

Качество жизни,  
связанное со здоровьем

Реакция личности на  
болезнь

# Здоровье (ВОЗ)

- Состояние полного физического, психического, социального, сексуального благополучия, способность приспособливаться к меняющимся условиям внешней и внутренней среды, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.




# Качество жизни

- индивидуальная оценка своего положения в жизни общества (в контексте культуры и системы ценностей этого общества), соотношение этого положения со своими целями, планами, возможностями и состоянием общества.

Другими словами, качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

# Структура качества жизни базируется на трех основных компонентах:

- условия жизни, т. е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.);
- образ жизни, т. е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (досуг, духовность и др.);
- удовлетворенность условиями и образом жизни.

- 
- У нас в стране под качеством жизни, связанным со здоровьем, подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

- Эксперты Межнародного центра исследования качества жизни рассматривают качество жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии.

# Институт МАРИ (международная некоммерческая организация по изучению качества жизни)

Три основных признака:

- Многомерность. Качество жизни включает в себя информацию обо всех основных сферах жизнедеятельности человека. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает как не ассоциированные с заболеванием, так и ассоциированные с заболеванием компоненты, позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.
- Изменяемость во времени. Качество жизни меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.
- Участие больного в оценке его состояния. Эта составляющая качества жизни является особенно важной. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни.


# Критериями качества жизни являются:

- 1. Физическая активность (ФА). Респондент дает субъективную оценку объема своей физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья, в настоящее время. Здесь выявляется прямая корреляционная связь: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению пациента, он может выполнить.
- 2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ). Респондента просят дать оценку степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 нед. В данном случае выявляется обратная корреляционная связь: чем выше показатель, тем меньше, по мнению пациента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.
- 3. Боль (Б). Пациент характеризует роль своих болевых ощущений в ограничении повседневной деятельности за последние 4 нед. Наблюдается обратная зависимость: чем выше показатель, тем меньше болевые ощущения, вмешивающиеся в повседневную деятельность.



- 4. Общее здоровье (ОЗ). Респондент дает субъективную оценку общего состояния своего здоровья в настоящее время. Устанавливается прямая корреляционная связь: чем выше показатель, тем выше оценивает больной свое здоровье в целом.
- 5. Жизнеспособность (ЖС). Больной дает оценку своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и пр.) за последние 4 нед. Здесь выявляется прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т. е. больше времени за последние 4 нед он ощущал себя бодрым, полным сил.
- 6. Социальная активность (СА). Пациент дает субъективную оценку уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и т. д. за последние 4 нед. Наблюдается прямая связь: чем выше показатель, тем выше больной оценивает уровень своих социальных связей.
- 7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ). Дается оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 нед. Выявляется наличие обратной связи: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.
- 8. Психическое здоровье (ПЗ). Респондент оценивает свое настроение (счастье, спокойствие, умиротворение и пр.) за последние 4 нед. Отмечается наличие прямой корреляционной связи: чем выше показатель, тем лучше настроение было у больного, т. е. за последние 4 нед он больше времени чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

- Специальные опросники применяются для оценки качества жизни у больных тем или иным заболеванием, эффективности лечения, оценки того или иного симптома. Они позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (обычно за 2—4 нед). Специальные опросники применяются для оценки эффективности конкретного метода ведения данного заболевания, и именно их используют при клинических испытаниях фармакологических препаратов.

- 
- Состояние здоровья влияет на качество жизни. Чем ниже уровень здоровья, тем хуже качество жизни.
  - Задача медицины и психологии - улучшить качество жизни при любых соматических и психических заболеваниях.
  - Исходя из особенностей личности существуют разные реакции на болезнь

# Фобическая реакция

тревога и страхи с переоценкой тяжести заболевания. Так, пациент, вовремя не обращается за помощью к врачу из опасения серьезного диагноза или напротив, по любому поводу вызывает «скорую», боится лечь в стационар, страшится обследований и возможных болей при лечении, теряется при виде незнакомой медицинской аппаратуры, волнуется после разговоров о болезнях. Опасается осложнений, не принимает лекарства либо устанавливает «безопасные» их дозы. Нередко наблюдаются страхи самых безобидных инъекций, других лечебных процедур, а иногда, как случается у детей, тревогу вызывает один только вид белых халатов. Часто выявляется страх повторения болезни, ее затягивания, тяжелых последствий, опасения инвалидизации. Легко формируется зависимость от врача, который рискует превратиться в глазах пациента в нечто вроде транквилизатора.

# Сенситивная реакция

чувство стыда, связанное с болезнью. Пациент ощущает свою неполноценность, моральную несостоятельность, греховность, если считает болезнь постыдной и осуждаемой. Не решается сообщать о ней, медлит с обращением за помощью, скрывает ее проявления. Как правило, испытывает сенситивные идеи отношения: подозревает, что окружающие знают о его болезни, презирают его, говорят о нем, распускают слухи. В связи с этим замыкается, избегает контактов, пытается справиться с ней самостоятельно или лечиться в приватном порядке. Очень болезненно воспринимает замечания в свой адрес, держится скованно и напряженно, склонен к депрессии и импульсивным реакциям.

# Депрессивная реакция

переживание чувства вины из-за болезни. Подавленное настроение сочетается с самообвинениями в нарушениях лечебного режима, в отклонениях от здорового распорядка жизни, в легкомыслии и безответственности, а иногда и с мазохистическими тенденциями («так тебе и надо...», «доигрался, вот и получил, поделом тебе»). Болезнь может восприниматься как заслуженная кара свыше, как возмездие и справедливое наказание. Аутоагрессивные тенденции могут стать серьезным препятствием к своевременному и полноценному лечению, побуждая пациента отклонить предлагаемую помощь, не выполнять необходимых рекомендаций, хотя пациент вроде бы осознает неправильность подобного поведения. Нередко чувство вины возникает перед близкими людьми («эгоист, я не думал о других, только о себе беспокоился... как теперь детям смотреть в глаза буду»). Замечая нездоровье детей, пациенты винят себя в передаче «плохой» наследственности. Отказываются от ухода за собой, не желая быть бременем для окружающих. Считают, что врач уделяет им слишком много внимания. Если не наступает быстрого выздоровления, винят в этом себя и могут скрывать проявления болезни («сколько будут возиться со мной, пора и честь знать»). Не выкупают дорогостоящих медикаментов, нарушают режим питания, если думают, что ущемляют достаток других, торопятся с выпиской на работу, предполагая, что там их поведение могут расценить как симулятивное («другим намного хуже, но они работают»). Депрессивная реакция на болезнь встречается у гипотимных личностей, нередко свидетельствует о депрессивных сдвигах настроения. Часто наблюдается на выходе из психотического приступа и указывает в этом случае на депрессивный его шлейф.

# Ипохондрическая реакция

погружение в болезнь. Последняя становится центром внимания и интересов пациента. Он не может либо даже не пытается отвлечься от мыслей о болезни, все прочие аспекты жизни смещаются на периферию сознания или полностью вытесняются. В разговоре «вязнет» на теме болезни, задает множество вопросов, пытаюсь доискаться до ее первоисточков. Отмечается склонность к фармакофилии, иногда, напротив, привередливость в выборе средств лечения. Часто настороженно относится к врачам, особенно если они не разделяют ипохондрических интерпретаций. Повторение ипохондрических реакций и их фиксация может вести к ипохондрическому развитию личности.

# Истерическая или нозофильная реакция

бегство в болезнь, которая становится средством преодоления психологических проблем и манипулирования окружающими. Это потребность в заботе, внимании, опеке, желание удивить, вызвать панику чем-то из ряда вон выходящим, удержать жену или мужа, возбудить чувство вины и др. Эта реакция может быть также выражением природной склонности к мистификации, лишенному мотивов корысти надувательству. Достаточно часто истерическая реакция на болезнь связана с асоциальными, паразитическими установками. Это проявляется, в частности, симуляцией — имитацией болезни с целью избежать ответственности или получить незаслуженное вознаграждение; метасимуляцией — намеренным сохранением симптомов болезни после того, как она миновала; аггравацией — умышленным преувеличением проявлений болезни; сюрсимуляцией — сознательным изображением мнимой болезни при наличии другой, реальной, но обычно скрываемой. Пациенты с истерической реакцией на болезнь часто неискренни, склонны к сочинительству, постоянно меняют жалобы, порой заимствуя новые из опыта других больных, крайне неохотно расстаются с больничной койкой и ролью пациента, в которой чувствуют себя более комфортно, нежели в качестве здорового человека. Демонстративно стремятся убедить окружающих и врача в факте серьезной болезни, обижаются на них, когда они не склонны в это верить, типичны «обострение» болезни перед выпиской, миграция от врача к врачу или детская привязанность к тем из них, от кого исходит «понимание» и родительское отношение. Иногда ревнуют врача к больным, которым он уделяет больше внимания.



# Дисфорическая реакция

раздражительность, озлобленность, со склонностью винить окружающих в своей болезни, мстить им за это. Пациенты добиваются наказания виновных, например, подают в суд на учреждение или предприятие, где они «потеряли» здоровье. Более всего их волнует не сам факт болезни, а возможность восстановить «справедливость» — тут можно говорить также о сутяжно-паранойяльной реакции, иногда весьма длительной и переходящей в развитие. Объектом сутяжничества может быть сам врач, если он «неправильно» лечил и тем более «специально» все делал во вред пациенту. Озлобление прорывается и в таких действиях, как спаивание неопытных людей, провоцирование пациентов с зависимостью, намеренное распространение инфекции, например, туберкулезной и венерической, злорадство при виде страданий других людей и «ненависть» по отношению к здоровым. В отделении больные придирчивы, постоянно чем-то недовольны, часто вступают в конфликты, бывают грубы, заносчивы, требуют внимания к себе, легко переходят к ультиматумам и угрозам. Под маской агрессии нередко скрывается страх, чувство беспомощности и растерянности, но это не всегда ясно осознается самими пациентами и понимается окружающими.

# Эйфорически-анозогностическая реакция

непонимание факта болезни или недооценка ее тяжести в сочетании с благодушием, необоснованным оптимизмом и наплевательским отношением к вопросам лечения. Наблюдается большей частью у пациентов с органическими повреждениями головного мозга, при алкоголизме и токсикомании, иногда при эпилепсии.

# Суицидальная реакция

мысли и действия в направлении самоубийства, мотивация которого связана с переживанием и осознанием болезни. Возможна у разных пациентов и в рамках различных реакций на болезнь: депрессивной, ипохондрической, истерической, сенситивной. Иногда бывает обусловлена жестокими, невыносимыми болями, страхом перед умиранием при неизлечимых заболеваниях, ужасом, охватывающим человека, осознавшего факт психического заболевания, мучительным стыдом из-за «позорной» болезни, дискредитирующей пациента. Может быть также следствием психического шока, наступающего после прямолинейного объявления врачом диагноза безнадежной болезни, порою диагноза, который, как потом выясняется, оказался неподтвержденным.

# Регрессивная реакция

снижение уровня мотивации и поведения, наступающего в связи с осознанием болезни. Это например, покорность, отказ от активности в роли пациента, нацеленность на инвалидность, склонность к праздности, пьянству, вымогательству и попрошайству, инфантильная зависимость от врача, лекарств и многое другое, отчасти упомянутое в других формах реакции на болезнь. У психиатрических пациентов иногда появляется ощущение вседозволенности и свободы от моральных ограничений: «Я дурак, теперь мне все можно, ни за что отвечать не буду».

# Утилитарная реакция

в противоположность регрессии это прогрессия, повышение уровня мотивации и поведения, обусловленное сознанием болезни и приближением роковой черты. Пациенты отказываются от лечения, если не верят в его эффективность или не желают тратить на него быстро тающий остаток жизни. Всю свою энергию целиком посвящают делам, с которыми связывают цель своего существования, желая умереть с чистой совестью и сознанием своего человеческого достоинства. История хранит память о многих таких людях, умерших за последней недописанной книгой, картиной, иконой, во время научного опыта или постройки храма. Еще больше безвестных, скромных, но великих в своей человечности людей, столь же достойно завершивших свою жизнь.

# Эргопатическая реакция

сокрытие, диссимуляция болезни, если она препятствует профессиональной деятельности. Особенно часто встречается у пилотов, машинистов, водителей и вообще там, где доступ к работе регламентируется очень жестко. Диссимуляция нередко наблюдается у пациентов, настойчиво стремящихся к выписке по болезненным мотивам, например, у депрессивных больных, склонных к самоубийству, у больных с бредом ревности, у желающих избавиться от психиатрического диагноза и в ряде других случаев.


# Реакция отчуждения

отстраненное переживание перенесенной болезни как случившегося не на самом деле, происшедшего «во сне», «в воображении», «не со мной». Это «какой-то бред, я стараюсь поскорее о нем забыть, вспоминать это неприятно». «Кажется, это было очень давно и никогда не повторится». «Не верю, что такое вообще бывает, это что-то нереальное».

# Адекватная (гармоничная) реакция

способность пациента, признавая факт болезни и правильно оценивая тяжесть своего состояния, мобилизоваться на борьбу с ней. Характеристика: доверительные отношения с медицинским персоналом, сотрудничество, выполняет все назначения, принимает помощь близких, быстро адаптируется к новым условиям, адекватно относится к неизбежному.





Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о  
голове, или лечить голову, не думая о всем  
организме, так нельзя лечить тело, не леча душу.

Сократ