

## Качество жизни в здравоохранении: критерии, цели, перспективы

**Т. Е. Потёмина<sup>1</sup>**, профессор, докт. мед. наук, зав. кафедрой патологической физиологии;  
Scopus Author ID: 23474598000; ORCID ID: 0000-0001-7228-344X

**С. В. Кузнецова<sup>1</sup>**, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической физиологии; ORCID ID: 0000-0003-1211-1720

**А. В. Перешин<sup>1</sup>**, ассистент кафедры патологической физиологии; ORCID ID: 0000-0001-9579-2925

**О. Ю. Самойлова<sup>1</sup>**, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии

**О. И. Янушанец<sup>2</sup>**, докт. мед. наук, профессор кафедры гигиены условий воспитания,  
обучения, труда и радиационной гигиены; Scopus Author ID: 6508376706

<sup>1</sup> Приволжский исследовательский медицинский университет.

603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова.  
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Качество жизни (КЖ) пациента отражает не отсутствие болезней, а удовлетворение его потребностей и его адаптацию в физической, психологической и социальной сферах. В начале XXI в. понятие «качество жизни» в медицине превратилось в предмет научных исследований и стало более точным — «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL). В медицинской практике изучение КЖ используется в различных целях: для оценки эффективности методов современной клинической медицины и различных реабилитационных технологий, для оценки степени тяжести состояния больного, для определения прогноза заболевания, для оценки эффективности лечения и результативности профилактических программ. В настоящее время во всем мире идет интенсивная разработка методик определения КЖ для наиболее распространенных хронических заболеваний в связи с признанием критериев КЖ неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики. Широкое применение оценки КЖ дает органам здравоохранения инструмент для дополнительного анализа работы медицинских служб, а также для принятия решений о приоритетных направлениях финансирования.

**Ключевые слова:** качество жизни, методики оценки, опросники, интегративный показатель жизни, концепции здоровья, компоненты благополучия человека

## Quality of life in healthcare services: criteria, goals, prospects

**T. E. Potemina<sup>1</sup>**, professor, M. D., Ph. D., D. Sc., head of Pathophysiology Departement; Scopus Author ID: 23474598000;  
ORCID ID: 0000-0001-7228-344X

**S. V. Kuznetsova<sup>1</sup>**, M. D., Ph. D., associate professor of Pathophysiology Departement; ORCID ID: 0000-0003-1211-1720

**A. V. Pereshein<sup>1</sup>**, assistant of pathophysiology departement; ORCID ID: 0000-0001-9579-2925

**O. J. Samoilova<sup>1</sup>**, M. D., Ph. D., assistant of Intermediate Level and Outpatient Therapy Departement

**O. I. Yanushanets<sup>2</sup>**, professor, M. D., Ph. D., professor of Educational, Training and Working Conditions Hygiene  
and Radiohygiene Departement; Scopus Author ID: 6508376706

<sup>1</sup> Privolzhsky Medical Research University. 10/1, pl. Minina i Pozharskogo, Nizhni Novgorod 603005

<sup>2</sup> I. I. Mechnikov North-West State Medical University. 41, ul. Kirochnaya, St. Petersburg 191015

The quality of life (QoL) of a patient does not reflect the absence of disease, but the satisfaction of his/her needs and adaptation in the physical, psychological and social spheres. At the beginning of the 21st century the «Quality of Life» (QoL) concept in medicine transformed into the subject of scientific research and became more precise — «health related quality of life» (HRQL). In medical practice QoL is used for various purposes: to evaluate the

efficiency of modern methods in clinical science and various rehabilitation technologies, to assess the patient's conditions severity, to determine the disease prognosis, treatment and prevention programs results. At present QoL criteria are recognized as essentials for integrated analysis of new methods of diagnostics, treatment and prevention. Currently, there is an intensive development of QoL methods for the most common chronic diseases all over the world. The widespread use of QoL assessment provides health authorities with a tool for additional analysis of medical service activity, as well as for making decisions on funding priority areas.

**Key words:** *quality of life, assessment methods, questionnaires, integrative indicator of life, health concept, human welfare components*

### **История концепции «качество жизни»**

Развитие медицины, принципиальные изменения в структуре заболеваемости, а также поворот к учету прав больного привели к новому пониманию как самого патологического процесса, так и оценки эффективности его лечения. Зачастую при определенных положительных сдвигах в показателях здоровья сам пациент остается не удовлетворен лечением, и для выстраивания дальнейшей тактики терапии врачи должны обратиться к какому-то интегративному показателю, характеризующему жизнь человека до проведенной терапии и после нее.

Концепция качества жизни (КЖ) уходит корнями в античную философию. Аристотель называл качество жизни разновидностью счастья, зависящего от деятельности души. Спустя века П. Т. де Шарден и В. И. Вернадский пришли к понятию «ноосфера» как сферы разумно организованного взаимодействия общества и природы, духовных, материальных, социокультурных, экологических и демографических аспектов жизни человека и общества.

История науки о КЖ начинается с 1947 г., когда профессор Колумбийского университета США D. A. Karnovsky опубликовал работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне обследовал личность страдающего соматическими заболеваниями, доказывая необходимость исследовать «все разнообразие психологических и социальных последствий болезни» [1].

Сформированная концепция КЖ возникла в середине 60-х гг. XX в. как направление в американской и западноевропейской социологии. В его рамках началось изучение социально-психологических механизмов, опосредующих реальное удовлетворение потребностей людей в широком спектре факторов социального, экономического и психологического характера, а также когнитивного и аффективного компонентов благополучия человека. В современных социально-экономических концепциях под КЖ понимают комплексную характеристику социально-экономических, политических, культурно-идеологических, экологических факторов и условий существования личности. Сам термин «качество жизни» впервые был использован J. R. Elkington (1966) в статье «Медицина и качество жизни», автор определил его как «гармонии внутри человека и между человеком и миром, гармонии, к которым стремится пациент» [2]. Официально термин в медицине признан только в 1977 г., когда был включен в качестве рубрики в «Comulated Index Medicus» [3]. В 70–80-е гг. были заложены основы концепции КЖ в медицине, которые в дальнейшем были подтверждены различными методологическими исследованиями [3–6].

Развитию этого направления способствовала также предложенная в 1980 г. доктором Engel биopsихологическая модель медицины, сутью которой явился учет психосоциальных аспектов заболевания [7]. С 80-х гг. XX в. регистрируют увеличение научных публикаций по фундаментальному исследованию КЖ. В разработке методологии важную роль играют исследования А. McSweeny, предложившего оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах – эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга [8].

С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ, – институт MAPI Research Institute – основной координатор всех исследований в области КЖ в мире. Институт ежегодно проводит конгрессы по исследованию КЖ (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL), внедряя в жизнь тезис, что целью любого лечения яв-

ляется приближение КЖ больных к уровню практически здоровых людей. Филиал ISOQOL в России функционирует с 1999 г., а с 2001 г. Концепция исследования КЖ в медицине, предложенная Минздравом РФ, объявлена приоритетной, приоритетными признаны и научные исследования, проводимые при помощи универсальных инструментов, отвечающих требованиям социальных, региональных и языковых различий [9].

Изучение КЖ больного до начала и в процессе терапии позволяет получить ценную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимое лечение. Основной принцип М.Я. Мудрова «лечить не болезнь, а больного» может быть реализован при оценке КЖ.

### **Определение понятия «качество жизни»**

По определению ВОЗ, 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. Этот параметр характеризуют как состояние благополучия, при котором человек успешно осуществляет физическую, психическую и социальную деятельность и удовлетворён уровнем функционирования и контроля болезни или симптомов, связанных с ее лечением [10]. Медицина переходит к более сложной и современной точке зрения, предполагающей, что хорошее состояние здоровья человека и его жизненное благополучие отражает не отсутствие болезней, а удовлетворение его потребностей и его адаптацию в физической, психологической и социальной сферах. Такое понимание КЖ жизни основано на многокомпонентном понимании здоровья по определению ВОЗ, согласно которому КЖ изменяется при изменении здоровья [10].

Согласно мнению ООН, социальная категория КЖ включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов КЖ, при этом здоровье также поставлено на первое место.

У каждого исследователя свое определение понятия «качество жизни». Например, А.А. Новик и соавт. [3] трактуют его как интегральную характеристику физического, психического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанную на его субъективном восприятии. Для других авторов качество жизни — это степень комфорта человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [11, 12].

### **Критерии оценки качества жизни**

В начале XXI в. понятие «качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным — «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL). Такой подход позволил выделить параметры, описывающие состояние здоровья и качество медицинской помощи, из общей концепции КЖ.

В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность);
- окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информация, возможность обучения, быт).

При изучении КЖ оценивают три основных компонента:

- функциональные способности, то есть возможность осуществлять повседневную бытовую деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, достигать экономической обеспеченности;
- восприятие, то есть взгляды и суждения человека, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью;

- симптомы и их последствия, которые являются следствием заболеваний и могут уменьшаться в результате вмешательства [10, 12, 13].

В медицинской практике изучение КЖ используют в различных целях: для оценки эффективности методов современной клинической медицины и различных реабилитационных технологий, для оценки степени тяжести больного, для определения прогноза заболевания, эффективности профилактики и лечения [14]. В целом имеется три основных варианта применения данной концепции:

- 1) КЖ является главной целью лечения пациентов при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни;
- 2) КЖ является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этой группе является увеличение продолжительности жизни);
- 3) КЖ является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания [3].

### **Методики исследования качества жизни**

Концепция КЖ должна быть основана на комплексной и дифференцированной оценке этого параметра и включать взаимодействие со средой обитания пациента. Согласно такому подходу, следует приводить, как минимум, три оценки – пациента, члена семьи или друга, профессионала. Субъективный взгляд пациента важно учитывать, однако он не является достаточным. В рамках данного подхода необходимо выделять три компонента КЖ: субъективное благополучие/удовлетворенность, выполнение социальных ролей, внешние жизненные условия (материальные, то есть «стандарт жизни», и социальные, например социальная сеть и социальная поддержка) [15]. Эти компоненты являются наиболее важными для оценки результатов лечения, эффективности оказываемой помощи [16].

В настоящее время идет интенсивная разработка методик определения КЖ для наиболее распространенных хронических заболеваний в связи с признанием критерии КЖ неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики [17]. Процесс работы с пациентом, в котором он должен сам оценить свои ощущения, очень многосторонен и сложен. Обычно опрос о КЖ входит в клинический протокол исследований, проводимых в соответствии с правилами качественной клинической практики – Good Clinical Practice (GCP). Основные компоненты КЖ могут быть измерены отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов [18]. Опросник КЖ представляет собой стандартные ответы на стандартные вопросы. Инструменты оценки КЖ разработаны с применением психометрии – науки, переводящей поведение людей, их чувства и личностные оценки в доступные количественному анализу показатели. Главные критерии предлагаемых инструментов – надежность, объективность, воспроизводимость и чувствительность.

Надежность (reliability) инструмента предполагает степень свободы от случайных ошибок, это способность опросника давать постоянные и точные измерения.

Объективность, или валидность (validity), – это способность опросника измерить ту характеристику, которую он должен измерить. Исследователи рассматривают содержательную объективность, то есть степень, с которой измеряемый признак представляет исследуемое явление, и конструктивную объективность, то есть корреляцию данного теста с другими, измеряющими родственные характеристики.

Чувствительность (sensitivity to change) – способность отражать происходящие во времени изменения, часто минимальные, но клинически значимые.

Кроме описанных основных требований, к опросникам разработчики применяют и ряд дополнительных требований, таких как универсальность, воспроизводимость, простота в использовании и краткость, стандартизация (предложение единого варианта стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов) и оценочность (количественная оценка параметров здоровья).

В оценке КЖ применяют две группы опросников — общие, или неспецифические, и специальные. Общие опросники предназначены для оценки здоровья населения в целом, независимо от имеющейся патологии, поэтому их чаще используют для оценки тактики здравоохранения страны в целом и при эпидемиологических исследованиях. Общие опросники позволяют проводить сравнительную оценку влияния внедряемых программ по охране здоровья на КЖ как отдельных пациентов, так и популяции. Но данный вариант, естественно, не дает оценки ситуации для какого-либо отдельного заболевания. В гигиенических популяционных исследованиях показатели КЖ, полученные при использовании неспецифических опросников, могут трактоваться как нормативные [19].

Вторую группу представляют собой специальные опросники для измерения КЖ больных с определенной группой заболеваний. Специальные опросники более чувствительны и могут отследить изменения у пациентов за последние 2–4 нед, например после операции или проведенной терапии.

Каждый опросник имеет критерии и шкалу оценки. Подсчет проводят по каждой шкале отдельно (измерение профиля) или суммированием данных всех шкал (подсчёт суммы баллов).

Первой официальной методикой явилась шкала ВОЗ, которой по баллу, получаемому при анализе данных опросника, присваивается определенная характеристика уровня жизни [10]. В шкале существует шесть возможных градаций: 0 — состояние нормальное, полноценная активность; 1 — симптомы заболевания присутствуют, активность снижена, пациент может находиться дома; 2 — выраженные симптомы заболевания, нетрудоспособен, менее 50 % времени проводит в постели; 3 — тяжелое состояние, более 50% времени проводит в постели; 4 — состояние очень тяжелое, 100 % и более времени в постели; 5 — смерть.

Среди современных общих опросников наибольшей популярностью пользуется опросник MOS-SF-36 (Short Form), или сокращенно SF-36. Перевод на русский язык и апробация методики были проведены Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) в Международном центре исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), была использована русскоязычная версия опросника SF-36 для изучения КЖ жителей Санкт-Петербурга (более 2 000 человек). Результаты показали, что российская версия обладает надежными психометрическими свойствами и может быть рекомендована для популяционных исследований КЖ в России. Опросник подходит для самостоятельного заполнения лицами 14 лет и старше [3]. В настоящее время разработаны нормативные величины КЖ с использованием опросника SF-36 для подростков, обучающихся в различных типах образовательных учреждений, поскольку представленные авторами опросника величины рассчитывались для студенческой молодежи США. Опросник SF-36 рекомендован для мониторинга за КЖ учащихся при комплексной оценке влияния условий обучения и воспитания на самочувствие подростков [19].

Опросник SF-36, содержащий 36 вопросов, позволяет оперативно применять его для больших групп сравнения, выявляя общие проблемы, неспецифичные для различных возрастных или нозологических групп. Опросник SF-36 содержит восемь концепций здоровья, подходит для самостоятельного заполнения пациентом, для компьютерного опроса или для заполнения его обученным интервьюером при личном контакте или по телефону.

Опросник содержит восемь шкал: 1-я — ограничения физической активности, обусловленные проблемами со здоровьем (болезнью); 2-я — ограничения социальной активности из-за физических или эмоциональных проблем; 3-я — ограничения обычной ролевой активности из-за проблем со здоровьем; 4-я — телесные боли; 5-я — общее ментальное здоровье (психологический дистресс или психологическое благополучие); 6-я — ограничения обычной ролевой активности из-за эмоциональных проблем; 7-я — жизнеспособность (бодрость или усталость); 8-я — общее восприятие своего здоровья.

Критерии КЖ по опроснику SF-36 следующие.

1. Физическое функционирование (ФФ). Субъективная оценка объема повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время. Прямая связь: чем выше ФФ, тем большую физическую нагрузку, по собственному мнению, пациент может выполнить.

2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (ролевое физическое функционирование – РФФ). Субъективная оценка степени ограничения повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 нед. Обратная связь: чем выше показатель, тем в меньшей степени проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

3. Боль (Б). Характеризует роль субъективных болевых ощущений в ограничении повседневной деятельности за последние 4 нед. Обратная связь: чем выше показатель, тем меньше болевые ощущения отражаются в его деятельности.

4. Общее здоровье (ОЗ). Субъективная оценка общего состояния собственного здоровья в настоящее время. Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше восприятие своего здоровья в целом.

5. Жизнеспособность (Ж). Субъективная оценка своего жизненного тонуса (бодрость, энергия) за последние 4 нед. Прямая связь: чем выше показатель, тем выше оценка жизненного тонуса (больше времени за последние 4 нед он ощущал себя бодрым и полным сил).

6. Социальная активность (социальное функционирование – СФ). Субъективная оценка своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и другими сообществами за последние 4 нед. Прямая связь: чем выше показатель, тем выше уровень своих социальных связей.

7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (ролевое эмоциональное функционирование – РЭФ). Субъективная оценка степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 нед.

8. Психическое здоровье (ПЗ). Субъективная оценка своего настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность) за последние 4 нед. Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше настроение.

А.А. Новик, Т.И. Ионова [3] предложили следующую классификацию инструментов исследования КЖ:

- в зависимости от области применения имеются общие опросники (для детей и взрослых), специальные опросники по областям медицины (онкология, неврология, ревматология и т. д.) или по нозологическим формам (рак молочной железы, язвенная болезнь, ревматоидный артрит и т. д.);
- в зависимости от структуры имеются профильные опросники – несколько цифровых значений, которые представляют собой профиль, сформированный значениями нескольких шкал, или индексы – единое цифровое значение.

К наиболее распространенным общим опросникам относятся:

- MOS-SF-36 – Medical Outcomes Study-Short Form-36 – общий опросник здоровья [20];
- European Quality of Life Scale – Европейский опросник оценки качества жизни [21];
- WHOQoL-100 – Опросник оценки качества жизни ВОЗ [22];
- Nottingham Health Profile (NHP) – Ноттингемский профиль здоровья [23];
- Sickness Impact Profile (SIP) – Профиль влияния болезни [24];
- Child Health Questionnaire (CHQ) – Опросник здоровья ребенка [25].

Последний опросник применяют для оценки КЖ детей (младше 18 лет) также независимо от состояния их здоровья. Одной из важных особенностей исследования КЖ у детей является участие в процедуре исследования ребенка и родителей, которые заполняют специальную форму опросника. Еще одной особенностью исследования КЖ у детей является наличие модулей опросников по возрасту.

При помощи специальных опросников оценивают какую-либо одну категорию КЖ (физическое или психическое состояние), или КЖ при конкретном заболевании, или определенные виды лечения [26–29].

Сердечно-сосудистые заболевания лидируют среди причин смертности во всем мире, и лечение зачастую длится всю жизнь, изменяя привычки, образ жизни больного, встраивая его в постоянные взаимоотношения болезнь–человек–врач по мере изменения клинического статуса. Для страдающих стенокардией с 90-х гг. прошлого столетия существует два опросника — Профиль влияния болезни и Ноттингемский профиль здоровья. В 1994 г. были созданы Сиэтлский опросник при ишемической болезни сердца (Seattle Angina Questionnaire — SAQ), Профиль здоровья в кардиологии (Cardiac Health Profile — CHP), Опросник оценки качества жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of life Questionnaire — APQLQ) [29–32]. Сейчас наиболее известны Seattle Angina Questionnaire (SAQ) (1992) — у больных с ИБС [30], Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (1993) — у больных с ХЧН [31].

В пульмонологии используют инструмент Симптомы при астме — Asthma Symptom Checklist, ASC (1992) — у больных с бронхиальной астмой [33] и St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) (1992) — Опросник качества жизни при респираторных заболеваниях [34].

В ревматологии актуальны Шкала оценки влияния артрита — Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS, AIMS2, AIMS2-SF — 1980, 1990, 1997) [35, 36].

Большинство опросников переведены на все основные языки с соответствующей адаптацией к ним [37].

Актуальным является факт применения опросников КЖ для пациентов, страдающих онкологической патологией. Здесь выделяется несколько направлений: контроль симптомов, обусловленных как самим заболеванием, так и проводимым лечением, контроль за течением опухолей с плохим прогнозом, изучение роли паллиативной терапии, оценка прогноза выживаемости.

При кажущейся актуальности данных методик для оценки как жизни пациентов, так и качества оказываемой медицинской помощи, имеются и противники изучения КЖ, особенно создания опросников. D. T. Wade в своей известной книге «Measurement in neutrogical reabiltation» пишет, что, не имея четкого определения КЖ, невозможно его измерить. Он и его соавторы считают, что КЖ — понятие настолько индивидуальное, настолько зависит от уровня культуры, образования или других факторов, что его невозможно измерить или оценить, кроме того, помимо заболевания, на оценку КЖ влияет еще множество других факторов, не учитываемых при формировании опросников [38].

С другой стороны, эта концепция предлагает хорошо разработанную методологию, позволяющую получить достоверные общие данные о параметрах КЖ пациентов как в клинической практике, так и при клинических исследованиях.

### **Значение исследования качества жизни в здравоохранении**

Применение исследования КЖ в практике здравоохранения обширно [39, 40]:

- 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 заболевания;
- проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;
- разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины;
- обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценка эффективности профилактических программ;
- повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов;
- экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей, как цена–качество, стоимость–эффективность и других фармакоэкономических критериев.

Таким образом, широкое применение оценки КЖ дает органам здравоохранения инструмент для дополнительного анализа работы медицинских служб, а также для принятия решений о приоритетных направлениях финансирования.

**Исследование не финансировалось каким-либо источником, конфликт интересов отсутствует.**

### Литература/References

1. Macleod C. M. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1949; 205 p.
2. Elkinton J. R. Medicine and the quality of life. *Ann. intern. Med.* 1966; 64 (3): 711–714. <http://doi: 10.7326/0003-4819-64-3-711>.
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. М.: ОЛМА Медиа Групп; 2007; 320 с. Novik A.A., Ionova T.I., Shevchenko Yu.L. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guide to the study of quality of life in medicine]. 2-e izd. M.: Olma Media Grupp; 2007; 320 p.
4. George M. R., O'Dowd L. C., Martin I., Lindell K. O., Whitney F., Jones M., Ramondo T., Walsh L., Grissinger J., Hansen-Flaschen J., Panettieri R. A. Jr. A comprehensive educational program improves clinical outcome measures in inner-city patients with asthma. *Arch. intern. Med.* 1999; 159 (15): 1710–1716.
5. McSweeney A. J., Grant I., Heaton R. K., Adams K. M., Timms R. M. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch. intern. Med.* 1982 Mar; 142 (3): 473–478.
6. Wenger N. K., Mattson M. E., Furberg C. D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am. J. Cardiol.* 1984; 54 (7): 908–913.
7. Сурмач М. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины. Социология 2011; 2: 100–104. Surmach M. Yu. Quality of life related to health, as a subject of study of the sociology of medicine. *Sotsiologiya* 2011; 2: 100–104.
8. Ковынева О. А. Структура качества жизни и факторы его повышения. Экономика здравоохранения 2006; 8: 48–50. Kovyneva O. A. The structure of quality of life and the factors of its increase. *Ekonomika zdravookhraneniya* 2006; 8: 48–50.
9. Fairclough D. L. *Design and analysis of quality of life studies in clinical trials*. 2<sup>nd</sup> ed. Chapman & Hall/CRC; 2002; 424 p.
10. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*. 1996; 17 (4): 354–356.
11. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни как предмет научных исследований в пульмонологии. Терапевтический архив 2000; 72 (3): 36–41. Senkevich N. Yu. Quality of life is a subject of scientific research in pulmonology. *Terapevticheskij arhiv* 2000; 72 (3): 36–41.
12. Kind P., Williams A. Measuring success in health care – the time has come to do it properly. *Health Policy Matter* 2004; 9: 1–8.
13. Шевченко Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении. Вестник Межнационального центра исследования качества жизни 2003; 1–2: 3–21. Shevchenko Yu. L. Modern approaches to the study of quality of life in health care. *Vestnik Mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni* 2003; 1–2: 3–21.
14. Колесников М. А., Гурьева М. Э., Ахтымов И. Ф., Питулов А. Г., Еремин И. К. Динамика показателей качества жизни у пациентов, перенесших эндопротезирование коленного сустава. Практическая медицина 2013; 2–2 (68): 74–78. Kolesnikov M. A., Guryleva M. E., Akhtyamov I. Ph., Pitulov A. G., Eremin I. K. Dynamics of quality of life indicators in patients after knee joint replacement. *Practical medicine* 2013; 2–2 (68): 74–78.
15. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Current Opinion in Psychiatry* 1997; 5 (10): 337–345.
16. WHOQOL. *Measuring Quality of life*. Programme on mental health. Geneva: WHO; 1993; 13 p.
17. Hernández-Hermoso J. A. Total knee arthroplasty in extra-articular deformities. *European Instructional Lectures* 10. 2010: 145–157. [http://doi: 10.1007/978-3-642-11832-6\\_14](http://doi: 10.1007/978-3-642-11832-6_14).
18. Guideline for Good Clinical Practice. *ICN Harmonized Tripartite Guideline*. Geneva: WHO; 1996; 53 p.
19. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010; 480 с. Kuchma V. R. *Gigiena detej i podrostkov* [Hygiene of children and adolescents]. M.: GE'OTAR-Media; 2010; 480 p.
20. Ware J. E., Kosinski M. SF-36 Physical and mental health summary scales: a manual for users of version 1. *Quality Metric* 2001; 238 p.
21. Anderson R. T., Aaronson N. K., Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual. Life Res.* 1993; 2 (6): 369–395.
22. Murphy B., Herrman H., Hawthorne G., Pinzone T., Evert H. Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide. Melbourne: *Australian WHOQoL Field Study Centre*; 2000.
23. McKenna S. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996; 1255 p.

24. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., Gilson B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19 (8): 787–805.
25. Landgraf J.M., Abetz L.N. Functional status and well-being of children representing three cultural groups. Initial self-reports using CHQ-CF87. *Psychol. Health* 1997; 12: 839–854.
26. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиология* 1993; 5 (33): 66–72. Kots Ya.I., Libis R.A. Life quality in patients with cardiovascular diseases. *Kardiologiya* 1993; 5 (33): 66–72.
27. Либис Р.А. Оценка эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью с учетом динамики показателей качества жизни: Диссертация. Екатеринбург: ОрГМУ; 1994. Libis R.A. *Evaluation of the effectiveness of treatment of patients with chronic heart failure, taking into account the dynamics of indicators of quality of life*: Dissertation. Ekaterinburg: ORSMU; 1994.
28. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни больных с аритмиями. *Кардиология* 1998; 3: 49–51. Libis R.A., Prokof'ev A.B., Kots Ya.I. Evaluation of the quality of life of patients with arrhythmias. *Kardiologiya* 1998; 3: 49–51.
29. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Качественная клиническая практика 2002; 1: 53–57. Myasoedova N.A., Tkhostova E.B., Belousov Yu.B. Evaluation of the quality of life in various cardiovascular diseases. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* 2002; 1: 53–57.
30. Spertus J.A. et al. Development and evaluation of Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J. Amer. Coll. Cardiol.* 1995; 78: 333–341.
31. Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Failure*; 1987: 198–209.
32. Жолдасбекова А.С., Калматаева Ж.А. Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии. *Вестник КазНМУ* 2016; 3: 246–252. Zholdasbekova A.S., Kalmataeva Zh.A. Modern approaches to the study of the quality of life in medicine and cardiology. *Vestnik KazNMU* 2016; 3: 246–252.
33. Juniper E.F., Buist A.S., Cox F.M., Ferrie P.J., King D.R. Validation of a standardized version of the asthma quality of life questionnaire. *Chest* 1999; 115 (5): 1265–1270.
34. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. The St. George's respiratory questionnaire. *Respir Med.* 1991 Sep; 85 (B): 25–31.
35. Meenan R.F., Gertman P.M., Mason J.H. The arthritis impact measurement scales. *Arthritis and Rheumatism* 1992; 9 (25): 1048–1053.
36. Ren X.S., Kazis L., Meenan R.F. Short-form arthritis impact measurement scales 2 tests of reliability and validity among patients with osteoarthritis. *Arthritis Care Res.* 1999 Jun; 12 (3): 163–171.
37. Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Берников А.Н. Качество жизни — новая парадигма медицины. *Фарматека* 2005; 11: 15–16. Pushkar D.U., Dyakov V.V., Bernikov A.N. Quality of life is a new paradigm of medicine. *Farmateka* 2005; 11: 15–16.
38. Wade D.T. Measurement in neutrotical rehabilitation. Oxford: *Oxford University Press*; 1992; 408 p.
39. Гурылева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии. *Русский медицинский журнал* 2006; 10 (14): 761–763. Guryleva M.E., Zhuravleva M.V., Aleeva G.N. Criteria of quality of life in medicine and cardiology. *Russkii meditsinskii zhurnal* 2006; 10 (14): 761–763.
40. Мелёхин А.И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы. Современная зарубежная психология 2016; 1 (5): 53–63. Melehin A.I. Quality of life in elderly age: areas of concern. *Sovremennaya zarubezhnaya psichologiya* 2016; 1 (5): 53–63. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2016050107>.

Поступила в редакцию 26.06.2018

После доработки 25.09.2018

Принята к публикации 25.09.2018

**Контактная информация:**

Татьяна Евгеньевна Потёмина

e-mail: [tat\\_potemina@mail.ru](mailto:tat_potemina@mail.ru)

Для цитирования: Потёмина Т.Е., Кузнецова С.В., Перешеин А.В., Самойлова О.Ю., Янушанец О.И.

Качество жизни в здравоохранении: критерии, цели, перспективы. *Российский остеопатический журнал* 2018; 3–4 (42–43): 98–106.

For citation: Potemina T.E., Kuznetsova S.V., Pereshein A.V., Samoilova O.Yu., Yanushanets O.I. Quality of life in healthcare services: criteria, goals, prospects. *Russian osteopathic journal* 2018; 3–4 (42–43): 98–106. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2018-3-4-98-106>