

*М.Ю. СУРМАЧ,*  
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ДОЦЕНТ (ГРОДНО)

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ**

Рассмотрены исторические и современные подходы к изучению качества жизни, связанного со здоровьем. Прослежена их взаимосвязь в комплексе социальных наук. Раскрыта концепция качества жизни в медицине и здравоохранении. Выделены основные методологические принципы изучения качества жизни, связанного со здоровьем, в социологии медицины.

The historical and modern approaches to studying the quality of life connected with health are considered. Their interrelation in a complex of social sciences is tracked. The conception of quality of life in medicine and health services is revealed. The basic methodological principles to study the quality of life connected with health in sociology of medicine are singled out.

Концепция качества жизни как ключевого фактора взаимодействия врача и пациента начала зарождаться в конце XIX в. Наиболее точно ее истоки отражены в известном принципе, сформулированном профессором Военно-медицинской академии С.П. Боткиным: «Лечить не болезнь, а больного».

Эволюция парадигм клинической медицины XX в. протекала параллельно тенденциям изменения общественного здоровья. Академик Ю.П. Лисицын писал: «Примерно до середины XX века большинство медиков полагали, что большая часть заболеваний зависит от “внутренних факторов”: наследственности, ослабления защитных сил организма и других – хотя уже к началу века складывалось убеждение о примате внешнесредовых факторов»<sup>1</sup>. В 1960–1970-х гг., когда приобрело популярность учение об эпидемиологии неэпидемических (неинфекционных, хронических) заболеваний, параллельно с обоснованием системы факторов риска для здоровья была обоснована концепция социальной обусловленности здоровья. В это же время ВОЗ расширяет понятие здоровья и определяет его как состояние физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней. Концепция социальной обусловленности здоровья положила начало развитию новой парадигмы клинической медицины – концепции качества жизни, вступившей в свои права в конце 1990-х гг. В этот период ВОЗ рекомендует рассматривать качество жизни как индивидуаль-

ное соотношение положения человека в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства: «Качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются»<sup>2</sup>. Другими словами, качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества<sup>3</sup>.

#### **Исторические и современные подходы к изучению качества жизни**

Интерес к исследованиям качества жизни в социологии возник в начале 1960-х гг., впервые у американских социологов, работавших над проблемой эффективности федеральных социальных программ<sup>4</sup>. Одновременно качество жизни стало предметом изучения и других наук: психологии (прежде всего социальной), социологии и экономики. Для начального периода изучения качества жизни характерно отсутствие единого подхода как к самому понятию, так и к методологии исследований. Психологи прежде всего фокусировали внимание на аффективных и когнитивных структурных компонентах качества жизни<sup>5</sup>. Социологи сосредоточились на изучении субъективных и объективных компонент, что привело к возникновению соответствующих методологических подходов. «Субъективные» подходы сконцентрировались на рассмотрении ценностных установок и переживаний<sup>6</sup>, в то время как объективные – на таких факторах, как пища, жилье, образование<sup>7</sup>. В первом случае элементами структуры качества жизни являются самочувствие и удовлетворенность жизнью, во втором – качество жизни определяется как «качество социальной и физической окружающей среды, в которой люди пытаются реализовать свои нужды и потребности»<sup>8</sup>.

Первая монография, предложившая отечественному научному сообществу врачей основы методологии исследования качества жизни в медицине, была опубликована в России в 1999 г.<sup>9</sup> К одному из основополагающих принципиальных положений концепции качества жизни в медицине относился постулат о том, что для оценки состояния основных функций человека необходим универсальный критерий, включающий характеристику, как минимум, четырех составляющих благополучия: физической, психологической, социальной и духовной. Этот критерий и рассматривался как содержательное наполнение понятия «качество жизни».

В современной медицине широкое распространение получил также термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Впервые он был предложен в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нем, от широкой общей концепции качества жизни. В 1995 г. была дана формулировка этого понятия, согласно которой связанное со здоровьем качество жизни – это оценка людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, забота о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать такой уровень функционирования, который позволял бы людям следовать своим жизненным целям и отражал бы уровень их благополучия<sup>10</sup>.

По мнению российских авторов, связанное со здоровьем качество жизни подразумевает категорию, включающую сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации<sup>11</sup>. Это комплекс психологического, социального, физического и духовного благополучия<sup>12</sup>.

#### **Качество жизни, связанное со здоровьем, в современной парадигме клинической медицины**

Согласно современной парадигме клинической медицины, понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», положено в основу понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты этого качества, не связан-

ные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного. Качество жизни является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни, дополнительной – при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни, единственной – для пациентов в инкурабельной стадии заболевания<sup>13</sup>.

Изучение качества жизни, как указывают А.А. Новик и Т.И. Ионова, является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Исследование качества жизни в медицине в настоящее время особенно важно в таких направлениях, как фармакоэкономика, стандартизация методов лечения и экспертиза новых с использованием международных критериев, обеспечение полноценного мониторинга состояния больного, а также в проведении социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска, обеспечении динамического наблюдения за этими группами и оценки эффективности профилактических программ<sup>14</sup>.

Современная концепция качества жизни в медицине включает три главные составляющие<sup>15</sup>:

- 1) многомерность (качество жизни несет информацию о всех основных сферах жизнедеятельности человека);
- 2) изменяемость во времени (в зависимости от состояния больного эти данные позволяют осуществлять мониторинг и в случае необходимости проводить коррекцию лечения и реабилитации);
- 3) участие больного в оценке его состояния (оценку должен проводить сам пациент).

#### **Качество жизни, связанное со здоровьем, как социологическая категория**

Качество жизни, связанное со здоровьем, привлекает внимание не только медиков, поскольку его популяционные исследования – надежный и эффективный метод оценки благополучия населения. Целый ряд социальных наук, предметом изучения которых стало здоровье человека, ориентирован на изучение качества жизни как неотъемлемо связанного со здоровьем параметра.

Так, исследуя такую социологическую категорию, как удовлетворенность индивида здоровьем и жизнью в целом, И.В. Журавлева пишет: «Показатель удовлетворенности индивида своим здоровьем является интегральным психосоциальным эмпирическим показателем, поскольку, с одной стороны, он характеризует именно самооценку здоровья и отношение индивида к своей самооценке, с другой стороны, находится в сложном взаимодействии с оценками параметров качества жизни... Об этом свидетельствуют данные ВЦИОМа по исследованию качества жизни»<sup>16</sup>. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, может быть косвенно охарактеризовано посредством показателя удовлетворенности здоровьем. И.В. Журавлева подчеркивает также влияние гендерного фактора на показатели удовлетворенности здоровьем и составляющие качества жизни.

Взаимосвязь показателя удовлетворенности жизнью со здоровьем показана и в работах И.Б. Назаровой (исследовано, в частности, занятое население)<sup>17</sup>. Автор утверждает: «Здоровье является одним из индикаторов качества жизни»<sup>18</sup>.

Взаимообусловленность качества жизни и здоровья объясняется социологическими теориями здоровья, такими как теория капитала (человеческого и социального), теория социального статуса, теория неравенства и социальной справедливости.

Методологические подходы к исследованию качества жизни в его взаимосвязи со здоровьем в содержательном отношении весьма разнообразны.

Так, Назарова указывает, что в исследованиях Института социально-экономических проблем народонаселения РАН качественное состояние населения было «представлено в терминах потенциалов таких важных свойств человека, как здоровье (физическое, психическое, социальное), образование и квалификация (интеллектуальный уровень), культура и нравственность (социальная активность). Особое значение придается измерению способности к труду (трудового потенциала)»<sup>19</sup>. Следует заметить, что и в медицине именно факторы, связанные с утратой трудоспособности, являются основными в оценках социальной, медицинской и экономической эффективности здравоохранения.

Назарова также отмечает, что качество жизни может рассматриваться через поведение по сохранению здоровья (самосохранительное, здоровьесберегающее поведение). Данное допущение основывается на созданной ею концептуальной модели взаимодействия поведения, статуса здоровья и качества жизни: поведение в отношении здоровья → статус здоровья → качество жизни. Как видим, модель связывает поведение по сохранению здоровья с уровнем здоровья, а уровень здоровья – с понимаемым качеством жизни<sup>20</sup>.

Имеется несколько классификаций опросников по изучению качества жизни в медицине в зависимости от направлений исследования. Выделяют общие и специальные опросники; последние, в свою очередь, подразделяются по областям медицины, по изучаемой нозологии. Выделяют также опросники, специфичные для определенного состояния, заболевания: бронхиальной астмы, ревматоидного артрита, ишемической болезни сердца и пр.<sup>21</sup> В отличие от специальных общие опросники позволяют оценить качество жизни как здоровых, так и больных независимо от наличия той или иной патологии.

#### **Качество жизни в социологии медицины: принципиальные подходы к изучению**

Как уже было показано, качество жизни в целом, в том числе и связанное со здоровьем, является предметом изучения комплекса социальных наук. Обобщая методологические подходы к исследованию этой проблемы, следует вспомнить слова Боткина, что лечить надо не болезнь, а больного. Именно этот принцип, на время незаслуженно забытый и вновь ставший главенствующим во взаимоотношениях здравоохранения и населения в последние годы, наиболее ярко подчеркивает принадлежность качества жизни к предмету исследований социологии медицины. Ведь именно социологию медицины «интересует целостная личность в контексте ее медико-социального окружения»<sup>22</sup>. Близкая социологии медицины по предметному полю наука – общественное здоровье и здравоохранение – изучает прежде всего здоровье населения, популяционное здоровье. В то же время построить модель медико-социального поведения человека, групп населения по отношению к здоровью и здравоохранению, обосновать способы оптимизации такого поведения, предсказать социальные результаты применения новых организационных технологий, реформ в здравоохранении можно, только лишь изучая целостную личность в контексте ее медико-социального окружения.

Несмотря на разнообразие методик, единственным инструментом исследования качества жизни является опросник. Общим для содержательной стороны методик изучения качества жизни во взаимосвязи со здоровьем является объединение анализа *условий, образа жизни и удовлетворенности ими*. В то же время качество жизни – категория, характеризующая не столько интересы и ценности индивида и общества, сколько потребности. Так, Н.С. Данакин считает, что «качество жизни характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения». Немаловажное место в этой структуре составляют потребности, связанные со здоровьем. В свою очередь, потребности – регулятор поведения человека. Потому изучение качества жизни, связанного со здоровьем, должно неотъемлемо включать факторы образа жизни и поведения по отношению к здоровью (само-

сохранительного, здоровьесберегающего поведения). Таким образом, четыре компонента являются ключевыми в оценке качества жизни, связанного со здоровьем: условия жизни, образ жизни, удовлетворенность ими, поведение по отношению к здоровью.

Поскольку социология медицины – это отрасль науки об обществе, основными методологическими принципами медико-социологического изучения качества жизни, связанного со здоровьем, очевидно являются следующие.

Качество жизни, связанное со здоровьем, *на индивидуальном уровне* базируется на особенностях социального статуса и социальных отношений индивида; *как комплексный показатель* здоровья населения (групп, общества) формируется на основе социальных процессов, воздействующих на ценностные ориентации, установки, мотивации поведения в сфере здоровья. Социальное поведение в сфере здоровья (самосохранительное, здоровьесберегающее) посредством влияния на уровень здоровья регулирует качество жизни.

Институциональной формой организации отношений по удовлетворению потребностей общества в высоком качестве жизни, связанном со здоровьем, являются отношения в сфере охраны здоровья населения. В деятельности организационных структур медицины как социального института и системы здравоохранения как его инструмента реализуются регулирующие функции медицинской культуры общества.

Методологический аппарат социологии медицины, сочетая подходы социальных и медицинских наук, дает широкие возможности для того, чтобы наиболее полно обосновать концепцию социального управления здоровьем населения и медико-социальным поведением в рамках приоритета качества жизни, связанного со здоровьем.

<sup>1</sup> Л и с и ц ы н Ю. П. Теории медицины XX века. М., 1999. С. 72.

<sup>2</sup> Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. 1999. № 6. С. 293.

<sup>3</sup> См.: К о в ы н е в а О. А. Структура качества жизни и факторы его повышения // Экономика здравоохранения. 2006. № 8. С. 48–50.

<sup>4</sup> См.: Н у г а е в Р. М., Н у г а е в М. А. Качество жизни в трудах социологов США // Социол. исслед. 2003. № 6. С. 100–105.

<sup>5</sup> См.: A b b e y A., A n d r e w s F. Modeling the Psychological Determinants of Life Quality // Social Indicators Research. 1985. Vol. 16. P. 1–34.

<sup>6</sup> См.: S h u e s s l e r K. F., F i s h e r G. A. Quality-of-life research and sociology // Annual Review of Sociology. 1985. Vol. 11. P. 131.

<sup>7</sup> См.: W i n g o L. The Quality of Life: Toward a micro-economic definition // Urban Studies. 1973. Vol. 10. P. 3–8.

<sup>8</sup> Н у г а е в Р. М., Н у г а е в М. А. Указ. соч. С. 101.

<sup>9</sup> См.: Н о в и к А. А., И о н о в а Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.; М., 2002.

<sup>10</sup> См.: Т а т ь к о в а А. Ю., Ч е ч е л ь н и ц к а я С. М., Р у м я н ц е в А. Г. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 6. С. 46–51.

<sup>11</sup> См.: М е д и к В. А., Ю р ь е в В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: в 2 ч. М., 2003. Ч. 1. С. 245–258.

<sup>12</sup> См.: Н о в и к А. А., И о н о в а Т. И. Указ. соч. С. 19.

<sup>13</sup> Там же. С. 16.

<sup>14</sup> Там же. С. 20.

<sup>15</sup> Там же. С. 19.

<sup>16</sup> Ж у р а в л е в а И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М., 2006. С. 62.

<sup>17</sup> См.: Н а з а р о в а И. Б. Здоровье занятого населения: монография. М., 2007.

<sup>18</sup> Там же. С. 54.

<sup>19</sup> Там же. С. 55.

<sup>20</sup> См.: W o o d r u f f S. I., C o n w a y T. L. Impact of Health and Fitness-Related Behavior on Quality of Life // Social Indicators Research. 1992. № 25. P. 391–405.

<sup>21</sup> См.: Б а б а к Г. А. Качество жизни больных ревматоидным артритом // Мед. новости. 2005. № 2. С. 96–100.

<sup>22</sup> Р е ш е т н и к о в А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002. С. 17.

<sup>23</sup> Д а н а к и н Н. С. К определению качества жизни // Качество жизни населения: показатели и пути повышения: сб. науч. тр. Белгород, 2004. Вып. 1. С. 14–18.