

Из вышесказанного очевидно, что российские СМИ, находясь в условиях глобализации, являются механизмом, через который происходит манипулирование сознанием нашего общества как отечественными влиятельными структурами, так и иностранными (в основном американскими). И это на сегодняшний день одна из весьма важных проблем российского и многих других обществ.

П.В.Ивачев, А.П.Ивачева

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В последние годы понятие «качество жизни» заняло в российском общественном мнении и научном обороте прочное положение. Растущий интерес к проблематике качества жизни свидетельствует о том, что наше общество озабочено уже не столько проблемами самосохранения, сколько вопросами устойчивого социального развития и восстановления своей роли и своего места в мировом сообществе. Этот интерес обусловлен и процессом глобализации, который диктует для модернизирующихся государств необходимость в создании достойных условий жизни не только для будущих, но и ныне живущих поколений. Значимость проблемы качества жизни в России возрастает и в связи с тем, что человеческий ресурс в условиях активно идущих процессов старения и депопуляции населения становится самым дефицитным ресурсом [6].

Традиционные классические отношения врача и пациента в отечественной системе здравоохранения стали наполняться экономическим содержанием. Это, в свою очередь, позволяет рассматривать эти отношения с позиции производства и потребления медицинских услуг, то есть с позиций своеобразного обмена, присущего рыночным отношениям. Новый хозяйственный механизм в системе здравоохранения, система обязательного медицинского страхования, широкое обсуждение в научной литературе введения платежей пациентов при получении ими медицинской помощи – все это активно акцентирует внимание на материальных стимулах медицинской деятельности. Введение подобных экономических форм взаимоотношений между субъектами системы здравоохранения в определенной степени способствует формированию у медицинских работников и пациентов убеждений и мотиваций на адекватное финансовое покрытие медицинских услуг [1].

Суть специфических (маркетинговых) отношений производителей и потребителей медицинской помощи (специфических отношений врача и пациента) проявляется при формировании и функционировании рынка медицинских услуг [3]. Человеческие нужды порождаются внешними либо внутренними факторами. Чувство нехватки чего-либо вызывает в индивидууме психосоматический дискомфорт, который является мотивацией для удовлетворения этой нужды. Удовлетворение нужд происходит в поле жизнедеятельности индивидуума, в том числе в специфической социальной сфере – системе рыночных отношений. Нужда в системе рыночных отношений – это

состояние индивидуума, вызванное конкретными факторами среды, порождающее представление образа товара (услуги) соответствующего стандарта и дающее возможность потенциальному потребителю быть отнесенным к соответствующей потребительской группе [10].

Некоторые ученые и практики не признают права на существование в медицине понятия «услуга». Врач, считают они, оказывает больному помощь. Услуга, по мнению хранителей традиций, – понятие из сферы быта, оно ассоциируется с рыночными отношениями. Думается, за различиями в понятиях «помощь» и «услуга» скрывается важнейшая нравственная проблема обновляющейся медицины. Это проблема противоборства и сосуществования двух менталитетов. По-разному работает и общается с пациентами врач, настроенный только на оказание помощи больному, и врач, понимающий, что он при этом еще предоставляет услуги. Точно также отличается поведение и запросы человека, который пришел в клинику за медицинской помощью в привычном смысле, и человека, который намерен воспользоваться услугами современного медицинского учреждения.

Разумеется, любое медицинское вмешательство предполагает помощь больному – устранение причины заболевания, полное или частичное избавление человека от недуга или облегчение его страданий. Помощь оказывают по объективным показаниям. Ее не рекламируют, не продвигают как товар, не предлагают на выбор. Медицинская помощь не рассматривается в контексте конкуренции [7].

Услуги предоставляют. Они обладают всеми признаками рыночных отношений. Их продают и оплачивают. Услуги, как и любой товар, производят, потребляют, рекламируют и продвигают к потребителю. В сфере оказания услуг происходит конкуренция, определяется и прогнозируется спрос. Качество услуг выявляется на основе оценок потребителей, субъективного чувства удовлетворенности [9]. Предоставление услуг сопровождается сервисом – их производитель делает все, чтобы привлечь, а затем удержать потребителя. Медицинская помощь, попавшая в разряд услуг, осуществляется с учетом таких компонентов, которые она сама по себе в обязательном порядке не предполагает, – заказной комфорт, выбор пациентом вариантов решения проблемы и достижения индивидуальной эстетики.

Когда оказание медицинской помощи облекается в форму предоставления платных услуг, понятие «больной» становится неточным и узким и поэтому заменяется более емким – «пациент». Смена понятий «больной» на «пациент» отражает новизну отношений, которые возникают между врачом и человеком, обратившимся к нему за помощью. Это отношения не только между врачом и больным в традиционном значении упомянутых слов, это также отношения производителя и потребителя услуг.

Непременным атрибутом менталитета больного в отечественном здравоохранении было и остается осознание своего зависимого положения: принудительное время для лечения, ограниченная возможность выбора врача, неприятное впечатление от санитарного состояния поликлиник и кабинетов, сниженное внимание со стороны персонала, бесполезность предъявления

претензий, по собственному усмотрению врач мог уделить меньше внимания его случаю и личности [5].

В научной среде, в которой происходит активный процесс перераспределения дисциплинарных границ в условиях становления качественно нового общества, еще не сложился единый подход к содержанию самого понятия «качество жизни», нет общепризнанной методологии и методики его измерения. Качество жизни рассматривается и как общесоциологическое, и как социально-экономическое, и как чисто экономическое понятие. Основной причиной появления и широкого распространения термина «качество жизни» в обществах с высоким уровнем потребления была смена механизма всего социального развития. Обширная научная литература по проблематике качества жизни показывает, что зарубежные исследования проводятся в двух направлениях: на базе объективных условий жизни и на основе изучения степени удовлетворенности жизнью самими субъектами.

Первая модель определяет качество жизни как результат комбинации различных статистических показателей и позволяет получить объективную оценку материальных условий жизни, оказывающих во многом определяющее влияние на качество жизни социального субъекта. Однако доминирующим направлением выступает модель «ощущаемого качества жизни», поскольку сложный характер взаимосвязи объективных и субъективных условий жизни не подтверждает кажущуюся вполне очевидной истину, что люди в лучших материальных условиях жизни более удовлетворены ею, чем находящиеся в относительно худших условиях. Эта модель построена на утверждении, что истинное значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях индивидов, формирующихся на основе конкретных условий жизни, эмоционального состояния и т.п.

Научный подход к включению субъективных оценок тех или иных общественных явлений в арсенал методологии исследований начал развиваться, когда возникли психология и теория предельной полезности в экономике, когда математика освоила методы вероятностных расчетов и повлияла на состояние статистики, когда были заложены основы социологии и политологии, в которых субъективизм стал неотъемлемой частью любого исследования человека и общества. Ряд экономистов (например, К. Менгер и А. Маршалл) всю экономическую науку переориентировал на субъективность, что создало теорию спроса и новый подход к теории ценообразования [2]. Мнения и оценки потребителей стали интересны продавцам и производителям товаров и услуг, эти мнения стали активно и последовательно изучаться. Возник маркетинг как особая форма экономических исследований. Он стал наиболее конкретным и информационно насыщенным из всех экономических дисциплин.

Значение исследований субъективных оценок пациентов в нашей стране становятся актуальными в связи с необходимостью реформирования отечественного здравоохранения применительно к современным условиям социально-экономического развития. Распространение маркетинговых исследований в здравоохранении обусловлено необходимостью совершенство-

вания системы обеспечения и контроля качества медицинского обслуживания населения [4].

Большинство западных исследователей выделяют в субъективных оценках рациональную и эмоциональную компоненты. Первая состоит из общей удовлетворенности жизнью и оценок степени удовлетворенности различными сторонами жизни. Вторая компонента представляет собой баланс позитивных и негативных эмоций. К позитивным эмоциям относятся ощущение счастья, социальной безопасности, уверенности в завтрашнем дне. Негативные эмоции выражаются в ощущениях депрессии, фрустрации, стресса.

Представляет определенный интерес вывод западных исследователей, согласно которому в условиях радикальных социальных преобразований индивидуальные представления о качестве жизни формируются в основном под влиянием не рациональной, а эмоциональной компоненты. О далеко непрямолинейных связях между материальным положением людей и их социальным самочувствием свидетельствует и отечественный опыт.

По определению ВОЗ (1999), «качество жизни» – это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. В нашей стране под качеством жизни чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

Качество жизни характеризует комфорт в удовлетворении человеческих потребностей. Понятия комфортность, удовлетворенность и др. часто используют для обозначения душевного, или *субъективного благополучия*. Прослеживается тесная взаимосвязь и взаимовлияние субъективного благополучия на здоровье человека. Чувство субъективного благополучия-неблагополучия весьма значимо для здоровья и субъективного мира личности. Оно интегрирует в себе целый ряд ощущений и переживаний, связанных с различными сторонами бытия человека.

Диалектическое единство и противоречие потребностей и интересов человека находится в основе всего социального развития, движения человечества «из царства необходимости в царство свободы». Именно процесс возвышения потребностей и расширение свободы выбора человеком способа их удовлетворения является основной движущей силой и целью развития современного общества. Чем больше свободы для выбора человеком способов реализации своих интересов, тем выше качество его жизни. Чем больше препятствий для реализации человеком своих интересов, тем меньше у него свобода выбора своей деятельности, ниже качество жизни, меньше возможностей для реализации своего конституционного права на достойную жизнь и свободное развитие [6].

Качество жизни включает в себя и уровень жизни как характеристику удовлетворения материальных и социальных потребностей, и образ жизни как деятельность субъекта в соответствии (или несоответствии) с общепри-

нятыми в конкретном обществе ценностями (ценностными ориентациями). Такое определение позволяет рассматривать качество жизни как функцию и результат жизнедеятельности социального субъекта, который определяется реализуемым потенциалом человека в существующих условиях. Отсюда измерение этого потенциала является одновременно и оценкой качества жизни.

В настоящее время система охраны здоровья взяла на себя не только многие социальные функции, но и становится своего рода ядром осуществления социальной идеологии, в том числе в формировании образа жизни, в которой постепенно должна сложиться методология отражения медико-социальных явлений в соответствии с потребностями человека в познании: как использовать в своих целях те или иные достижения социума, которые ограничивают или наоборот усиливают интеллектуальную и физическую активность, самочувствие (внутренне ощущение благополучия), влияют на здоровье и способствуют предупреждению нежелательных тенденций в дальнейшем развитии медицины [8].

В медицине многое требует понимания факторов культурного и социального воздействия, которые влияют на то, понимает ли человек, что он нуждается в медицинской помощи, на формирование его решения обратиться за этой помощью и на его реакцию, на предоставляемую медицинскую помощь. Медицина зачастую помогает отдельным людям продолжать свою социальную роль, тем самым, способствуя снижению социального напряжения в обществе.

Для населения нашей страны здоровье не имеет самостоятельной ценности. На фоне декларируемой конституционными и правовыми нормами ценности здоровья каждого человека отсутствуют реальные условия для реализации на практике этих норм. Ухудшающееся состояние здоровья населения нашей страны связано с комплексом общих социально-экономических факторов. Основная масса населения в настоящее время не имеет финансовой возможности для увеличения расходов на медицинское обслуживание. Проблема улучшения здоровья населения – это проблема изменения научной парадигмы отечественной медицины, здравоохранения. Только превращение здоровья из средства в цель, то есть обретение здоровьем статуса фундаментальной ценности, создает необходимые субъективные предпосылки для разработки, принятия и практической реализации адекватной политики по охране здоровья населения.

Особую актуальность эти проблемы получают в рыночной системе общественных отношений, когда экономические аспекты социального действия индивида чрезвычайно динамичны, поскольку государство не освобождает, а наоборот, требует от каждой личности активной реализации потребностей, которые признаются социально значимым вкладом и результатом всего общества. Создание благоприятных условий для жизни и их улучшение должны быть в первую очередь делом самого человека. В то же время эти ценности исходят из того непреложного факта, что далеко не каждый человек в условиях такой свободы может сам создавать себе необходимые для достойной жизни условия в силу объективных причин (инвалидность, тяжелая болезнь, старость). Таким социально ущемленным людям общество, го-

сударство должны оказывать помощь, используя рычаги социального управления для смягчения по возможности существующего неравенства в условиях удовлетворения этих потребностей. Социальное управление в здравоохранении направлено на создание благоприятных условий для производства и получения населением медицинской помощи, и тем самым удовлетворения социальных потребностей членов общества или каких-то отдельных их групп и сообществ [8].

В советский период качество результата медицинской помощи оценивалось преимущественно с точки зрения врача, что соответствовало патерналистским традициям социальных отношений в стране в целом и отечественном здравоохранении в частности. Мнение пациента в должной мере не учитывалось при определении социального компонента эффективности медицинских мероприятий. В настоящее время одним из ключевых вопросов является изучение качества жизни пациента как важного индикатора социальной эффективности медицинского обслуживания, что соответствует основным принципам рыночных социально-экономических отношений, построенных на основе страховой деятельности.

В ряде стран органы управления здравоохранением при оценке качества медицинского обслуживания требуют представления сведений о качестве жизни пациентов при проведении аккредитации лечебных учреждений. Пациент становится полноправным субъектом медицинской среды тогда, когда за ним признается право влияния на систему формирования медицинских услуг через учет его интересов.

Сферы применения исследования качества жизни в практике здравоохранения достаточно обширны. К наиболее важным относятся *следующие*: стандартизация методов исследования; экспертиза новых методов лечения; обеспечение мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения; разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания; 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; экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей как «цена-качество», «стоимость-эффективность» и др.

В системе организации и управления отечественным здравоохранением советского периода развития нашей страны учитывались преимущественно объективные показатели социальной эффективности здравоохранения: увеличение продолжительности жизни, улучшение состояния здоровья населения, снижение заболеваемости и преждевременной смертности, сохранение трудоспособности, предупреждение инвалидности и др. Оценка социальной эффективности медицинских мероприятий по валовым объективным показателям не учитывала многообразия субъективного мира личности объекта медицинской помощи. Индивидуальные особенности менталитета и социального статуса индивидов и социальных групп не были предметом исследования социальной эффективности отечественного здравоохранения.

Последующее развитие рыночных отношений в отечественном здравоохранении с учетом социально-политических приоритетов может быть оправданным только в условиях обращения к ценностям личности потенциальных потребителей медицинских услуг.

Антропоцентрический подход изучения здоровья и качества жизни позволяет адекватно оценивать вклад современного здравоохранения, социальную эффективность здравоохранения в увеличении продолжительности периода творческой активности человека, сохранении широкого круга социальных отношений индивида в семье, быте, на производстве, изменении индивидуального и социального самочувствия и др.

Теоретические основы субъективизации оценок качества жизни и медицинских услуг состоят в использовании достижений различных научных дисциплин, изучающих человека. Особенно важны методики, разработанные социологами. Проблема состоит в том, чтобы адекватным образом перенести методологию указанных научных дисциплин в медицинскую и социально-медицинскую сферу. Решение этой проблемы позволит легче проводить реформы и необходимым образом их корректировать с учетом запросов пациентов, то есть потребителей медицинских услуг. Ориентация на потребителя стала нормой рыночной экономики, что привело к насыщению магазинов разнообразной и достаточно дешевой продукцией. Похожие задачи решаются в сфере медицинских услуг, где создание рынка и рыночных отношений может способствовать техническому обновлению, технологическому совершенствованию и увеличению доступности медицинских услуг для населения. Постановка пациента в центр всей социально-медицинской работы может помочь в экономии бюджетных средств, поскольку помощь будет оказываться действительно тем, кто в ней нуждается, а не коллективно – всем сразу и в одинаковом объеме. Появляется выбор в количестве и качестве медицинских услуг, к чему население еще не привыкло. Исследование субъективных оценок качества жизни поможет обогатить наши представления о медицинских услугах вообще и о конкретных их видах в частности.

Библиографический список

1. *Бояринцев Б.И.* Рынок и здравоохранение // Экономика здравоохранения. 1996. № 2.
2. *Голубков Е.П.* Маркетинговые исследования. Теория, методология и практика. М., 2000.
3. *Закирова С.Л.* Маркетинг в здравоохранении // Здравоохранение Российской Федерации. - 2000. - №6. - С. 26 -29.
4. *Кузнецова Н.Л., Рыбин А.В., Гершкович Т.Э.* Социологические опросы как инструмент, позволяющий оценить качество оказания медицинской помощи // Психологическое сопровождение и организационно-методические алгоритмы реабилитации: Сб. / Под ред. С.И.Блохиной, Л.Т.Баранской. Екатеринбург. 2005.
5. *Малахова Л.А., Лазук В.А., Лебедева М.Н., Дубоделова И.К.* Некоторые аспекты изучения моделей взаимоотношений врача и больного // Бюллетень НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А.Семашко. 1997. № 4.
6. *Маликов Н.С.* К вопросу о содержании понятия «качество жизни» и его измерению // Уровень жизни населения регионов России. 2002. № 2.

7. Решетников А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. № 12/50.
8. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002.
9. Семенов В. Ю., Резниченко В. Ю. Что является товаром на рынке здоровья? // Экономика здравоохранения. 1996. № 5.
10. Соколинский В. М. Психологические основы экономики. М., 1999.

А. П. Ивачева

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВЕТЕРАНОВ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ С ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗОЙ

Демографические сдвиги, происходящие в нашей стране, как и во всем мире, свидетельствуют о прогрессирующем старении населения. Как следствие этого, неуклонное увеличение числа лиц с возрастными патологическими изменениями органа зрения, причины которых кроются в развитии катаракты, что значительно ограничивает возможности полноценной жизнедеятельности этой категории граждан.

В 2004 г. вся офтальмологическая общественность отмечала 55-летие внедрения в клиническую практику интраокулярной (внутриглазной) линзы. Доктор Harold Ridley провел первую операцию 29 ноября 1949 г., что явилось «маяком» в развитии методики имплантации интраокулярной линзы. В настоящее время в системе медико-социальной реабилитации больных с катарактой хирургическое лечение с интраокулярной коррекцией (ИОК) занимает одно из основных мест, так как является наиболее адекватным методом лечения. Высокие зрительные функции и бинокулярное зрение удается восстановить в 91-98% случаев.

В большинстве случаев в клинической практике при оценке качества результата ИОК учитываются исключительно данные лабораторного исследования, что служит едва ли не единственным формализованным критерием учета эффективности результата медицинского вмешательства. Оценка «социальной эффективности» результата проведенного медицинского мероприятия выпадает из поля зрения клиницистов. Клиницисты явно недооценивают значение субъективного фактора, удовлетворенность качеством жизни после ИОК, что может служить адекватной характеристикой социальной эффективности проведенного лечения.

В настоящее время в большинстве исследований медицинские услуги рассматриваются с точки зрения конечного результата, учитывающего последующее состояние здоровья пациента. В использованной нами модели исследования качества результата хирургического лечения с имплантацией интраокулярной линзы, проводимого в Свердловском клиническом психоневрологическом госпитале ветеранов, использована методика изучения субъективных оценок пациентов.

Обследованы пациенты с заболеваниями органа зрения, проходившие лечение в Свердловском клиническом психоневрологическом госпитале для