

УДК 614.2-053.2

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ

Лысенков С.П., Ожева Р.Ш., Шарипов Р.Г.

ГОУ ВПО «Майковский государственный технологический университет, медицинский институт», Майкоп, e-mail: sergey-prof@mail.ru

В статье проводится анализ методов оценки состояния здоровья различных групп населения. Подчеркивается разноплановость трактовки понятия «здоровье». Сегодня оценка уровня здоровья весьма условна и методически не определена. Многими авторами оценка уровня здоровья проводится на основе различных физических тестов, исключающих субъективное восприятие личностью собственного здоровья. Существующие методики оценки качества жизни позволяют провести такую оценку. Авторы предлагают оценивать «качество здоровья» на основе объективных и субъективных критериев.

Ключевые слова: здоровье, адаптация, качество жизни, качество здоровья

QUALITY OF LIFE CRITERIA IN HEALTH ESTIMATION

Lysenkov S.P., Ozheva R. S., Sharipov R.G.

SEI HPO «Maikop state technological university», Maikop, e-mail: sergey-prof@mail.ru

Methods of health estimation of different population groups have been analyzed. Different notions of the concept «health» have been given. Today health estimation is not defined precisely. Many authors use various physical tests, that don't take into consideration personal attitude to people's own health. Available health estimation methods enable us to do it. The authors offer to estimate «health quality» relying on objective and personal criteria.

Keywords: health, adaptation, quality of life, quality of health

В уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезни или физических дефектов» [15]. Уже в этом определении внесен элемент социальной адаптации (трудовой адаптации) человека в обществе.

По мнению Р.М. Баевского [3], здоровье является контрольным, специфическим состоянием организма, обеспечивающим достижение им своего функционального оптимума, предполагающим взаимодействие и адаптацию к окружающей среде на основе биохимической, психологической и социальной сущности человека.

П.Г. Царфис [10] рассматривает здоровье, как состояние организма, при котором все его функции находятся в гармоничном и динамическом равновесии с окружающей средой.

Более эмоциональное определение здоровья приведено в работе Г.Л. Апанасенко и Л.А. Поповой [2], где авторы оценивают здоровье как социальную ценность, представляющую из себя результат взаимодействия индивида и окружающей среды.

Схожими мы обнаруживаем определения у В.А. Лишук, Е.В. Мостковой [6] и Э.Н. Вайнер [4], в которых здоровье рассматривается как состояние равновесия между адаптационными возможностями организма и непрерывно изменяющимися условиями среды.

Сам процесс перехода от здоровья к болезни характеризуется в начальных стадиях напряжением адаптивных механизмов (до-

нологические состояния), а затем и срывом адаптации [3, 5]. Сегодня проблема состоит в том, чтобы найти информативные критерии и маркеры, способные диагностировать преморбидные состояния. При этом следует учитывать тот факт, что в большинстве определений здоровья подчеркивается его двойственность, обусловленная биологической и социальной сущностью человека. Если сегодня оценка биологических (физических) возможностей человека достаточно полно разработана, то критерии оценки биосоциальной адаптации человека далеки от совершенства. В большей части такая оценка проводится специалистом на основании собственного анализа и заключения.

Адаптационная возможность организма к внешней среде зависит, в первую очередь, от резервных возможностей организма, которые являются следствием работы физиологических функциональных систем: дыхания, кровообращения, поведения т.д. При этом надо помнить, что формирование функциональных систем и процесса адаптации – это динамичный процесс, в котором принимают участие нейро-эндокринно-имунная система. Реализация функционирования этих систем проходит на самых разных уровнях организации: молекулярном, субклеточном, клеточном органом, организационном и т.д., а процесс формирования функциональных систем и достижение ими конечного результата всегда несут в себе определенную эмоциональную окраску. Эти состояния проявляются в социальной активности, эмоциональности, жизненных установках, в общении с дру-

гими людьми. Надо себе представлять, что характер внутреннего состояния человека может подсказать сам человек. При этом, попадая под идеальную модель здорового человека по определению ВОЗ, его собственная оценка состояния здоровья может быть совершенно иной. Самое главное, что эта оценка является результатом интуитивного восприятия человеком своей дизадаптации. Следовательно, для оценки состояния здоровья человека необходимо мнение самого человека, его субъективное восприятие собственного «я» в конкретной социально-биологической среде. Эта мысль перекликается, как нам кажется, с идеями Н.А. Агаджаняна [1] о «нравственном здоровье». Но, по-видимому, нравственное здоровье относится к сфере социального функционирования человека, которое может включать ряд других составляющих. Можно привести в качестве примера «репродуктивное здоровье», включающее в себя «сексуальное здоровье», которое направлено в конечном итоге на воспроизводство общества. Если человек получает удовольствие от сексуальной жизни, рождает здоровых детей и радуется жизни, то он оценивает эту жизнь как качественную. Можно представить и обратную картину, которая будет оцениваться человеком как жизнь с низким качеством. Этими примерами мы хотим подчеркнуть необходимость введения дополнительных критериев в оценке уровня здоровья и, возможно, в его определение.

В большой степени к этой миссии подходит критерий «качество жизни». Ведь то, о чем говорит академик Н.А. Агаджанян, а именно о «нравственном здоровье», является составляющей качества жизни, так как качество жизни включает в себя психологическое, социальное, физическое и духовное благополучие. Духовность или нравственность человека и общества является показателем его цивилизации, уровня развития общества, его гармоничности и совершенства.

Однако современные представления о здоровье все больше и больше включают психосоциальный компонент индивидуума. Нравственное здоровье в понимании каждого человека различно и может предполагать наличие нравственных устоев, соблюдение общественных норм поведения, отношение к семье, родителям, старшим и т.д., затрагивая лишь частично категорию социального благополучия. Нравственное здоровье охватывает куда более широкие аспекты внутреннего состояния человека и его взаимодействия с обществом.

Несомненно, что нравственность формировалась по мере усовершенствования

сообщества людей, его формы бытия. В основе своей в формировании этой категории лежит биологический вид, наделенный разумом – Homo Sapiens. Возможно, что в основе формирования нравственности лежит биологическая основа, которая позволяла решать насущные проблемы общества: добывание пищи, выживание и приспособление к неблагоприятным условиям природы, охрана своего сообщества от врагов и др. По мере усложнения организации общества нравственность все больше входит в противоречие с обществом. Сегодня мы, к сожалению, констатируем факт потери нравственности обществом. Категория нравственности, являясь отражением «здоровья общества», в меньшей степени характеризует здоровье конкретного человека или часть общества. Хотя в основе своей сама идея рассматривать здоровье в совокупности с нравственным здоровьем очень привлекательна.

Сегодня количественная оценка уровня здоровья или текущего функционального состояния организации определяется по трем компонентам: уровню функционирования, степени напряжения и функциональным резервам. Использование комплекса тестов позволяет в большей степени говорить о физическом состоянии человека. Напрашивается вполне логичный вопрос – возможна ли количественная оценка субъективного восприятия, особенно психологического и социального состояния самим субъектом. Такие методики существуют и они успешно используются для оценки различных воздействий (или ситуаций) на человека. При интегрированной оценке «качества здоровья» мы получаем полноценное представление об уровне здоровья и качестве жизни человека в данный момент и в данных условиях. Имея в руках цифровое выражение этих двух категорий, можно легко определить уровень здоровья, определить показания к коррекции здоровья, оценить эффективность лечебных и профилактических мероприятий.

Следует согласиться с авторами, выделяющими 3 составляющих компонента в феномене «здоровье»: физический, психический и социальный.

Если физический компонент может быть оценен многочисленными скрининговыми методиками, регистрирующими изменения и адаптацию наиболее значимых функциональных систем, то относительно «психического» и «социального» здоровья такие методики не получили широкого распространения. Более того, вопрос состоит в том, каким образом оценить социальную и психическую составляющие. Как утвержд-

дал один из известных отечественных физиологов А.А. Ухтомский «... так называемые субъективные оценки столь же объективны, как и всякие другие, и дадут на практике критерии утомления и утомляемости более деликатные и точные, чем существующие лабораторные методы сами по себе» [11]. Проблема эта остается открытой и диктует необходимость в определении универсального набора критериев, максимально раскрывающих эти три составляющие. Эти критерии не могут быть как нечто застывшее, но для определенного этапа развития науки они, несомненно, позволяют объективизировать качество здоровья. Учитывая, что степень сохранности здоровья у конкретного человека может быть различной от идеального до болезни, вполне логично оперировать категорией «качества здоровья». Последнее могло бы включать в себя объективную оценку уровня соматического здоровья человека (общества) и субъективную оценку психосоциального функционирования.

В связи с наличием методик, способных охарактеризовать объективную и субъективную составляющие, можно предположить, что такая оценка соответствовала бы понятию «качество здоровья».

Особую проблему в плане диагностики представляют донозологические и преморбидные состояния [3]. Несколько десятилетий назад проблема практически не разрабатывалась и лишь потребности космической медицины поставили перед исследователями задачи ранней диагностики и прогнозирования преморбидных донозологических состояний. Сегодня их диагностика строится на использовании огромного количества функциональных тестов, требующих времени и аппаратного обеспечения. Однако вегетативная регуляция физиологических функций особенно в режиме их напряжения через те же вегетативные образования сопровождается определенной эмоциональной субъективной окраской. Оценка этого субъективного состояния позволит диагностировать либо прогнозировать развитие «третьего состояния» [9]. Для полной оценки уровня здоровья такая информация необходима.

Сам собой напрашивается термин «качество здоровья», включающий в себя объективную оценку состояния физиологических систем организма, наличие или отсутствие заболеваний, а также субъективную оценку человеком своего эмоционального и психосоциального состояния. Если показатели объективного исследования и субъективной оценки имеют максимальное значение установленной нормы, то можно говорить о ка-

чественном здоровье. Категорий качества здоровья может быть несколько: высокое, среднее, низкое качество здоровья. Если такую оценку проводить по отношению к тяжелым больным, то, возможно, необходимо ввести категорию «крайне низкое качество».

Наиболее близка к задачам, которые мы здесь рассматриваем, наука валеология («Valeo» – здоровье, «logos» – слова, учение). Предмет изучения валеологии лежит на уровне отдельного человека, общества в целом и природы. Человек рассматривается и как биологическое существо, и как составляющая общества, и как элемент биосферы, а его физическое, психическое, нравственное здоровье – как равноценные компоненты. Только в гармонии с природой возможно полноценное и качественное здоровье.

Оценивая здоровье, чаще мы прибегаем к оценке его физико-химического гомеостаза, степени адаптивности различных функциональных систем, используя при этом различные критерии и тесты. Для изучения адаптационных возможностей здорового человека часто используются экстремальные или стрессовые воздействия. При этом мы на основе изменения различных физиологических или биохимических параметров и их сравнения с нормой судим об адаптационных возможностях человека и состоянии его здоровья. Однако нравственное здоровье мы таким образом оценить не можем. Казалось бы идея хороша, но методического подхода нет. Однако, если внимательно вдуматься в определение «здоровье», то мы можем найти много общего с категорией «качество жизни». К слову следует сказать, что сегодня термином «качество жизни» оперируют и политики, и бизнесмены, и медики, и все, кто прямо или косвенно касается этой проблемы. В большинстве зарубежных развитых стран методика определения качества жизни применяется широко в самых различных сферах деятельности общества. Самым печальным в этой ситуации является то, что каждый из них вкладывает свой смысл в это понятие. К всеобщему удовлетворению разработчики этой проблемы в России [7, 8] дали научное обоснование, ввели терминологию, используемую для оценки качества жизни и саму методологию оценки. В нашей стране заслуга в разработке научного направления по исследованию качества жизни различных слоев населения, включая и больных, принадлежит Национальному центру качества жизни и его сотрудникам А.А. Новик, Т.И. Ионовой и другим [7, 8].

Важным аспектом этого вопроса является то, что оценку качества жизни проводит сам человек (здоровый или больной).

Человек сам выражает свое отношение к состоянию здоровья, оценивая различные его составляющие: физическое состояние, эмоциональное, ролевое, психосоциальное и т.п. Более того, большинство методик оценки качества жизни [12–14] в конечном итоге оперирует цифрами. Другими словами, категория «качество жизни» приобретает цифровое или балльное выражение. Это позволяет уже проводить количественное сравнение данной категории у различных представителей нашего общества, оценивать экологическую составляющую в поддержании качества жизни, проводить мониторинг в динамике оздоровительных мероприятий и т.д.

Появление в медицинской науке столь уникального инструмента открывает широкие возможности к оценке здоровья, но уже в более полном понимании этой категории. Использование универсальных критериев, которые применяются в методиках оценки качества жизни, могло бы конкретизировать и дополнить оценку состояния здоровья человека.

Такая оценка, в первую очередь, дает значительно более объемное представление как о здоровом человеке, так и о больном. В связи с этим можно было бы предложить формулировку категории здоровья, как «полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, основанное на объективной и субъективной оценке, а не просто отсутствие заболевания».

Имея опыт оценки качества жизни подростков различных этнических групп, можно было бы рекомендовать дополнить общеизвестные критерии физического состояния показателями, отражающими психосоциальное состояние, либо интегративными показателями, которые включали бы в себя психосоциальное функционирование наряду с физическим функционированием. Сильная корреляционная связь показателей эмоционального, ролевого, психического функционирования с показателями психосоциального функционирования позволяет использовать последний как интегративный показатель качества жизни, а в перспективе и качества здоровья. В какой-то степени это будет отражать «нравственное здоровье». Конкретизация подходов в оценке состоя-

ния здоровья является шагом к усовершенствованию и смысловому расширению категории «здоровье».

Список литературы

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. – М.: Изд-во Российского университета Дружбы народов. – 2006. – 284 с.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – Киев: Здоровья, 1998. – 248 с.
3. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
4. Вайнер Э.Н. Валеология. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
5. Киров В.Н., Войнов В.Б. Критерии оценки уровня здоровья // Валеология. – 1998. – № 3. – С. 43–48.
6. Лишук В.А., Мосткова Е.В. Девять ступеней к здоровью. – М.: БИНОМ, 1997. – 320 с.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 313 с.
8. Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П. Современные стандарты исследования качества жизни в педиатрии // Вестник межнационального центра исследования Качества жизни. 2009. – № 13–14. – С. 6–12.
9. Тель Л.З. Валеология: учение о здоровье, болезни и выздоровлении в 3 т. Т. 1. – М.: АСТ; Астрель, 2001. – Т.1. – 480 с.
10. Царфис В.Г. Природа и здоровье человека. – М.: Выс. шк., 1987. – 480 с.
11. Ухтомский А.А. Физиология двигательного аппарата. Утомление // Собрание соч. – Т.3. – Л., 1952. – С. 135–136.
12. Bullinger M. European Paediatric Health-Related Quality of Life Assessment // The DISABKIDS Group. Qual. Life News-etter. – 2002. – Vol. 29. – P. 5–6.
13. Hids P.S. Quality of life as conveyed by pediatric patients with cancer // Qual. Life Res. – 2004. – Vol.13 (4). – P. 761–772.
14. Varni J., Seid M., Kurtin P. The PedsQL™ 4,0: Reability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version Generic Core Scales in healthy and patients populations // Medical Care. – 2011. – Vol. 39. – P. 800–812.
15. World Health Organisation. Cancer pain relief. – Geneva.WHO,1986. – P. 5–26.

Рецензенты:

Джамирзе Ш.Х., д.м.н., зав. кафедрой медико-биологических и медико-профилактических дисциплин Адыгейского филиала ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, г. Краснодар.

Тугуз А.Р., д.б.н., профессор ГОУ ВПО «Адыгейский государственный университет», г. Майкоп.

Работа поступила в редакцию 20.05.2011.