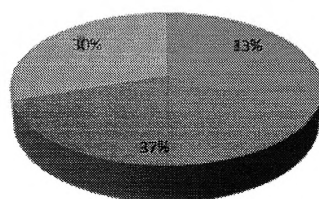
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз реализацијата на умерени активности



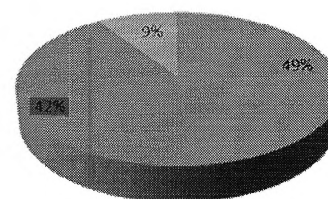
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за кревање или носење на кеси со намирници



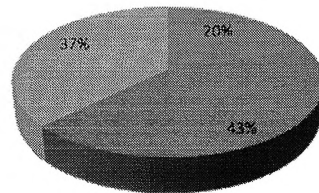
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за качување по скали



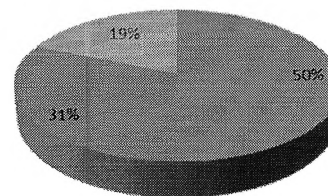
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за свиткување, клекување или мрдање на главата



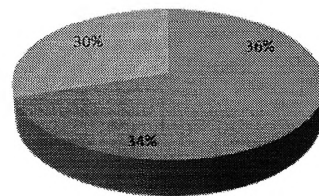
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за пешачење над еден километар



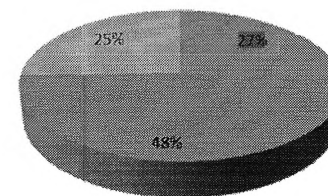
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за пешачење на кратки патеки



- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за водење грижа за сопствената хигиена и облекување

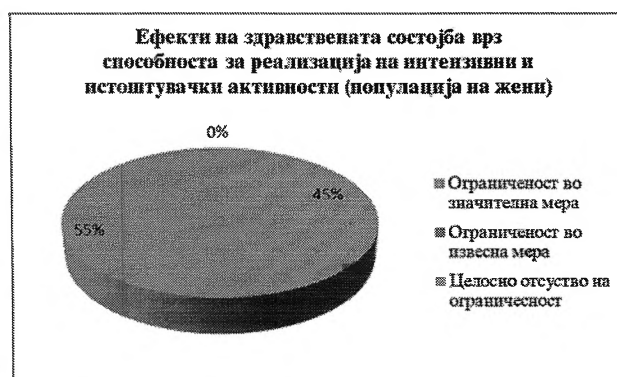
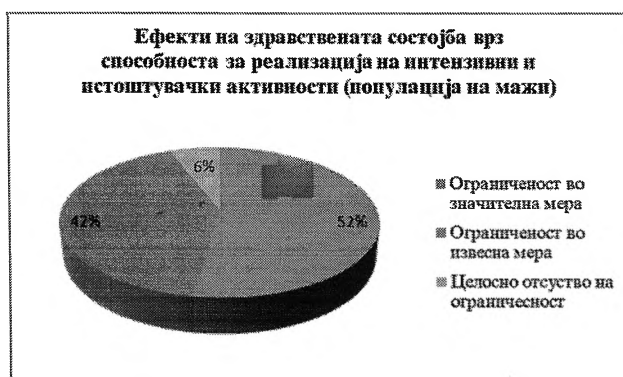


- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

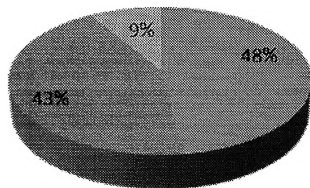
Ефекти од здравствената состојба врз реализацијата на одредени секојдневни активности

(полова структура)						
Вид на активност	Ограниченост во голема мера		Ограниченост во извесна мера		Целосно отсуство на ограниченост	
	Мажи (% од популација мажи)	Жени (% од популација жени)	Мажи (% од популација мажи)	Жени (% од популација жени)	Мажи (% од популација мажи)	Жени (% од популација жени)
Интензивни и истоштивачки активности	22 (62,86%)	23 (45,10%)	8 (22,86%)	28 (54,90%)	5 (14,29%)	0 (0%)
Умерени активности	17 (47,22%)	22 (43,14%)	15 (42,86%)	24 (47,06%)	3 (8,57%)	5 (9,80%)
Кревање или носење на кеси со намирници	11 (31,43%)	17 (33,33%)	16 (45,71%)	16 (31,37%)	8 (22,86%)	18 (35,29%)
Качување по скали	20 (57,14%)	22 (43,14%)	11 (31,43%)	25 (49,02%)	4 (11,43%)	4 (7,84%)
Свиткување, клекнување или мрдање на главата	7 (20%)	10 (19,61%)	18 (51,43%)	19 (37,25%)	10 (28,57%)	22 (43,14%)
Пешачење над еден километар	18 (51,43%)	25 (49,02%)	10 (28,57%)	17 (33,33%)	7 (20%)	9 (17,54%)
Пешачење на кратки патеки	13 (37,14%)	18 (35,29%)	12 (34,28%)	17 (33,33%)	10 (28,57%)	16 (31,37%)
Грижа за сопствената хигиена и облекување	9 (25,72%)	14 (27,45%)	15 (42,86%)	26 (50,98%)	11 (31,43%)	11 (21,57%)

Од аспект на половата структура на испитаниците, се забележува доминантност на ставовите за позначителна ограниченост во реализацијата на секојдневните активности кај испитаниците од машки пол отколку кај испитаниците од женски пол и тоа кај скоро сите видови на активности.

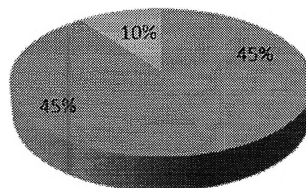


Ефекти на здравствената состојба врз реализацијата на умерени активности (популација на мажи)



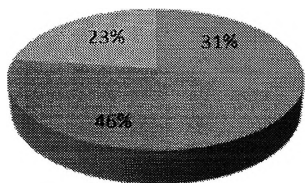
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз реализацијата на умерени активности (популација на жени)



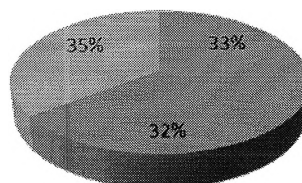
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за кревање или носење на кеси со намирници (популација на мажи)



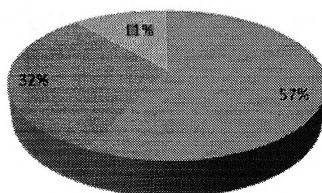
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за кревање или носење на кеси со намирници (популација на жени)



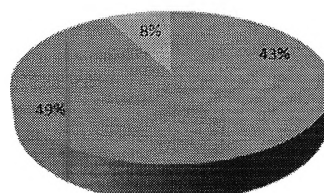
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за качување по скали (популација на мажи)



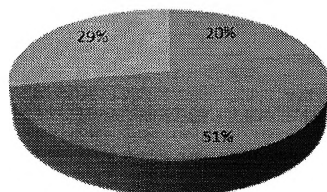
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за качување по скали (популација на жени)



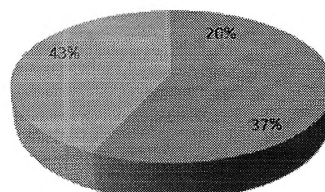
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за свиткување, клекнување или мрдање на главата (популација на мажи)



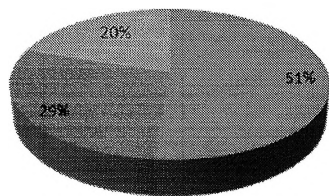
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за свиткување, клекнување или мрдање на главата (популација на жени)



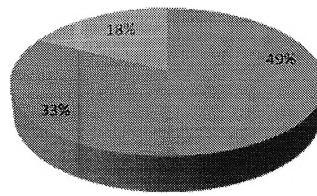
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за пешачење над еден километар (популација на мажи)



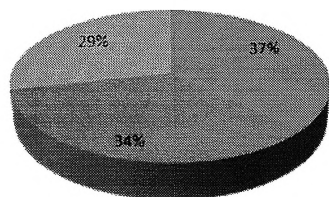
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти на здравствената состојба врз способноста за пешачење над еден километар (популација на жени)



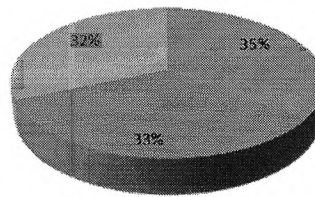
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за пешачење на кратки патеки (популација на мажи)



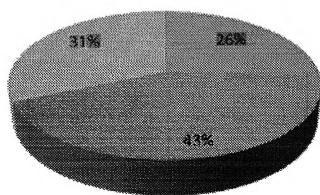
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за пешачење на кратки патеки (популација на жени)



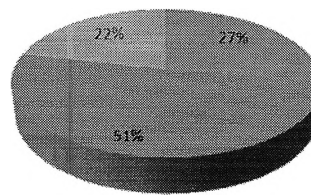
- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за водење грижа за сопствената хигиена и облекување (популација на мажи)



- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Ефекти од здравствената состојба врз способноста за водење грижа за сопствената хигиена и облекување (популација на жени)

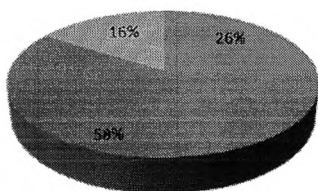


- Ограниченост во значителна мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Од аспект на старосната структура на популацијата, поголема ограниченост во реализацијата на секојдневните активности заради здравствената состојба се забележува кај испитаниците на возраст од 51 и повеќе години.

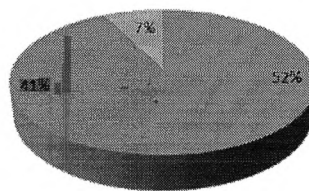
Ефекти од здравствената состојба врз реализацијата на одредени секојдневни активности (старосна структура)									
Вид на активност	Ограниченост во голема мера			Ограниченост во извесна мера			Целосно отсуство на ограниченост		
	Од 30 до 40 години	Од 41 до 50 години	Од 51 и повеќе год.	Од 30 до 40 години	Од 41 до 50 години	Од 51 и повеќе год.	Од 30 до 40 години	Од 41 до 50 години	Од 51 и повеќе год.
Интензивни и исцрпувачки активности	5	14	26	11	11	14	3	2	0
Умерени активности	10	12	17	7	13	19	2	2	4
Кревање или носење на кеси со намирници	7	5	16	5	11	16	7	11	8
Качување по скали	12	13	17	6	10	20	1	4	3
Свиткување, клекнување или мрдање на главата	4	8	5	11	12	14	4	7	21
Пешачење над еден километар	11	13	19	7	9	11	1	5	10
Пешачење на кратки патеки	5	11	15	10	5	14	4	11	11
Грижа за сопствената хигиена и облекување	8	5	10	10	19	12	1	3	18

Влијание на здравствената состојба врз способноста за реализација на интензивни активности кај популацијата на возраст од 30 до 40 години



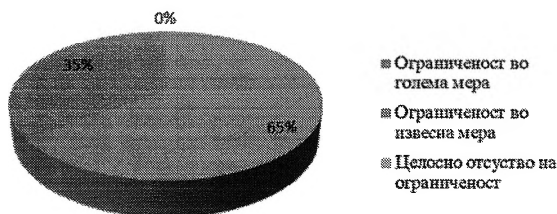
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за реализација на интензивни активности кај популацијата на возраст од 41 до 50 години

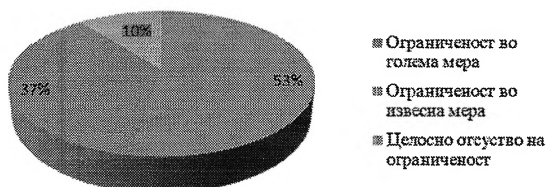


- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

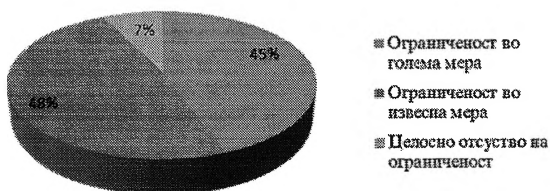
Влијание на здравствената состојба врз способноста за реализација на интензивни активности кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години



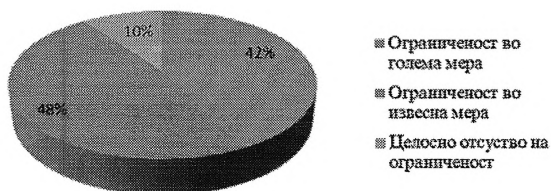
Влијание на здравствената состојба врз способноста за реализација на умерени активности кај популацијата на возраст од 30 до 40 години



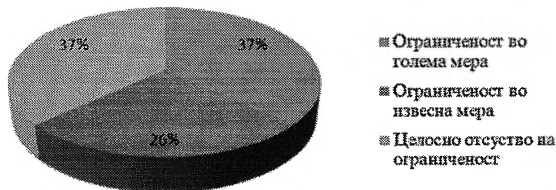
Влијание на здравствената состојба врз способноста за реализација на умерени активности кај популацијата на возраст од 41 до 50 години



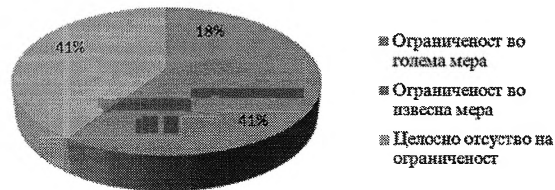
Влијание на здравствената состојба врз способноста за реализација на умерени активности кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години



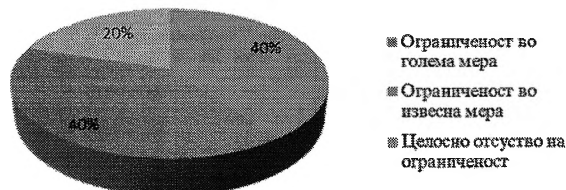
Влијание на здравствената состојба врз способноста за кревање и носење на кеси со намирници кај популацијата на возраст од 30 до 40 години



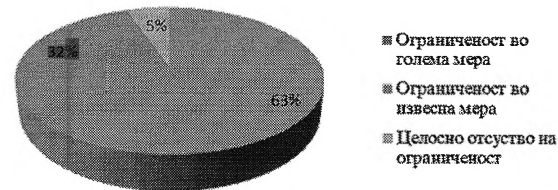
Влијание на здравствената состојба врз способноста за кревање и носење на кеси со намирници кај популацијата на возраст од 41 до 50 години



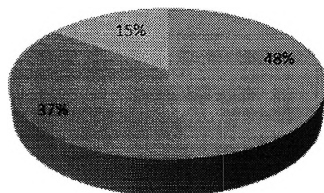
Влијание на здравствената состојба врз способноста за кревање и носење на кеси со намирници кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години



Влијание на здравствената состојба врз способноста за чување по скали кај популацијата на возраст од 30 до 40 години

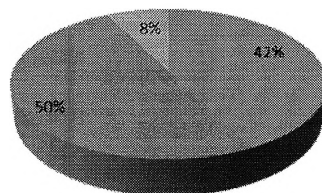


Влијание на здравствената состојба врз способноста за качување по скали кај популацијата на возраст од 41 до 50 години



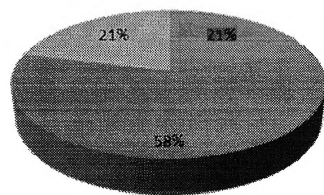
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за качување по скали кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години



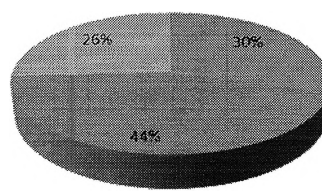
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за свиткување, клекнување и вртење на главата кај популацијата на возраст од 30 до 40 години



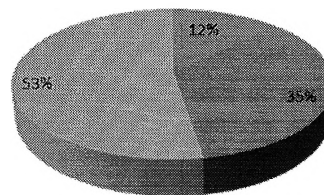
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за свиткување, клекнување и вртење на главата кај популацијата на возраст од 41 до 50 години



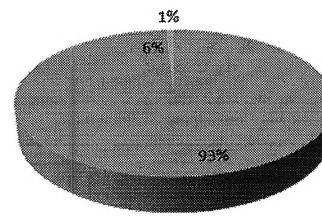
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за свиткување, клекнување и вртење на главата кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години



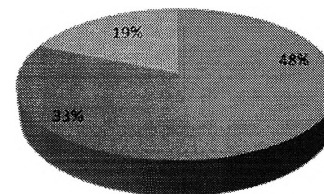
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за пешачење над еден километар кај популацијата на возраст од 30 до 40 години



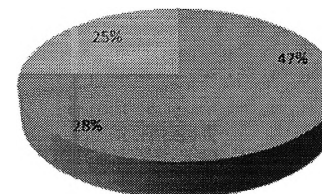
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за пешачење над еден километар кај популацијата на возраст од 41 до 50 години

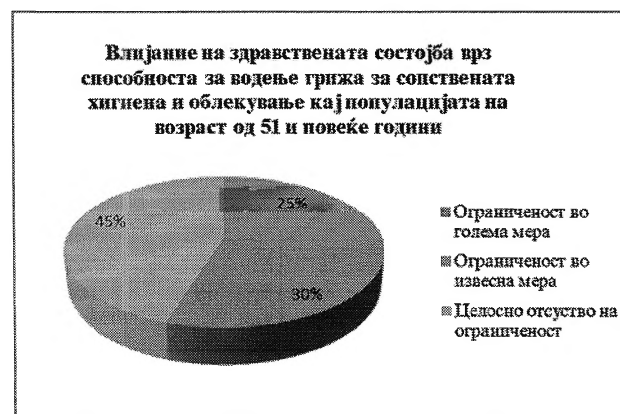
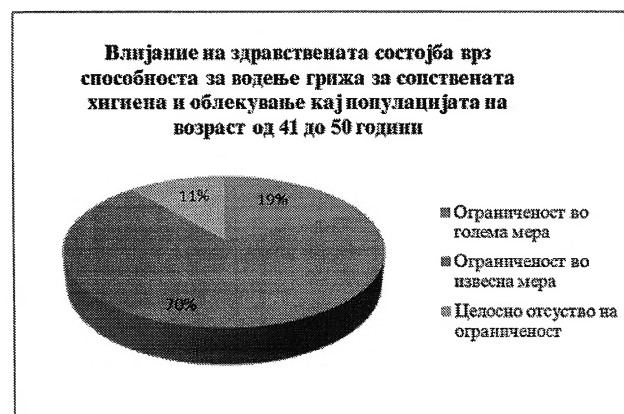
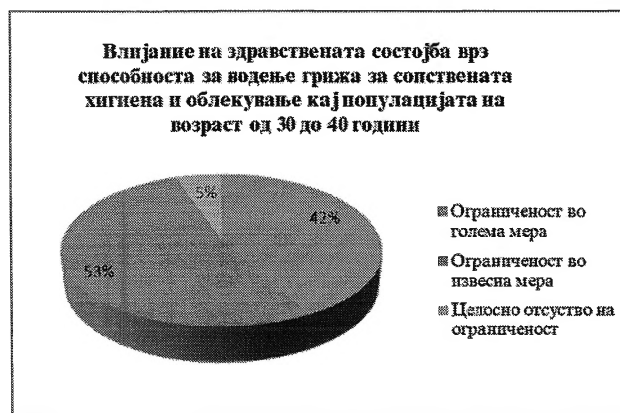
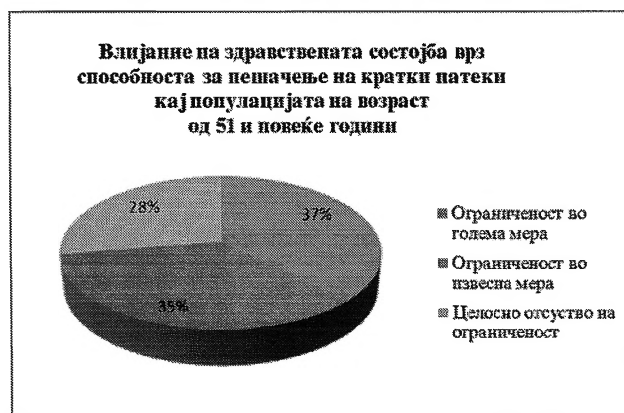
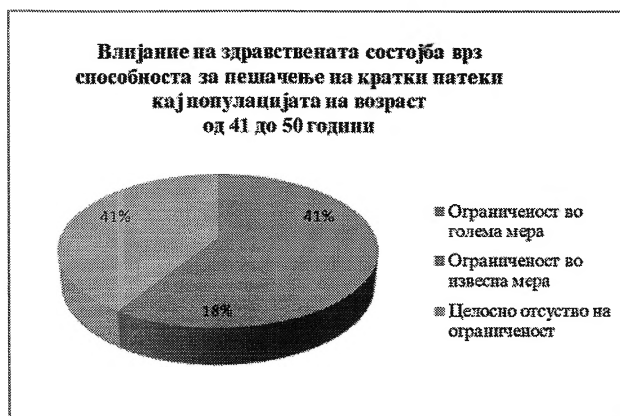
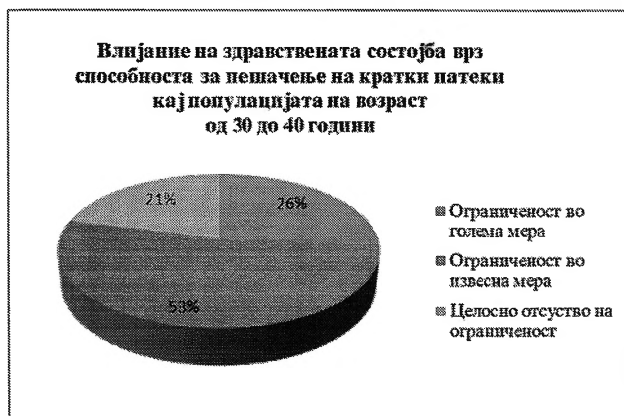


- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост

Влијание на здравствената состојба врз способноста за пешачење над еден километар кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години



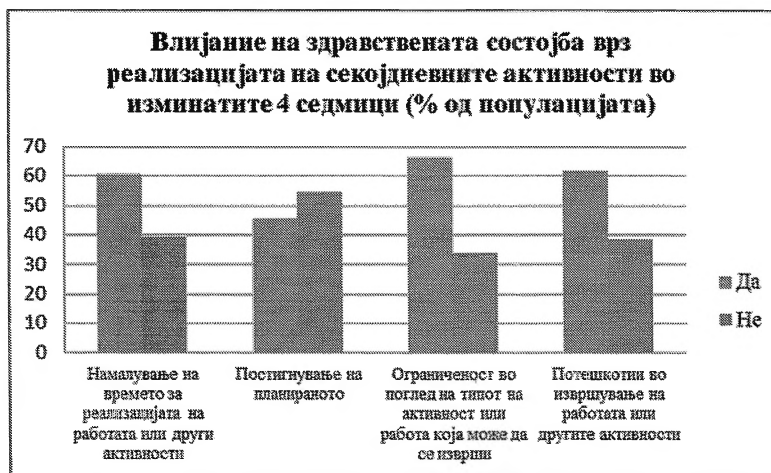
- Ограниченост во голема мера
- Ограниченост во извесна мера
- Целосно отсуство на ограниченост



Од испитаниците беше побарано да го оценат и влијанието на нивната здравствена состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици. Впечатливо е дека поголем број од нив се изјасниле дека забележале намалување на времето во текот на кое работеле или извршувале други активности (околу 60% од испитаниците), неуспех да го постигнат планираното (над 50%), ограниченост во поглед на типот на активност или работа која можела да ј извршат (над 60% од испитаниците) и потешкотии во извршувањето на работата или другите активности (околу 6% од

испитаниците).

Влијание на здравствената состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици		
Аспект на влијание	Да	Не
Намалување на времето за реализацијата на работата или други активности	52	34
Постигнување на планираното	39	47
Ограниченост во поглед на типот на активност или работа која може да се изврши	57	29
Потешкотии во извршување на работата или другите активности	53	33

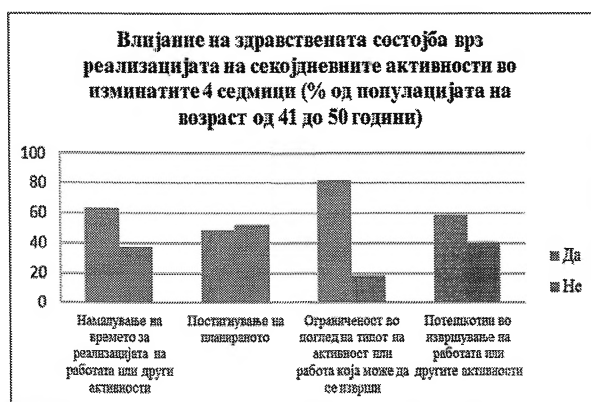
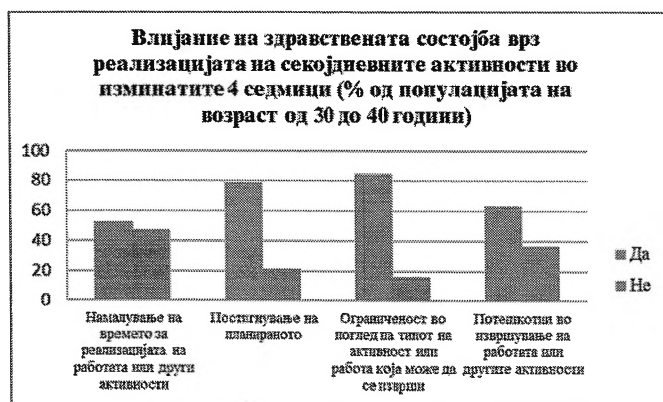


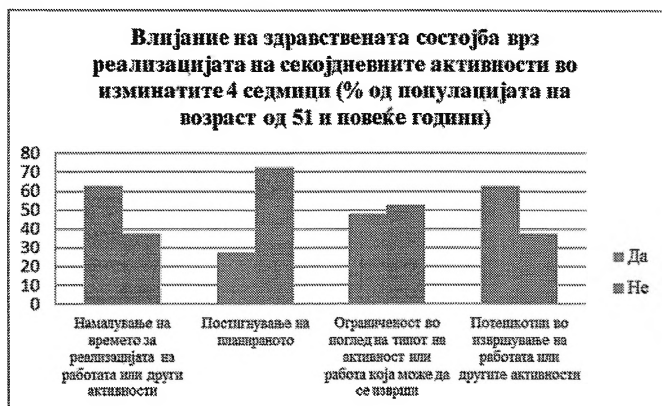
Влијание на здравствената состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици				
Аспект на влијание	Да		Не	
	Мажи	Жени	Мажи	Жени
Намалување на времето за реализацијата на работата или други активности	22	30	13	21
Постигнување на планираното	17	12	18	39
Ограниченост во поглед на типот на активност или работа која може да се изврши	26	21	9	20
Потешкотии во извршување на работата или другите активности	27	26	8	25



Влијание на здравствената состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици						
Аспект на влијание	Да			Не		
	Испитаници на возраст од 30 до 40 години	Испитаници на возраст од 41 до 50 години	Испитаници на возраст од 51 и повеќе години	Испитаници на возраст од 30 до 40 години	Испитаници на возраст од 41 до 50 години	Испитаници на возраст од 51 и повеќе години
Намалување на времето за реализацијата на работата или други активности	10	17	25	9	10	15
Постигнување на планираното	15	13	11	4	14	29
Ограниченост во поглед на типот на активност или работа која може да се изврши	16	22	19	2	5	22
Потешкотии во извршување на работата или другите активности	12	16	25	7	11	15

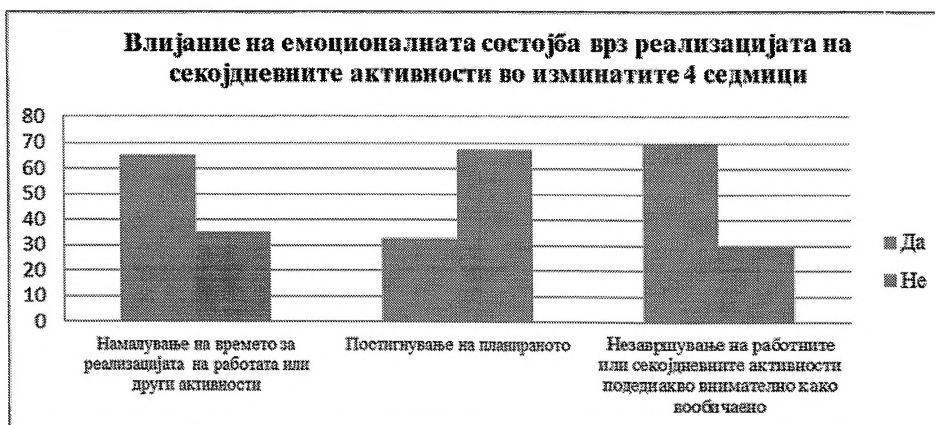
Од аспект на старосната структура на испитаниците, забележлива е нагласената органиченост на испитаниците на возраст од 51 и повеќе години во поглед на реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици како резултат на нивната здравствен состојба. Имено, поголем број од нив се произнеле дека забележале намалено времетраење на ангажираноста во работни или друг вид на активности, отстапување на постигнатите резултати од планираните, органиченост во поглед на типот на активност или работа кои може да се извршат и потешкотии при извршувањето на работата.





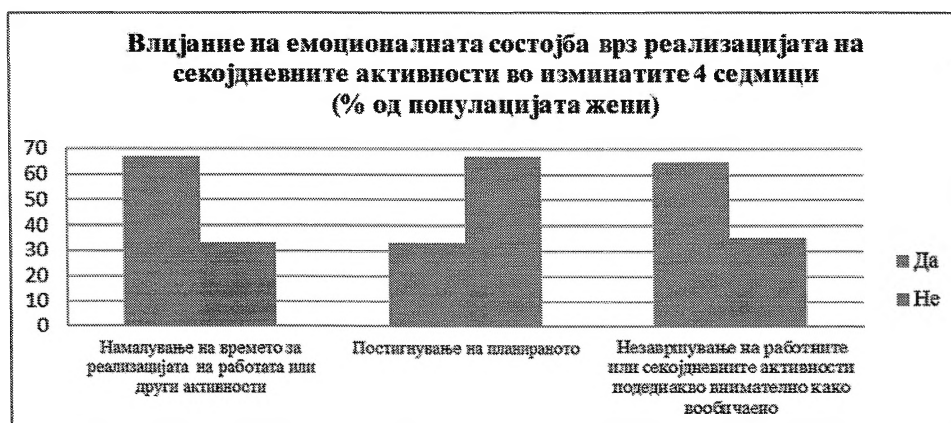
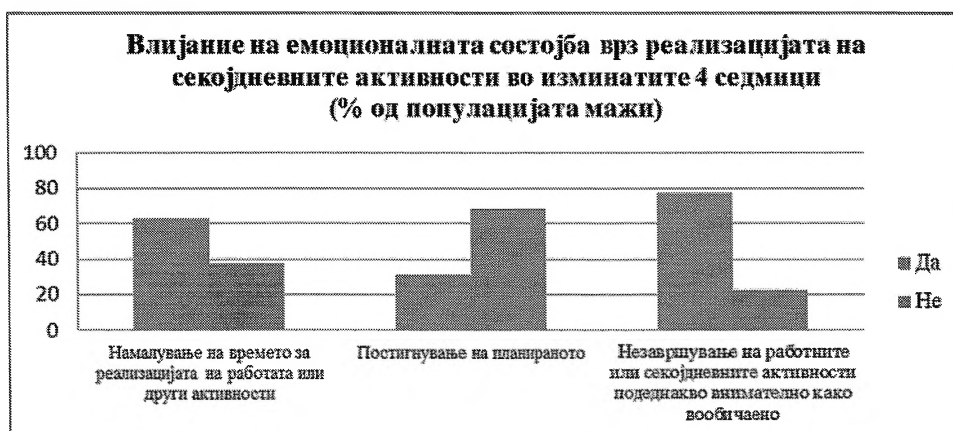
Освен влијанието на физичката состојба како компонента на општата здравствена состојба, беше испитувано и влијанието на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици. Повторно, кај доминантен дел од популацијата на испитаниците беше забележано намалување на времето на ангажираност за реализација на активностите, неможност да се постигнат во целост планираните резултати и неможност да се задржи истото ниво на внимание во споредба со вообичаено како резултат на положбата емотивна состојба во која во изминатите 4 седмици биле хронично болните испитаници.

Влијание на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици		
Аспект на влијание	Да	Не
Намалување на времето за реализацијата на работата или други активности	56	30
Постигнување на планираното	28	58
Незавршување на работата или другите активности подеднакво внимателно како вообичаено	60	26



Според половата структура на популацијата испитаници, кај жените беше забележано понагласено негативно влијание на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици во споредба кај мажите. Имено, релативно поголем дел од жените одговориле дека бележат пократка ангажираност во работа или други активности, поголеми отстапувања на постигнатите од планираните резултати и пад на вниманието при работата. Релативното учество на испитаниците кои вака одговориле е поголемо кај популацијата жени отколку кај популацијата мажи.

Влијание на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици (според полова структура)				
Аспект на влијание	Да		Не	
	Мажи	Жени	Мажи	Жени
Намалување на времето за реализацијата на работата или други активности	22	34	13	17
Постигнување на планираното	11	17	24	34
Незавршување на работата или другите активности подеднакво внимателно како вообичаено	27	33	8	18



Разгледувано од аспект на старсоната структура на популацијата на испитаници, беше утврдено нагласено негативно влијание на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици кај популацијата на возраст од 51 и повеќе години. Одговорите за намалено време на ангажираност во работа или други активности, отстапување на постигнатото од планираното и незавршување на работата или другите активности подеднакво внимателно како вообичаено кај оваа популација ги поврзуваме и со генерално намалената физичка способност и нарушена здравствена состојба како резултат на староста (а не само со хроничното заболување).

Влијание на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици (според старосна структура)						
Аспект на влијание	Да			Не		
	Испитаници на возраст од 30 до 40 години	Испитаници на возраст од 41 до 50 години	Испитаници на возраст од 51 и повеќе години	Испитаници на возраст од 30 до 40 години	Испитаници на возраст од 41 до 50 години	Испитаници на возраст од 51 и повеќе години
Намалување на времето за реализација на работата или други активности	12	18	26	7	9	14
Постигнување на планираното	7	10	11	12	17	29
Незавршување на работата или другите активности подеднакво внимателно како вообичаено	15	19	26	4	8	14





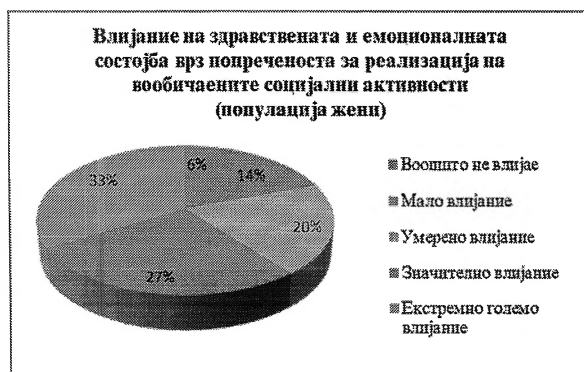
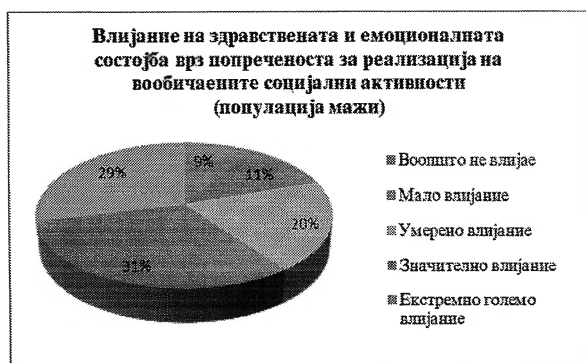
Испитаниците ги споделуваа и своите субјективни ставови во врска со влијанието на нивното физичко здравје и емоционална состојба врз попреченоста за реализација на нивните вообичаени социјални активности. Доминантен дел од популацијата (околу 31% од испитаниците) одговориле дека овие две состојби предизвикуваат екстремно голема попреченост во реализацијата на социјалните активности.

Влијание на физичкото здравје или емоционалната состојба врз попреченоста за реализација на вообичаените социјални активности				
Воопшто не влијае	Мало	Умерено	Значително	Екстремно големо
6	11	17	25	27



Влијание на физичкото здравје или емоционалната состојба врз попреченоста за реализација на вообичаените социјални активности (полова структура)

Воопшто не влијае		Мало		Умерено		Значително		Екстремно големо	
Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени
3	3	4	7	7	10	11	14	10	17

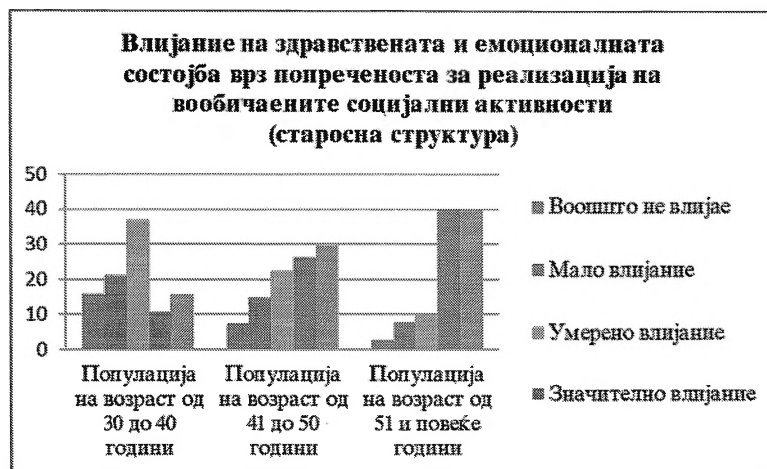


Од резултатите се забележува дека и кај поголем дел и од популацијата мажи и и од популацијата жени влијанието на физичкото здравје и емоционалната состојба врз попреченоста за реализација на вообичаените социјални активности е значително големо.

Влијание на физичкото здравје или емоционалната состојба врз попреченоста за реализација на вообичаените социјални активности (старосна структура)

	Популација на возраст од 30 до 40 години	Популација на возраст од 41 до 50 години	Популација на возраст од 51 и повеќе години
Воопшто не влијае	3	2	1
Мало	4	4	3
Умерено	7	6	4

Значително	2	7	16
Екстремно големо	3	8	16

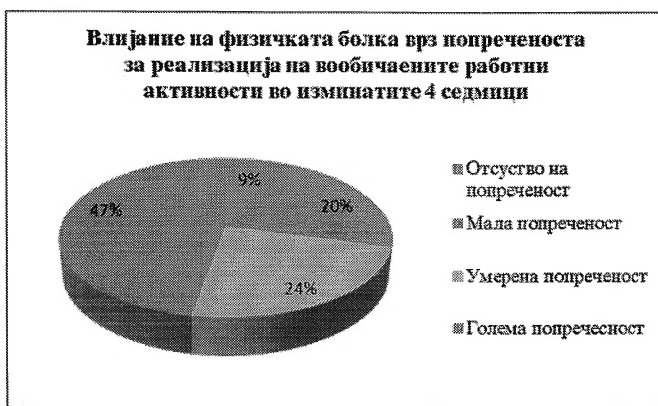


Доколку одговорите за влијанието на здравствената и емоционалната состојба врз попреченоста за реализација на вообичаените активности се анализира од аспект на возраста на испитаниците, тогаш ќе се забележи разноликост во ставовите. Имено, кај делот од популацијата на возраст од 30 до 40 години забележлива е претежна застапеност на ставовите за умерено влијание на овие две состојби, кај делот од популацијата на возраст од 41 до 50 години забележливо е претежна застапеност на ставовите за екстремно влијание на овие две состојби, додека пак кај делот од популацијата на возраст од 51 и повеќе години забележлива е доминантна застапеност на ставовите за умерено и значително влијание.

Како аспект на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба на хронично болните лица беше оценувана и нивната способност за реализација на вообичаените работни обврски. Поточно, беше мерено влијанието на физичката болка врз попреченоста за реализација на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици. По голем дел од испитаниците (околу 47%) пријавиле голема попреченост во реализацијата на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици како резултат на влијание на физичката болка која ја чувствувале.

Влијание на физичката болка врз попреченоста за реализација на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици			
Отсуство на попреченост	Мала попреченост	Умерена попреченост	Голема попреченост

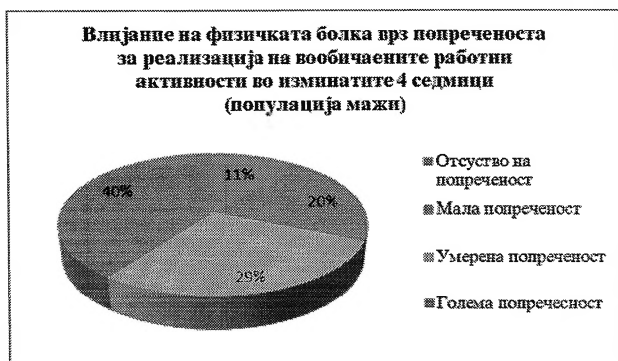
10	21	25	30
----	----	----	----



Слични резултати се добија и при анализата на одговорите од аспект на половата припадност на испитаниците. Имено, 40% од мажите и околу 31% од жените пријавиле голема попреченост во реализацијата на вообичаените работни обврски во изминатите четири седмици како резултат на физичка болка.

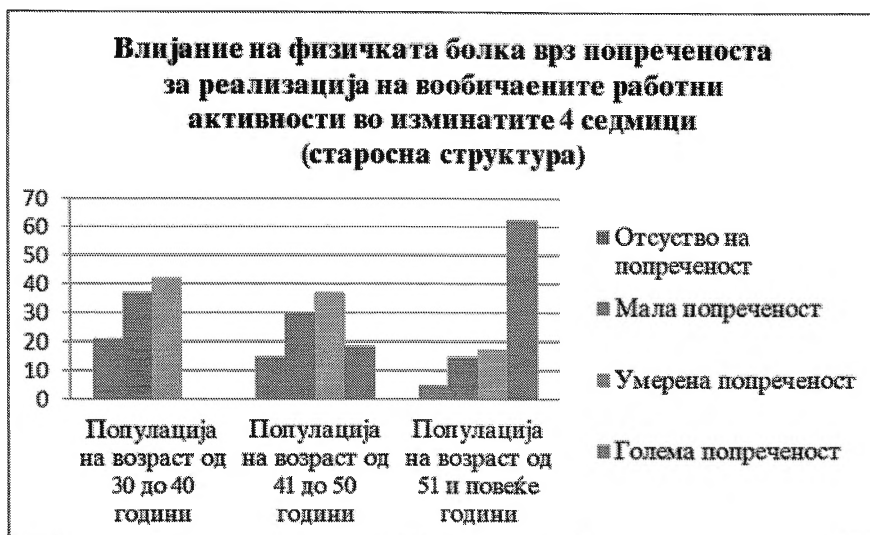
Влијание на физичката болка врз попреченоста за реализација на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици (полова структура)

Отсуство на попреченост		Мала попреченост		Умерена попреченост		Голема попреченост	
Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени
4	6	7	14	10	15	14	16



Влијание на физичката болка врз попреченоста за реализација на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици (старосна структура)

	Популација на возраст од 30 до 40 години	Популација на возраст од 41 до 50 години	Популација на возраст од 51 и повеќе години
Отсуство на попреченост	4	4	2
Мала попреченост	7	8	6
Умерена попреченост	8	10	7
Голема попреченост	0	5	25

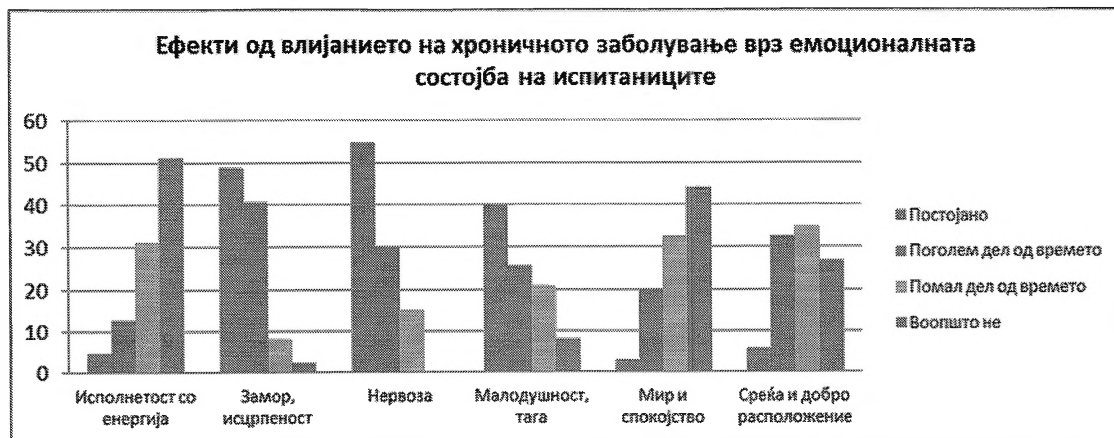


Повторно е забележлива разноликост во одговорите за влијанието на физичката болка врз попреченоста за реализација на вообичаените работни активности во изминатите четири седмици од аспект на возраста на испитаниците. Имено, поголем број од испитаниците на возраст од 30 до 40 години сметаат дека физичката болка само умерено ги попречувала во реализацијата на нивните работни обврски во изминатите четири седмици, при што немало испитаници кои пријавиле голема попреченост. Ставовите за умерена попреченост во реализацијата на вообичаените работни обврски во изминатите четири седмици како резултат на физичка болка исто така доминирале кај испитаниците на возраст од 41 до 50 години, додека кај испитаниците на возраст од 51 и повеќе години доминирале ставовите за голема попреченост за работа во изминатите 4 седмици како резултат на физичка болка.

Беше анализиран и интензитетот на влијание на хроничното заболување врз емотивната состојба на испитаниците. Од доминантните одговори за различните аспекти на емоционалната состојба, беше утврдено дека хроничното заболување воопшто не предизвикува чувство на исполеност со енергија, предизвикува постојано чувство на замор и исцрпеност, нервоза и малдошност и тага, воопшто не предизвикува чувство на мир и спокојство, а помал дел од времето предизвикува чувство на среќа и добро расположение.

Влијание на хроничното заболување врз емотивната состојба				
Аспект	Постојано	Поголем дел	Помал дел од	Воопшто

		од времето	времето	не
Чувство на исполнетост со енергија	4	11	27	44
Чувство на замор, исцрпеност	42	35	7	2
Нервоза	47	26	13	0
Чувство на малодушност, тага	39	22	18	7
Чувство на мир и спокојство	3	17	28	38
Чувство на среќа и добро расположение	5	28	30	23



Влијание на хроничното заболување врз емотивната состојба (полова структура)

Аспект	Постојано		Поголем дел од времето		Помал дел од времето		Воопшто не	
	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени
Чувство на исполнетост со енергија	2	2	5	6	11	16	17	27
Чувство на замор, исцрпеност	18	24	15	20	2	5	0	2
Нервоза	21	26	9	17	5	8	0	0
Чувство на малодушност, тага	16	23	8	14	9	9	2	5
Чувство на мир и спокојство	1	2	7	10	12	16	15	23
Чувство на среќа и добро расположение	2	3	14	14	11	19	8	15



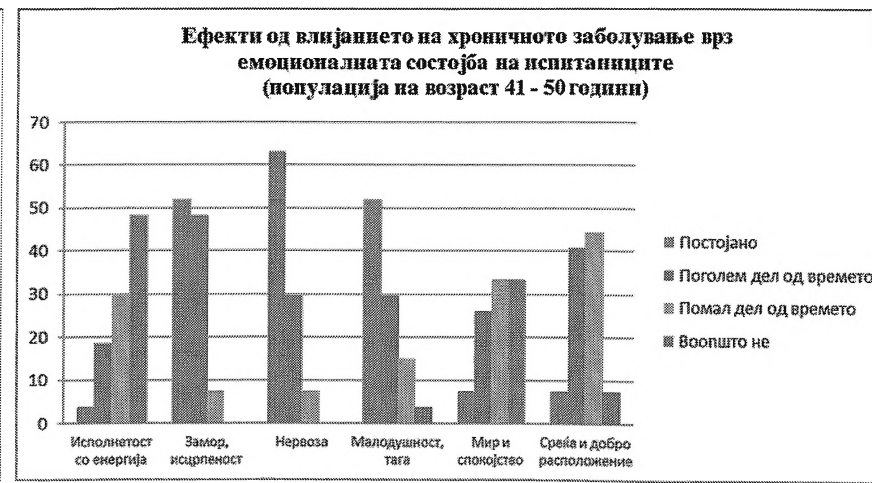


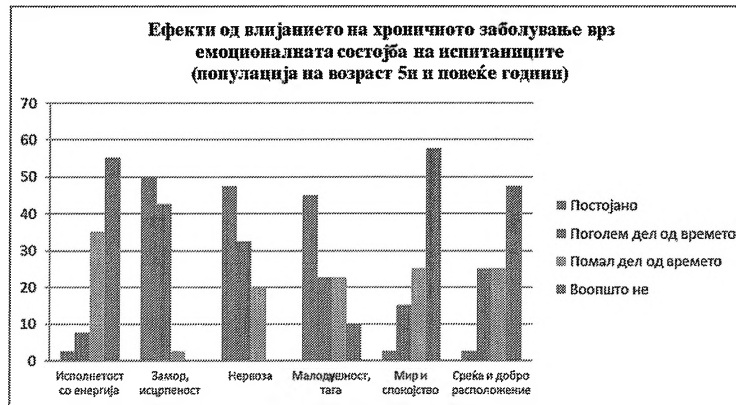
Од аспект на половата припадност на испитаниците, добиените резултати укажуваат на тоа дека поголем дел од мажите и поголем дел од жените:

- Воопшто не чувствуваат исполнетост со енергија како резултат на хроничното заболување;
- Постојано чувствуваат замор и исцрпеност, нервоза, малодушност и тага;
- Воопшто не чувствуваат мир и спокојство;
- Помал дел од времето чувствуваат среќа и добро расположение.

Идентични резултати се добија и кај трите старосни групи.

Влијание на хроничното заболување врз емотивната состојба (старосна структура)												
Аспект	Постојано			Поголем дел од времето			Помал дел од времето			Воопшто не		
	30-40 години	41-50 години	51 и повеќе години	30-40 години	41-50 години	51 и повеќе години	30-40 години	41-50 години	51 и повеќе години	30-40 години	41-50 години	51 и повеќе години
Чувство на исполнетост со енергија	2	1	1	3	5	3	5	8	14	9	13	22
Чувство на замор, исцрпеност	8	14	20	5	13	17	4	2	1	2	0	0
Нервоза	11	17	19	5	8	13	3	2	8	0	0	0
Чувство на малодушност, тага	7	14	18	5	8	9	5	4	9	2	1	4
Чувство на мир и спокојство	0	2	1	4	7	6	9	9	10	6	9	23
Чувство на среќа и добро расположение	2	2	1	7	11	10	8	12	10	2	2	19





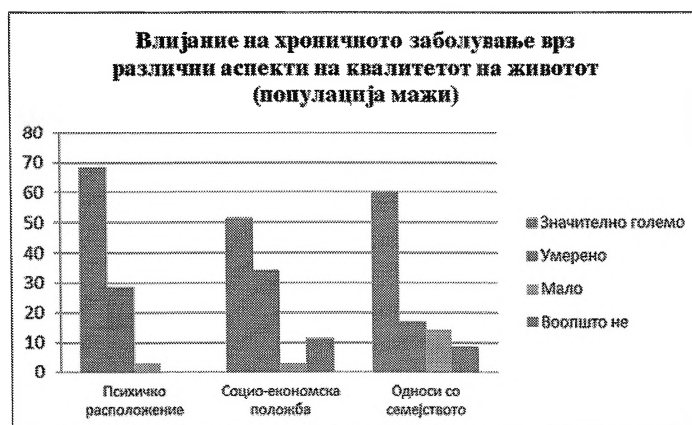
Влијание на хроничното заболување врз различни аспекти на квалитетот на животот				
Аспект врз кој се влијае	Значително големо	Умерено	Мало	Воопшто не
Психичко расположение	56	27	3	0
Социо-економска положба	48	28	6	4
Односи со семејството	38	37	8	3



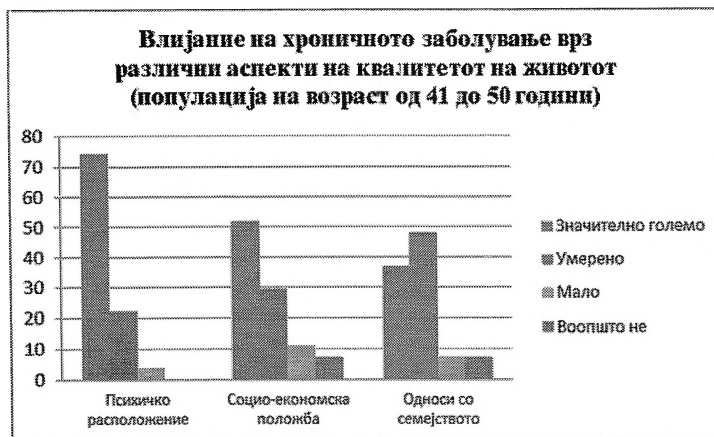
Испитаниците одговараа и за влијанието на хроничното заболување врз различни аспекти на квалитетот на животот како на пример, психичкото расположение, социо-економската состојба и односите со семејството. Утврдено е дека за поголем дел од испитаниците ова влијание е значително големо.

Влијание на хроничното заболување врз различни аспекти на квалитетот на животот (полова структура)								
Аспект врз кој се влијае	Значително големо		Умерено		Мало		Воопшто не	
	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени	Мажи	Жени
Психичко расположение	24	32	10	17	1	2	0	0
Социо-економска положба	18	30	12	16	1	5	4	0
Односи со семејството	21	17	6	31	5	3	3	0

Слични резултати се добија и кога резултатите беа анализирани од аспект на половата припадност на испитаниците, со таа разлика што кај жените се забележуваат доминантни ставови за умерено влијание на хроничното заболување врз односите со семејството.



Влијание на хроничното заболување врз различни аспекти на квалитетот на животот (старосна структура)												
Аспект врз кој се влијае	Значително големо			Умерено			Мало			Воопшто не		
	30-40	41-50	>50	30-40	41-50	>50	30-40	41-50	>50	30-40	41-50	>50
Психичко расположение	10	20	26	9	6	12	0	1	2	0	0	0
Социо-економска положба	13	14	21	3	8	17	1	3	2	2	2	0
Односи со семејството	7	10	21	8	13	16	3	2	3	1	2	0



Од испитаниците беше побарано и да направат осврт на социјалната работа во поглед на социјалната работа за унапредување на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба. Беа испитувани аспектите на опфатеност со програма за социјална работа, аспекти на кои треба да е фокусирана социјалната работа во функција на унапредување на квалитетот на животот на хронично болните и потребата од ангажирање на социјални работници во рамки на здравствените организации во кои се лекуваат хронично болните лица. Беа добиени следниве резултати:

Опфатеност со програми за социјална работа во функција на унапредување на квалитетот на животот	
Да	Не
31	55

Аспекти на кои треба да е фокусирана социјалната работа во функција на унапредување на квалитетот на животот на хронично болните			
Придржување до режимот на третман на болеста	Помош надвор од здравствената установа во справување со потешкотиите кои настанале како последица на болеста	Помош при административните процедури во здравството и остварувањето на своите права	Поврзување со невладини организации кои даваат одредена помош на хронично болни лица
34	20	10	12

Потреба од ангажирање на социјални работници во рамки на здравствените организации во кои се лекуваат хронично болни лица	
Да	Не
67	19

Очигледна е нецелосната опфатеност на популацијата на хронично болни во програмите за социјална грижа и работа во функција на зголемување на квалитетот на нивниот живот поврзан со здравствената состојба и потребата од ангажирање на социјални работници во здравствените организации во кои се лекуваат хронично болните лица.

ЗАКЛУЧОК

Појавата на првите дебати поврзани со квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба коинцидира со појавата на нови лекаства и медицинските интервенции со кои се унапредува здравствената состојба на поединците и се продолжува нивниот животен век. Актуелноста на овие дебати станува особено нагласена во контекст на дискусиите за реформата на здравствениот систем, но конкретниот напредок во оваа сфера е често пати попречуван од постоењето на повеќе различни дефиниции за самиот концепт квалитет на животот поврзан со здравствената состојба кои опфаќаат широк спектар на аспекти како на пример: здравствена состојба, физичко функционирање, симптоми, психо-социјално прилагодување, благосостојба, задоволство со животот и среќа. Затоа, од императивно значење за теоријата и праксата да успеат да ги идентификуваат точните домени на квалитетот на животот и да ја прецизираат терминологијата поврзана со оваа сфера, како би можеле да се формулираат политики за унапредување на квалитетот на животот.

Прашањата поврзани со квалитетот на животот се особено горлива тема кога се разгледува популацијата на хронично болни лица кај кои токму заради заболувањето постои сериозна ограниченост и нарушеност на физичкото функционирање, когнитивното делување, психо-социјалната состојба, емоционалниот статус и прилагоденоста кон самото заболување. Имено, голем број на емпириски истражувања, меѓу кои и истражувањето спроведено за потребите на овој специјалистички труд, покажуваат дека хронично болните лица се соочуваат со следниве проблеми: попреченост да реализираат широк спектар на физички активности (од интензивни и истоштувачки до умерени активности), попреченост да ги реализираат секојдневните работни активности што се огледа во намаленото време на ангажираност во одредена работна активност, отстапување на постигнатите од планираните резултати и ограниченост во поглед на типот на работа која може да се заврши, и силно влијание на емоционалната состојба во која доминира чувството на анксиозност или депримираност врз реализацијата на секојдневните работни и друг вид на активности.

Поконкретно, со истражувањето спроведено за потребите на овој специјалистички труд беше испитувано влијанието на хроничните заболувања врз психолошката состојба, социо-економската положба и семејната положба на хронично болните лица, како и врз целокупниот квалитет на нивниот живот. Интуитивно, очекувањата беа дека хроничните заболувања влијаат негативно врз сите овие состојби и аспекти, односно предизвикуваат нивна деградација во однос на истите пред да настапи хроничната состојба. Специфичните аспекти кои беа анализирани (кои во суштина го одредуваат нивото на квалитет на животот) ги опфаќаа: генералната здравствена состојба на испитаниците; физичката активност на испитаниците; емоционалната состојба на испитаниците; социо-економската положба на испитаниците и семејните односи на испитаниците и влијанието на здравствената состојба на испитаниците врз сите овие аспекти. Беше испитувана и опфатеноста на испитаниците за програми за социјална работа во функција на намалување на негативното влијание на здравствената состојба врз квалитетот на нивниот живот.

Како што беше и претходно напоменато, истражувањето беше спроведено над примерок составен од 86 хронично болни лица кои страдаат од гастро-интестинални заболувања и кои се лекуваат во Клиниката за гастроентехепатологија, Скопје. Од нив, триесет и шест испитаници беа од женски пол, останатите педесет од машки пол. Од аспект на возраста, 24 испитаници беа на возраст од 30 до 40 години, 28 испитаници на возраст од 40 до 50 години и 34 испитаници на возраст над 50 години. Истражувањето ги даде следните резултати:

- Меѓу испитаниците, доминантно застапена е генерално лошата здравствена состојба (скоро 71% од испитаниците) и тоа особено во споредба со минатата година (кај скоро 56% од испитаниците);
- За најголем број испитаници, нарушената здравствена состојба се јавува како предизвикувач на значителна ограниченост во реализацијата на интензивните и истоштувачки активности, како на пример, трчање и пешачење над еден километар, па дури и во реализацијата на умерените активности како на пример, играње голф (околу 52% од испитаниците), поместување на масата или управување со правосмукалка (околу 45% од испитаниците).

- При оценувањето на влијанието на нивната здравствена состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици, поголем број од испитаниците се изјаснија дека забележале намалување на времето во текот на кое работеле или извршувале други активности (околу 60% од испитаниците), неуспех да го постигнат планираното (над 50%), ограниченост во поглед на типот на активност или работа која можела да ја извршат (над 60% од испитаниците) и потешкотии во извршувањето на работата или другите активности (околу 6% од испитаниците).
- При испитувањето на влијанието на здравствената состојба на хронично болните лица, поточно влијанието на физичката болка врз нивната способност за реализација на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици. поголем дел од испитаниците (околу 47%) пријавиле голема попреченост во реализацијата на вообичаените работни обврски во изминатите 4 седмици како резултат на влијание на физичката болка која ја чувствувале.
- При испитувањето на влијанието на емоционалната состојба врз реализацијата на секојдневните активности во изминатите четири седмици, кај поголем број од испитаниците беше забележано намалување на времето на ангажираност за реализација на активностите, неможност да се постигнат во целост планираните резултати и неможност да се задржи истото ниво на внимание во споредба со вообичаено како резултат на полошата емотивна состојба во која во изминатите 4 седмици биле хронично болните испитаници.
- При испитувањето на интензитетот на влијание на хроничното заболување врз емотивната состојба на испитаниците беше утврдено дека хроничното заболување воопшто не предизвикува чувство на исполеност со енергија, предизвикува постојано чувство на замор и исцрпеност, нервоза и малдошност и тага, воопшто не предизвикува чувство на мир и спокојство, а помал дел од времето предизвикува чувство на среќа и добро расположение.
- При испитувањето на влијанието на хроничното заболување врз различни аспекти на квалитетот на животот како на пример, психичкото расположение, социо-економската состојба и односите со семејството беше утврдено дека за поголем дел од испитаниците ова влијание е значително големо. Имено, според 65% од

испитаниците хроничното заболување значително влијае врз нивното психичко расположение, според 55,8% од испитаниците хроничното заболување значително влијае врз нивната социо-економска положба и според 44,2% од испитаниците хроничното заболување значително влијае врз квалитетот на односите со семејството.

Ваквите добиени резултати од истражувањето ги потврдуваат првично поставените истражувачки хипотези:

- Хроничните заболувања влијаат врз психолошката положба на хронично болниот.
- Хроничните заболувања влијаат врз социо-економската положба на хронично болниот.
- Хроничните заболувања влијаат врз семејната положба на хронично болниот.
- Здравјето влијае врз квалитетот на животот на хронично болните лица.

На крај на истражувањето беа испитувани и потребата од и моменталната опфатеност со програми за социјалната работа за унапредување на квалитетот на животот поврзан со здравствената состојба, како и аспектите на кои треба да е фокусирана социјалната работа во функција на унапредување на квалитетот на животот на хронично болните. Најголем број на од испитаниците одговорија дека не се опфатени во програмите за социјална грижа и работа во функција на зголемување на квалитетот на нивниот живот поврзан со нивната хронично нарушена здравствена состојба и ја истакнаа потребата од ангажирање на социјални работници во рамки на здравствените организации во кои се лекуваат хронично болните лица. Исто така беа испитувани и аспектите на кои треба да се фокусира социјалната работа со која би биле опфатени хронично болните. Како најзначајни беа истакнати следниве аспекти: помош за доследно придржување до режимот на третман на болеста; помош надвор од здравствената установа во справување со потешкотиите кои настанале како последица на болеста; помош при административните процедури во здравството и остварувањето на своите права и посредување при поврзување со невладини организации кои даваат одредена помош на хронично болни лица.

Ваквите резултати од емпиriskите студии само ја нагласуваат потребата од соодветна и ефективна нега и здравствена заштита за хронично болните во функција на олеснување на нивната здравствена состојба и унапредување на квалитетот на нивниот живот. Значајна компонента на сеопфатните програми за унапредување на квалитетот на животот на хронично болните треба да биде и социјалната работа која на овој домен извршува повеќе функции и е фокусирана на повеќе области во сферата на режимот на третирање на заболувањето, овозможување на промена на однесувањето на хронично болните, пружање на поддршка итн. Поконкретно, со социјалната работа со хронично болните треба: да се неутрализира или намали неповолното влијание на социјалниот и економскиот статус на хронично болниот врз квалитетот на неговиот живот, да се подготви семејството да пружи поддршка за болниот, да се влијае врз унапредување на квалитетот и содржината на семејните интеракции во функција на поголема поддршка на болниот, да се предизвика и одржува промена во однесувањето, дневниот распоред и животниот стил во насока на намалување на ризик факторите кои предизвикуваат хронични заболувања, поддршка на режимот на медицински третман на заболувањето и поттикнување на пациентот доследно да се придржува до него итн.

Во поширок контекст, стратешката рамка за социјална работа во функција на унапредување на квалитетот на животот на хронично болните треба да опфаќа:

- **Обезбедување на ефективни информации врз основа на кои може да се превземе акција:**
 - Систематско следење на ризик факторите и нивните детерминанти;
 - Систематски развој на база на докази и регистрирани случаи која ќе се користи при формулирањето на политики и дизајнирањето на програми за унапредување на квалитетот на животот на хронично болните;
 - Проценка и мерење на постигнатите резултати.
- **Јакнење на превенцијата и унапредување на здравствената состојба:**
 - Намалување на ризик факторите и нивните детерминанти, унапредување на факторите на заштита;

- Унапредување на здравствената состојба во текот на целиот животен век на поединецот;
- Давање примат и приоритет на популациите кои се изложени на најголем ризик од хронични заболувања.
- **Унапредување на системот за грижа за хронично болните:**
 - Јакнење на улогата на превенцијата во системот на здравствената заштита;
 - Унапредување на раната детекција и интервенција;
 - Развој на интегрираните системи за примарна заштита;
 - Формирање на партнерства за пружање соодветна нега за хронично болните.

Сметаме дека со ваков широк систем изграден на национално ниво ќе се постигнат значајни резултати во подобрувањето на квалитетот на животот на хронично болните. Притоа, ваквиот систем не би можел да функционира без силна поврзаност и интеракции помеѓу здравствените организации, невладиниот сектор, образовниот систем и институциите за социјална заштита.

Анкетен прашалник употребен за реализација на истражувањето за потребите на специјалистичкиот труд

<p>1. Како, генерално, би ја опишале Вашата здравствена состојба?</p> <ul style="list-style-type: none">■ одлична■ многу добра■ добра■ лоша	<p>2. Споредено со пред една година, како би ја опишале Вашата здравствена состојба сега?</p> <ul style="list-style-type: none">■ многу подобра отколку пред една година■ незначително подобра отколку пред една година■ скоро иста како пред една година■ малку полоша отколку пред една година■ значително полоша отколку пред една година
<p>Во продолжение се дадени некои физички активности кои може да се прават во текот на вообичаен ден. Дали Вашата здравствена состојба ограничува било која од овие активности? Доколку е тоа случај, во колкава мера?</p>	
<p>3. Интензивни и истоштувачки активности, како на пример, трчање, кревање тешки предмети, учество во исцрпувачки спортови.</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера■ не, воопшто не ги ограничува	<p>4. Умерени активности, како на пример, поместување на маса, управување со правосмукалка, куглање или играње голф.</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера■ не, воопшто не ги ограничува
<p>5. Кревање или носење на кеси со намирници.</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера■ не, воопшто не ги ограничува	<p>6. Качување по скали.</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера■ не, воопшто не ги ограничува
<p>7. Свиткување, клекнување или мрдање на главата</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера■ не, воопшто не ги ограничува	<p>8. Пешачење над еден километар</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера■ не, воопшто не ги ограничува
<p>9. Пешачење на кратки патеки</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува■ да, ги ограничува во извесна мера	<p>10. Грижа за сопствената хигиена и облекување</p> <ul style="list-style-type: none">■ да, во голема мера ги ограничува

<p>■ не, воопшто не ги ограничува</p>	<p>■ да, ги ограничува во извесна мера ■ не, воопшто не ги ограничува</p>
<p>Во текот на изминатите 4 седмици, дали искусивте некој од следниве проблеми во поглед на Вашето работење или други редовни секојдневни активности како резултат на Вашето физичко здравје?</p>	
<p>11. Го намаливте времето кое вообичаено го поминувате во работа или реализација на други активности. ■ да ■ не</p>	<p>12. Постигнавте помалку отколку што би сакале да постигнете. ■ да ■ не</p>
<p>13. Бевте ограничен во поглед на типот на работа или други активности кои можевте да ги извршувате. ■ да ■ не</p>	<p>14. Имавте потешкотии да ја извршувате работата или другите активности (на пример, Ви беше потребен дополнителен напор). ■ да ■ не</p>
<p>Во текот на изминатите 4 седмици дали искусивте некој од следниве проблеми во поглед на работата или другите редовни секојдневни активности како резултат на емоционални промени (како на пример, чувство на депримираност или анксиозност)?</p>	
<p>15. Го намаливте времето кое вообичаено го поминувате во работа или реализација на други активности. ■ да ■ не</p>	<p>16. Постигнавте помалку отколку што би сакале да постигнете. ■ да ■ не</p>
<p>17. Не ја извршувавте работата или другите активности подеднакво внимателно како вообичаено. ■ да ■ не</p>	<p>18. Во текот на изминатите 4 седмици во колкава мера Вашето физичко здравје или емоционални проблеми ги попречувале нормалните социјални активности кои ги реализирате заедно со семејството, пријателите, соседите или социјалните групи од кои сте дел? ■ Воопшто не ■ Малку ■ Умерено ■ Значително ■ Екстремно многу</p>
<p>19. Колкава телесна болка почувствувавте во текот на изминатите 4 седмици? ■ Воопшто не почувствував болка ■ Умерена болка</p>	<p>20. Во текот на изминатите 4 седмици во колкава мера физичката болка Ве попречуваше во реализацијата на вообичаените работни обврски (во домот и</p>

<ul style="list-style-type: none"> ■ Интензивна болка ■ Многу интензивна болка 	<p>на работното место)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Воопшто не ме попречуваше ■ Малку ме попречуваше ■ Умерено ме попречуваше ■ Многу ме попречуваше
<p>Следниве прашања се однесуваат на Вашата емотивна состојба како резултат на хроничното заболување од кое страдате.</p>	
<p>21. Дали се чувствувате дека сте полни со енергија?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не се чувствувам 	<p>22. Дали се чувствувате уморно, исцрпено?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не се чувствувам
<p>23. Дали се чувствувате нервозно?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не се чувствувам 	<p>24. Дали се чувствувате малодушно, тажно, без можност да се расположите?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не се чувствувам
<p>25. Дали се чувствувате мирно и спокојно?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не се чувствувам 	<p>26. Дали се чувствувате среќно, во добро расположение?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не се чувствувам
<p>27. Во колкава мера во текот на изминатите 4 седмици Вашето физичко здравје или емоционални проблеми Ве попречувале во реализацијата на Вашите социјални активности (како на пример, посета на пријатели, дружење итн)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ постојано ■ поголем дел од времето ■ помал дел од времето ■ воопшто не ме попречуваа 	<p>28. Дали сметате дека хроничното заболување од кое страдате генерално се одразува врз Вашето психичко расположение?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ во голема мера ■ умерено ■ малку ■ воопшто не
<p>29. Дали сметате дека хроничното заболување од кое страдате генерално се одразува врз Вашата социо-економска положба?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ во голема мера ■ умерено 	<p>30. Дали сметате дека хроничното заболување од кое страдате генерално се одразува врз Вашите односи со семејството?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ во голема мера ■ умерено

<ul style="list-style-type: none">■ малку■ воопшто не	<ul style="list-style-type: none">■ малку■ воопшто не
31. Дали некогаш сте биле опфатени со програма за социјална грижа и работа чија цел била да Ви се унапреди квалитетот на животот? <ul style="list-style-type: none">■ да■ не	32. На кои аспекти доминантно се фокусираше социјалната работа во функција на унапредување на квалитетот на Вашиот живот? <ul style="list-style-type: none">■ придржување до режимот на третман на болеста■ промена на Вашето однесување■ задоволување на Вашите потреби
33. Пол? <ul style="list-style-type: none">■ машки■ женски	34. Возраст? <ul style="list-style-type: none">■ од 30 до 40 години■ од 41 до 50 години■ 51 и повеќе години

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Abbott, J., A. Hart, T. Havermans, A. Matossian, L. Goldbeck, C. Barreto, A. Bergsten-Brucefors, T. Besier, P. Catastini, F. Lupi, D. Staab, 2011, "Measuring Health-Related Quality of Life in Clinical Trials in Cystic Fibrosis", *Journal of Cystic Fibrosis*, Volume 10, Suppl. 2, p. S82–S85.
2. Alragum, Sharifah Nasser, 2008, *Health-Related Quality of Life in Kuwait: Validation of Generic and Disease-Specific Measures*, Doctoral dissertation, Temple University.
3. Arafah, Alaa Mohammad, 2009, *What Constructs Are Represented in Multiple Sclerosis Specific Health-Related Quality of Life Measures?*, Doctoral dissertation, McGill University.
4. Arevalo, Jenice, 2011, *Health Related Quality of life in Inclusion Body Myopathy Associated with Paget's Disease of Bone and Frontotemporal Dementia (IBMPPD)*, Master thesis, University of California.
5. Auslander, Wendy, Stacey Freedenthal, *Social Work and Chronic Disease: Diabetes, Heart Disease and HIV/ AIDS* in Gehlert, Sarah, Teri Arthur Brown, 2006, *Handbook of Health and Social Work*, John Wiley and Sons, Inc., p. 542 – 550.
6. Australian Institute of Health and Welfare, 2013, *Authoritative Information and Statistics to Promote Better Health and Wellbeing: Chronic Diseases*, Australian Government. Available at: <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>. Last time visited on 15.11.2013.
7. Australian Institute of Health and Welfare, 2012, *Risk Factors Contributing to Chronic Diseases*, Australian Institute of Health and Welfare.
8. Barofsky, Ivan, 2012, "Can Quality or Quality-of-Life be Defined?", *Quality of Life Research*, Vol. 21, p. 625–631
9. Bernstein A. B., Hing E., Moss A. J., Allen K. F., Siller A. B., Tiggler R. B., 2003, *Health Care in America: Trends in Utilization*, National Center for Health Statistics.
10. Bendtsen, Preben, Matti Leijon, Ann Sofie Sommer and Margareta Kristenson, 2003, "Measuring Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Routine Hospital Setting: Feasibility and Perceived Value", *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 1, p. 5 – 13.
11. Cella, David, Cindy J. Nowinski, 2002, "Measuring Quality of Life in Chronic Illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System", *Arch Phys Med Rehabil*, Vol. 83, Suppl. 2, p. S10 – S17.

12. Centers for Disease Control and Prevention, 2007, *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data: 2007*, Available from:
http://www.cdc.gov/brfss/technical_infodata/surveydata/2007.htm
13. Centers for Disease Control and Prevention, 2000, *Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-related Quality of Life*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
14. Cherepanov, Dasha, 2009, *Gender Differences in Health-Related Quality of Life*, Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison.
15. Christ, Grace, Sadhna Diwan, 2008, *Chronic Illness And Aging: Section 2: The Role Of Social Work in Managing Chronic Illness Care*, Council on Social Work Education, National Center for Gerontological Social Work Education.
16. Diener, Ed, Don R. Rahtz, 2000, *Advances in Quality of Life Theory and Research*, Springer Science + Business Media Dordrecht.
17. Dodgem Robert Thomas, 2002, *Factors that Influence Health-Related Quality of Life and Satisfaction with Care among Adults at a Community-Based AIDS Service Organization*, Doctoral Dissertation, The Catholic University of America.
18. D'Souza, Melba Sheila, Subrahmanya Nairy Karkada and Ganesha Somayaji, 2013, "Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture", *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 11, Issue 1, p. 9 – 24.
19. Ferrans, Carol Estwing, Julie Johnson Zerwic, Jo Ellen Wilbur, Janet L. Larson, 2005, "Conceptual Model of Health-Related Quality of Life", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 37, Issue 4, p. 336 – 342.
20. Ferris, Abbott L., 2010, *Approaches to Improving the Quality of Life: How to Enhance the Quality of Life*, Springer.
21. Friedman B, Jiang HJ, Elixhauser A. 2009, "Costly Hospital Readmissions and Complex Chronic Illness", *Inquiry*, Vol. 45, Issue 4, p. 408–21.
22. International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), 2013, *What Is Health-Related Quality of Life Research?*, ISOQOL, available from: <http://www.isoqol.org/about-isoqol/what-is-health-related-quality-of-life-research>.

23. Janse, A. J., G. Sinnema, C. S. P. M. Uiterwaal, J. L. L. Kimpen, R. J. B. J. Gemke, 2005, "Quality of life in chronic illness: perceptions of parents and paediatricians", *Arch Dis Child*, Vol. 90, p. 486–491.
24. Kenney, Kathleen, 2010, *Social Support and Health-Related Quality of Life among Healthy Middle-Childhood Aged Siblings of Chronically Ill Children*, Doctoral dissertation, Columbia University.
25. Kindig D. A., Booske B. C., Remington P. L., 2010, "Mobilizing Action toward Community Health (MATCH): Metrics, Incentives, and Partnerships for Population Health", *Prev Chronic Dis*, Vol. 7, Issue 4, Available at: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0019.htm.
26. Kramer, Lena, Oliver Hirsch, Kathrin Schlößler, Susanne Träger, Erika Baum and Norbert Donner-Banzhoff, 2012, "Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease", *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol.10, Issue 1, p. 78 – 87.
27. Landry, Karen Elaine Ainsworth, 2009, *Health Status and Health-Related Quality of Life in Congestive Heart Failure*, Doctoral dissertation, Texas Woman's University.
28. McKenna M., Collins J., *Current Issues and Challenges In Chronic Disease Control* in Remington PL, Brownson R.C., Wegner M.V. (editors), 2010, *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2nd edition, American Public Health Association, p. 1–24.
29. Ministry of Health and Long-Term Care, 2008, *Logic Model for Ontario's Chronic Disease Prevention and Management Framework*, Ministry of Health and Long-Term Care, available at: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/logic_model.pdf.
30. Ministry of Health and Long-Term Care, 2008, *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*, Ministry of Health and Long-Term Care.
31. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009, *Chronic Disease: The Power to Prevention: The Call to Control*, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Available at: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/pdf/chronic.pdf>. Last time visited on 15.11.2013.
32. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009, *The Power of Prevention: Chronic disease... the Public Health Challenge of the 21st Century*, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Available at:

<http://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/2009-Power-of-Prevention.pdf>. Last time visited on 15.11.2013.

33. O'Connor, Rod, 1993, *Issues in the Measurement of Health-Related Quality of Life*, Proceedings from the Workshops in Patient-Centred Health Outcomes Measurement, Health program Evaluation, Questionnaire Design, and Decision making in Health Care, Melbourne, Australia: NHMRC National Centre for Health Program Evaluation, Available from:

34. http://www.rodconnorassoc.com/issues_in_the_measurement_of_qua.htm#B%20CONCEPTS%20AND%20DEFINITIONS%20IN%20HEALTH-RELATED%20QUALITY%20OF%20LIFE

35. Oksuz, Ergun, Simten Malhan, 2006, *Compendium of Health Related Quality of Life: Generic Instruments*, Başkent University.

36. Orozco, Holly B., 2003, *Spiritual function and its relationship to health-related quality of life in a population of chronically ill*, Doctoral Dissertation, Loma Linda University.

37. Partnership to Fight Chronic Disease, 2012, *More Americans Have a Chronic Health Condition*, Partnership to Fight Chronic Disease, Available at:

<http://www.fightchronicdisease.org/media-center/news/more-americans-have-chronic-health-condition>, Last time visited on 15.11.2013.

38. Parekh, Anand K., Richard A. Goodman, Catherine Gordon, Howard K. Koh, 2011, *Managing Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework for Improving Health Outcomes and Quality of Life*, The HHS Interagency Workgroup on Multiple Chronic Conditions, Public Health Reports / July–August 2011 / Volume 126.

39. Pawar, Vivek S., 2006, *Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis: Measurement, Predictors and Utilization in Routine Clinical Practice*, Doctoral dissertation, West Virginia University.

40. Public Health Agency of Canada, 2008, *Chronic Disease Risk Factor Atlas*, Minister of Public Works and Government Services Canada.

41. Rothrock NE, R. D. Hays, K. Spritzer et al., 2010, “Relative to the General US Population, Chronic Diseases are Associated with Poorer Health-Related Quality of Life as Measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement System (PROMIS)”, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 63, p. 1195-1204.

42. Southerland, Jodi, 2012, *Health-Related Quality of Life and Future Care Planning Among Older Adults: Exploring the Role of Hope as a Moderator*, Doctoral dissertation, East Tennessee State University.
43. Thommasen, H. V., W. Zhang, 2006, “Impact of Chronic Disease on Quality of Life in the Bella Cooola Valley”, *Rural and Remote Health*, Vol. 6, p. 528 – 545.
44. Ventegodt, Søren, Joav Merrick Eds.), 2009, *Health and Happiness from Meaningful Work: Research in Quality of Working Life*, Nova Science Publishers, Inc.
45. Wang, Hong-Mei, Martin Beyer, Jochen Gensichen and Ferdinand M Gerlach, 2008, “Health-Related Quality of Life among General Practice Patients with Differing Chronic Diseases in Germany: Cross Sectional Survey”, *BMC Public Health*, Vol. 8, p. 246 – 257.
46. Ware, J. E., 1995, “The Status of Health Assessment 1994”, *An Rev Pub Health*, Vol. 16, p. 327-354.
47. Warshaw G. 2006, Introduction: Advances and Challenges in Care of Older People with Chronic Illness. *Generations*, Vol. 30, Issue 3, p. 5–10.
48. Wasserman, David, Jerome Bickenbach, Robert Wachbroit (Eds.), 2005, *Quality of Life and Human Difference: Genetic Testing, Health Care and Disability*, Cambridge University Press.
49. Wilson IB, Cleary PD. 1995, “Linking clinical variables with health-related quality of life”, *JAMA* Vol. 1995, p. 59-65.
50. World Health Organization, 1997, *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, WHO.
51. Yach, Derek, Corinna Hawkes, C. Linn Gould, Karen J. Hofman, 2004, “The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control”, *JAMA*, Vol. 291, Issue 21, p. 2616-2622.
52. Yang, Ming-Ching, Jen-Son Cheng, Shu-Wen Yu, 2012, “Leisure Lifestyle and Health-Related Quality of Life of Taiwanese Adults”, *Social Behavior and Personality*, Vol. 40, Issue 2, p. 301-318