

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**

*Согласовано
Зам. председателя УМС
Департамента здравоохранения
города Москвы*

*Утверждаю
Первый зам. руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы*

*Л.Г. Костомарова
15 марта 2016 года*

*Н.Н. Потекаев
16 марта 2016 года*

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И БЛАГОПОЛУЧИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

***Методические рекомендации
(№5)***

*Главный внештатный специалист
по акушерству и гинекологии
Департамента здравоохранения*

А.Г. Коноплянников

Москва 2016

Учреждение-разработчик: ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»,
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Составители: к.м.н. В.В. Одинцова, к.м.н. А.Б. Зудин,
Н.М. Горчакова, к. психол. н. В.А. Дмитриева,
А.А. Никифорова

Рецензент: зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, д. психол. н., профессор О.Ю. Щелкова

Предназначение: для практикующих врачей и организаций здравоохранения

Данный документ является собственностью
Департамента здравоохранения Правительства Москвы
и не подлежит тиражированию и распространению
без соответствующего разрешения

I. Понятие качества жизни и благополучие

По определению Всемирной Организации Здравоохранения качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это также степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленные здоровьем:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт, экология).

Качество жизни на протяжении последних десятилетий является предметом постоянного научного интереса ученых, в трудах которых рассматриваются различные аспекты детерминации уровня и образа жизни, разрабатываются социальные показатели образа жизни, рассматривается соотношение образа и качества жизни. Начиная с 1960-х годов эта категория была введена в научный оборот в связи с попытками моделирования зарубежными исследователями траектории промышленного развития в сторону объяснения человеческого существования. Несмотря на множество концепций, которые характеризуют понятие «качества жизни», до настоящего момента нет единого мнения в понимании этого термина. С одной стороны, встречается широкое толкование качества жизни, вбирающее в себя разные процессы жизнедеятельности человека в обществе. С другой стороны, это понятие часто сводится к узкому слою процессов жизнеобеспечения людей.

Изучению качества жизни в медицине посвящено много исследований и научных трудов. Основными составляющими концепции качества жизни в медицине являются:

- а) многомерность: включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической,

социальной, духовной и экономической;

б) **изменяемость во времени:** изменяется во времени в зависимости от состояния пациента, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов, данные качества жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии;

с) **участие больного в оценке своего состояния:** эта составляющая особенно важна, т.к. оценка качества жизни, сделанная пациентом, является ценным показателем его общего состояния.

Изучение качества жизни в медицине — это сложный и вместе с тем очень полезный процесс, который трудно переоценить. Результаты изучения качества жизни всегда очень информативны и полезны для процесса лечения пациентов. Ниже представлены основные направления исследования качества жизни в медицине:

- стандартизация методов лечения;
- экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран;
- обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;
- разработка прогностических моделей течения и исхода заболеваний;
- проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;
- разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины;
- обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ;
- повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов.

Благополучие — в самом широком смысле (wellbeing) это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов, в субъективном смысле это общее восприятие человеком уровня своего благополучия (самооценка текущего здоровья, перспективы здоровья в будущем, рейтинг интенсивности, частоты, длительности болевых ощущений и т.д.)

Определение здоровья, данное ВОЗ, как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов, предлагает исследовать разные составляющие благополучия: социальное, психическое, эмоциональное и т.д.

Социальное благополучие проявляется в удовлетворенности широкой (достаточной для данного индивида) динамичной системой социальных связей, с наличием позитивных межличностных отношений, проявляющихся в форме дружбы, любви, поддержки. В своей работе ВОЗ обращает серьезное внимание на «систему социальной поддержки против стресса». Поддержка понимается в психологии как рефлексия отношения человека с людьми из близкого окружения, сопереживающими и оказывающими ему реальную помощь. В зарубежных исследованиях социальное благополучие человека оценивалось успешностью его физического, психического, социального и экономического функционирования (Raphael et al., 1996).

Психическое благополучие (психическое здоровье) — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество.

Психическое благополучие представляет собой сложный и многомерный феномен, изучение которого имеет свои истоки в истории философии и социологии. В его определении нет концептуального единства. Специфика современного состояния проблемы психического благополучия отражает несколько противоречивый характер ее развития. Появление более широкой категории «психическое благополучие» относится к 1960-м гг. и имеет свои корни в США. В книге М. Аргайла «Психология счастья» отмечено, что впервые категория «психического благополучия» появилась в предметном указателе основных справочных изданий по психологии в 1974 г., но более конкретных данных не представлено. К тому же к ранним классическим работам этой тематики относят труды Бредберна, Кентрила, Уилсона (в них термин «психическое благополучие» как таковой не встречается, но отражена его содержательная представленность).

В 70-90-е гг. не только в Америке, но и в Европе появляется много материалов (Аргайл, Венховен, Динер, Канман, Конверс, Кэмпбелл, Рифф, Роджерс, Шварц и др.), касающихся психического благополучия. В основном они строятся на изучении общественного мнения, носят эмпирический и прикладной характер и реализуются в изучении направлений связи со степенью реализации человеческого потенциала (Рифф, Кейес). Дальнейшие работы зарубежных исследователей также в большей части связаны с психологической практикой, но отмечается тенденция к систематизации и фундаментализации знаний.

В качестве базовых составляющих психологического благополучия (psychological well-being) человека К.Рифф выделила: позитивные отношения с другими, принятие себя (позитивная оценка себя и своей жизни), автономия (способность следовать своим собственным

убеждениям), компетентность (контроль над окружающей средой, способность эффективно управлять своей жизнью), наличие целей, придающих жизни направленность и смысл, личностный рост как чувство непрекращающегося развития и самореализации.

Эмоциональное благополучие включает целостное восприятие себя и окружающего мира, способность справляться с негативными переживаниями и настраивать себя на благоприятное восприятие реальности. В некоторых работах эмоциональное благополучие исследовалось как составная часть общего психического благополучия личности. С этой точки зрения, важное значение придается не столько положительным или отрицательным переживаниям, сколько возможности личности к преобразованию этих переживаний.

В 2013 году ВОЗ утвердила Комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013—2020 годов. План отражает решимость всех государств-членов ВОЗ принять конкретные меры, направленные на укрепление психического здоровья, и содействовать достижению глобальных целей.

Важнейшая цель Плана действий состоит в том, чтобы укреплять психическое благополучие, предотвращать психические расстройства, обеспечивать медицинскую помощь, ускорять выздоровление, укреплять права человека и снижать смертность, заболеваемость и инвалидность лиц с психическими расстройствами. Этот план направлен на достижение 4 задач:

- укреплять эффективное лидерство и руководство в области охраны психического здоровья;
- обеспечивать на первичном уровне комплексную интегрированную и четко реагирующую на изменения медико-санитарную и социальную помощь;
- осуществлять стратегии укрепления психического здоровья и профилактики в области психического здоровья;
- укреплять информационные системы, фактические данные и исследования в области психического здоровья.

Это можно подтвердить тем, что Всемирная организация здравоохранения использовала именно понятие о благополучии при определении здоровья. Такой подход позволяет отойти от дихотомии «здоровье» — «болезнь» (от исключительно самоцентристского подхода) и рассматривать пациентов и их проблемы системно.

Критерии эмоционального благополучия:

1. Преобладание положительного эмоционального фона.
2. Ощущение субъективного переживания счастья.
3. Состояние удовлетворенности, спокойствия и уверенности являются доминирующими.

4. Отношения с другими характеризуются направленностью на позитив, заботу и доверие.

5. Осознание человеком переживаемых им эмоций.

6. Возможность эффективно регулировать любые из своих эмоциональных проявлений, как положительной, так и отрицательной направленности.

В современных исследованиях эмоционального благополучия ученые изучают связь этого понятия с различными заболеваниями. Согласно исследованию П. Педагола и К. Райана заболевания сердечно-сосудистой системы связаны с проявлениями тревожности, враждебности, депрессии и переменами настроения. Пациенты так же отмечают сильную утомляемость и снижение способности к физическим нагрузкам в период реабилитации.

Исследования легочных заболеваний показывают, что при этих заболеваниях может быть выявлена сильная усталость, как возможный признак депрессии, что сильно влияет на качество жизни связанное со здоровьем. В своей работе И. Учманович отмечает, что при заболевании органов дыхания пациенты обычно низко оценивают свое эмоциональное состояние.

В китайском исследовании пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, эти пациенты часто имеют сопутствующие нарушения психологических функций сна, тяжесть заболевания влияет на настроение, сон и посещение медицинского учреждения.

Сравнительное исследование представителей американской школы показало, что у пациентов с заболеванием желудочно-кишечного тракта наблюдается психологическое расстройство и ухудшение эмоционального благополучия, связанное со здоровьем, в сравнении с представителями контрольной группы.

Исследования эмоционального состояния пациентов с онкологическими заболеваниями показывают, что пациенты с различными видами онкологических заболеваний нуждаются в заботе и душевной поддержке со стороны медицинского персонала и своего окружения, в отсутствии которых они могут пребывать в депрессии, у них увеличивается риск потери душевного покоя и смысла жизни.

Другое исследование показывает, что при онкологических заболеваниях пациенты могут часто испытывать тревожность и страх за будущее, что иногда побуждает их обращаться к альтернативной и нетрадиционной медицине, прежде всего, для получения психотерапевтического эффекта.

Основываясь на имеющихся подходах, описывающих понятия качество жизни и благополучие, можно прийти к выводу, что эти понятия являются многомерным явлением.

II. Оценка качества жизни и благополучия

Качество жизни и благополучие, как было описано выше, имеет прямое отношение к сфере субъективного эмоционального восприятия, к тому, как человек оценивает себя, как оценивает происходящее вокруг через призму собственных эмоций и переживаний. То, что происходит во внешней реальности, оказывает непосредственное влияние на внутриспсихическую жизнь человека, которая, в свою очередь, тесно связана с физиологическим функционированием.

На сегодня в мире существуют разные системы оценки качества жизни и благополучия, которые позволяют провести сравнение этих показателей в разных странах и регионах.

Индекс процветания представляет собой комбинированный показатель британского аналитического центра «The Legatum Institute», который измеряет достижения стран мира с точки зрения их процветания. В данном контексте понятие процветания схоже с понятием благополучия и рассматривается через призму социально-экономических характеристик. Сбор данных осуществляется с 2008 года. Индекс процветания, включает в себя измерения показателей различных аспектов жизни общества и состоит из 8 субиндексов.

Субиндексы процветания:

1. Экономика (макроэкономические показатели, экономическая удовлетворенность и ожидания, возможности для экономического роста и эффективность финансового сектора).

2. Предпринимательство и возможности (предпринимательский климат, продвижение инновационной деятельности, отсутствие экономических потрясений).

3. Управление (эффективная и прозрачная структура власти, честные выборы и политическая активность всех участников, главенство закона).

4. Образование (доступность образования, качество образования и человеческий капитал).

5. Здоровье (результаты мероприятий по охране здоровья (субъективные и объективные показатели), инфраструктура здравоохранения, лечебно-профилактические мероприятия).

6. Безопасность (национальная и гражданская безопасность).

7. Личная свобода (показатели по развитию наций гарантированной частной свободы и повышения социальной толерантности).

8. Социальный капитал (социальное взаимодействие и вовлечение, нетворкинг на уровне общества и семьи).

Согласно показателям, представленным в сборнике Индекса процветания (всего в рейтинге представлено 142 страны) с 2009 по 2015 гг.

Россия поднялась с 62-го на 55-е место в рейтинге и относится к числу стран, демонстрирующих субиндексы выше среднего.

Об уровне благополучия населения можно судить на основе показателей, публикуемых ВОЗ в ряде документов. В первую очередь, это доклады о состоянии здравоохранения:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, включающий следующие показатели: потребление алкоголя, избыточный вес и ожирение, употребление алкоголя, младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. В этом документе освещаются такие вопросы, как финансирование здравоохранения, его распределение по странам мира, эффективность финансирования, мониторинг и оценка действия по улучшению работы систем здравоохранения в мире и т. д.

Для оценки благополучия используют показатель ожидаемой продолжительности жизни, который представляет собой интегральный измеритель потерь от смертности среди измеряемого населения. Идея подобного измерителя потерь от плохого состояния здоровья появилась сравнительно недавно и была предложена Б. Сандерсом в 1964 году. Д. Салливан предложил в 1971 г. методологию расчета и название — «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)» и «Ожидаемая продолжительность жизни без ограничений в дееспособности» (Disability Free Life Expectancy, DFLE). В настоящее время используется несколько вариантов предложенного Салливаном показателя или производных от него (см. табл. 1).

Первые оценки ОПЗЖ в России были сделаны ВОЗ в 2000 г. на основе исследований, проведенных по международным стандартам ВОЗ по репрезентативной выборке в 1601 домохозяйство. Согласно их оценкам, ожидаемая продолжительность жизни в 2000 г. составила 52,8 года у мужчин и 64,1 года у женщин. По этому показателю мужчины занимали 133 место в рейтинге из 191 стран, а женщины 73 место.

В международной практике выделяют два подхода к оценке здоровья: субъективный и объективный. В объективном подходе оценка производится внешним наблюдателем, в субъективной — самим человеком (пациентом) по его внутренним ощущениям. Несмотря на существующую критику относительно субъективного подхода к оценке здоровья, в целом в мировой литературе доминируют исследования, в которых эмпирическим путем обосновывается применимость субъективных мер здоровья при измерении его реального уровня. В связи с этим удовлетворенность/неудовлетворенность жизнью и внешними условиями играют огромную роль в оценке здоровья и ожидаемой продолжительности жизни.

Табл. 1. Интегральные меры здоровья населения

| Виды интегральных мер здоровья населения | Используемые показатели | Необходимые для расчета данные по смертности | Необходимые для расчета данные по состоянию здоровья / заболеваемости | Характер используемых весов | Интерпретация |
|---|--|--|--|---|--|
| 1. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ, HLE) | DFLE, DALE (Disability Free/ Adjusted Life Expectancy), HALE (Health Adjusted Life Expectancy), ALE (Active Life Expectancy) | Таблицы смертности для популяции в целом и отдельно для каждого пола | Репрезентативные для населения страны/ региона данные опросов, содержащие вопросы о различных сторонах здоровья индивида. DFLE, DALE - дихотомическая переменная здоровья. HALE, ALE - градуированная переменная | При расчете DFLE, DALE веса, как правило, не используются. HALE, ALE - могут быть взвешены с учетом ограничений определенных состояний для качества жизни | Ожидаемая продолжительность жизни, взвешенная с учетом качества проживаемых лет, в терминах состояния здоровья |
| 2. Бремя смертности и заболеваемости | DALYs (Disability Adjusted Life Years) | Таблицы смертности по причинам смерти (по МКБ) | Данные медицинской статистики (распределения по полу и возрастным группам количества новых случаев заболевания или его общей распространенности). Также половозрастные данные о средней длительности заболеваний и среднем возрасте их наступления | Веса используются обязательно и показывают, насколько заболевания ограничивают функционирование (0 - совсем не ограничивают, 1 - смерть) | Количество лет, потерянных в популяции в результате избыточной смертности и заболеваемости от ряда причин |

В практике оценивания здоровья принято выделять несколько подходов на основе репрезентативных опросов.

В 1989 году М. Блэкстером была предложена модель измерения субъективной составляющей здоровья, в которой она рассматривается как единство трех взаимосвязанных элементов:

- медицинский элемент (здоровье как отсутствие заболеваний);
- функциональный элемент (здоровье как возможность функционировать);
- ощущение благополучия в целом.

Данные, представленные ниже, находятся в открытом доступе на ресурсах ВОЗ и позволяют произвести оценку уровня благополучия отдельных стран. По продолжительности жизни Россия входит во вторую сотню (см. табл. 2).

Табл. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди мужчин и женщин (выборочно, данные ВОЗ на 2013 г.)

| Место | Мужчины | Продолжительность жизни | Место | Женщины | Продолжительность жизни |
|------------|----------------|-------------------------|------------|------------------|-------------------------|
| | Страна | | | Страна | |
| 1 | Исландия | 81.2 | 1 | Япония | 87 |
| 2 | Швейцария | 80.7 | 2 | Испания | 85.1 |
| 3 | Австралия | 80.5 | 3 | Швейцария | 85.1 |
| 4 | Израиль | 80.2 | 4 | Сингапур | 85.1 |
| 5 | Сингапур | 80.2 | 5 | Италия | 85 |
| 6 | Новая Зеландия | 80.2 | 6 | Франция | 84.9 |
| 7 | Италия | 80.2 | 7 | Австралия | 84.6 |
| 8 | Япония | 80 | 8 | Республика Корея | 84.6 |
| 9 | Швеция | 80 | 9 | Люксембург | 84.1 |
| 10 | Люксембург | 79.7 | 10 | Португалия | 84 |
| 142 | Россия | 69 | 104 | Россия | 75 |

Одним из показателей, которые часто используют исследователи для оценки уровня благополучия в стране является уровень суицидов.

Среди стран, набравших высокие показатели по уровню самоубийств почти нет развитых стран (кроме Японии), в основном это страны Африки и Азии.

Показатели России достаточно высоки и сопоставимы с уровнем самоубийств в Туркменистане и Уганде. Россия находится на 14 месте по количеству суицидов (см. табл. 3).

Австралийским институтом здоровья и здравоохранения были предложены индикаторы социального и эмоционального благополучия. Для оценки социального и эмоционального благополучия используются три источника информации: статистическая информация из национальной базы данных (уровень самоубийств, уровень госпитализации при психических расстройствах, обращение в психиатрическую помощь), персональные отчеты (головные боли, боль живота, употребление алкоголя и наркотиков, наличие близких друзей, удовлетворен-

ность жизнью, общение с родителями, ощущение одиночества, потеря сна в тревожных ситуациях, мысли о суициде и попытки суицида, индекс личного благополучия) и скрининговые методы (различные опросники и методики для оценки социально-эмоциональных характеристик).

Табл. 3. Уровень самоубийств (на 100 000 чел, данные 2014 г.)

| Страна | Место | Все | Женщины | Мужчины |
|------------------|--------------|------------|----------------|----------------|
| Гайана | 1 | 44.2 | 22.1 | 70.8 |
| Республика Корея | 2 | 28.9 | 18.0 | 41.7 |
| Шри Ланка | 3 | 28.8 | 12.8 | 46.4 |
| Литва | 4 | 28.2 | 8.4 | 51.0 |
| Суринам | 5 | 27.8 | 11.9 | 44.5 |
| Мозамбик | 6 | 27.4 | 21.1 | 34.2 |
| Непал | 7 | 24.9 | 20.0 | 30.1 |
| Танзания | 8 | 24.9 | 18.3 | 31.6 |
| Казахстан | 9 | 23.8 | 9.3 | 40.6 |
| Бурунди | 10 | 23.1 | 12.5 | 34.1 |
| Индия | 11 | 21.1 | 16.4 | 25.8 |
| Южный Судан | 12 | 19.8 | 12.8 | 27.1 |
| Туркменистан | 13 | 19.6 | 7.5 | 32.5 |
| Россия | 14 | 19.5 | 6.2 | 35.1 |
| Уганда | 15 | 19.5 | 12.3 | 26.9 |
| Венгрия | 16 | 19.1 | 7.4 | 32.4 |
| Япония | 17 | 18.5 | 10.1 | 26.9 |
| Беларусь | 18 | 18.3 | 6.4 | 32.7 |
| Зимбабве | 19 | 18.1 | 9.7 | 27.2 |
| Бутан | 20 | 17.8 | 11.2 | 23.1 |
| Судан | 21 | 17.2 | 11.5 | 23.0 |

Безусловно, невозможно оценить качество жизни и благополучие лишь по представленным данным. Требуется комплексный анализ не только основных социально-демографических данных, но и многих показателей, относящихся к здравоохранению.

Ниже представлены некоторые методики и опросники, используемые для измерения уровня благополучия (см. табл. 4).

Табл. 4. Методики, шкалы и опросники для исследования благополучия

| № | Наименования методик, шкал и опросников |
|----|--|
| 1 | Австралийский индекс благополучия - Australian Unity Wellbeing Index |
| 2 | Шкала благополучия CDC — CDC Well-Being Scale Brief |
| 3 | Шкала процветания Легатум - Legatum Prosperity Index |
| 4 | Индекс благополучия Гэллуп Хелвейс—Gallup-HealthwaysWell-beingIndex |
| 5 | Индекс личного благополучия - PWI-A |
| 6 | Шкала психологического благополучия Риффа - Ryff's Psychological Well-Being Scales |
| 7 | Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни - WHOQOL-BREF |
| 8 | Всемирный обзор ценностей - WVS |
| 9 | Индекс общего психологического благополучия - PGWBI |
| 10 | Шкала физической активности - Psysical Activity Score |
| 11 | Опросники оценки КЖ Европейской группы изучения КЖ - EUROQOL—EuroQOL Group |
| 12 | Краткая форма оценки здоровья - Medical Outcomes Study-Short Form (FS 36) |
| 13 | Индекс благополучия - QWBI |
| 14 | Опросник «Проактивное совладающее поведение» |
| 15 | Профиль влияния болезни - Sickness Impact Profile (SIP) |
| 16 | Индекс качества жизни - Quality of Life Index (QLI) |
| 17 | Шкала беспокойства и депрессии - Hospital Anxiety and Depression Scale |
| 18 | Опросник Детского здоровья - Child Health Questionnaire (CHQ) |
| 19 | Опросник качества жизни в педиатрии - PedsQL |
| 20 | Ноттингемский профиль здоровья- NHP |

Опросник «Краткая форма SF-36»

«Краткая форма SF-36» (подробнее на <http://www.sf-36.org/>) относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни.

Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург).

Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии.

В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни.

Описание шкал опросника:

a) **Physical Functioning (PF)** — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

b) **Role-Physical (RP)** - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

c) **Bodily Pain (BP)** — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

d) **General Health (GH)** — общее состояние здоровья — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

e) **Vitality (VT)** — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

f) **Social Functioning (SF)** — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

g) **Role-Emotional (RE)** — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

h) **Mental Health (MH)** — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

III. Качество жизни и благополучие пациентов с хроническими заболеваниями

Хронические заболевания влекут за собой изменение эмоционального состояния пациентов. Поэтому психологическая, эмоциональная поддержка пациентов очень важна. Задачи психологической и эмоциональной поддержки пациентов с хроническими заболеваниями связаны с формированием адаптивной внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья, формировании новой системы ценностей больного, ориентированной на восстановление и поддержание здоровья, развитием способности решения конфликтов, адекватного распределения нагрузок, способов психологической защиты и эмоциональной разгрузки. У пациентов с хроническими заболеваниями чаще, чем у других пациентов проявляются компенсаторные мотивы заболеваний, когда заболевание превращается в некую цель и возможность компенсировать недостаток внимания и заботы к себе. Поэтому для этой категории пациентов важно учитывать особенности их эмоционального отношения к болезни и особенности психологической защиты, проводя своевременную психотерапевтическую коррекцию лечения, что может способствовать улучшению их состояния, предупреждению дистресса и профилактике декомпенсации заболевания.

Поддержка состояний пациентов представляет собой систему мер, направленных на поддержание и оптимизацию внутренних личностных ресурсов пациента, в ситуации тяжелой болезни. Только при комплексном сочетании оперативного, медикаментозного, физиотерапевтического и психологического подходов, возможно, более полно рассчитывать на изменения качества жизни, благоприятный исход лечения, адаптацию в социальной сфере.

Проблема взаимодействия врача и пациента занимает умы многих исследователей. Мишель Сапир, возглавляющий Ассоциацию исследований и изучения формирования функционального здоровья, подчеркивает, что технический прогресс медицины может быть по-настоящему эффективным лишь при включении в контекст отношений «врач-пациент». Этим вопросом занимались такие авторы, как П.Федид, А.Каин, Ж.-П. Леманн, А.Тренкель и др. А.Миссекар подчеркивает, что 30—40% больных обращаются к врачам с кризисами тревоги и психосоматическими расстройствами. Опора в работе с пациентами только на теории органического функционирования тела, защита от эмоциональной, эмпатической связи с пациентами могут быть потребностью персонала (проявление психологической защиты врачей против сильных и деструктивных эмоций пациентов), но это лишает пациента необходимой помощи.

Проблема коммуникативного взаимодействия в диаде «врач-больной» рассматривается в медицинской науке через разные подходы: личный подход к пациенту по типу «субъект(врач)-объект(пациент)»; эмоциональный подход, который повышает эффективность лечебных процедур и приносит чувство удовлетворенности и пациенту, и врачу. Важное место в процесс взаимодействия уделяется методу беседы, личностным особенностям врачей и их ролевому поведению. К тому же конструктивная коммуникация между врачом и пациентом способствует повышению желания у пациента выздороветь, что в целом положительно сказывается на процессе лечения.

Как показывают многочисленные клинические исследования, половина из опрошенных пациентов желают видеть в своем лечащем враче собеседника, который может оказать психологическую поддержку. При этом пациенты отмечают, что им хотелось бы, чтобы врач рассматривал их «не как симптом или болезнь, а как человека».

Проведенный анализ эмпирических данных демонстрирует, что социально-психологические качества врачей и стили коммуникативного взаимодействия опосредованы профессиональным профилем врачей, причем дисгармония в коммуникативном взаимодействии опосредована медицинской специализацией и личностными психологическими особенностями врачей.

В отношении взаимоотношений врача и пациента существует достаточное количество теоретических моделей, самой упоминаемой из которых является классификация Р. Витча: инженерная, патерналистская, коллегиальная, контрактная модели. Вариантом моделей принятия решений является деление на патерналистскую, коллегиальную и информированную модели с включением смешанных форм.

В последние десятилетия в мировом здравоохранении окончательно укрепилась позиция, что при принятии решений о лечении необходим переход от распространенной патерналистской модели (когда пациент пассивно подчиняется профессиональному авторитету врача) к модели, предполагающей вовлеченность пациента в ход лечения и его социальное партнерство с врачом.

Современный пациент становится все более информированным, и эта тенденция будет нарастать вследствие доступности профессиональной информации в СМИ. В западной литературе появляется термин google-пациент — сверхинформированный в отношении своего заболевания и способов лечения как компетентными, так и некомпетентными интернет-ресурсами. С одной стороны, существует проблема непрофессионального понимания ситуации, что может приводить к конфликтам между пациентом и врачом, росту неудовлетворенности от медицинской помощи. С другой стороны, придание пациенту активной

роли становится ключевым фактором в совершенствовании системы здравоохранения.

Необходимость ситуационного подхода связана с особенностями медицинского и немедицинского характера, во-первых, в связи со спецификой разных областей медицины, во-вторых, степенью тяжести, социо-демографическими и психологическими особенностями самого пациента. В реальной практике зачастую врачи прибегают к смешанным моделям взаимодействия. Однако до сих пор является малоизученным соотношение автономии врача и пациента при принятии решения относительно лечения и адекватность выбора модели взаимодействия в различных ситуациях врачебной практики. Гуманистическая направленность и индивидуальный подход во взаимодействии с пациентом становится ключевой идеей в работах известных врачей-практиков (Ильин И.А., Кассирский В.А., Вересаев В.В. и др.). Поскольку каждый пациент неповторим в своей ситуации и ее оценке, ситуационный подход предполагает развитие врачом коммуникативных компетенций, навыков информирования пациента и его родственников, работы с разными группами пациентов, гибкости в выборе форм общения, способности контролировать процесс взаимодействия с пациентом на протяжении всего хода лечения.

McGuire (1986) перечислил ключевые коммуникативные навыки, необходимые врачу: выявление проблем пациента, получение обратной связи, исправление непонимания пациентом своего заболевания и мониторинг результатов лечения. В формировании таких навыков важны специальные курсы для врачей и курсы для тех, кто обучает молодых врачей в ходе медицинской практики. Для применения модели социального партнерства и от пациента требуется развитие автономии, ответственности за процесс лечения, активности в получении корректной информации относительно заболевания, которая обеспечит содействие пациента собственному лечению, а возможно, и участие в проектах здравоохранения. Межличностное взаимодействие, которое вовлекает как пациента, так и врача, может привести к большей результативности, когда оно направлено в большей степени на поощрение вовлеченности пациента, нежели на самостоятельное принятие им решения. При этом обе стороны должны быть обучены тому, как и насколько можно привлекать пациента к лечебному вмешательству, как осуществить совместную работу по достижению эффективности этого процесса.

На первый план выходит потребность в развитии и корректировке социально-психологических компетенций врачей. Одной из ключевых подобного рода компетенций является толерантность к личности пациента, его эмоциям и переживаниям.

Рекомендации врачам распространяются на все три уровня взаимодействия врача и пациента: информационный, личностный и поведенческий.

Для врачей важно:

- осознавать свою позицию в общении «врач-пациент», понять и проанализировать свои установки при восприятии различных людей, что приводит к осознанию собственной ответственности за построение коммуникации с пациентами;

- развивать навыки активного слушания, научиться поддерживать пациентов с различными диагнозами, типами характера, разными проблемами и стилями поведения, важны навыки психологического присоединения врача к пациенту;

- овладеть конструктивными способами выражения как положительных, таких и отрицательных эмоций, методами психологической саморегуляции;

- иметь общее профессиональное пространство, где врачи могут обсуждать насущные проблемы взаимодействия с пациентами, проговаривая свои чувства и эмоции, что будет способствовать катарсическому эффекту среди врачей. Примером подобного формата могут служить Балинтовские группы, которыми пользуются специалисты всех поддерживающих профессий от врачей до психотерапевтов;

- накапливать знания и повышать уровень психологической грамотности, включая такие аспекты, как межличностное взаимодействие, вербальные и невербальные паттерны, а также осознавать собственные эмоции и переживания.

В общении с пациентами, имеющими хроническую картину болезни, важным является своевременное и достаточное информирование со стороны лечащего врача. Медицинская информированность пациентов, по мнению ряда исследователей, является неотъемлемым условием успеха медицинских мероприятий. Вопросам информированности пациентов в ее правовом аспекте уделяется большое внимание в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации».

Информированность пациентов оценивается по следующим направлениям: медико-организационный, лечебно-диагностический, использование информационных источников, санитарно-профилактический, этико-правовой.

На современном этапе оказания медицинской помощи в системе здравоохранения медицинские работники должны владеть знаниями о факторах риска здоровья, методах лечения и диагностики, эффективности этих методов, а также о способах повышения информированности пациентов в отношении своего здоровья.

IV. Здоровый образ жизни и проактивное поведение

Согласно определению ВОЗ здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье человека зависит от четырех групп факторов:

1. Наследственность, т. е. предрасположенность к наследственным заболеваниям.

2. Социальная среда и образ жизни в ней.

3. Экологические и природно-климатические условия.

4. Возрастные изменения.

Удельный вес первых трех факторов в здоровье человека неодинаков. Если условно принять уровень здоровья за 100%, то 20% зависит от наследственных факторов, 20% от экологических условий среды обитания, 10% — от деятельности системы здравоохранения, а остальные 50% — от самого человека, т. е. от его образа жизни.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — термин, который применяется все чаще. Самое простое определение ЗОЖ — все то в образе жизни, что благотворно влияет на здоровье. Следовательно, в понятие ЗОЖ входят все положительные стороны деятельности людей: удовлетворенность трудом, активная жизненная позиция, социальный оптимизм, высокая физическая активность, устроенность быта, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность и т. д.

В основе здорового образа жизни лежат биологические, социальные и поведенческие принципы.

С биологической точки зрения, образ жизни должен быть:

- возрастным, т. е. соответствовать возрастным особенностям организма, изменениям в состоянии здоровья;

- энергетически обеспеченным, т. е. энергетические затраты должны компенсироваться за счет запаса энергии, содержащейся в пище;

- укрепляющим, т. е. физически активным;

- ритмичным, т. е. с соблюдением режима дня, чередованием труда и отдыха.

С социальной точки зрения, здоровый образ жизни должен быть эстетичным, нравственным, волевым, самоограничительным и т. д.

К поведенческим факторам можно отнести:

- культивацию положительных эмоций, способствующих психическому благополучию — основе всех аспектов жизнедеятельности и здоровья;

- оптимальная двигательная активность (ДА) — ведущий врожденный механизм биопрогресса и здоровья;

- рациональное питание — базисный фактор биопрогресса и здоровья;
- ритмический образ жизни, соответствующий биоритмам — основной принцип жизнедеятельности организма;
- эффективную организацию трудовой деятельности;
- здоровое старение — естественный процесс плодотворного долголетия;
- отказ от пагубных пристрастий (алкоголизм, наркомания, курение и т. п.) — решающий фактор сохранения здоровья.

Говоря о здоровом образе жизни, следует иметь в виду, что проблемы социального здоровья в разных странах неодинаковы, поэтому могут потребоваться различные мероприятия, направленные на их решение. По данным ВОЗ, основными факторами риска преждевременной смертности в Европейском регионе являются употребление алкоголя и табака, избыточный вес и ожирение.

Три ведущих фактора риска преждевременной смертности в Европейском регионе ВОЗ



Формирование установки на здоровый образ жизни является важнейшей задачей государства, так как образ жизни — определяющий фактор здоровья. Формирование ЗОЖ является также задачей органов здравоохранения, социальной защиты, образования. На формирование ЗОЖ направлены следующие рекомендации ВОЗ:

- малое содержание жиров животного происхождения;
- сокращение количества потребляемой соли;
- сокращение потребления алкогольных напитков;
- поддержание нормальной массы тела;
- регулярные физические упражнения;
- снижение уровня стрессов и т. д.

Формирование установки на ЗОЖ лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных программ, направленных на повышение здоровья общества. Пропаганда ЗОЖ является важнейшей функцией и задачей всех органов здравоохранения (особенно учреждений первичной медико-санитарной помощи), центров санитарного просвещения, учреждений образования, органов социальной защиты и т. д.

Большинство теоретиков сходятся во мнении, что мероприятия по улучшению ЗОЖ должны проводиться по следующим направлениям:

1) развитие имеющихся мероприятий и их усиление, а также создание новых возможностей для формирования ЗОЖ;

2) преодоление, уменьшение факторов риска в развитии ЗОЖ.

Здоровый образ жизни играет ключевую роль в создании условий для развития благополучия отдельных людей и населения стран в целом. Это относится к понятию благополучия в целом, и в частности к формированию более стойкого ощущения эмоционального благополучия.

Проактивное поведение, являющееся осознанной стратегией поведения, выступает важным фактором достижения эмоционального благополучия и выздоровления пациентов. Большое количество исследований показывает, что люди понимают риски, связанные с нездоровым образом жизни, но при этом не хотят менять свое поведение. Проактивное совладающее поведение отличается от традиционных представлений о копинге тремя основными характеристиками:

1. Традиционные совладающие формы поведения — реактивны, т.е. они имеют дело со стрессовыми событиями, которые уже произошли, их цель — это компенсация потери или уменьшения вреда. Проактивный копинг ориентирован на будущее. Он состоит из усилий, направленных на создание общих ресурсов, содействующих осуществлению задач и личному росту.

2. Реактивный копинг рассматривается как управление рисками, проактивный копинг связан больше с управлением целью. При использовании проактивного копинга люди воспринимают затруднительные ситуации как вызовы. Они видят риски, требования и возможности, связанные с выбором той или иной стратегии поведения для разрешения проблемной ситуации в будущем, но они не оценивают их в качестве угрозы, вреда или потерь. Проактивный копинг становится средством управления целью вместо средства управления риском.

3. Мотивация для проактивного совладающего поведения, в сравнении с традиционным копингом, является более позитивной вследствие восприятия ситуаций как оспаривания и стимулирования, тогда как реактивный копинг происходит от оценки риска, то есть, зачастую, выдвигаемые требования оцениваются отрицательно, как угрозы.

Важным мероприятием в формировании проактивного поведения является работа школ здоровья (Приказ Минздравсоцразвития России № 597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»). В формате школ здоровья важно уделять внимание не только использованию существующих здоровых привычек, но и поддержанию вновь приобретенных. В нашей стране накоплен большой опыт проведения школ здоровья и школ пациента. Изначально школы здоровья были направлены на граждан групп риска, а затем был сделан акцент на здоровье пациентов и повышение их информированности, практических навыков здорового образа жизни и мотивации к необходимым изменениям в стиле жизни.

Реально повысить показатели здоровья населения возможно через глубокие личностные изменения отдельного человека, осознания им ценности своего здоровья и собственной жизни в целом. На сегодня в мире имеется много информации о здоровом образе жизни, о факторах риска развития заболеваний, моделях поведения и навыках, которые ведут к улучшению состояния здоровья. Есть информация о том, как нужно сбалансированно питаться, сколько заниматься физической активностью, сколько спать и т. п., опирающаяся на данные многочисленных международных исследований. Использование этой информации и контроль своего стиля жизни лежат исключительно в ответственности самого гражданина. И в этом случае важно, как человек воспринимает реальность, когда рискует своим здоровьем, насколько принимает информацию о факторах риска, каким образом осознает зону своей ответственности и за что в целом готов брать ответственность. Тогда фокус внимания в формировании здорового образа жизни может переместиться с традиционного предоставления информации о рисках на то, как мотивировать людей к поведенческим изменениям в области здоровья. Ключевой задачей государственной системы в данном вопросе становится создание условий для изучения гражданами информации о влиянии образа жизни на здоровье, формирования соответствующих навыков и условий для реализации здорового образа жизни.

Опросник «Проактивное совладающее поведение»

Существует методика для определения проактивного совладающего поведения (Proactive Coping Inventory, PCI, подробнее на http://userpage.fu-berlin.de/health/pci_faq.pdf), которая была разработана в 1999 г. Э. Грингласс, Р. Шварцером и коллегами (Esther Greenglass, Ralf Schwarzer). В основу опросника легла теория проактивного преодоления Аспинвалл (Lisa G. Aspinwall), Шварцера и Грингласс.

Опросник направлен на исследование того, насколько люди склонны принимать ответственность за все, что происходит с ними, на себя, а не на внешние обстоятельства или удачу. Проактивные пациенты, чья жизнь направляется индивидуальными, а не внешними факторами, склонны позитивно оценивать происходящее, способны быстро мобилизовать ресурсы в кризисной ситуации, для чего необходимы высокоразвитые социальные умения.

Опросник «Проактивное совладающее поведение» содержит 55 утверждений. Участникам предлагается обозначить степень согласия с каждым утверждением по четырехбалльной шкале, выбирая один из вариантов ответа: «абсолютно не согласен» — 1 балл, «частично согласен» — 2 балла, «скорее согласен, чем не согласен» — 3 балла, «полностью согласен» — 4 балла. На основе ответов рассчитываются 7 шкал, характеризующих разные стратегии поведения человека.

Описание шкал опросника

1. Проактивное преодоление подразумевает процесс целеполагания и создания ресурсов для достижения поставленных целей и личностного роста.

2. Рефлексивное преодоление подразумевает под собой анализ проблем, имеющихся ресурсов, альтернативных действий, нацеленных не преодоление кризисной ситуации, оценку их эффективности для выхода из кризиса.

3. Стратегическое планирование предполагает достижение цели согласно четкому плану, в котором цель разделяется на подцели, что облегчает контроль над достижениями.

4. Профилактическое преодоление — предвосхищает возможные негативные последствия стрессовой ситуации и стремится к их нейтрализации еще до наступления самого стрессового события.

5. Поиск инструментальной поддержки подразумевает активность в поиске необходимой информации и советов от непосредственного социального окружения.

6. Поиск эмоциональной поддержки предполагает активность в поиске эмоциональной поддержки, в разделении своих чувств с другими, ищут сочувствия у своих близких.

НПЦ ЭМП
Тираж 100 экз.