

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2023-3-596-616

КОНЦЕПЦИЯ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ

Н.И. Боровская, Е.А. Корчуганова

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, консолидировало мнение научного медицинского сообщества относительно актуальности и перспективности новой парадигмы в развитии здравоохранения. Возможность получения альтернативной информации о состоянии пациентов в период лечения и совершенствование методов ее анализа позволили повысить качество медицинской помощи и научиться управлять лечебным процессом. Значение качества жизни в медицинском контексте имеет прочную историческую основу, однако долгое время незаслуженно игнорировалось на уровне национальных систем здравоохранения.

Целью статьи является изучение подходов к измерению качества жизни в медицинской деятельности по данным научной литературы.

Материалы и методы. С использованием аналитического и монографического методов была систематизирована и изучена информация из отечественных и зарубежных литературных источников. Признание научного направления о качестве жизни частью фундаментальной медицины происходило неоднозначно и неравномерно. Выводы древнегреческих философов, а также индийских, китайских и европейских врачей заключались в необходимости всестороннего изучения человека. Врачи эпохи Средневековья уделяли огромное значение причинам заболеваний и оценивали состояние здоровья человека в зависимости от баланса окружающих факторов и образа жизни больных. Лучшие практики и знания восточных и европейских врачей стали распространяться через систему медицинского образования и научного обмена. Появились труды русских ученых, затрагивающих область изучения жизни человека в период болезни. Научные публикации американских ученых, посвященные практическому применению показателей качества жизни в медицине, а также появление термина «здоровье», предложенного Всемирной организации здравоохранения позволили поднять уровень обсуждения этого вопроса в медицинском сообществе.

Результаты работы подтвердили высокую степень актуальности изучаемой проблемы и ее потенциальное доминирование в повестке развития мирового здравоохранения. Подтверждением этого является устойчивый запрос общества на длительную и полноценную жизнь, а также поиск новых методов управления факторами, способными воздействовать на эффективность лечебного процесса. Авторами установлено, что научное направление о качестве жизни активно развивается как полноценная система теоретических знаний, а положительная динамика публикаций и обсуждений в этом направлении формирует долгосрочный тренд ее практического применения.

Выводы. На основании изученных литературных источников авторы пришли к выводу о сложившемся едином подходе к определению качества жизни, связанного со здоровьем, как психоэмоционального состояния человека в период лечения и после него. Несмотря на значительный рост публикаций и активное практическое внедрение инструментов измерения

качества жизни в клиническую практику, вопросы методологического и организационного обеспечения деятельности медицинских организаций для повышения качества жизни больных при организации оказания медицинской помощи в научной литературе не освещены.

Ключевые слова: качество жизни, здоровье, неизлечимые болезни, онкология, опрос, организация здравоохранения, биохакинг

THE CONCEPT OF STUDYING THE QUALITY OF LIFE IN MEDICAL SCIENCE

N.I. Borovskaya, E.A. Korchuganova

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education "Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov", Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

The study of health-related quality of life has consolidated the opinion of the scientific medical community regarding the relevance and prospects of a new paradigm in the development of health care. The possibility of obtaining alternative information about the state of patients during treatment and improving the methods of its analysis allowed to improve the quality of medical care and to learn how to manage the treatment process. The importance of quality of life in the medical context has a strong historical basis, but undeservedly ignored at the level of national health care systems for a long time.

The purpose of the article is to study approaches to measuring the quality of life in medical practice according to scientific literature. The information from domestic and foreign literature sources was systematized and studied by using analytical and monographic methods. The recognition of the scientific direction on the quality of life as part of fundamental medicine occurred ambiguously and unevenly. The conclusions of ancient Greek philosophers, as well as Indian, Chinese and European healers were that a comprehensive study of the human being was necessary. Medieval physicians placed great importance on the causes of disease and evaluated human health according to the balance of environmental factors and the lifestyle of patients. The best practices and knowledge of Eastern and European doctors began to spread through the system of medical education and scientific exchange. The works of Russian scientists touching on the field of study of human life in the period of illness appeared. Scientific publications of American scientists devoted to the practical application of quality-of-life indicators in medicine, as well as the appearance of the term "health" proposed by the World Health Organization, allowed to raise the level of discussion of this issue in the medical community. The results of the work confirmed the high degree of relevance of the problem under study and its potential dominance in the development agenda of world health care. This is confirmed by the steady demand of society for a long and full life, as well as the search for new methods of management of the factors that can affect the effectiveness of the treatment process. The authors found that the scientific direction of the quality of life is actively developing as a full-fledged system of theoretical knowledge, and the positive dynamics of publications and discussions in this direction is forming a long-term trend of its practical application. Based on the studied literature sources, the authors came to a conclusion about the established unified approach to the definition of health-related quality of life as a psycho-emotional state of a person during and after treatment. Despite a significant increase in publications and active practical implementation of quality-of-life measurement tools into clinical practice, the issues of methodological and organizational support for the activities of medical organizations to improve patients' quality of life in the organization of medical care are not covered in the scientific literature.

Keywords: quality of life, health, incurable diseases, oncology, survey, healthcare organization, biohacking

Ведение. Понятие «качество жизни», как оценка общего состояния человека на основе комплексного междисциплинарного анализа его жизнедеятельности в определенном периоде, в последние десятилетия заняло устойчивое место в медицинской терминологии и научных публикациях в сфере здравоохранения. Понимание важности, ценности и перспективности изучения этого направления в медицине сформировалось на основе доказанных выводов о влиянии общего психоэмоционального состояния больного на процесс лечения, полученных в ходе длительных многолетних наблюдений, проведенных в разных странах мира начиная с середины XX века по настоящее время. Как свидетельствуют результаты исследований, подтвержденных клинической практикой, жизнь в период лечения на фоне действия временных или постоянных ограничений социально-физического характера, вызванных заболеванием, формируют уникальную индивидуальную реакцию человека, управление которой может оказать значительное влияние на эффективность лечения.

Сравнительно недостаточная степень изученности и разнообразные подходы к измерению качества жизни, оценке этого показателя в контексте медицинской деятельности обосновываются исторической рассинхронизацией развития медицинской науки с достижениями в сфере социологии, психологии и экономики. Внимание этому направлению как полноценному научному исследованию уделяли отдельные клиницисты задолго до его всемирного признания, однако фундаментальная наука заинтересовалась поиском методов неклинической оценки состояния пациентов в начале 90-х годов XX века.

Цель: изучить подходы к измерению качества жизни в медицинской деятельности по данным научной литературы.

Материалы и методы: контент-анализ научной литературы, в том числе, статей, опубликованных в журналах, входящих в перечень рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, посвященных изучению концепции качества жизни; аналитический и монографический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Актуальность исследований и практических рекомендаций по направлению «качество жизни» в настоящее время необычайно высока и обоснована, с одной стороны, потребностью общества в длительной и полноценной жизни, а с другой стороны - необходимостью поиска новых управляемых процессов в организации

медицинской помощи, влияющих на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у больных, жизнедеятельность которых длительно ограничена.

Концепция качества жизни, как и концепция реабилитации, возникла, главным образом, из признания ограниченных возможностей чисто биологических подходов к проблеме здоровья и болезни, из необходимости биопсихосоциального обоснования разнонаправленных усилий медицинского сообщества (включающего клинических психологов и социальных работников) для реальной помощи больному как личности, а не только как «носителю заболевания» [1]. Понимание этих вопросов позволяло получить дополнительные возможности регулирования социально-экономических процессов в сложнейшие периоды развития общества, сопровождавшихся большой смертностью и потерей численности населения как в результате болезней, так и вооруженных конфликтов.

Литературные источники и труды ученых позволяют определить сравнительно большую историческую основу института «качества жизни», чем принято считать в экспертном медицинском сообществе. Тем не менее, официально термин «качество жизни» появился в медицинском словаре только в 1977 году (публикация рубрики в Cumulated Index Medicus), и в этом же году вышла первая научная статья в журнале Science, описывающая сложную структуру понятия качества жизни применительно к медицине и основанную на достижениях биопсихологии и социологии [2, 3].

Основы управления психоэмоциональным и физическим состоянием человека для улучшения его настроения или для достижения результатов лечения описывались еще древнегреческими философами и мыслителями Аристотелем и Сократом. Так, Аристотель в своем труде «Никомахова этика», рассуждая о значении «счастья» для людей в разных жизненных ситуациях, формулирует представление о счастье с медицинским подтекстом: «... заболев, люди видят счастье в здоровье». Такой же смысл приобретает и рассуждение Аристотеля о значении благ: «...если речь идет о болезни – благо определяется врачеванием...» [4].

Исследование основ зарождения медицины и врачевания в Древней Индии, в частности направления «Аюрведа», происхождение которого и в настоящее время является предметом научных споров, также указывает на то, что целители обращали внимание и придавали значение факторам, определяющим «качество жизни» больных. Здоровье и болезнь предстают как сложные многофакторные явления, связанные не только с физиологией и экологией, но и с моральным состоянием индивида и вселенной в целом [5].

Основы китайской медицины закладывались на протяжении многих веков, отражая развитие религии и философии, культуры и искусства с центром вокруг физически развитого, умного и здорового человека. Здоровье воспринималось как равновесие Инь и Ян

и пяти стихий, а болезнь – как нарушение их правильного взаимодействия. Многообразие заболеваний объяснялось широтой взаимодействия организма с окружающим миром, природой и особенностями самого организма. Длительное пребывание человека в одном из эмоциональных состояний (гнев, радость, печаль, размышление, огорчение, боязнь и страх) нарушает здоровье или ведет к болезни [6].

Влиянием церкви и монархических принципов государственного управления объясняется широкое распространение религиозного подхода в организации здравоохранения в период средневековья (V-XV века) в Европе. Медицинская помощь в первых больницах сводилась к изоляции и уходу. Несмотря на многочисленные противоречия в понимании важности и необходимости внимания к жизни больных и поиска лучших методов ухода за ними в период заболевания на фоне массовой бедности, природных бедствий и регулярных вооруженных конфликтов, первые церковные госпитали (приходы) стали основой для формирования европейской системы знаний о процессе лечения на основе концепции качества жизни. Методы лечения заразных и душевнобольных представляли собой своеобразную психотерапию: внушение надежды на спасение, уверения в поддержке небесных сил, дополненные доброжелательностью персонала [7].

Рассуждая о сложности человеческого организма и его возможностях, легендарный восточный врачеватель Авиценна представлял медицину как науку, познающую физическую природу человека, изучающую изменения состояния здоровья, практикующую режимы поддержания здоровья и способы восстановления здоровья в случае его утраты [8]. И именно учение Авиценны было основано на системном управлении образом жизни, в основе которого было понимание необходимости уметь слушать себя или «звон» собственного организма для восстановления равновесия, которое обеспечивало восстановление или излечение. В тоже время врачеватель не настаивал на идеальном равновесии, а призывал работать в рамках некоего пограничного состояния между линиями здоровья и болезни с корректировкой процесса выздоровления в благоприятную сторону с помощью самого больного.

Именно идеи восточного ученого стали основой для появления нового перспективного направления медицинской науки, непосредственно нацеленной на кардинальное изменение качества жизни – биохакинга, основанного на коррекции генетических особенностей, позволяющих человеку точно управлять биохимией и вместе с тем эффективно влиять на свое здоровье, предотвращать серьезные болезни и недомогания. Подробно эта идея рассматривалась как самостоятельное направление в научной школе выдающегося советского организатора здравоохранения и историка медицины, доктора медицинских наук, члена-корреспондента академии медицинских наук СССР, Б.Д. Петрова

(1904-1990 гг.). В своих историко-медицинских работах Б.Д. Петров поднимает профилактические идеи Авиценны на небывалую для исторического опыта высоту, убедительно показывая их непреходящее значение для современной теории медицины [9].

В настоящее время инновационным подходом к планированию здоровья человека является биохакинг, который основан на последних достижениях медицины и смежных наук. Его целью является существенное улучшение, либо коррекция качества жизни с использованием высокотехнологичных медицинских методов воздействия [10].

Авиценна определил главное необходимое условие управления процессами лечения как максимальное соблюдение баланса «человек-среда», что намного позже, в начале XX века, будут считать началом зарождения концепции качества жизни в здравоохранении. Признание трудов Авиценны и развитие его учения сгладили подходы к научному обоснованию и практическому внедрению методов профессионального наблюдения за больными и получения информации от них же об удовлетворенности процессом лечения, настроен на его продолжение либо внесений изменений в него с учетом понимания всех аспектов сложности и сроков заболевания.

Развитие медицины и медицинской промышленности в последующие периоды истории способствовали достижению высоких результатов в области диагностики и фармацевтики. Лечение многих заболеваний было стандартизировано в форме последовательности конкретных действий по приему препаратов в определенном временном периоде и диагностических процедур для подтверждения эффективности процесса. Однако все более актуальной повесткой в научном сообществе становилось обсуждение общего состояния пациентов во время лечения вне клиники и перспектив возвращения к нормальной жизни, либо поиск максимально эффективных методик смягчения негативных последствий для социализации в случае отсутствия результатов лечения, либо прогнозирования невозможности исцеления. Все больше укреплялось мнение о том, что полноценная социальная жизнь и выполнение своих функций в условиях вынужденных ограничений при поддержке и сопровождении лечащего врача формируют потенциал сопротивления болезни на психологическом и физическом уровнях, что существенно повышает эффективность самого лечения. Фактически процесс выздоровления или сопротивления становится управляемым, так как основывается на двусторонней обратной связи между врачом и пациентом. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых создали основу для выделения в отдельное направление медицинской науки исследования качества жизни, связанного со здоровьем.

Определение «качество жизни» в настоящее время, как и на протяжении всего периода своего использования в научно-клинической практике, является свободным для дискуссий и

предложений, однако в большинстве случаев при упоминании этого показателя сохраняется его единый смысл – оценка состояния пациента и его способности продолжать свою обычную жизнедеятельность (адаптироваться) в период лечения с учетом временных или постоянных ограничений, влияющих на его социальную роль.

Научно-просветительская деятельность древних философов и врачей не потеряли своей актуальности со временем и стали предметом переосмысления в современном научном сообществе как «дополнительной терапии» вне территории медицинского учреждения. Фактор индивидуальности в оценке объективного состояния пациента на фоне стандартизированной терапии стал определяющим, появилась необходимость его определения (измерения) для улучшения процесса лечения.

Справедливо отметить роль С.П. Боткина, выдающегося врача и общественного деятеля, одного из основоположников физиологического направления научной клинической медицины в формировании современных подходов к изучению качества жизни. Ученый один из первых открыл психосматику болезней и доказал взаимосвязь между душевным и телесным состоянием человека. И именно ему принадлежит афоризм: «Надо лечить не болезнь, а больного». Смысл этого выражения долго воспринимался как философское послание, с элементами критики и равнодушия. Однако истинное значение этой формулы заключалось в понимании необходимости такого взаимодействия врача и больного, которое бы позволило первому получить, а второму передать максимально полную информацию, использование которой могло повлиять на эффективность лечения. По мнению С.П. Боткина, любой патологический процесс возникает под влиянием воздействия внешних условий. Болезнь определяется индивидуальными свойствами организма. Нельзя говорить о клинической картине болезни вообще, вне связи с больным [11].

Наиболее ранние исследования качества жизни больных для определения их объективного статуса в современном периоде относятся к 30 годам XX века (опубликованы в 1937 г.) и проводились в США. С использованием профессионального медицинского оборудования наблюдалось и оценивалось функциональное состояние, а также способность переносить определенные нагрузки представителей больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. К этому периоду относится и появление первых функциональных шкал и таблиц, которые стали основными инструментами измерения показателей индивидуального профиля больных в условиях лечения, либо в период жизни с неизлечимыми болезнями [12].

В 1939 году Американская кардиологическая ассоциация опубликовала первые рекомендации и критерии оценки функционального состояния пациентов, в которых предлагалась классификация результатов в форме отнесения больных к той или иной группе

[13]. А в 1943 году на основе этих предложений публикуются рекомендации для ревматологов и гастроэнтерологов [12].

В 1947 году американский онколог Дэвид Карновский (1914-1969 гг.) впервые предложил использовать метод классификации пациентов одновременно по нескольким признакам для более качественной оценки препаратов для химиотерапии. В своей совместной работе с Джозефом Бурченалом (1912-2006 гг.) он доказал важность учета таких показателей, как улучшение настроения, тревожность, боль, слабость, одышка, повышение аппетита и улучшение физической и эмоциональной активности в суммарной оценке состояния пациента в период лечения онкологических заболеваний. Именно Д. Карновский считается идеологом разработки универсальной шкалы (шкала Карновского), позволяющей врачам более эффективно оценивать состояние пациентов, получающих химиотерапию [14].

В 1948 году вступил в силу Устав Всемирной Организации Здравоохранения, в Преамбуле которого приведено определение термина «здоровье» как состояния полного физического, душевного и социального благополучия человека, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [15]. В научном сообществе принято считать именно эту дату началом официального признания научно-исследовательской деятельности в сфере оценки и измерения качества жизни для целей здравоохранения и социально-экономического развития. Роль и значение психоэмоциональных факторов, социально-бытовых и даже экологических условий были закреплены на международном уровне лечебных протоколов и рекомендаций с целью повышения эффективности и гуманности национальных систем здравоохранения на фоне роста населения планеты. До середины XX века внимание к качеству жизни не получило должного признания и приобрело свой официальный статус во многом благодаря популяризации этого направления в американской клинической практике.

В 1950-е гг. в развитых странах Запада некоторые представители медицинской общественности увидели пользу от прикладного применения антропологии в преодолении «культурных барьеров», возникающих между санитарно-медицинскими работниками и местным населением в рамках осуществления профилактических мероприятий. По мнению Д.В. Михеля, экспертные решения, предлагаемые антропологами, позволяют пересмотреть целый ряд острых вопросов медицинской практики и наметить новые подходы к охране общественного здоровья [16]. Опыт борьбы с эпидемиями позволил получить и изучить значительно большие массивы информации о состоянии людей в период заболеваний и значительно продвинуться в методологическом обеспечении оценки и измерения качества жизни. Врачи столкнулись с необходимостью понимания и учета культурных, лингвистических, социально-экономических и географических факторов окружающей

человека среды. Медицинская антропология сконцентрировалась на решении трех задач по определению качества жизни:

- 1) осмысления роли медицинского персонала и пациентов;
- 2) изменения поведения тех и других с целью лучшего контроля болезни;
- 3) предсказания направления и степени культурных изменений [17].

Таким образом, развитие медицины, психологии, социологии, антропологии и экономики стали определяющими факторами появления принципиально нового подхода к охране здоровья постоянно увеличивающегося населения планеты.

Эволюция моделей здравоохранения в мире происходила одновременно с достижениями научно-технологических отраслей мировой экономики, что оказывало непосредственное влияние на медицинскую деятельность и повышало запросы общества к качеству медицинских услуг. Однако скорость изменений была не достаточной ввиду внутреннего сопротивления на уровне национальных организаций здравоохранения, требующих более масштабных исследований в новой области. До 40-50 годов XX века в медицинской науке преобладало понимание важности контроля внутренних факторов, непосредственно связанных с организмом пациентов. Эффективность лечения определялось в целом клиническими показателями объективного статуса организма (измеряются лабораторным путем), но не принималось во внимание значение внешнего воздействия на пациента факторов окружающей его социально-бытовой, психолого-физической, экологической и даже информационной среды. Американские экономисты и социологи середины XX века, оперируя показателями качества жизни, нередко использовали их в качестве оценок уровня жизни либо жизненного благополучия, однако непосредственно медицинское значение этот показатель начал приобретать в 70-е годы. При этом, ведущую роль в ориентации качества жизни на медицинскую практику оказали психологи, доказавшие прямую связь психологического состояния пациентов с их самочувствием, в том числе в рамках системных исследований по психосоматике. В 1977 г. Джордж Л. Энгел (George L. Engel) в журнале *Science* предлагает биопсихосоциальную модель заболеваний, делая попытку гармоничного объединения сложных областей функционирования человека как живой системы в рамках медицинского знания [3].

Развитие психологии и практическое сближение ее с клинической медициной позволило адаптировать приемы и методы получения информации от пациентов для определения их внутреннего состояния и получения отзывов об удовлетворенности лечением. С ростом грамотности больных и развитием гуманистических идей потребовалось учитывать и мнение пациента. В результате получили развитие отношения, основанные на сотрудничестве и партнерстве. Это привело к договоренности врача и пациента

действовать совместными усилиями для борьбы с болезнью, что в итоге положительно повлияло на уровень удовлетворенности от оказываемого лечения [18].

Для более четкого выделения научных исследований о качестве жизни в медицинской науке был определен показатель «качество жизни, связанное со здоровьем». Предшествовали появлению этого показателя многочисленные дискуссии о необходимости разделения многочисленных смыслов и определений качества жизни. В 1966 году выходит программная статья с упоминанием термина в заголовке «Медицина и качество жизни», в которой Дж. Р. Элкингтон предлагает рассматривать качество жизни пациента не отдельно, а в комплексном подходе с оценкой качества жизни общества в целом. Видный ученый и публицист убежден в необходимости поиска гармонии между всеми членами общества для формирования качества жизни индивидов. Статья стимулировала формализацию понятия качества жизни и согласование его выделения из других гуманитарных наук как самостоятельное направление исследований в сфере медицины [19].

Несмотря на множество разнообразных мнений и информации о проведенных исследованиях, считается, что официально показатель качества жизни введен в научную медицинскую терминологию в 1977 году, когда появилась соответствующая рубрика в Cumulated Index Medicus – американском правительственном издании по медицине [2].

Многочисленные научные исследования в США и Великобритании, посвященные поиску путей измерения и оценке качества жизни больных и определения степени влияния этого показателя на эффективность процесса лечения традиционными методами сформировали основу для появления интереса к этому вопросу со стороны международных и национальных организаций здравоохранения и ученых из других стран. Всемирная организация здравоохранения отреагировала на рост интереса к исследованию качества жизни созданием собственных рекомендаций и опросников [20].

Концепция социальной обусловленности здоровья положила начало развитию новой парадигмы клинической медицины – концепции качества жизни, вступившей в свои права в конце 1990-х гг. [21].

В отечественных источниках содержится значительно меньше данных по этой проблеме в научном и клиническом применении. С 1990 года количество публикаций по этой теме увеличивается в мире на 30-40% ежегодно и большинство из них относится к онкологическому направлению [22]. Это подтверждает интерес к изучению качества жизни и растущей актуальности для клинической медицины. Качество жизни стало признаваться как комплексный показатель оценки социально-психологического и физического состояния пациента в моменте и в динамике. Такой подход позволил клиницистам не только оценивать эффект от применения лекарственных препаратов и тактики консервативного лечения, но и

наблюдать за долгосрочностью этого эффекта. Это принципиально поменяло все существовавшие алгоритмы взаимодействия врачей и пациентов. Интеграция физиологических показателей с психоэмоциональными потребовала разработки совершенно новых методов сбора и анализа информации. Американские ученые предложили использование опросного метода, который в последствие трансформировался в анкетирование пациентов для определения параметров их самочувствия на основе их же субъективного мнения. Методологические основы науки о качестве жизни являются предметом дискуссий в научном экспертном сообществе. Преобладают мнения о первичности социологических компонентов и вторичности медицинских. Однако, как показывает множество подходов к определению показателей качества жизни и даже содержанию самого термина, этот вопрос еще долго будет не разрешен.

Медицинская Энциклопедия Качества жизни (США) определяет термин качество жизни как степень удовлетворения человеческих потребностей [23]. В настоящее время это самое простое и наиболее применяемое в международной медицинской практике определение, которое дополняется либо изменяется отдельными экспертами в зависимости от направлений и предметов исследований, особенностями перевода и адаптации к конкретным видам медицинской деятельности. Разнообразие и многочисленные версии терминологических подходов и приемов не препятствуют развитию научного направления о качестве жизни. Наоборот, это выгодно отличает и делает ее интересной для науки ввиду наличия перспектив для открытий и инноваций. Для решения вопроса универсализации и обобщения мирового опыта в оценке качества жизни эксперты ВОЗ рекомендовали понимать под качеством жизни интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [24].

С 1995 года во Франции существует международное общество исследования качества жизни (International Society of Quality of Life – ISOQL) с координирующим центром – MAPI Research Institute. Это полноценный научно-исследовательский центр, обобщающий и аккумулирующий информацию о достижениях в сфере изучения качества жизни, поступающую к нему от международных партнеров – участников. Главная цель проводимых институтом мероприятий и исследований – сформировать в медицинском мировом сообществе понимание основного смысла работы с показателями качества жизни, «приблизить качество жизни больных к уровню практически здоровых людей» [25].

В отечественной научной литературе концепция качества жизни применительно к отрасли здравоохранения начала активно реализовываться в конце 90-х начале 2000-х годов. В 1999 году была опубликована первая в России монография на тему качества жизни.

Оценку качества жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанную на его субъективном восприятии, дали А.А. Новик и соавторы [26]. Это определение соответствует термину «здоровье», сформулированному ВОЗ на основе многочисленных предложений и рекомендаций представителей научного сообщества: «Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания». Среди признанных экспертов в этой области стоит отметить следующих ученых: Новик А.А., Ионова Т.И., Мельниченко В.Я., Шевченко Ю.Л., Никитина Т.П., Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. [1, 27, 28, 29].

В определении качества жизни четко прослеживаются три основные характеристики функционирования человека – физическое, социальное и психологическое, что выводит терминологию по этой проблеме в медицинскую плоскость, отделяя ее от экономики и статистики, социологии и политологии. Однако смешение названий и их целевое применение в отраслях, не связанных со здоровьем, продолжается и способствует недопониманию смысла и содержания этого термина, что приводит к искажению выводов научных исследований или аналитических обзоров.

В соответствии с определением ВОЗ, «качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями и ожиданиями, нормами и заботами» [30].

Развитие концепции качества жизни повысило интерес научного сообщества к оценке самой жизни человека, больного либо здорового. Сформировалось устойчивое мнение о том, что качество оказания медицинской помощи находится в зависимости не только от действий медицинского персонала (даже при неблагоприятных последствиях), но и от умелого применения им при контакте с больным этико-деонтологических, психологических и правовых знаний [31].

В 1999 году в Санкт-Петербурге открылся Межнациональный центр исследования качества жизни – первое в стране учреждение, осуществляющее комплексное методическое и информационное обеспечение доктрины развития здравоохранения в стране. С 2003 года центр выпускает специализированный журнал «Вестник Межнационального центра исследования качества жизни» - единственное в России издание научно-практического профиля, посвященное исследованиям качества жизни, связанного со здоровьем. Проводимые центром на постоянной основе мероприятия по исследованиям качества жизни стимулировали создание российской современной школы изучения качества жизни в медицине.

Концепция «качества жизни» не противоречит основной цели здравоохранения в стремлении любыми доступными средствами сберечь, сохранить и поддержать человеческую жизнь, а позволяет более информативно взаимодействовать с пациентом и учитывать его мнение об эффективности лечебного процесса. Предполагается, что оценка больным своего состояния будет более объективной на фоне субъективности самого института самооценки. Единого мнения по этому вопросу так и не сформировалось. Следует отметить, что это всего лишь интегральная форма субъективного мнения больного о собственном здоровье и собственных социальных возможностях. Она не может (и не призвана) стать альтернативой объективных критериев оценки эффективности лечения, причем как клинических, так и социальных [32, 33].

Сфера применения оценки качества жизни в медицине сегодня охватывает широкий круг проблем и включает:

- общую оценку состояния, как конкретного больного человека, так и популяции лиц;
- изучение влияния различных производственных, социальных и др. факторов, профилактических и реабилитационных программ;
- оценку эффективности лечения;
- разработку индивидуализированной программы терапии;
- комплексную экспертизу трудоспособности;
- клиническое испытание новых лечебных подходов [34].

Наибольшее количество исследований по оценке качества жизни проводится по гастроэнтерологии, неврологии, пульмонологии, гематологии, нефрологии, ревматологии, геронтологии, онкологии, травматологии, гинекологии, трансплантологии, кардиологии и паллиативной медицине [35,36,37].

Выводы. Анализ медицинской научной литературы позволяет сделать вывод о сложившемся в XXI веке едином подходе к определению качества жизни применительно к медицине на фоне заметных успехов социологов и психологов в разработке методов и инструментов получения информации от пациентов. Организационно-методологические аспекты исследований стали центральными вопросами научных дискуссий, показывающих существование неопределенностей и сомнений в объективности и полезности изучения качества жизни. Рост количества и многообразия форм и инструментов измерения качества жизни, по-прежнему, основываются на опросе пациентов либо методом анкетирования, либо в ходе интервью. Контроль корректности ответов и сведений, полученных от пациентов минимален, алгоритмы проверки ложности и предвзятости отсутствуют либо игнорируются по этическим соображениям. Лингвистические, культурные и религиозные факторы осложняют международную и даже межрегиональную унификацию форм проведения опроса

пациентов. Остается открытым вопрос о целесообразности применения показателей качества жизни в случаях с неизлечимыми и очень тяжелыми заболеваниями, когда качество жизни не может быть измерено по причине отсутствия перспектив выздоровления и полной физической неспособности организма бороться за свою жизнь.

Таким образом, в медицинских исследованиях системообразующим фактором качества жизни является здоровье, показатель которого диагностируется в контексте нозологической формы на основе объективной выраженности симптоматики и тяжести протекания болезни, а также на основе субъективных ощущений пациента [34, 36]. Реализация неограниченного потенциала этого направления уже значительно изменила модель функционирования здравоохранения, сформировала понимание о наличии перспектив и высоком уровне востребованности в научно-исследовательской деятельности и клинической работе. Однако, вопросы методологического и организационного обеспечения деятельности медицинских организаций для повышения качества жизни больных при организации оказания медицинской помощи на современном этапе в литературе не освещены.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией. Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб.2008:45
2. Cumulated Index Medicus.National Library of Medicine. Volume 18, January-December 1977. Maryland 20014. 10615[Электронный ресурс]URL: https://archive.org/details/sim_cumulated-index-medicus_january-december-1977_18_11/mode/2up?view=theater (дата обращения 01.03.2023)
3. Лаврова М.А., Томина Н.А., Коряков Я.И. Основы психосоматики: учебное пособие. Уральский федеральный университет. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та. 2022:146
4. Аристотель. Никомахова Этика. Научная электронная библиотека «Гражданское общество в России»:204 [Электронный ресурс]URL: https://www.civisbook.ru/files/File/Aristotel_Nikomakhova.pdf (дата обращения 12.04.2023)
5. Лысенко В.Г. АЮРВЕДА. Большая российская энциклопедия. Том 2. М.2005:611-612 [Электронный ресурс] URL: <https://old.bigenc.ru/philosophy/text/1844044?ysclid=ldkeznmpzn235557697> (дата обращения 12.03.2023)
6. Симонян Р.З. История медицины: с древнейших времен до современности. Чебоксары. ИД Среда.2020:224. doi: 10.31483/a-143

7. Шарафутдинова Н.Х., Лукманова Т.В., Киньябулатов А.У., Павлова М.Ю. История медицины (первобытное общество – XVIII век): Ч. 1. Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Министерства здравоохранения России. 2016:192 [Электронный ресурс] URL: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib719.1.pdf> (дата обращения 06.04.2023)
8. Ибн Сина Абу Али. Канон врачебной науки. Кн. I. Ташкент. 1981:550
9. Иванов А., Латыпов Н. Авиценна. Канон биохакинга. Издательство АСТ. 2018:448
10. Совиярви О., Теэму А., Яакко Х. Биохакинг: Руководство по раскрытию потенциала организма. М.: Альпина Паблишер. 2020:552
11. Журавлев Д.А., Сорокина Л.А. Лечить болезнь или больного? Кунсткамера. Артериальная гипертензия. Том 16.3.2010 [Электронный ресурс] URL: <https://med-click.ru/uploads/files/docs/lechit-bolezn-ili-bolnogo.pdf> (дата обращения 07.04.2023)
12. Prutkin, Jordan Matthew and Feinstein, Alvan R., A History of Quality of Life Measurements. 2002. Yale Medicine Thesis Digital Library. 424 [Электронный ресурс] URL: <https://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1423&context=ymtdl> (дата обращения 10.04.2023)
13. Criteria Committee of the New York Heart Association. 1939. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart. N.Y.: New York Heart Association
14. Karnofsky D. A. and J. H. Burchenal. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: C. M. MacLeod. Columbia University Press. New York. 1949. 196
15. Официальные документы Всемирной организации здравоохранения. N2 апрель 1948:100 [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/ru/about/frequently-asked-questions> (дата обращения 10.04.2023)
16. Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания: монография. Саратов: Саратовский государственный технический университет. 2015:320
17. Roney J.G. Medical Anthropology: An Introduction. Journal of National Medical Association. 1963. Vol 55(2):95-99
18. Каштанова А.И. Эволюция модели отношений врач-пациент. Научное обозрение. Медицинские науки. 2016(6):50-53 [Электронный ресурс] URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=943> (дата обращения 12.04.2023)
19. Elkington J.R. Medicine and the Quality of Life. Annals of Internal Medicine. 1966. Vol. 64(3):711–714. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-64-3-711>
20. Programme on mental health WHOQOL User Manual. Rev.1. WHO-1998.rev.2012.03:106 [Электронный ресурс] URL:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03> (дата обращения 12.04.2023)

21. Сурмач М.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины. ЭБ БГУ: Социология: научно-теоретический журнал. 2011(2):100-104

22. Осмонбекова Н.С., Курбанов Ф.С., Добровольский С.Р. Значение и методика анализа качества жизни хирургических больных. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.2012(5):84-87

23. Quality of Life. Medical Encyclopedia. Chicago, 1995. P. 744

24. Лысова Е.А. Современные подходы к оценке качества жизни пожилых больных с цереброваскулярной патологией в контексте развития классической медицины. Фундаментальные исследования.2011(3):11-14

25. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента. Электронный научный журнал. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.2013(1):119-132

26. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине – СПб:ЭЛБИ.1999:139

27. Ионова Т.И., Мельниченко В.Я. Исследования качества жизни в здравоохранении: этапы развития в Российской Федерации. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.2022 doi: 10.25881/20728255_2022_17_4_1_138

28. Шевченко Ю.Л., Ионова Т.И., Мельниченко В.Я., Никитина Т.П. Качество жизни населения Российской Федерации в условиях пандемии COVID-19. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.2021 doi:10.25881/BPNMSC.2021.97.90.013

29. Корхмазов В.Т., Перхов В.И., Люцко В.В. Влияние пандемии covid-19 на результаты оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в частных и государственных медицинских организациях. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022; 4: 452-468.

30. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life?. World Health Forum 1996.17(4):354-356 [Электронный ресурс] URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358> (дата обращения 10.03.2023)

31. Смирнов Р.Ю. Медицинское право. Ярославль. ЯрГУ.2018:52

32. Золоев Г.К., Васильченко Е.М. Исследование качества жизни в клинической практике. Медицина в Кузбассе. 2004(1):41-43

33. Михайлова Ю.В., Шикина И.Б., Сибурина Т.А. и др. Основные жизненные ценности и потребности, определяющие качество жизни сельского населения старше

трудоспособного возраста Калининградской области. Менеджер здравоохранения. 2020; 8:41-48 DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-41-48

34. Парахонский А.П. Качество жизни – новая парадигма медицины. Фундаментальные исследования. 2006(12):34-35 [Электронный ресурс] URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=5533> (дата обращения 11.04.2023)

35. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М: ОЛМА Медиа Групп.2007:320

36. Давидов Д.Р., Москвичева А.С., Шубина Л.Б., Шикина И.Б. Проблема коммуникации врача и пациента. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2023; 3(69):2 DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-2

37. Погонин А.В., Люцко В.В. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, в Российской Федерации (обзор литературы). Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022;1: 605-629.

38. Лебедева А.А. Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке. Психология. ВШЭ.2012.Т.9(2):3–19 [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-podhody-i-metodologicheskie-problemy-izucheniya-kachestva-zhizni-v-naukah-o-cheloveke/viewer> (дата обращения 05.03.2023)

References

1. Vasserman L.I., Mihajlov V.A., Tabulina S.D. Psihologicheskaya struktura kachestva zhizni bol'nyh epilepsiej [Psychological structure of the quality of life of patients with epilepsy]. Psychoneurological Institute. V.M. Bekhterev.SPb.2008:45. (In Russian)

2. Cumulated Index Medicus/National Library of Medicine. Volume 18, January-December 1977. Maryland 20014. 10615 [Electronic resource] URL: https://archive.org/details/sim_cumulated-index-medicus_january-december-1977_18_11/mode/2up?view=theater (accessed 1 March 2023)

3. Lavrova M.A., Tomina N.A., Koryakov YA.I. Osnovy psihosomatiki: uchebnoe posobie [Fundamentals of psychosomatics: a study guide]. Ural'skij federal'nyj universitet. Ekaterinburg: Izd-vo Ural. un-ta. 2022:146 (In Russian)

4. Aristotel'. Nikomahova Etika. [Nicomachean Ethics]. Nauchnaya elektronnyaya biblioteka «Grazhdanskoe obshchestvo v Rossii»:204 [Electronic resources] URL: https://www.civisbook.ru/files/File/Aristotel_Nikomakhova.pdf (accessed 12 April 2023) (In Russian)

5. Lysenko V.G. AYURVEDA. Bol'shaya rossijskaya enciklopediya. [The Russian Big Encyclopedia]. Tom 2. M.2005:611-612 [Electronic resources] URL: <https://old.bigenc.ru/philosophy/text/1844044?ysclid=ldkeznmpzn235557697> (accessed 12 March 2023) (In Russian)
6. Simonyan R.Z. Istoriya mediciny: s drevnejshih vremen do sovremennosti. [History of medicine: from ancient times to the present]. CHEboksary. ID Sreda.2020:224. doi: 10.31483/a-143
7. SHarafutdinova N.H., Lukmanova T.V., Kin'yabulatov A.U., Pavlova M.YU. Istoriya mediciny (pervobytnoe obshchestvo – XVIII vek). [History of medicine (primitive society - XVIII century)]. CH.1.Ufa:Izd-vo GBOU VPO BGMU Ministerstva zdavoohraneniya Rossii.2016:192 [Electronic resource]URL:<http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib719.1.pdf> (accessed 06 April 2023)(In Russian)
8. Ibn Sina Abu Ali. Kanon vrachebnoj nauki.[Canon of Medicine].Kn.I.Tashkent.1981:550 (In Russian)
9. Ivanov A., Latypov N. Avicenna.Kanon biohakinga.[Canon of Biohacking].Izdatel'stvo AST.2018:448 (In Russian)
10. Soviyarvi Olli, Teemu Arina, YAakko Halmetoya. Biohaking: Rukovodstvo po raskrytiyu potenciala organizma. [A guide to unlocking the body's potential] M.: Al'pina Pabliisher.2020:552 (In Russian)
11. Zhuravlev D.A., Sorokina L.A. Lechit' bolezni ili bol'nogo? Kunstkamera. Arterial'naya gipertenziya. Tom 16.3.2010. [Treat the disease or the sick? Kunstkamera. Arterial hypertension] [Electronic resource]URL: <https://med-click.ru/uploads/files/docs/lechit-bolezni-ili-bolnogo.pdf> (accessed 07 April 2023)
12. Prutkin, Jordan Matthew and Feinstein, Alvan R., A History of Quality of Life Measurements. 2002. Yale Medicine Thesis Digital Library. 424 [Electronic resource]URL: <https://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1423&context=ymtdl> (accessed 10 April 2023)
13. Criteria Committee of the New York Heart Association. 1939. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart.N.Y.: New York Heart Association
14. Karnofsky D.A. and J. H. Burchenal. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: C. M. MacLeod. Columbia University Press. New York.1949.196
15. Oficial'nye dokumenty Vsemirnoj organizacii zdavoohraneniya. N2 aprel' [Official documents of the World Health Organization. N2 April] 1948:100[Electronic resource] URL: <https://www.who.int/ru/about/frequently-asked-questions> (accessed 10 April 2023) (In Russian)
16. Mihel' D.V. Medicinskaya antropologiya: issleduya opyt bolezni i sistemy vrachevaniya: monografiya. [Medical anthropology: exploring the experience of disease and

systems of healing: a monograph]. Saratov: Saratovskij gosudarstvennyj tekhnicheskij universitet. 2015:320 (In Russian)

17. Roney J.G. Medical Anthropology: An Introduction. Journal of National Medical Association. 1963.Vol 55(2):95-99

18. Kashtanova A.I. Evolyuciya modeli otnoshenij vrach-pacient [Evolution of the doctor-patient relationship model] Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki.2016(6):50-53[Electronic resource] URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=943> (accessed 12 April 2023) (In Russian)

19. Elkington J.R. Medicine and the Quality of Life. Annals of Internal Medicine. 1966. Vol. 64(3):711–714. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-64-3-711>

20. Programme on mental health WHOQOL User Manual.Rev.1.WHO-1998.rev.2012.03:106 [Electronic resource] URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03> (accessed 12 April 2023)

21. Surmach M.YU. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em, kak predmet izucheniya sociologii mediciny [Health-related quality of life as a subject for sociology of medicine]. EB BGU: Sociologiya:nauchno-teoreticheskij zhurnal. 2011(2):100-104 (In Russian)

22. Osmonbekova N.S., Kurbanov F.S., Dobrovol'skij S.R. Znachenie i metodika analiza kachestva zhizni hirurgicheskikh bol'nyh [Meaning and methodology of quality of life analysis in surgical patients]. Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2012(5):84-87 (In Russian)

23. Quality of Life. Medical Encyclopedia. Chicago, 1995. P. 744

24. Lysova E.A. Sovremennye podhody k ocenke kachestva zhizni pozhilyh bol'nyh s cerebrovaskulyarnoj patologiej v kontekste razvitiya klassicheskoj mediciny [Current approaches to assessing the quality of life of elderly patients with cerebrovascular disease in the context of the development of classical medicine]. Fundamental'nye issledovaniya.2011(3):11-14 (In Russian)

25. Evsina O.V. Kachestvo zhizni v medicine–vazhnyj pokazatel' sostoyaniya zdorov'ya pacienta [Quality of life in medicine is an important indicator of a patient's health].Elektronnyj nauchnyj zhurnal. Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptaciya, razvitie.2013(1):119-132 (In Russian)

26. Novik A.A., Ionova T.I., Kajnd P. Konceptiya issledovaniya kachestva zhizni v medicine [The concept of quality of life research in medicine]. SPb:ELBI.1999:139 (In Russian)

27. Ionova T.I., Mel'nichenko V.YA. Issledovaniya kachestva zhizni v zdavoohranenii: etapy razvitiya v Rossijskoj Federacii [Quality of life research in health care: stages of development in the Russian Federation]. Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova. 2022 doi: 10.25881/20728255_2022_17_4_1_138 (In Russian)

28. Shevchenko YU.L., Ionova T.I., Mel'nichenko V.YA., Nikitina T.P. Kachestvo zhizni naseleniya Rossijskoj Federacii v usloviyah pandemii COVID-19 [Quality of Life in the Russian Federation in the Context of the COVID-19 Pandemic]. Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I. Pirogova.2021 doi:10.25881/BPNMSC.2021.97.90.013 (In Russian)
29. Korhmazov V.T., Perhov V.I., Lyucko V.V. Vliyanie pandemii covid-19 na rezul'taty okazaniya medicinskoj pomoshchi pri boleznyah sistemy krovoobrashcheniya v chastnyh i gosudarstvennyh medicinskih organizacijah. Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki. [Current health and medical statistics issues]. 2022; 4: 452-468. (In Russian)
30. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life?. World Health Forum 1996.17(4):354-356 [Electronic resource] URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358> (accessed 10 March 2023)
31. Smirnov R.Yu. Medicinskoe pravo. [Medical Law].Yaroslavl'.YarGU.2018:52 (In Russian)
32. Zoloev G.K., Vasil'chenko E.M. Issledovanie kachestva zhizni v klinicheskoj praktike [Quality of life research in clinical practice]. Medicina v Kuzbasse. 2004(1):41-43 (In Russian)
33. Mikhailova Yu.V., Shikina I.B., Siburina T.A., etc. Osnovnye zhiznennye cennosti i potrebnosti, opredelyayushchie kachestvo zhizni sel'skogo naseleniya starshe trudosposobnogo vozrasta Kaliningradskoj oblasti.. [Basic life values and needs that determine the quality of life of the rural population over the working age of the Kaliningrad region]. Menedzher zdravoohraneniya. [Health Care Manager]. 2020; 8:41-48. (In Russian). DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-41-48
34. Parahonskij A.P. Kachestvo zhizni – novaya paradigma mediciny [Quality of life - a new paradigm for medicine]. Fundamental'nye issledovaniya.2006(12):34-35 [Electronic resource]URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=5533> (accessed 11 April 2023) (In Russian)
35. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guidelines for Quality of Life Research in Medicine].M:OLMA Media Grupp.2007:320 (In Russian)
36. Davidov D.R., Moskvicheva A.S., Shubina L.B., Shikina I.B. Issues related to doctor-patient communication. Social'nye aspekty zdorov'a naselenia [serial online]; 2023; 3(69):2 DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-2 (In Russian)
37. Pogonin A.V., Lyutsko V.V. Medicinskaya pomoshch', okazyvaemaya v stacionarnyh usloviyah, v Rossijskoj Federacii (obzor literatury). [Medical care provided in inpatient settings, in the Russian Federation (literature review)]. Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki. [Current health and medical statistics issues]. 2022;1: 605-629. (In Russian)

38. Lebedeva A.A. Teoreticheskie podhody i metodologicheskie problemy izucheniya kachestva zhizni v naukah o cheloveke [Theoretical approaches and methodological problems of studying the quality of life in the human sciences]. *Psihologiya.VSHE*. 2012.T.9(2):3–19 [Electronic resource] URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-podhody-i-metodologicheskie-problemy-izucheniya-kachestva-zhizni-v-naukah-o-cheloveke/viewer> (accessed 05 March 2023) (In Russian)

Финансирование. исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflicts of interests. The authors declare no conflict of interests.

Сведения об авторах

Боровская Наталия Ивановна – аспирант кафедры онкологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 111398, Россия, Москва, ул. Кусковская, владение 1А, строение 4, e-mail: dr-borovskaya@mail.ru, ORCID: 0009-0001-4851-9472

Корчуганова Елена Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127473 г. Москва, Милютинский переулок, 19/4 стр.2, e-mail: kea@koziz.ru, ORCID: 0000-0001-5147-0385; SPIN: 4039-4755

Information about authors

Borovskaya Natalia Ivanovna - postgraduate student, Department of Oncology of the “A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 111398, Russia, Moscow, Kuskovskaya St., possession 1A, building 4, e-mail: dr-borovskaya@mail.ru, ORCID: 0009-0001-4851-9472

Elena A. Korchuganova - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Public health and healthcare of the “A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 127473 Moscow, Milyutinsky lane, 19/4 building 2, e-mail: kea@koziz.ru, ORCID: 0000-0001-5147-0385; SPIN CODE 4039-4755

Статья получена: 30.05.2023 г.
Принята к публикации: 28.09.2023 г.