УДК 616-053.2;612.6.17; 614.2,577.21,631.421.1

БИОЭТИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Джаныбекова И.А.

Международный университет Кыргызстана, г.Бишкек

Качество жизни - важная составляющая категории жизнь. Качество жизни дает комфорт существования человеку. Качество жизни подразумевает разные стороны жизни человека. Качество жизни может быть улучшено на всех этапах жизни человека благодаря медицинской и немедицинской помощи. Главное, определить моменты, нуждающиеся в улучшении и обучить адаптивности, стратегии и тактике полноценной жизни.

Ключевые слова: биоэтика, качество жизни, обучение адаптивности

Bioethics of quality of life

Dzhanybekova I.A.

International University of Kyrgyzstan, Bishkek

Quality of life (QL) - important category of life. Quality of life give comfort for humanity. Quality of life – different sites of human's life. QL may improve of all stages of life due medicine and not medical support. Therefore, determine moments for improving QL and teach adaptation, strategy, tactics of full life.

Keywords: bioethics, quality of life, teach adaptation

Введение

Главная ценность жизни – это сама жизнь. Различают границы бытия индивида. Бытие индивида характеризуется так называемым качеством жизни. Качество жизни (КЖ) – это полное физическое, психическое, социальное благополучие. КЖ и уровень жизни получаются не идентичными [1 - 4].

Методы - сравнение, анализ, метод герменевтики.

Результаты и их обсуждение

Впервые медицинская общественность встретилась с этой самостоятельной дефиницией в Index Medicus в 70-е годы прошлого века. Постепенно КЖ вышло на первый план в общественном здравоохранении и стало основной причиной, задачей лечения [5, 6].

Общество стало обращать внимание на новое направление в организации здравоохранения как на биополитику.

По ВОЗ определение КЖ – индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Также существует такое определение КЖ как субъективное и многогранное понятие физических функций, психологического состояния, социальных взаимоотношений, соматических ощущений [7 - 9].

Можно КЖ обозначить как познавательное, социальное, физическое и эмоциональное функционирование человека в определенном государстве, сообществе с определенным типом устройства и законодательства и с соблюдением его прав и обязанностей [10 - 12].

Перспективы конкретного человека определяются его КЖ. КЖ включает оценку ряда величин. Эта оценка предопределяет глобальную конструкцию КЖ, которая может включать как минимум 4 параметра: физическое самочувствие, функциональные возможности, эмоциональное состояние (позитивный и негативный настрой), социальный статус (общественная и семейная активность, повседневная работоспособность, семейные обязанности, сексуальность, коммуникативность). Все это определяет философскую бисубстанциональность человека [13 - 16].

Структура личности имеет 3 уровня: биологический, психологический, социальный. Их сбалансированность и есть норма КЖ. Внешние факторы определяются государством.

КЖ по здоровью – интегральный показатель, имеющий 3 компонента: функциональное состояние, симптомы и терапию, восприятие и психическое состояние.

Таким образом, компонентами КЖ являются удовлетворенность степенью физического, психологического, социального, духовного благополучия [17 - 20].

Социальное благополучие подразумевает возможность участия в общественной жизни, коммуникацию, ограничение социальных возможностей по здоровью.

Психологическое благополучие – эмоциональное и интеллектуальное.

Физическое благополучие - определяет функции, зависит от заболевания (жалоб, диагноза, объективных признаков, физической активности, энергетического потенциала).

Уровень социальной поддержки, образование и психо-социальные особенности - факторы развития любой болезни.

Например, сердечно-сосудистые патологии (ССП) обычно связаны с депрессией, тревожностью, одиночеством. Нарушение сна, проблемы в семье, финансовые трудности могут быть факторами риска ССП и др. Снижение функциональных возможностей

сердечно-сосудистой системы неблагоприятно воздействуют на физическую активность, общее состояние, физическую работоспособность. Субъективно – может проявляться снижением общей удовлетворенности жизнью. Объективно - ухудшением КЖ.

ССП может быть ассоциирована с высоким уровнем психологического стресса, психической дезадаптации, социальной изоляцией. Пессимистическая оценка здоровья и его перспектив – является фактором риска многих заболеваний, в том числе инфаркта миокарда.

Методы оценки КЖ подразделяются на общие и специфичные.

Различные аспекты КЖ можно измерить. Стратегия измерения и соотношение субъективного и объективного различаются. Большое значение имеет мнение самого человека [21 - 24].

В основном, оценка динамики КЖ имеет субъективный характер.

Особенности характера, тип высшей нервной деятельности, медицинская информированность, воспитание, социальные обстоятельства важны при определении КЖ.

Исследования по КЖ в медицине проводятся для сравнения терапевтических методов, чтобы определить и выделить более приоритетные, которые статистически достоверно увеличивают показатели КЖ (как психологический статус, физическая и сексуальная активность, работоспособность, сон, апетит, общая удовлетворенность жизнью). Все это проводится с целью улучшения адаптивности для определения методов и форм социальной помощи (финансирование социальной помощи, высокая дифференцированность видов соцпомощи, которые могут обеспечить улучшение КЖ) [25 - 28]

-для оценки качества проводимых природоохранных мер

-разработки показателей по заработной плате и пенсии для определения минимального прожиточного уровня и должно коррелировать с экономическим критерием «уровня жизни».

В биоэтике исследования должно проводиться с учетом ценности человеческой жизни, личности, милосердия, сочувствия.

Существуют и количественные параметры КЖ. Как, например, нормализация большинства биохимических параметров организма человека.

Гуманистическая проблематика КЖ заключается в представлении единого целостного знания о человеке. Для коррекции КЖ нужно решать медицинские, социальные,

психологические проблемы существования человека. КЖ есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу.

Все три структурных уровня личности: биологический (физиологический), психологический, социальный – важны для интерпретации КЖ.

Нужно различать субъективизм индивидуальных оценок КЖ.

Поэтому, самое главное заключается в попытках сближения позиций пациента и наблюдателя (врача, медсестры). Не может быть абстрактно-интуитивного отношения к своему физиологическому и психологическому здоровью. Отношение к здоровью становится социальной потребностью личности.

Естественные генетически-морфологические особенности позволяют выжить роду людей.

«Разрешенный статус» - или социальные роли дают самочувствие, внешний вид, отношение к медицине и т.д. Социальный статус – субъективное отношение к своему здоровью. Можно просчитать и прогнозировать реакцию индивида при заболевании.

Существует психосоматическое направление в медицине.

Алгоритмизация оценки КЖ может включать постановку диагноза, определение стратегии лечения, сравнение КЖ до и после лечения. Надо признать, что основная цель любого врачевания – улучшение КЖ. Реализация может идти через облегчение боли, восстановление функций…

Пациенты нуждаются во врачебной, сестринской медицинской помощи. Медицинский (мед) работник, врач отвечает на их потребности постановкой диагноза, общением, лечением, утешением, обучением.

Для улучшения КЖ применимы различные меры. Например, головная боль, лихорадка → облегчаются приемом антибиотиков (АБ) → качество жизни из-за инфекции быстро восстанавливается.

Серьезная болезнь требует медвмешательства, когда можно затормозить снижение КЖ, немного улучшить, если невозможно восстановить. Заботой, уходом, мед манипуляциями можно поддержать КЖ.

Можно излечить болезнь, а КЖ снижается. Негативные последствия сахарного диабета можно избежать, принимая инсулин, придерживаясь диеты, но ограничивается свобода пациента и КЖ снижается.

Например, рак груди снижает КЖ → требуется мастэктомия → затем химиотерапия, радиотерапия. КЖ резко снижается, как и при всех онкологических заболеваниях в стадии ремиссии .

Медобслуживание связано с КЖ. При этом надо решить такие вопросы как желательность уровня КЖ, возможность достижения, выявление потенциальных рисков. Проблемы рисков определяют преимущества стратегии лечения, степени КЖ. Внимание также должно обращаться на пролонгированные последствия медицинского вмешательства.

Аспекты этической стороны КЖ затрагивают:

1. проблемы различного толкования КЖ врачом и пациентом
2. проблемы невозможности для пациента оценить то КЖ, которое хотел бы он иметь
3. проблемы использования КЖ как критерия для рационизирования мед ухода.

Феномен КЖ по обычной шкале «хорошо-плохо» должен быть со многими делениями для разработки мер по действенному улучшению КЖ, оценки результатов клинических вмешательств.

Показателями КЖ можно считать мобильность, выполнение ежедневных функций по обеспечению жизнедеятельности, исчезновение боли, социальная коммуникация, интеллектуальная бодрость. Обычно учитываются объективные показатели этих аспектов жизни и степень удовлетворенности ими.

Стандарт QALI (качество, корректирующее коды жизни) служит для обеспечения глобального измерения, основанного на коэффициенте отношения состояний здоровья к ожидаемому сроку службы.

КЖ все же более актуально для политических решений, чем в клинике. Измерения КЖ базируются в основном на эмпирических исследованиях. При этом необходимо учитывать личностные и социальные характеристики пациента, отношение к лечению, прогноз, субъективные ценности, связанные с понятием КЖ. Поэтому определенная цепочка последовательности вопросов должна быть разрешена:

1. кем проводится оценка КЖ: пациентом или наблюдателем,
2. критерии, использованные при оценке КЖ,
3. клинические тактики, этически обоснованные приоритетом КЖ.

Также здесь важен подход планирования распределения ресурсов для обеспечения КЖ.

В реанимационных случаях большим благом может оказаться выбор отказа от лечения, что зависит полностью только от решения родственников.

В клинической практике возможны 2 варианта КЖ, которые важно различать: как

1 «Личная/Персональная оценка» - удовлетворение, испытываемое пациентом и выраженное им в общественной ситуации

2 «Оценка наблюдателя» - сторонняя оценка

При этом, наблюдающие должны прислушаться к мнению пациента.

Понятно, что у каждого своя система ценностей, которая сложилась на протяжении жизни под влиянием общества и окружения. Возможными вариантами КЖ могут оказаться следующие:

- низкое КЖ (несоответствующее желаемому уровню),

- временная оценка КЖ, связанная с временным нетрудоспособным состоянием,

- постоянная оценка, отражающая сложившиеся, выработанные годами, привычки и предубеждения

- социально-экономическая оценка КЖ, которая зависит от немедицинских факторов, отражающих бытовые, жилищные условия, зарплату, при этом акцент не стоит на улучшении здоровья.

Оценки КЖ всегда отличаются субъективностью, при этом накладываются и имеют большую значимость личные ценности, приобретенный опыт и пережитая ситуация.

Четыре уровня КЖ можно различить в зависимости от необходимости в посторонней помощи:

1. Нормальное КЖ. Все физиологические показатели в норме, на здоровье человек не жалуется.

2. Ограниченное КЖ. Когда могут быть физические или умственные отклонения здоровья, функциональные и физиологические проявления не соответствуют норме. Возможно наличие некоторых физиологических проблем, с которыми пациент не может справляться самостоятельно.

3. Минимальное КЖ. Серьезные физиологические изменения, приведшие к ограничительным изменениям личной свободы, коммуникации, сопровождающиеся страданием и болью. Пациенту постоянно требуется помощь окружающих для поддержания жизненных функций.

4. КЖ ниже минимального. Или так называемое вегетативное состояние.

Оптимальные лечебные и обслуживающие мероприятия связаны как с заболеванием, так и отношением к нему.

Обычная практика, когда врачи оценивают КЖ ниже, чем пациенты. Однако многое зависит от восприятия больного и его оптимистичности. В таких случаях большое значение имеет настрой болеющего.

Этической проблемой КЖ является и реабилитация. В таких ситуациях КЖ улучшается за счет восстановления подвижности, мобильности, работоспособности, независимости в

собственном жизнеобеспечении. Главное в такой момент жизни – уважение его автономии, ценностей.

Для врача повышение уровня КЖ пациента предпочтительней, чем внимание к его автономии. Поэтому лучшим выходом и решением данной ситуации становится обучение и адаптация к новому состоянию, адаптивность в социуме. Этическим вопросом становится образовательный контекст.

КЖ смертельно больных на сегодня может быть улучшено паллиативной помощью, хосписами.

КЖ для каждого периода жизни определяется теми потребностями, которые характерны для этой возрастной границы.

КЖ детей определяется их возрастным периодом и зависит от заботы взрослых о них (КЖ новорожденных, детей до 1 года, до 3 лет, дошкольного и школьного возрастов, пубертатного периода) [29].

КЖ взрослых – зависит от реализации своих способностей, возможности обеспечения среднего уровня жизни.

КЖ пожилых – от возможностей активного образа жизни.

КЖ престарелых – от качества ухода.

КЖ ЮРА зависит от степени инвалидизации. Пациент должен заниматься посильным трудом, особенно тем, который приносит радость, удовлетворение, развитие.

КЖ сахарного диабета связано с его компенсацией, особенно диетой. Пациент должен вести обычный образ жизни, но избегать перегрузок.

КЖ ССП – от компенсации.

Таким образом, КЖ становится важной целью проводимых мероприятий.

Заключение

Общие советы по КЖ касаются здорового образа жизни, питания, физической активности, занятий любимым делом.

Любой пациент должен быть наполнен положительной энергией, эмоциями, обучен режиму дня, труда и отдыха, контролю за анализами и своим состоянием, вовремя обращаться к врачу и медработникам для коррекции своих показателей, самочувствия, лечения. «Слабое место» должно постоянно подлечиваться, поддерживаться, тогда ремиссия может продолжаться достаточно долго, определяя медицинское КЖ.

КЖ определяется милосердием, терпением, сочувствием, состраданием к пациенту, больному. Поэтому, поддержка окружающих играет большое значение в КЖ. Религиозные служители через средства массовой информации выражают свое мнение о КЖ как о

возможности помочь пациенту, больному. превозмочь свои страдания и постараться их перенести.

КЖ не всегда определяется уровнем жизни, существует даже такая народная пословица «Здоровый нищий богаче больного короля». Поэтому в странах с высоким уровнем жизни имеются пациенты с низким КЖ, которое определяется степенью удовлетворенности медицинским лечением, обслуживанием и собственным отношением к заболеванию. Правильно расставленные жизненные приоритеты позволят пациенту лучше относиться к себе и своей болезни. Восточная медицина рекомендует работать со своими мыслями, эмоциями и иметь только положительный настрой, культивировать позитив, положительные медитации. Очищение ментального, эмоционального на радостные мысли, эмоции позволяет преодолевать психологический барьер не КЖ в КЖ.

КЖ – хороший действенный показатель как для функциональных расстройств, так и для органической патологии. КЖ может быть тем инструментом, который сможет регулировать субъективное состояние пациента в любых случаях. КЖ – удобный параметр для работы с пациентом, который вовремя определяет его нужды и позволяет врачу, медсестре, медработнику правильно реагировать на него, расставлять приоритеты как в лечении, так и в медобслуживании [29].

Список литературы

1. Балева Л.С., Номура Т., Сипягина А.Е., Карахан Н.М., Якушева Е.М., Егорова Н.И. Цитогенетические эффекты и возможности их трансгенерической передачи в поколениях лиц, проживающих в регионах радионуклидного загрязнения после аварии на Чернобыльской АЭС //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.87-94.

2.Биоэтика: учебник для вузов/Под ред. В.П.Лопатина.- 4 изд.-2009 – 272 с.

3. Вельков В.В. Неонатальный сепсис: гемокультуры и биомаркеры – проблемы и перспективы //Педиатрия.- 2017.-№1.- Т.96.- С.123-134.

4. Гайнетдинова Д.Д., Афандиева Л.З., Хакимова Р.Ф. Особенности иммунологических показателей у детей раннего возраста, больных спастическими формами детского церебрального паралича //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.153-157.

5. Галактионова М.Ю., Моисеенко Д.А., Капитонов В.Ф., Шурова О.А., Павлов А.В. Влияние анемии беременных на раннюю адаптацию новорожденных детей//Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.49-53.

6. Голосная Г.С., Яковлева А.В., Заплатников А.Л., Мачевская о.е., Трепилец С.В., Дьяконова Е.Н., Шниткова Е.В., Зольникова И.В. Диагностическое значение уровня некоторых трофических

факторов у новорожденных с перинатальным гипоксическим поражением ЦНС //Педиатрия.- 2017.-№1.- Т.96.- С.15-22.

Деонтология в медицине. Под ред. Б.В.Петровского. Москва.: Медицина, 1988, 358 с.

7. Длин В.В., Игнатова М.С. Нефропатии, связанные с патологией системы комплемента //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.21-31.

8.Клиническая биохимия / под ред. В.А.Ткачука. – 2-е изд. , испр и доп. – М.: Гэотар- Медицина, 2004. – 512 с.

9.Кобринский Б.А. Персонализированная медицина: геном, электронное здравоохранение и интеллектуальные системы. Часть 2. Молекулярная генетика и методы интеллектуального анализа. //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2016.-№2.- Т.61.- С.16-22.

10. Михеева И.Г., Лопанчук П.А., Кузнецова Ю.А., Верещагина Т.Г., Кругляков А.Ю., Тюняева О.В. Микрососудистые нарушения у новорожденных детей различного гестационного возраста с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС //Педиатрия.- 2017.-№1.- Т.96.- С.10-14.

11. Морозов С.Л., Длин В.В., Сухоруков В.С., Воронкова А.С. Молекулярная нефропатология: новые возможности диагностики заболеваний почек //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№5.- Т.62.- С.32-36.

12.Островская И.В.Медицинская этика. Сборник документов.- М.: АНМИ, 2001; 241 с.

13.Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика. Этические комитеты в России.- М.: Триумф, 2002; 191 с.

14.Покровский В.И., Лопухин Ю.М. Биомедицинская этика. Вып.3, М.: Медицина, 2002; 342 с.

15.Пухова Т.Г., Спивак Е.М., Леонтьев И.А. Эпидемиология заболеваний органов мочевой системы у детей, проживающих в крупном промышленном городе //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.89-91.

16. Садыкова Д.И., Сафина Л.З., Толубаева А.Т. Раннее выявление и улучшение диагностики пациентов ревматического профиля в г.Казани //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.160-166.

17. Седова Н.Н. Биоэтика (курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов).- Изд-во Волгоград: ВолгГМУ, 2011.-216 с.

18. Устьянцева Л.С., Чистякова Г.Н., Ремизова Ш., Захарова С.Ю., Шамова К.П., Бычкова С.В. Особенности врожденного и адаптивного иммунитета недоношенных детей с тяжелым гипоксическим поражением центральной нервной системы //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№5.- Т.62.- С.59-65.

19.Федеральный закон «Об охране здоровья граждан», Россия от 27.02.2003 г., 2011г.

20.Флоуз Б. Секреты долголетия китайских императоров. Ростов н/Д:Феникс, 2003, 128 с.

21. Хаертынов Х.С., Анохин В.А., Ризванов А.Л., Мартынова Е.В. Любин С.А.

Провоспалительный цитокиновый профиль у детей с неонатальным сепсисом //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.93-100.

22.Циннань Ц., Даоцин Л. Терапевтические упражнения китайской медицины.Пер. с англ., Ростов н/Д:Феникс, 2008, 328 с.

23. Шабалов Н.П. Этические проблемы в неонатологии //Педиатрия.- 2016.-№4.- Т.95.- С.57-62.

24.Anderson J.H., Anderson K.R., Aulie H.A., Crowson C.S. et al. Juvenile idiopathic arthritis and future risk for cardiovascular disease: a multicenter study //Scand J Rheumatol.,2016; 45(4): 299-303.

25.Boccardi V., Paolisso G., Mecocci P. Nutrition and lifestyle in healthy aging : the telomerase challenge // Aging, 2016; 8(1): 12-15.

26.Mussap M., Puxeddu E., Puddi M. et al., Soluble CD14 subtype (sCD14-ST) presepsin in premature and full term critically ill newborns with sepsis and SIRS // Clin Chim Acta,2015; 451(PtA): 65-70.

27.Sakai R., Hirano F., Kihara M. High prevalence of cardiovascular comorbidities in patients with rheumatoid arthritis from a population-based cross-sectional study of a Japanes health in-surance database //Mod. Rheumatol.,2016; 26(4): 522-528.

28.Shabuj K.H., Hossain J., Moni S.C., Dey S.K. C-reactive protein as a Single Biomarker for Diagnosis of Neonatal Sepsis: A comprehensive Meta-analysis //Mymensingh Med J.,2017; 26(2): 364-371.

29.Timby N., Hernell O., Vaarala o. et al. Infections in infants Fed Formula Supplemented with Bovine Milk Fat Globule Membranes //JPGN, 2015; 60:3:384-389.

Джаныбекова Индира Алтынбековна - кандидат медицинских наук, Международный университет Кыргызстана, г.Бишкек, ул.7 апреля 4/3, e-mail: indi.zhan.98@mail.ru