

Е. И. Рассказова

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В НАУКАХ О ЧЕЛОВЕКЕ

В статье рассматриваются особенности представлений о качестве жизни в различных науках о человеке (психологии, медицине и здравоохранении, экономике и социологии) и соответствующие им требования к методам диагностики. Дается обзор основных типов диагностических инструментов (популяционные индикаторы и индексы, стандартизированные опросники, индивидуализированные техники), обсуждаются их возможности и ограничения.

Ключевые слова: качество жизни, субъективное благополучие, удовлетворенность, здоровье, науки о человеке, диагностика, оценка, методы.

The paper is devoted to approaches to the quality of life in different human sciences (psychology, medicine, economics, sociology) and demands to the methods of the diagnostics. Major types of diagnostic instruments (population-based indicators and indexes, standardized questionnaires, individualized techniques) are reviewed; their strengths and limitations are discussed.

Key words: quality of life, subjective well-being, satisfaction with life, health, human sciences, diagnostics, assessment, methods.

Качество жизни (КЖ) — междисциплинарное понятие, входящее в круг интересов таких наук о человеке, как психология, экономика, социология, медицина и здравоохранение. Различия в теоретических и прикладных задачах этих дисциплин приводят к разным определениям и моделям КЖ, а также к выдвижению разных критериев его диагностики. Согласно Р. Шэлоку (Schalok, 2004), можно выделить более 100 определений КЖ — как глобальных (обычно делающих акцент на счастье и удовлетворенность или связывающих КЖ со здоровьем), так и структурных (определяющих КЖ через его компоненты или домены). Для оценки КЖ предложено около 1200 различных инструментов (Pic et al., 2010), а одна из самых масштабных баз данных (*ProQolid*) включает более 700 их описаний. Если говорить о типах методов диагностики качества жизни, то 22% относятся к общим методикам, 18% оценивают отдельные измерения или домены КЖ, около 46% специфичны для какой-либо

Рассказова Елена Игоревна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, ст. науч. сотр. ф-та психологии ГУ ВШЭ. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Исследование осуществлено в рамках программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2012 г.

болезни или группы людей, 10% связаны с экономической оценкой полезности (сравнительной эффективности различных вложений ресурсов для повышения КЖ), 1% — индивидуализированные методики и техники. В России многие методы оценки КЖ либо неизвестны, либо переводятся и применяются стихийно, без учета специфики задач, для решения которых они были разработаны, и требований к диагностике. На этом фоне особую актуальность приобретают задачи обзора и систематизации материалов.

В данной статье будут рассмотрены представления о КЖ в различных науках о человеке и соответствующие им требования к методам диагностики; основные типы, возможности и ограничения инструментов диагностики КЖ; базы данных по соответствующим инструментам.

Представления о качестве жизни и его диагностике в науках о человеке

В *психологии* КЖ обычно рассматривается как синоним субъективного благополучия или, более узко, его когнитивной составляющей — удовлетворенности жизнью (Pis et al., 2010). Основная задача диагностики при этом — выявление общего уровня субъективного благополучия отдельного человека, обычно без учета объективной ситуации, а структура диагностического инструмента задается предпочитаемой исследователем теоретической моделью.

В *медицине*, в отличие от психологии, КЖ рассматривается как понятие более глобальное по сравнению с субъективным благополучием и удовлетворенностью, тесно связанное со здоровьем. Часто используют даже термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (Sirgy et al., 2006). При этом и здоровье, и КЖ понимаются в логике определения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как состояние физического, психологического и социального благополучия. При диагностике КЖ большое внимание уделяется сопоставлению субъективных и объективных показателей, оценке влияния здоровья на разные сферы жизни, а также оценке динамики состояния в разных сферах.

Понимание КЖ в *здравоохранении* в целом соответствует медицинскому пониманию, но с той оговоркой, что имеется в виду КЖ в популяции или группе людей. Преобладают объективные эпидемиологические показатели заболеваемости, распространенности болезней, относительного риска и т.п., а также интегральные показатели, основанные на использовании шкалы интервалов (например, индекс продолжительности жизни с учетом ее качества — *QALY*). Основания для выбора индикаторов и расчета индексов задаются не теоретическими моделями, а задачами практики.

В *экономике и социологии* понятие КЖ связано с необходимостью охарактеризовать те составляющие благополучия населения и социальных процессов, которые не сводятся к финансовому благосостоянию.

В социологии речь идет об оценке социальных процессов, стоящих за теми или иными экономическими изменениями. В экономике термин КЖ характеризует меру благополучия населения, не объясняемую величиной валового внутреннего продукта и связанную с нерыночной активностью (например, нелегальной) и неэкономическими факторами (например, особенностями культуры). При диагностике предпочтение отдается популяционным индексам, позволяющим учесть как объективные, так и субъективные показатели, а также дающим возможность принимать политические и финансовые решения.

Инструменты диагностики качества жизни

В обзоре теоретических и философских оснований КЖ (А. Михалос, см.: Sirgy et al., 2006) дается 15 возможных критериев, теоретически позволяющих создать более 200 000 (!) принципиально разных измерительных систем. В целом можно предложить следующую классификацию методов диагностики КЖ, основанную на таких ключевых критериях, как субъективность/объективность, популяционность/индивидуальность диагностики, интегральность/структурность методов (табл. 1). Рассмотрим подробнее разные типы инструментов диагностики КЖ.

Диагностика КЖ в популяционных исследованиях

Исторически диагностика КЖ популяции производилась при помощи отдельных показателей — так называемых индикаторов, в первую очередь объективных. С появлением данных о несоответствии субъективной и объективной оценки в социологии и экономике все большее распространение получили субъективные показатели. Преимуществом диагностики при помощи отдельных индикаторов является ее детализированный характер и ориентированность на конкретные практические нужды, но остается открытым вопрос о выборе и сочетании субъективных и объективных показателей. Невозможно и их сравнение между собой (например, выбор между двумя программами лечения, если их эффективность оценена по-разному). Кроме того, отдельные индикаторы не дают возможности охарактеризовать ситуацию в целом и учесть ее различные аспекты.

Можно выделить три пути преодоления этих ограничений. Первый путь связан с *интегральной оценкой «удовлетворенности жизнью» и «счастьем»*. Исследования этой темы, как правило, основанные на ответах испытуемых на единственный вопрос о счастье или благополучии, часто подвергались критике за субъективность, зависимость от языка и культуры, а также за то, что они характеризуют скорее доминирующее представление о жизни, чем собственно КЖ. Кроме того, использование единственного показателя не обеспечивает достаточной надежности результатов.

Таблица 1

Классификация инструментов диагностики качества жизни (КЖ)

Инструменты диагностики КЖ	Критерии классификации		
	Популяционность / индивидуальность	Субъективность / объективность	Интегральность / структурность
<i>Тип I. Диагностика КЖ в популяционных исследованиях (экономика, социология, здравоохранение)</i>			
Отдельные эпидемиологические показатели и индикаторы	П	О, С	ЭС
Субъективная оценка счастья и благополучия	П, И	С	И
Индексы КЖ	П, И, ИЗ	О, С	И
<i>Тип II. Опросниковые методы диагностики КЖ и благополучия (психология, медицина)</i>			
Стандартизированные опросники оценки здоровья и КЖ	И	С, ОЗ	ЭС
Стандартизированные опросники оценки здоровья и КЖ со «взвешиванием» доменов	И, П	С, ОЗ	И, ЭС
Стандартизированные опросники оценки субъективного благополучия, счастья и удовлетворенности жизнью — интегральная оценка	И, П	С	И
Стандартизированные опросники оценки субъективного благополучия, счастья и удовлетворенности жизнью — профили	И	С	ТС
Методики, специфичные для болезни	ИЗ	С, ОЗ	ЭС
<i>Тип III. Индивидуализированные инструменты и интервью (психология, медицина)</i>			
Нарративные техники, разработанные для выявления критериев субъективных оценок	ИЗ	С-К	ЭС, ТС
Индивидуализированные инструменты	ИЗ	С	ЭС
<i>Тип IV. Методы процессуальной оценки КЖ и благополучия (психология, медицина)</i>			
Ретроспективная оценка при помощи дневников, позволяющая подробно восстановить некоторый период времени жизни испытуемых	ИЗ, И	ОЗ, С	ЭС, ТС
Непосредственная оценка состояния и благополучия в течение дня (например, метод отбора переживаний)	ИЗ, И	ОЗ, С	ЭС, ТС

Условные обозначения:

- Популяционность/индивидуальность: П — популяционные инструменты, ориентированы на оценку в популяции; И — индивидуальные, ориентированы на оценку индивида; ИЗ — индивидуализированные, ориентированы на оценку группы или конкретного индивида с учетом их уникальных особенностей и предпочтений.
- Субъективность/объективность: О — объективные показатели; ОЗ — «объективизированная» оценка (субъективная по содержанию), осуществляется по внешним критериям, доступным наблюдателю; С — субъективная оценка; С-К — субъективная оценка с эксплицитными критериями (эксплицитно задаются или проясняются критерии «краев» шкалы).
- Интегральность/структурность: И — интегральные показатели; ЭС — эмпирическая структура (структура шкал/доменов задается эмпирически и в соответствии с практическими задачами); ТС — теоретическая структура (структура шкал задается теоретически в соответствии с моделью).

Второй путь основан на разработке *индексов КЖ*, объединяющих серию экономических показателей. Например, в 2005 г. компания *Economist Intelligence Unit* предложила следующий индекс качества жизни (*Quality of Life Index* — см.: http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf). На первом этапе при помощи регрессионного анализа выявлялись экономические показатели, позволяющие предсказать субъективную удовлетворенность жизнью в разных странах. На основе оставшихся 9 частных показателей (например: здоровье — ожидаемая продолжительность жизни при рождении; семейная жизнь — уровень разводов; климат и география — различие между странами с теплым и холодным климатом; и т.п.) рассчитывался индекс КЖ от 1 до 10. Преимуществом такого рода индексов является возможность интегральной оценки, совмещающей субъективные и объективные показатели. Однако выбор и «взвешивание» индикаторов в структуре индекса основаны на социальных конвенциях и нередко не соответствуют ни распространенным определениям КЖ, ни конкретным практическим задачам.

Третий путь связан с созданием *индексов, основанных на предпочтениях*, позволяющих сравнивать разные ситуации и состояния на одной шкале. Наиболее распространенный при оценке качества жизни способ (Cohen, Henderson, 1991) — это анализ «затрат-полезности» (*cost-utility analysis* — *CUA*), при котором либо исследуется, как достичь максимальной выгоды при конкретном доступном бюджете, либо зафиксирована цель (какая выгода нужна), и нужно определить путь к ней с минимальными затратами. Цель измеряется при помощи особого показателя лет жизни с учетом ее качества (индекс *QALY* — *quality-adjusted life years*). Поскольку год жизни, наполненный болью и неспособностью передвигаться, не то же самое, что год здоровой и активной жизни, при расчете *QALY* создается шкала предпочтений состояний: год жизни «взвешивается» с учетом ее качества. Основное достоинство индекса в том, что его можно применять к любым людям и при любых заболеваниях (что позволяет сравнивать их между собой), как для популяционной, так и для индивидуализированной оценки. Однако результаты расчета *QALY* существенно различаются в зависимости от того, на чьем мнении (популяции, экспертов, больных) основана оценка, как и когда она проводилась (например, при возникновении паралича люди испытывают серьезные трудности, но довольно быстро переходят к значительно более спокойной оценке своего состояния), какие сферы оценивались (Drummond et al., 2009; Smith et al., 2009).

Поскольку *QALY* не позволяет учесть ответы и приоритеты разных групп населения (например, здоровых людей и терминальных больных), недавно начата разработка новой измерительной системы КЖ — информационной системы оценки пациентом результатов лечения и КЖ

(*Patient Reported Outcomes Measurement Information System — PROMIS*. См.: <http://www.nihpromis.org/default.aspx>). Система строится на индивидуальном подборе вопросов в зависимости от предыдущих ответов испытуемого (в основе лежит теория ответов на пункты, *Item Response Theory — IRT*).

Опросниковые методы диагностики КЖ и благополучия

1. *Стандартизированные опросники оценки здоровья и КЖ* основаны на построении профилей качества жизни и здоровья (благополучия в разных сферах). К числу наиболее распространенных относятся краткая версия опросника оценки качества жизни *SF-36 (Medical Outcome Study SF-36 — см.: McDowell, 2006)* и опросник качества жизни ВОЗ (полная версия *WHOQOL-100* и краткая версия *WHOQOL-BREF — ibid*). *SF-36* состоит из 36 пунктов, объединенных в 8 шкал и 2 интегральных показателя — физическое здоровье (шкалы физического функционирования, ролевого физического функционирования, физической боли, общего здоровья) и психологическое здоровье (шкалы витальности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья¹). Полная версия методики *WHOQOL* состоит из 100 пунктов, тогда как краткий опросник КЖ включает 26 пунктов. Краткая версия методики позволяет оценить качество жизни в четырех доменах — физическое здоровье, психологическое качество жизни, социальное качество жизни и окружение. Обе методики апробированы на русском языке с достаточными психометрическими показателями (Бурковский и др., 1995; Новик, Ионова, 2007; Skevington et al., 2004).

Важным ограничением стандартизированных опросников оценки КЖ является их содержательная неоднородность: например, в опроснике *SF-36* смешаны характеристики состояния и удовлетворенности состоянием (например, бодрость, здоровье), оценка трудностей, связанных с состоянием (чему и в какой степени мешало физическое или эмоциональное состояние), а также его динамики (как изменилось физическое состояние за год). Кроме того, выбор доменов для оценки КЖ основан на эмпирических задачах и существенно варьируется от методики к методике. Для преодоления этих трудностей все чаще предлагаются методики, использующие единые критерии оценки (например, в опроснике КЖ и удовлетворенности (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*) оценивается только субъективная удовлетворенность состоянием в каждой сфере (Ritsner et al., 2005), а при

¹ В официальной русскоязычной версии шкала *Vitality* переведена как шкала *жизнеспособности*, шкала *Mental health* — как *психологическое здоровье*. В связи с неоднозначностью толкования обоих терминов мы сохранили дословный перевод названий.

разработке доменной структуры используются масштабные интервью о качестве жизни в норме и патологии (например, так создавалась Шкала качества жизни, *Quality of Life Scale — QOLS*. См.: Burckhardt et al., 2003; Flanagan, 1978).

Поскольку разные домены могут быть в разной степени важны для КЖ, в некоторых случаях оценка КЖ дополняется «взвешиванием» доменов. При этом «веса» либо приписываются самим испытуемым (он оценивает важность каждой сферы, например, в *Quality of Life Inventory*. См.: Frisch, 2006), либо формируются на основе опросов и ранних исследований (например, в *Nottingham Health Profile*. См.: Hunt et al., 1985).

Наконец, для отдельных групп испытуемых и пациентов предложены специфичные для болезни методики оценки качества жизни. С одной стороны, такие методики позволяют учесть уникальные особенности и потребности испытуемых, но, с другой стороны, они не позволяют сравнивать разные группы и заболевания между собой.

2. *Шкалы субъективного благополучия, счастья и удовлетворенности жизнью* — это скрининговые методики, разработанные в психологии для интегральной оценки счастья и благополучия. Наибольшее распространение получили шкалы удовлетворенности жизнью Э. Динера (Diener et al., 1985) и субъективного счастья С. Любомирски (Lyubomirsky, Lepper, 1999). Шкала удовлетворенности жизнью состоит из 5 пунктов и ориентирована на оценку жизни в целом по отношению к некоторому субъективному стандарту или идеалу (например, «У меня есть в жизни то, что мне по-настоящему нужно»). Шкала субъективного счастья состоит из 4 пунктов и позволяет оценить, насколько испытуемый счастлив. В большинстве пунктов критерием является социальное сравнение (например, «По сравнению с большинством сверстников я более или менее счастлив»). Обе шкалы адаптированы на русском языке (Осин, Леонтьев [эл. ресурс]).

3. *Профили субъективного благополучия* близки шкалам предыдущего типа, но включают набор показателей, соответствующих теоретическим моделям. Например, Э. Динер и К. Райан (Diener, Ryan, 2009) выделяют в структуре субъективного благополучия три компонента: удовлетворенность жизнью (интегральная когнитивная оценка), позитивные и негативные эмоции, что подразумевает дополнение его шкалы опросниками оценки эмоций. Методика К. Рифф (Ryff, Keyes, 1995) основана на выделении таких следующих компонентов психологического благополучия, как цели в жизни, положительные отношения с другими, личностный рост, управление окружением, самопринятие и автономия. В России было предложено несколько версий методики К. Рифф (напр.: Пергаменщик, Лепешинский, 2007), однако ни в одном случае психометрические характеристики нельзя признать полными и достаточными.

Индивидуализированные инструменты и интервью

Стандартизированные опросники нередко критиковались за неясность критериев и несоответствие конкретным людям или группам. Существует две группы инструментов и техник, направленных на преодоление этих трудностей.

1. *Нарративные техники*, разработанные для выявления критериев субъективных оценок. Большинство опросников предполагает оценку КЖ по шкале «лучше—хуже», при этом субъективные критерии такой оценки зависят от прошлого опыта, ожиданий, ситуации, личностных особенностей, возраста, пола, культуры и т.п. Одной из наиболее распространенных техник, направленных на выявление имплицитных критериев оценки, является анамнестическая сравнительная самооценка (*Anamnestic Comparative Self-Assessment — ACSA*. См.: Bernheim et al., 2006; Moller et al., 2008). Это качественный метод исследования, при котором испытуемый сам определяет границы оценочной шкалы: его просят рассказать историю о самом лучшем и самом худшем периоде его жизни, а затем оценить свою ситуацию в настоящее время на получившейся шкале. Оценки по ACSA, в отличие от стандартной диагностики, более чувствительны к состоянию больных (в частности, оценки очень низки при терминальных стадиях заболеваний, возрастают после успешных операций по трансплантации и т.п.) и не зависят от социально-демографических характеристик.

2. *Индивидуализированные инструменты*. При использовании индивидуализированных инструментов испытуемый сам выбирает важные для него сферы и затем их оценивает. Наиболее распространены две процедуры: индекс, созданный пациентом (*Patient Generated Index — PGI*. См.: Martin et al., 2007), и схема оценки индивидуального качества жизни (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life — SEIQoL*. См.: Wettergren et al., 2009). Обе процедуры — полуструктурированные интервью, в ходе которых испытуемые называют важные для них сферы, а затем ранжируют их и оценивают их важность (вес). Разница состоит в том, что *PGI* оценивает влияние болезни на КЖ пациента, тогда как *SEIQoL* — КЖ в целом. Результаты оценки при помощи индивидуализированных инструментов коррелируют на среднем или высоком уровне с результатами стандартной оценки общего КЖ, удовлетворенности, психического здоровья и слабо связаны с функциональным статусом, тяжестью заболевания, временем, прошедшим с момента постановки диагноза (ibid). Большинство данных свидетельствует о ретестовой надежности инструментов, тогда как данные об их чувствительности к изменениям КЖ (например, в результате лечения или с течением времени после постановки онкологического диагноза) противоречивы.

Методы процессуальной оценки КЖ и благополучия

В психологии разработка методов процессуальной оценки КЖ связана с развитием так называемых теорий по типу «снизу вверх», согласно которым благополучие не является стабильной характеристикой личности, а задается процессом переживаний в данный момент времени (Diener, Ryan, 2009). В медицине близкие методы были предложены в связи с необходимостью оценить изменения в состоянии пациента с течением времени (McDowel, 2006). Примеры таких методов: ретроспективная оценка, оценка при помощи дневников, а также непосредственная оценка, в частности при помощи метода отбора переживаний (*Experience Sampling Method — ESM*. См.: Experience..., 2006; Sirgy et al., 2006). Испытуемый заполняет серию методик, оценивающих его состояние в разные моменты времени в течение дня, как правило, по сигналу (посланному на телефон или пейджер). Поскольку такие методы носят описательный характер, проверить их надежность и валидность трудно. Тем не менее полученные таким образом результаты связаны с общими оценками состояния за тот же период времени, суточными ритмами и деятельностью человека, что служит некоторым обоснованием валидности.

Всемирные базы данных о статистических показателях здоровья, счастья и удовлетворенности и об инструментах диагностики качества жизни

Объем данной статьи не позволяет нам остановиться подробнее на описании всех инструментов оценки КЖ, их возможностей и ограничений. В табл. 2 приводится обзор ключевых баз, в которых можно найти необходимую информацию по отдельным индикаторам КЖ (статистика по разным странам), социологические данные по счастью и удовлетворенности жизнью (по разным странам) и описание инструментов оценки КЖ и здоровья. Существуют также специфические базы инструментов КЖ (например, для больных раком, больных с нарушениями функционирования), однако их обзор выходит за рамки наших задач.

Таблица 2

Всемирные базы данных по статистическим показателям здоровья, счастья и удовлетворенности и по инструментам диагностики качества жизни (КЖ)

Название базы	Англоязычное название и интернет-адрес	Описание
Базы данных по отдельным индикаторам здоровья и болезни		
Статистика ВОЗ	Сайт ВОЗ http://www.who.int	Всемирная статистика по здоровью, включающая Россию.
<i>EurLIFE</i>	<i>EurLIFE</i> http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityof-life/eurlife/index.php	База данных по различным показателям качества жизни в Европе, основанная на собственных исследованиях фонда (<i>Eurofond</i>) и других опубликованных данных.

Название базы	Англоязычное название и интернет-адрес	Описание
Базы данных по исследованиям удовлетворенности и счастья		
Всемирная база данных счастья	<i>World Happiness Database</i> http://www1.eur.nl/fsw/happiness/	База статистических данных, поддерживаемая Р. Вееenhoеном. Содержит статистические показатели по результатам исследований счастья и благополучия по всему миру.
Всемирное исследование ценностей	<i>World Values Survey</i> http://www.worldvalues-survey.org/	Глобальный проект по исследованию ценностей и представлений людей, изменений этих ценностей со временем, а также социальных и политических изменений. В частности, включает результаты исследований счастья и благополучия в разных странах.
Онлайн базы данных по инструментам оценки КЖ и здоровья		
База данных по инструментам оценки пациентом результатов лечения и КЖ	<i>Patient-reported outcome and Quality of life instruments database (ProQolid)</i> http://www.proqolid.org/	Разработана и поддерживается <i>MAPI Research Institute</i> . Задача базы данных: выявление и описание инструментов оценки пациентом результатов лечения и диагностики КЖ. Содержит более 700 инструментов и описаний, но не включает описание психометрических показателей.
Группа «Доверие медицинским результатам»	<i>Medical outcome trust</i> http://www.outcomes-trust.org/	Разработана <i>Medical outcome trust group</i> с целью универсализации оценки здоровья. В базу данных включены описания инструментов, одобренные научным комитетом группы, и ссылки на официальные сайты.
Корпорация <i>RAND</i>	<i>RAND Health</i> http://www.rand.org/health/surveys_tools.html	Содержит информацию и доступ к методикам оценки здоровья, КЖ и качества ухода за больными, разработанным группой <i>RAND Health</i> .
База данных диагностики в реабилитации	<i>Rehabilitation Measures Database</i> http://www.rehabmeasures.org/Lists/Rehab-Measures/Admin.aspx	Несмотря на то что данная база данных относится к числу специфических, в ней также представлены подробные описания общих методик, включая психометрические показатели.
Американское общество респираторных заболеваний	<i>American Thoracic Society</i> http://qol.thoracic.org/	Как и предыдущая база данных, является специфической (направлена на оценку КЖ при респираторных заболеваниях), однако содержит также описания общих методик, включая психометрические показатели.
Статистические решения	<i>Statistics Solutions</i> http://www.statistics-solutions.com/resources/directory-of-survey-instruments	Содержит перечни и описания исследовательских инструментов, в том числе для оценки здоровья, а также ссылки на авторские сайты. Несмотря на небольшой объем базы, одно из ключевых ее преимуществ — наличие краткого описания психометрических показателей методик.

Выводы: сравнительный анализ инструментов диагностики качества жизни

Подходы к определению и диагностике КЖ в науках о человеке постепенно сближаются, что требует от психологии как овладения инструментарием разных наук, так и понимания основных особенностей, возможностей и ограничений такой диагностики. В настоящее время уже практически невозможно однозначно отнести инструмент, разработанный в рамках экономики или социологии, к популяционным, а в рамках психологии — к субъективным. Соответственно особую актуальность приобретают задачи классификации и сравнения различных методов и процедур.

Проведенный обзор диагностических инструментов позволяет сделать следующие выводы.

1. Многие показатели популяционного уровня (индексы КЖ, субъективная оценка счастья и благополучия) применимы для оценки индивида и позволяют совмещать как объективные, так и субъективные индикаторы. Более того, индекс *QALY* используется даже для индивидуализированной оценки состояния конкретных людей (например, чтобы продемонстрировать конкретному больному «плюсы» и «минусы» разных методов лечения). К числу ключевых преимуществ этих методов относятся возможность интегральной оценки и сопоставления КЖ разных испытуемых и в разных условиях. В случае субъективной оценки КЖ при помощи одного пункта встает вопрос о надежности и валидности. Индекс *QALY* позволяет преодолеть эти трудности, но сильно зависит от того, на чьих представлениях, какими методами строится шкала оценки и из каких доменов она состоит.

2. Опросниковые методы ориентированы преимущественно на оценку КЖ конкретных индивидов, хотя опросники со «взвешиванием» доменов и скрининговые шкалы часто используются в популяционных исследованиях. «Взвешивание» доменов и разработка специфичных для болезни инструментов позволяет производить индивидуализированную оценку, учитывающую особенности конкретных людей и групп испытуемых. Методы, предполагающие выделение доменов или сфер КЖ, удобны для практики, хотя структура доменов может сильно варьироваться от методики к методике. Наиболее распространена диагностика КЖ в соответствии с определением ВОЗ. В этом случае выделяются физический, психологический и социальный домены. Методы, основанные на теоретических представлениях, открывают возможности для учета качественных характеристик субъективного благополучия (представлений о счастье, видов благополучия и т.п.), недоступных при использовании других инструментов. Несмотря на то что во всех случаях использование опросников подразумевает субъективную оценку, мера «субъективности» и форма оценки существенно варьируются: от прямой

оценки состояния или удовлетворенности до «объективизированных» способов оценки в соответствии с внешними критериями (например, может ли испытуемый бежать больше 5 минут или в какой мере его здоровье мешает ведению домашнего хозяйства).

3. Особый интерес представляет группа методов, разработанных для преодоления ограничений популяционных индексов и опросниковых методик. Сюда относятся техники процессуальной оценки КЖ и благополучия, позволяющие оценить изменчивость этих характеристик. Одни из этих техник разработаны в соответствии с процессуальными теориями субъективного благополучия, тогда как другие ориентированы на практические требования — необходимость учета динамики состояния человека. Существует целая серия надежных индивидуализированных инструментов диагностики КЖ отдельного человека и влияния болезни на его жизнь. Дополнение опросников нарративными техниками выявления критериев субъективной оценки обеспечивает большую точность и чувствительность инструментов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни // Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека / Под ред. А.В. Шаброва, В.Г. Маймулова. СПб., 1995. С. 27—28.

Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине М., 2007.

Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия // Мат-лы III Всероссийского социологического конгресса (Москва, 21—24 октября 2008 г.). URL: <http://www.hse.ru/data/2010/03/15/1228959627/%D0%9E%D1%81%D0%B8%D0%BD,%D0%9B%D0%B5%D0%BE%D0%BD%D1%82%D1%8C%D0%B5%D0%B2%202008.pdf>

Пергаменник Л.А., Лепешинский Н.Н. Опросник «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф: процесс и результаты адаптации // Психол. диагностика. 2007. № 3. С. 73—97.

Bernheim J.L., Theuns P., Mazaheri M. et al. The potential of anamnestic comparative self-assessment (ACSA) to reduce bias in the measurement of subjective well-being // J. of Happiness Studies. 2006. Vol. 7. P. 227—250.

Burckhardt C.S., Anderson K.L., Archenholtz B., Haegg O. The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of construct validity // Health and Quality of Life Outcomes. 2003. Vol. 1. N 59. URL: <http://www.biomedcentral.com/1477-7525/1/59>

Cohen D.R., Henderson J.B. Health, prevention and economics. Oxford: Oxford University Press, 1991.

Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The Satisfaction with Life Scale // J. of Personality Assessment. 1985. Vol. 49. P. 71—75.

Diener E., Ryan K. Subjective well-being: A general overview // South African J. of Psychology. 2009. Vol. 39. P. 391—406.

Drummond M., Brixner D., Gold M. et al. Toward a consensus on the QALY // Value in Health. 2009. Vol. 12. Sup. 1. P. S31—S34.

Experience Sampling Method: Measuring the quality of everyday life / Ed. by J.M. Hektner, J.A. Schmidt, M. Csikszentmihalyi. Thousand Oaks, CA, 2006.

Flanagan J.C. A research approach to improving our quality of life // Amer. Psychologist. 1978. Vol. 33. P. 138—147.

Frisch M. Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken, NJ, 2006.

Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists // J. of the Royal College General Practitioners. 1985. Vol. 35. P. 185—188.

Ilic I., Milic I., Arandelovic M. Assessment quality of life: current approaches // Acta Medica Mediana. 2010. Vol. 49. N 4. P. 52—60.

Lyubomirsky S., Lepper H. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation // Social Indicators Res. 1999. Vol. 46. P. 137—155.

Martin F., Camfield L., Rodham K. et al. Twelve years' experience with the Patient Generated Index (PGI) of quality of life: A graded structured review // Quality of Life Res. 2007. Vol. 16. P. 705—715.

McDowel J. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. N.Y., 2006.

Moller V., Theuns P., Erstad I., Bernheim J. The best and the worst times of life: narratives and assessments of subjective well-being by anamnestic comparative self-assessment (ACSA) in the Eastern Cape, South Africa // Social Indicators Res. 2008. Vol. 89. P. 1—22.

Ritsner M., Kurs R., Gibel A. et al. Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients // Quality of Life Research. 2005. Vol. 14. P. 1693—1703.

Ryff C., Keyes C. The structure of psychological well-being revisited // J. of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P. 719—727.

Schalok R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know // J. of Intellectual Disability Res. 2004. Vol. 48. N 3. P. 203—216.

Sirgy M.J., Michalos A.C., Ferris A.L. et al. The quality of life (QOL) research movement: Past, present and future // Social Indicators Res. 2006. Vol. 76. P. 343—466.

Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group // Quality of Life Res. 2004. Vol. 13. P. 299—310.

Smith M.D., Drummond M., Brixner D. Moving the QALY forward: Rational for change // Value in Health. 2009. Vol. 12. Sup. 1. P. S1—S3.

Wettergren L., Kettis-Lindblad A., Sprangers M., Ring L. The use, feasibility and psychometric properties of an individualized quality of life instrument: A systematic review of the SEIQoL-DW // Quality of Life Res. 2009. Vol. 18. P. 737—746.

Поступила в редакцию
19.03.12