

## КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

<sup>1</sup>Тараскина Т.А., <sup>1</sup>Родионова Т.И.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия (410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112), e-mail: [krukovatanya@rambler.ru](mailto:krukovatanya@rambler.ru)

Статья посвящена вопросам концептуального осмысления оценки качества жизни в контексте развития социологии медицины. Выделяют несколько теоретико-методологических подходов к исследованию качества жизни. Объективный подход предполагает анализ качества жизни при помощи комбинации различных нормативных и статистических характеристик, с помощью которых можно объективно судить о степени удовлетворения потребностей и интересов людей. Субъективный подход к исследованию качества жизни связан с оценкой потребностей и интересов конкретных людей, которые отражаются в субъективных представлениях индивидов, их личных мнениях и оценках. Исследование проблем качества жизни больных сахарным диабетом должно базироваться на анализе устойчивых социальных практик, в основе которых лежит взаимодействие установок, ценностей. Важным представляется не только выявление места здоровья в системе ценностей пациентов, но и исследование жизненных стратегий и реального поведения. Сахарный диабет, с учетом сложного режима контроля и лечения, а также многочисленных соматических проявлений (острых и хронических осложнений), оказывает выраженное воздействие на качество жизни и возможности реализации жизненной стратегии. Вместе с тем и качество жизни, и личная жизненная стратегия пациента в свою очередь, оказывает значительное влияние на эффективность лечения заболевания. Внимание автора акцентируется на взаимозависимости и взаимосвязи качества жизни и эффективности стратегии лечения, обосновывается необходимость комплексной модели медико-социальной помощи, в которой ключевую роль играет активность пациента, формирование аттитюдов самосохранительного поведения.

Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, оценка качества жизни, самосохранительное поведение, аттитюд.

## CONCEPTUAL MODELS TO THE STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS SUFFERING FROM DIABETES TYPE 1

Taraskina T.A., Rodionova T.I.

Saratov State Medical University V.I. Razumovsky the Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia, e-mail: [krukovatanya@rambler.ru](mailto:krukovatanya@rambler.ru)

Article is devoted to conceptual understanding of quality of life assessment in the context of sociology of medicine. There are several theoretical and methodological approaches to the study of quality of life. An objective approach is to analyze the quality of life using a combination of different regulatory and statistical characteristics that can be used to objectively judge the extent of the needs and interests of the people. The subjective approach to the study of quality of life associated with the assessment of specific needs and interests, people who are recognized in the subjective views of individuals, their personal opinions and assessments. Study of the problems of quality of life of patients with diabetes should be based on the analysis of stable social practices, which are based on the interaction of attitudes, values. Important to not only identify the place in the value system of health of patients and the study of life strategies and real behavior. Diabetes, given the complexity of the verification regime and treatment, as well as numerous somatic symptoms (acute and chronic complications), has a marked impact on the quality of life and the possibility of implementation of district life strategy. At the same time, and the quality of life and a personal life strategy of the patient, in turn, has a significant impact on the effectiveness of the treatment of the disease. The author's attention is focused on the relationship of interdependence and the quality of life and effectiveness of treatment strategies, the necessity of complex model of health and social care, in which a key role played by the patient's activity, the formation of attitudes of self-preservation behavior.

Keywords: diabetes mellitus, quality of life, quality of life assessment, self-preservation behavior, the attitude.

Сахарный диабет является одним из самых распространенных во всем мире хронических заболеваний. По данным Международной Диабетической Федерации в настоящее время в мире насчитывается уже более 366 млн. больных сахарным диабетом, а к 2030 году их количество

увеличится почти вдвое и превысит 552 млн. человек [14]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в 2030 году диабет станет седьмой по значимости причиной смерти [12, 15]. Более 80% случаев смерти от диабета происходит в странах с низким и средним уровнем дохода [12].

Медицинская статистика свидетельствует, что наблюдается и тенденция изменения возрастной структуры сахарного диабета, на 3 % в год растет количество больных сахарным диабетом 1 типа, который называют «диабетом молодых». Сахарный диабет является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного мира, возрастает необходимость повышения качества жизни больных и эффективности диабетологической помощи на основе комплексных медико-социологических исследований.

Проблема качества жизни является предметом исследования различных отраслей научного знания. На начальных этапах исследования понятие «качество жизни» подменялось такими категориями, как «образ жизни», «стиль жизни», «уровень жизни». Однако эти категории обобщают лишь те или иные качественные и количественные стороны жизни людей. Действительно, категория «образ жизни» фиксировала формы жизнедеятельности людей, типичные для исторически определенных социальных отношений Категория «стиль жизни» конкретизировала содержание образа жизни, раскрывала его особенности, выражающиеся в общении и поведении. Категория «уровень жизни» акцентировала свое внимание на жизнеобеспеченности, фиксируя лишь количественную сторону жизни, степень удовлетворения материальных и культурных потребностей людей [1,4].

В концептуальном плане выделяют несколько теоретико-методологических подходов к исследованию качества жизни [5]. Объективный подход предполагает анализ качества жизни при помощи комбинации различных нормативных и статистических характеристик, с помощью которых можно объективно судить о степени удовлетворения потребностей и интересов людей (например: уровень преступности, безработицы, загрязнения окружающей среды, численность населения, количество национального капитала, доля капитала в сельском хозяйстве, количество имеющихся природных ресурсов.). Объективные показатели строятся на сведениях, полученных извне и не являющихся частью жизненного опыта конкретного человека. Основная цель использования объективных индикаторов – по возможности более точное измерение уровня жизни общества или индивида на основе статистической информации. Это направление изучения качества жизни сейчас наиболее интенсивно разрабатывается в смежных с психологией науках.

Субъективный подход к исследованию качества жизни связан с оценкой потребностей и интересов конкретных людей, которые отражаются в субъективных представлениях индивидов, их личных мнениях и оценках. Концепции качества жизни в рамках данного

подхода построены на утверждении, что истинное значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях индивидов, которые формируются на основе жизненного опыта индивида, его эмоционального состояния, уровня интеллектуального развития. Данное направление связано с исследованием общей удовлетворенности жизнью, ощущения счастья, основных факторов и детерминант, которые определяют удовлетворенность жизнью человека в современных условиях; иерархии структуры компонентов качества жизни и основных показателей данного феномена; особенностей духовной и культурной жизни людей; социально-психологических факторов жизнедеятельности личности в условиях изменений; социально-психологических особенностей человека, его ценностных ориентации, норм поведения.

Исторически сложилось так, что измерение качества жизни производилось двумя различными способами: измерение объективных условий жизни и измерение субъективных оценок жизни. Одной из попыток учесть многоаспектность понятия качества и уровня жизни стала концепция «человеческого развития» (Human Development Project), широко применяемая в межстрановых сопоставлениях. Социальное развитие связывается в первую очередь с накоплением и развитием человеческого капитала. Уровень человеческого развития напрямую связывается с возможностью реализации человека как личности и как члена данного общества. Этот аспект уровня жизни включает два элемента: первый - качество жизни людей, учитывающее демографические, медицинские, экологические и интеллектуальные условия их существования и самореализации; второй – интеграцию индивидуумов в общество: их влияние на общественные процессы (участие в управлении, демократических процедурах.), наличие или отсутствие дискриминации отдельных социальных групп.

На современном этапе формируется подход, ориентированный на интеграцию субъективных и объективных показателей качества жизни. R.R. Rubin рассматривает качество жизни как многомерную конструкцию, включающую личное субъективное восприятие физического, эмоционального и социального благополучия, а также когнитивный (удовлетворенность) и эмоциональный (счастье) компоненты [16]. В исследованиях отмечается, что качество жизни соотносится с широчайшим спектром индивидуального опыта человека.

Все больший научный интерес вызывают проблемы взаимообусловленности качества жизни и здоровья человека [2, 3, 11, 13]. В структуре качества жизни состояние здоровья является одной из составляющих. Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [2, 3, 11, 12]. В качестве основополагающих критериев качества жизни Всемирной организацией здравоохранения выделены следующие параметры: физические (сила, энергия,

усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, обучение, концентрация, самооценка, переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); социальная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации); духовность (религия, личные убеждения).

Кроме того, Всемирной организацией здравоохранения, отмечается, что при отсутствии реальной угрозы для жизни пациента качество жизни следует рассматривать как основной критерий эффективности лечения. Но вместе с тем, внедрение исследования качества жизни в клиническую практику сопровождается трудностями, которые во многом связаны как с отсутствием унифицированных подходов к оценке параметров качества жизни, так и сложностью интерпретации полученных данных. В этой связи в некоторых исследованиях вводится специальный термин «качество жизни, связанного со здоровьем» (health-related quality of life, HRQL), связанное с оценкой влияния на качество жизни здоровья или болезни. В рамках данного подхода оценка качества жизни, в первую очередь, связывается с исследованием влияния болезни и лечения на функционирование, надежды и субъективное благополучие. Международный; и отечественный опыт исследований качества жизни больных свидетельствует о значительных перспективах метода. [6, 8, 9, 11, 18].

Эффективность диагностической и лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом по-прежнему не высока, что подтверждается и в негативной динамике острых и хронических осложнений, росте инвалидизации и уровня смертности, связанные с сахарным диабетом. Условия жизни, особенности воспитания и традиции оказывают весьма важную, а порой и определяющую роль в формировании поведения человека, в том числе и в отношении собственного здоровья. Особое значение приобретает формирование мотивационных установок пациентов в отношении здорового образа жизни и самосохранительного поведения.

Применение социологической системы интерпретаций в анализе проблем здоровья и качества жизни приводит к смещению фокуса внимания в интересующую область индивидуального существования — в сферу социальных и межличностных отношений субъекта. Социологический подход предполагает рассмотрение проблемы здоровья в свете основных проблем социализации и социального взаимодействия [1, 2, 3, 14]. Самооценка качества жизни и состояния здоровья зависит от многих факторов, что обуславливает необходимость дальнейшей комплексной оценки степени воздействия тех или иных социально-экономических факторов на ухудшение течения сахарного диабета, для поиска причин и

условий улучшения качества его лечения и диагностики, актуализируется проблема концептуального обоснования модели оптимизации медико-социальной помощи больным сахарным диабетом I типа.

Повышение качества жизни неразрывно связано с рассмотрением возможностей реализации жизненных стратегий, активностью пациента, расширением набора доступных социальных ролей. При оказании медико-социальной помощи больным, страдающим сахарным диабетом важным представляется учет не только биомедицинских, но социальных, поведенческих и психоэмоциональных показателей.

В контексте обеспечения качества жизни больных сахарным диабетом жизненное самоопределение, проблемы выбора и формирования жизненных стратегий относятся к числу социальных проблем, вызывающих постоянный исследовательский интерес, но в то же время происходящие изменения форм и способов определения жизненных перспектив, факторов и условий, их детерминирующих, требуют постоянного обновления теоретико-методологических подходов нового уровня концептуального осмысления динамично меняющихся социальных практик в условиях социальных трансформаций. Акцентирование внимания в рамках социологических исследований на формирование жизненных стратегий связаны с возросшим многообразием социальных каналов, изменением способов социальной адаптации.

В ценностном мире каждого человека существуют некие «сквозные» ценности, которые являются практически стержневыми в любой сфере деятельности. К ним, по нашему мнению, можно отнести здоровье человека, отношение к собственному здоровью, как фактору достижения успеха в современном обществе, здоровый образ жизни, как способ сохранения и укрепления здоровья индивида. Снижение значимости этих ценностей в тот или иной период вызывает в нормальном обществе серьезное беспокойство. Отсюда в мировой практике появляется новая методологическая стратегия комбинирования данных массовых количественных исследований с изучением единичных случаев, отдельных типичных жизненных траекторий. Проблема выявления особых состояний личности, предшествующих ее реальному поведению, присутствует у многих исследователей.

Отношение к здоровью и восприятия состояния здоровья, по сути, интегрирует такие категории, как знания о здоровье, осознание и понимание роли здоровья в процессе жизнедеятельности человека, его влияния на социальные функции, эмоциональные и поведенческие реакции. Зачастую пациенты связывают изменение состояния здоровья с влиянием неких внешних факторов, не верят в собственную возможность влиять на свое заболевание. Такое восприятие определяется внешним, или экстернальным, локусом контроля. Внутренний (интернальный) локус контроля подразумевает наличие убежденности в своей способности влиять на обстоятельства собственной жизни, в том числе и на состояние здоровья.

Локус контроля в болезни является той психологической основой, на которой строятся стратегии совладания; он также определяет степень соблюдения больным медицинских рекомендаций. Пациенты с различными вариантами локуса контроля требуют особого внимания в определении стратегии и тактики лечения [6, 7, 13].

Кроме того, в течение времени под влиянием болезни изменяются многие характеристики личности, не остается неизменной и иерархия мотивов. В результате формируется поведение больного, которое в значительной степени определяется жизненной стратегией, той функционально-ролевой позицией, которую больной реализует в общении с окружающими. В настоящее время оценке качества жизни и исследования жизненных стратегий придается все большее значение в общей системе оценки лечебно-профилактической помощи пациентам, в том числе с СД 1 типа.

Принципиальное значение в контексте повышения эффективности лечения приобретает формирование активного, осознанного самосохранительного поведения. На когнитивном уровне важна степень осведомленности или компетентности пациента по проблемам сахарного диабета, знание основных факторов риска и осложнений, понимание роли собственной активности и самосохранительного поведения в обеспечении эффективности жизнедеятельности и эффективности лечения. На эмоциональном уровне важным представляется становление высокого уровня доверия в отношениях врач-пациент, снижение уровня тревожности, умениями контролировать собственное эмоциональное состояние. На мотивационно-поведенческом уровне ключевым становится изменение значимости сохранения здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков пациента требованиям и рекомендациям врача; соответствие самооценки состоянию здоровья. Стратегии лечения должны быть направлены не только на корректировку соматического состояния, обусловленного болезнью, но и на коррекцию психоэмоционального состояния, социального самочувствия, связанных со степенью социализированности и возможностями самореализации пациентов.

Исследование проблем качества жизни больных сахарным диабетом должно базироваться на анализе устойчивых социальных практик, в основе которых лежит взаимодействие установок, ценностей. Важным представляется не только выявление места здоровья в системе ценностей пациентов, но и исследование жизненных стратегий и реального поведения. Сахарный диабет, с учетом сложного режима контроля и лечения, а также многочисленных соматических проявлений (острых и хронических осложнений), оказывает выраженное воздействие на качество жизни и возможности реализации жизненной стратегии.

Вместе с тем и качество жизни, и личная жизненная стратегия пациента в свою очередь, оказывает значительное влияние на эффективность лечения заболевания.

Традиционная естественнонаучная направленность медицинского мышления приводит к тому, что на практике внимание в процессе терапии уделяется преимущественно на клинические и метаболические показатели, оставляя за рамками внимания социально-психологические аспекты. В то же время, в рамках современной биопсихосоциальной модели здоровья и болезни центром является больной как личность со своими переживаниями и опасениями, стремлениями и надеждами. Качество жизни, связанно со здоровьем и удовлетворенность лечением являются важными параметрами при оценке эффективности лечения. Значительный научно-исследовательский интерес медицинского сообщества к субъективной картине болезни связан с взаимосвязанность и взаимовлияние объективных и субъективных факторов, относящихся к заболеванию и его лечению, а также широким спектром переменных и условий, которые определяют полноценную, насыщенную жизнь личности и возможности реализации жизненной стратегии.

В настоящее время в области исследования качества жизни при диабете не существует универсального инструментария, который позволил бы всесторонне оценить все его аспекты. Выбор одного или нескольких инструментов для оценки качества жизни зависит от тех задач, которые ставятся в конкретном исследовании. К общим инструментам относятся: Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey-SF-36, Nottingham Health Profile – NHP, EuroQoL, The World Health Organization данный опросник оценки качества жизни является признанным и широко применяемым как в популяционных исследованиях, так и в специальных [1, 10]. Вместе с тем, для получения наиболее полной картины, характеризующей поведенческие аттитюды поведения страдающих сахарным диабетом 1 типа, выявление социальных факторов и личностных особенностей, предопределяющих активность пациента в стратегии лечения и реализации самосохранительного поведения, на наш взгляд, исследовательский инструментарий необходимо включать шкалы на основе системы индикаторов, характеризующие оценку жизненных перспектив и социального статуса, социального самочувствия; восприятие депривирующих факторов; стереотипов, мотивационных и поведенческих аттитюдов в отношении здоровья.

Интерпретация результатов исследования, по нашему мнению, позволит наиболее полно обосновать взаимосвязь и зависимость между изменением качества жизни больного, типом жизненной стратегии и течением заболевания людей, страдающих СД 1 типа; выявить факторы социальной депривации и особенности внутренней картины в восприятии болезни и собственной роли в эффективности лечения; выделить особенности восприятия жизненных перспектив и возможностей самореализации больных, страдающих СД 1 типа.

## Список литературы

1. Новик А.Л., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: Медиагрупп.-2007.-314 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова О.А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины. М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.
3. Решетников А.В. Социология медицины – М, ГЭОТАР-Медиа, 2007.
4. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. - М.: Издательство Института Психологии РАН. - 2006. - 168 с.
5. Сарансков В.Е., Грузина Е.С. Качество жизни: к вопросу о сущности и содержании понятия // Повышение качества жизни населения – важнейшая проблема Российской Федерации: Сборник научных статей по материалам III Международного форума «Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества» / Фонд «Социальная инноватика» в 2-х частях. - М: Муниципальный мир, 2005.
6. Abetz, L., Sutton, M., Brady, L., McNulty, P., Gagnon, D.D. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DPS): a quality of life instrument for use in clinical trials // Pract. Diab. Int. - 2002. - № 19. - P. 167-175.
7. Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis // Diabetes Care. - 2001. - 24. - P. 1069-1078.
8. Bradley C. Importance of Differentiating Health Status from Quality of Life // The Lancet. - 2001. - № 357. - P. 7-8.
9. Bradley, C., Todd, C., Gorton, T., Symonds, E., Martin, A., Plowright, R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: theADDQoL //Qual Life Res. - 1999. - №8.-P. 79-91.
10. Garratt, A.M., Ruta, D.A., Abdalla, M.I., Buckingham, J.K., Russell, I.T. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS // British Medical Journal. - 1993. - № 306. - P. 1440-1444.
11. Gill, T., Feinstein, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life-measurements // JAMA. - 1994. - № 272. -P. 619-626.
12. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011
13. Hart, N. The Sociology of Health and Medicine. Oxford. 1993.
14. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 4th edition. - 2011.
15. Mathers, C.D., Loncar, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.

16. Rubin, R.R. Diabetes and Quality of Life//Diabetes Spectrum. 2000.-№ 13.-P. 21-23.
17. Snoek, F.J. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Weil-Being // Diabetes Spectrum. - 2000. - № 13.-P. 24-28.

**Рецензенты:**

Смирнова Е.Н., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии и клинической фармакологии Пермской государственной медицинской академии им. Ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь;

Аникин Л.С., д.соц.н., профессор, заведующий кафедрой социологии коммуникаций и управления Национального Исследовательского Университета «Саратовский Государственный Университет им. Н.Г. Чернышевского», г. Саратов.