Состояние здоровья общества и качество жизни

***Содержание***

Введение

1. Понятие качества жизни

2. Влияние качества жизни на состояние здоровья населения

Заключение

Список литературы

***Введение***

Задачи кардинальных социально-экономических преобразований в российском обществе в настоящий период, совершенствования демократических отношений, рыночных механизмов существенно актуализируют проблемы качественного состава населения, его соответствия современным требованиям. Рассмотрение жизненных процессов в их единстве представляет как научный интерес, так и чрезвычайно важное условие для разработки системы мер эффективной социально-экономической и демографической политики, для мероприятий демографического планирования и прогнозирования. Все возрастающее значение, в том числе и для безопасности государства, в современных условиях приобретают понятия "качество населения" и "качество жизни населения".

Определяющим показателем в оценке качества населения является общественное здоровье как один из самых важных индикаторов благополучия общества, от которого зависят все остальные характеристики. Общественное здоровье отражает здоровье индивидуумов, из которых состоит общество, но не является суммой здоровья индивидуумов. Даже ВОЗ до сих пор не предложило краткого и емкого определения общественного здоровья. "Общественное здоровье - такое состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, не стесненного физическими и психическими заболеваниями, т.е. это то, без чего общество не может создавать материальные и духовные ценности, это и есть богатство общества" (Ю.П. Лисицин).

# ***1. Понятие качества жизни***

В последние годы в экономически развитых странах, где большей части населения доступны основные материальные блага, широко вошло в обиход понятие "качество жизни", однако до сих пор сам этот термин не имеет общепринятого определения. По мере развития человеческого общества отношение к этому понятию, очевидно, будет меняться. Каждое следующее поколение, выдвинув свои требования к жизни, само определит критерии ее "нормальности" и "качественности".

Всемирная организация здравоохранения (1999) предложила рассматривать качество жизни как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.), как предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. В дальнейшем это определение несколько изменилось, правда, скорее по форме, чем по содержанию, и на сегодняшний день оно звучит следующим образом: качество жизни (life quality) - это восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума.

Несмотря на имеющиеся определения, дискуссия продолжается. Одни авторы определяют качество жизни как существование (бытие), обычно ограниченное психосоциальными атрибутами. Другие пытаются найти количественные характеристики этой категории в таких показателях, как болезнь, смерть, симптомы, прогноз и т.п. Третьи рассматривают качество жизни в рамках удовлетворения материальных и культурных (духовных) потребностей людей: качество питания, комфорт жилища, качество и современность одежды, структура досуга, качество здравоохранения и т.п. Четвертые под качеством жизни понимают комплексный показатель физического, психического и социального благополучия, т.е. отождествляют его с понятием здоровья.

Понятие КЖ, безусловно, следует признать теснейшим образом связанным с определением здоровья, данным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ): "Здоровье - состояние полного физического, социального и психического благополучия человека, а не просто отсутствие заболевания".

В свою очередь, качество жизни является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. В соответствии с приведенным определением здоровья, ВОЗ определяет КЖ как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Как видно, фундаментальными свойствами КЖ являются многокомпонентность и субъективизм в оценок.

Сходное по смыслу определение качества жизни предложено Wenger N. K.: КЖ - это "удовлетворенность от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием".

Медицинская энциклопедия КЖ, изданная в США, дает более простое определение: "Качество жизни - степень удовлетворения человеческих потребностей".

Известный автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) P. W. Jones корректирует определение КЖ с точки зрения врача. Оно звучит как "соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием".

Понятие КЖ в последнее десятилетие переживает в медицине настоящий бум. С одной стороны, оценка тяжести заболевания и эффективности лекарственных препаратов и реабилитационных мероприятий должна включать оценку КЖ. С другой - зачастую происходит манипулирование этим понятием, так как не все методологические и методические аспекты его использования корректны.

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.

В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило существенно изменить традиционные взгляды на проблему болезни и больного. В последние годы даже появился специальный термин "качество жизни, связанное со здоровьем". Исследования качества жизни, связанного со здоровьем, позволяют изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья - физическое, психологическое и социальное функционирование. 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.

Исследования качества жизни имеют широкие сферы применения в здравоохранении экономически развитых стран. Они применяются: в популяционных исследованиях и при проведении мониторинга здоровья населения; для оценки эффективности программ и реформ в здравоохранении; в клинических исследованиях, посвященных оценке эффективности новых лекарственных препаратов и новых методов лечения; в клинической практике для оценки эффективности традиционных методов лечения, индивидуального мониторинга состояния больного; в фармакоэкономике; в экономике здравоохранения.

Оценка качества жизни в последние годы стала широко использоваться в отечественном здравоохранении и позволила существенно расширить возможности: стандартизации методов лечения; экспертизы новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран; обеспечения полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения; разработки прогностических моделей течения и исхода заболевания; проведения медико-социальных популяционных исследований с выделением групп риска; разработки фундаментальных принципов паллиативной медицины; обеспечения динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ; повышения качества экспертизы новых лекарственных препаратов; экономического обоснования методов лечения с учетом таких показателей, как "цена-качество", "стоимость-эффективность".

# ***2. Влияние качества жизни на состояние здоровья населения***

Сложность и многообразие изменяющихся социальных условий и факторов, определяющих и опосредующих здоровье населения, потребовали учета нескольких или множества взаимодействующих факторов, определяющих различные проявления жизненной активности, показатели здоровья людей. Здоровье не ограничивается отдельными показателями, индексами, оно представляет собой сложную, комплексную систему. Потребовались и многоаспектные или меж- и многодисциплинарные исследования, включающие клинические, психологические, социологические, санитарно-гигиенические, математико-статистические методы и подходы, так называемые комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования.

Такие исследования позволяют не только всесторонне проанализировать роль социальных условий и факторов, показать социальную обусловленность здоровья населения и его групп, но и подойти вплотную к изучению медико-социальных аспектов образа жизни как совокупности наиболее характерных, типичных видов активности лиц, социальных групп, слоев, классов, населения в единстве и многообразии условий жизни. Такие исследования выявляют непосредственное влияние образа жизни на здоровье населения (в отличие от опосредованного воздействия многих социальных условий).

Социально-гигиенические и особенно комплексные исследования, включающие и наблюдения за больными (клинико-социальные исследования), установили корреляции качества жизни и показателей здоровья населения.

Особенно наглядны примеры так называемых комплексных посемейных исследований, охватывающих все стороны семейной жизни - материальную обеспеченность, уровень культуры, жилищные условия, питание, воспитание детей, внутрисемейные отношения, обеспеченность медицинской помощью и др.

Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья. Четко показано неблагоприятное влияние конфликтных ситуаций в семье, положения женщин в семье и других факторов на исход родов. Преждевременные роды в 4 раза чаще происходят у женщин, не состоящих в браке.

Состав и состояние семей заметно сказываются и на распространенности отдельных заболеваний. Например, в неполных семьях (обычно без отца) часто болеющих детей первых 3 лет жизни в 1,5-2 раза больше, чем в полных. Заболеваемость пневмонией у детей в неполных семьях в 4 раза выше, чем в полных. Напряженные отношения в семье, неблагоприятный психоэмоциональный климат способствуют возникновению и более тяжелому течению ревматизма у детей и подростков, в таких семьях в 2,3 раза больше детей с язвенной болезнью желудка и в 1,7 раза - с гастродуоденитами.

Даже при таких заболеваниях, возникновение которых, казалось бы, связано с конкретными физическими воздействиями, устанавливается влияние семейного фактора, подчас существенное. Например, в социально-гигиеническом исследовании пояснично-крестцового остеохондроза, наряду со значением анатомических дефектов, перенесенных травм, значительного физического напряжения, охлаждения, показана большая роль производственных и семейных факторов, прежде всего, напряженных семейных отношений.

Распорядок дня членов семей - один из комплексных показателей, характеризующих образ жизни. Нарушение ритма отдыха, сна, питания, занятий в школе статистически достоверно способствует возникновению различных заболеваний и отрицательно воздействует на их течение, неблагоприятно сказывается на заболеваемости, способствует развитию дефектов и отставанию физического и интеллектуального развития, отрицательно влияет на другие показатели здоровья. Так, нарушение режима сна, питания, прогулок уже в первые годы жизни детей резко сказывается на их здоровье. Каждый 3-й ребенок, не соблюдающий режим дня, имел неудовлетворительные показатели здоровья - частые острые и хронические заболевания, низкие показатели физического развития и др.

Распространенность отдельных заболеваний также заметно зависит от режима учебы, быта, общественной работы, семейного климата и др.

В семьях, где соблюдали режим дня, состояние здоровья 59% обследуемых было хорошим, 35% - удовлетворительным и 6% - неудовлетворительным, а в тех семьях, где рациональный режим дня не соблюдался, эти показатели составили соответственно 45, 47 и 8%.

Показано решающее влияние на заболеваемость состава семей и взаимоотношений в них. Ведущим фактором возникновения и развития ИБС, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, диабета у мужчин являются неблагоприятные стороны образа жизни (курение, нервно-психические перегрузки, нарушения питания, алкоголь, низкая медицинская активность и пр.). Их участие в заболеваниях превышало 60%. Близкие данные получены при посемейных исследованиях состояния здоровья одиноких, разведенных женщин или здоровья членов неполных семей. Ведущим фактором патологии также оказался нездоровый образ жизни.

Значение негативных факторов образа жизни показано во многих других исследованиях. Заболеваемость детей, с которой имеют дело участковые педиатры, связана с нездоровым образом жизни - алкоголизмом, пьянством не только взрослых, но детей и подростков. Показано ведущее значение факторов образа жизни не только при формировании хронической патологии, но и острых заболеваниях (60% заболеваемости и более).

Особенно убедительны результаты изучения заболеваний, при которых, казалось бы, невозможно или трудно определить влияние социальных условий и факторов образа жизни, так как традиционно такие заболевания рассматриваются исключительно с медико-биологических позиций.

Вот некоторые примеры из комплексных социально-гигиенических исследований. На возникновение и распространение рака желудка в Западной Сибири воздействуют нарушения режима питания (нерегулярный прием пищи, систематическое питание всухомятку, плотная еда на ночь, переедание, употребление пережаренной и очень горячей пищи, специй и др.) в сочетании с злоупотреблением алкоголем и курением, а также контакт с профессиональными вредностями, тяжелый физический труд, нервно-психическое напряжение и др. К 40-летнему возрасту формируется устойчивый нездоровый образ жизни, способствующий возникновению рака желудка.

В другом исследовании показано, что на заболеваемость раком легкого влияют место жительства (географические условия), миграция населения, злоупотребление алкоголем и особенно курением; на заболеваемость раком кожи влияют те же факторы и, кроме того, нездоровые привычки (мытье лица горячей водой, злоупотребление солнечными ваннами). Ряд факторов риска можно оценить в баллах, что позволяет измерить силу их воздействия.

Близкие данные получены при социально-гигиеническом исследовании распространенности злокачественных новообразований среди водителей автомобилей. Доказано влияние неблагоприятного режима труда и отдыха, особенно в связи с меняющимся графиком работы, отсутствием стабильного режима питания, чередования работы и отдыха и другими факторами риска, которые способствуют более высокой, чем у мужчин в популяции, заболеваемости раком желудка, гортани, легкого.

Специально отметим большое значение злоупотребления алкоголем и курением.

По общему мнению специалистов, к злоупотреблению спиртными напитками приводят сохраняющиеся алкогольные традиции, снисходительное, благодушное и подчас даже поощрительное отношение к пьянству, дефекты воспитания в семье, школе, трудовом коллективе, недостатки санитарно-просветительной работы, семейные конфликты, неурядицы и другие субъективные факторы. Как правило, толчком к возникновению привычки к пьянству и курению становится пример окружающих. Эти привычки, иногда переходящие в болезнь, вырабатываются на почве низкой культуры, неумения использовать досуг, незнания принципов здорового образа жизни. Такие факторы создают предпосылки для установки на злоупотребление алкоголем. Сегодня одними из главных обстоятельств стали наводнение рынка относительно дешевыми (в том числе суррогатными) спиртными напитками, бесконтрольность их продажи в условиях социально-экономического и психологического кризиса.

Отметим удивительную стойкость стереотипа поведения. Сошлемся лишь на один пример из социально-гигиенического исследования бюджета времени пенсионеров. Было изучено 37 факторов образа жизни лиц, вышедших на пенсию по возрасту и проживающих в крупном городе (использование свободного времени, вредные привычки, обращаемость за медицинской помощью, выполнение врачебных назначений, самолечение). После выхода на пенсию большинство обследованных сохранили прежний стереотип поведения. Несмотря на увеличение свободного времени и благоприятные условия для отдыха, активной деятельности, культурного досуга, лишь 1/5 пенсионеров рационально использовали свободное время для сохранения своего здоровья. Остальные, как и до выхода на пенсию, нерационально, негигиенично, расточительно тратят это время. Большинство пенсионеров относятся к группам риска, что обусловлено не только хроническими заболеваниями, но и неразумным отношением к своему здоровью, вредными привычками, низкой санитарной грамотностью, самолечением, пренебрежением врачебными назначениями и советами, перегруженностью домашним хозяйством, неразвитостью духовных интересов и потребностей.

Указанные немногие примеры (а их - множество) подтверждают приведенные выше положения о решающей роли качества жизни в формировании здоровья и патологии. Эти примеры подтверждают также заключение о непосредственном влиянии качества жизни на здоровье.

здоровье качество жизнь население

# ***Заключение***

Понятие "качество жизни" включает в себя социально-экономическую, политическую, культурную и экологическую обстановку, в которой существует человеческая общность. Высокое качество жизни подразумевает, что все стороны существования людей - от условий труда, быта, отдыха, организации сферы обслуживания, здравоохранения, образования и состояния окружающей среды до наличия политических свобод и возможности пользоваться всеми достижениями культуры - отвечают потребностям современного человека.

Здоровье населения - наиболее яркий и всеобъемлющий показатель условий жизни. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как "состояние полного физического, духовного (психологического) и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и инвалидности". Поэтому из сферы чисто медицинских исследований изучение здоровья населения "шагнуло" в экономику, социологию, географию, экологию и другие науки.

Хорошее - показатель жизни современного человека, и стремление к нему должно быть первостепенной социальной задачей. Улучшение здоровья населения, предупреждение хронических заболеваний в зрелом возрасте уменьшают расходы, связанные как с оказанием медицинской помощи, так и с экономическим ущербом вследствие потери трудоспособности.

# ***Список литературы***

1. Бобков В.Н. Вопросы теории, методологии изучения и оценки качества и уровня жизни населения // Уровень жизни населения регионов России. 2009. №6. С.3-15

2. Капустин Е.И. Уровень, качество и образ жизни населения России. М., 2011

. Качество и уровень жизни населения в условиях глобального кризиса // Уровень жизни населения регионов России. 2009. №8-9. С.3-34

. Кремлев Н.Д. Проблемы оценки уровня жизни населения // Вопросы статистики. 2007. №8. С.18-23

. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2009