

по пути улучшения состояния здоровья, но в то же время значительное число стран во все большей степени отстают по этим показателям или теряют прежние позиции. Старение населения и последствия плохо управляемой урбанизации и глобализации способствуют ускорению темпов распространения инфекционных болезней во всем мире и увеличивают бремя хронических неинфекционных заболеваний. Широко распространенное явление, когда у многих людей наблюдается комплекс симптомов и множество болезней, требует от системы медицинского обслуживания разработки методов более интегрированного и комплексного ведения пациентов. В мире действует сложное переплетение взаимосвязанных факторов, включая постепенный, но долговременный рост доходов и численности населения, изменение климата, проблемы, связанные с продовольственной безопасностью, и социальную напряженность, каждый из которых будет иметь вполне определенные, но в значительной степени непредсказуемые последствия для состояния здоровья в ближайшие годы [14]. Наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинской помощи, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди, располагающие самыми скудными средствами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть [11]. В странах, как с высокими, так и с низкими доходами государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным [15]. Чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов и узкая направленность многих программ борьбы с заболеваниями препятствуют внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных лиц и семей, охватываемых этими программами, и не учитывают необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи [13]. Медицинские услуги, предоставляемые малоимущим и маргинализированным группам населения, нередко в высшей степени фрагментированы и в значительной степени не обеспечены ресурсами, причем помощь, предоставляемая на цели развития, нередко лишь усиливает эту фрагментацию [11]. Причины неравенства в уровне здоровья очень часто кроются в социальных условиях, не зависящих непосредственно от системы здравоохранения.

Выделяемые системами здравоохранения ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг, и при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики, которая может путем предупреждения почти на 70% сократить бремя болезни [10]. Оптимальные результаты по предотвращению потерь населения, в том числе, от болезней системы кровообращения возможны при эффективной работе каждого уровня организации медицинской помощи (первичная, специали-

зированная, высокотехнологичная и комплекс своевременных этапных реабилитационных мероприятий) при координации оперативного межуровневого взаимодействия [9].

Список литературы

1. Богорубова Т.А. Социальные аспекты образа жизни и здоровья населения: автореф. дис. ... канд. соц. наук. – Саратов, 1994. – 20 с.
2. Власов В.В. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации / В.В. Власов, К.Д. Данишевский, Е.А. Корнышева, А.В. Саверский // Электрон. дан. Режим доступа URL: <http://www.rspor.ru/mods/news/docs/VlasovVV.pdf> (дата обращения 28.09.2015).
3. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1. – С. 1174-1177.
4. Национальные клинические рекомендации / под ред. Р.Г. Оганова. СПб.: 2-е изд. М.: СилицияПолиграф, 2009. – 528 с.
5. Петрухин И.С., Лунина Е.Ю. Актуальные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. – Т. 10. – № 1. – С. 3-8.
6. Сазанова Г.Ю. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Саратовской области // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 144-146.
7. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. ВОЗ, 1998. – 43 с.
8. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения России // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126-137.
9. Цыцорина И.А. Влияние системы охраны здоровья населения на уровень и причины смертности / И.А. Цыцорина, Е.А. Финченко, Д.А. Хоптян, О.Б. Левин // Сб. науч. тр. Всероссийской научно-практической конференции 30–31 мая 2006 г. М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2006. – С. 122-124.
10. Fries J. F Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services // New England Journal of Medicine. – 1993. – Vol. 329. – P. 321-325.
11. Hart T. The inverse care law // Lancet. – 1971. – № 1. – P.405-412.
12. Poverty, health and the human future. Address by Dr Jim Yong Kim, World Bank Group President, to the Sixty-sixth World Health Assembly. Geneva, 21 May 2013 // Электрон. дан. Режим доступа URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149685/1/A66_DIV7-en.pdf?ua=1 (дата обращения 30.04.2015).
13. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective // HealthPolicy. – 2002. – Vol. 60. – P. 201-218.
14. The world health report 2008: primary health care now more than ever. – Geneva, World Health Organization, 2008.
15. World development report 2004: making services work for poor people. – Washington DC (The World Bank), 2003. – 351 p.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РЕЛЕВАНТНОГО ЗДОРОВЬЮ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Шмеркевич А.Б., Кром И.Л., Еругина М.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им.
В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов,
e-mail: irina.crom@yandex.ru;

Центр Медико-социологических исследований,
Саратов

По определению А.А. Новик, «качество жизни – это интегральная характеристика физического, социального и психологического

функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» [1]. Понятие «качество жизни» в настоящее время широко используется в здравоохранении развитых зарубежных стран и является одним из ключевых в современной медицине.

В 1960-70-х годах в медицинской литературе сформировалось мнение о том, что результаты клинических и параклинических методов исследования не представляют полную картину болезни. Было доказано, что болезнь влияет не только на соматическое состояние человека, но и на его социальное поведение, эмоциональные реакции, часто изменяя его место и роль в социальной жизни, а потому эффективная помощь больному невозможна без всестороннего изучения социальных факторов болезни [2].

Исследование качества жизни позволяет изучать сложную картину субъективных переживаний больного, вызванных болезнью и определить влияние болезни и лечения на соматическое, психологическое, эмоциональное состояние больного. «Качество жизни» отражает социальное благополучие и соматически детерминированное сокращение социальных ролей, психологическое благополучие, интеллектуальный фон, физическое благополучие и ограничение жизнедеятельности [3]. Подобный подход включает не только динамику заболевания, но и психологическое взаимодействие с социумом, полноценное социальное функционирование [4].

По мнению В.И. Петрова и Н.Н. Седовой суммарный показатель качества жизни, релевантного здоровью, включает три основных составляющих:

1. Основные функции организма: толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, интеллектуальную деятельность.

2. Клинический симптомокомплекс, определяемый основным (сопутствующим) заболеванием или его лечением.

3. Психоземotionalное состояние, которое находится в прямой зависимости от течения патологического процесса, психологического контакта с врачом и обществом, режима выполнения лечебных и диагностических мероприятий, удовлетворения медицинской помощью [5].

Улучшение качества жизни в большинстве стран мира относится к числу приоритетных задач в оказании паллиативной помощи онкологическим больным [6]. Интерес к изучению качества жизни у онкологических больных объясняется следующими факторами:

- повышенным вниманием к отдаленным результатам лечения;
- растущим значениям терапии, направленной на улучшение функции, а не выздоровление.

Качество жизни онкологических больных зависит от многих факторов, среди которых процесс болезни, проводимое лечение, а также раз-

личные симптомы, обусловленные как болезнью, так и противоопухолевой терапией [7]. Уровень качества жизни больного является важнейшим по значимости показателем в современной онкологической практике, опережая при этом безрецидивную (скоррегированную) выживаемость и уровень первичного опухолевого ответа [8].

К факторам, влияющим на качество жизни онкологических больных, относятся стадия, симптоматика, осложнения болезни и осложнения проводимого лечения [9, 10].

В Центре медико-социологических исследований (г. Саратов) проводится многолетнее исследование качества жизни больных с хроническими неинфекционными заболеваниями [11]. В данное исследование качества жизни больных с онкологическими заболеваниями, были включены 417 женщин трудоспособного возраста, страдающих раком молочной железы. Большинство респондентов (70%) – женщины до 50 лет. Контрольную группу составили клинически здоровые респонденты.

Исследование качества жизни проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100) [12: С. 454-484]. Статистическая достоверность различия средних двух групп (клинически здоровые и больные) определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Статистически значимое различие средних значений у онкологических больных и клинически здоровых респондентов было выявлено нами в субсферах: F1 «Боль и дискомфорт», F3 «Сон и отдых», F9 «Подвижность», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F18 «Финансовые ресурсы», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование».

Снижение показателей качества жизни больных респондентов в указанных сферах соматически детерминировано.

В «Психологической» сфере, в сферах «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовной» сфере различия в показателях качества жизни больных при онкологических заболеваниях и клинически здоровых лиц статистически незначимы.

Статистически значимое различие средних значений качества жизни в субсферах «Физическая боль и дискомфорт», «Сон и отдых», «Подвижность», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе», «Финансовые ресурсы», «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» при анализе показателей качества жизни клинически здоровых респондентов и больных, страдающих онкологическими заболеваниями, связано с влиянием болезни и неэффективной социализацией.

Полученные результаты позволяют рассматривать качество жизни, определённое на основании опросника ВОЗ КЖ-100, как самостоятельный и объективный многофакторный показатель соматического состояния и условий социального функционирования больных при онкологическом заболевании.

Список литературы

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: ИД Нева, 2002. – 320 с.
2. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. Washington, NAP, 1999. 130 p.
3. Оценка качества жизни больного в медицине / Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10-13.
4. Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии. – Тверь, 2000. – 96 с.
5. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград : Издатель, 2001. – 94 с.

6. Herzog T.J., Wright J.D. The impact of cervical cancer on quality of life the components and means for management // Gynecological oncology. 2007. Vol. 107 (3). P. 572-577.

7. Борисов К.Е. Качество жизни больных раком молочной железы в процессе противоопухолевого лечения: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14. – Уфа, 2004. – 21 с.

8. Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation / Badgwell B.D., Smith K., Liu P. [et.al.] // Support Care in Cancer. – 2009. – Vol. 17 (6). – P. 727-734.

9. Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment / Le T., Leis A, Pahwa P. [et al.] // Gynecological oncology. – 2004. – Vol. 92(3). – P. 839-844.

10. Sun C.C., Ramirez P.T., Bodurka D.C. Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer // Nature Clinical Practice. Oncology. – 2007. – Vol. 4. – P. 18–29.

11. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Векторы оптимизации качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. Т.11. – №1. – С. 62-65.

12. Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.

Педагогические науки

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ
ДИЗАЙНЕРА С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ
ЕГО УСЛУГ**

Марченко М.Н. Федосеева А.А.

КубГУ, Краснодар, e-mail: marinalhg@yandex.ru,
fedosееva_alenka@mail.ru

Почти все начинающие дизайнеры сталкиваются с проблемой правильных переговоров с заказчиком. Не каждый дизайнер понимает, насколько важно грамотное и конструктивное общение со своим будущим работодателем, не применяет психологических уловок и дизайнерских хитростей. Незнание этих принципов приводит к печальным последствиям: заказчик не оплачивает готовый дизайн-проект, прекращает общение с дизайнером, уже начавшим работать над его проектом, платит гораздо меньшие суммы денег или же требует выполнить больший объем работы, чем оговаривалось ранее [1; 2]. Данная статья поможет начинающим дизайнерам не столкнуться с подобными проблемами, следуя некоторым этапам работы с заказчиком и учитывая все нюансы, описанные ниже.

Цель исследования состоит в том, чтобы помочь начинающим дизайнерам эффективно решать проблемы в общении с заказчиками. Материал и методы исследования заключаются в том, чтобы обозначить проблемы, возникающие при общении дизайнера с заказчиком, а так же в поисках методов их решения.

Наиболее важным этапом работе дизайнера и заказчика на этапе предоставления им задания является первая встреча, на которой дизайнер сможет наблюдать реакции, психическое состояние заказчика, а так же оценить качество его художественного вкуса. Крайне важно определить, насколько серьезно заказчик относится к будущему сотрудничеству и насколько готов доверять выбранному профессионалу [3]. Очень важно, чтобы дизайнер как можно более полно

представил себе образ жизни заказчика, создал его психологический портрет и даже понял его характер. Ведь именно характер и образ жизни являются определяющими факторами при создании будущего дизайн-проекта [4].

Спокойная и уверенная речь дизайнера, а так же его опрятный вид вызовет у заказчика уважение и отношение к нему как к профессионалу. Дизайнеру не следует надевать на встречу с заказчиком кричащую, яркую, открытую одежду, которая может вызвать у заказчика неправильные ассоциации. Деловая закрытая одежда нейтральных цветов подойдет для беседы с потенциальным работодателем лучше всего [5].

Так же при первой встрече с заказчиком необходимо предоставить свое портфолио в печатном варианте или на электронном носителе (на планшетном компьютере или ноутбуке) в формате .pdf. Портфолио сформирует у заказчика представление об умениях дизайнера, предостережет от недопонимания с обеих сторон. Заказчик уже будет знать, на что способен дизайнер, какими навыками он обладает, какой результат работы следует ожидать.

Перед началом работы необходимо предоставить заказчику «Техническое задание на разработку дизайн-проекта». Во время первой консультации следует предложить ему заполнить «Техническое задание на разработку дизайн-проекта». Этот важнейший документ является отправной точкой при разработке дизайн-проекта и позволит дизайнеру полнее понять предпочтения заказчика. В «Техническом задании» должны быть указаны основные требования к будущему проекту по стилистике, цветовому решению, сроки выполнения работ, а также контактные данные заказчика.

Далее следует взять предоплату и обсудить цену услуг дизайнера. Взяв часть денег с заказчика, дизайнер может быть уверен в активной заинтересованности своего работодателя в по-