

МЕТОДИКА И МЕТОДОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

УДК: 159.923.2

doi: 10.11621/vsp.2020.01.04

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ВСЛЕДСТВИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**О. Н. Арестова¹, Г. А. Осипян², Г. Д. Взорин¹,
И. В. Малиновская¹, М. В. Маслова¹**

¹ МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия.

² Научно-исследовательский институт глазных болезней, Москва, Россия.

Для контактов. E-mail: arestova@mail.ru

Актуальность. Исследования качества жизни (КЖ) являются одним из самых актуальных направлений психологического и медицинского изучения. При огромном количестве западных исследований в области КЖ, связанного со здоровьем, они крайне малочисленны в отечественной науке, а специализированные исследования КЖ в связи с проблемами зрения практически отсутствуют.

Цели:

1. Разработка специализированной русскоязычной анкеты КЖ в связи с нарушениями зрительной функции и проведенным лечением.

2. Исследование соотношения субъективной оценки общего состояния офтальмологических пациентов и их зрительной функции вследствие заболевания, ожиданий в отношении лечения и субъективной оценки эффектов лечения.

Методика и выборка. Пилотное исследование проведено с использованием разработанной специализированной анкеты КЖ при нарушении зрения, включающей три блока вопросов. Первый блок посвящен оценке состояния различных компонентов зрительной функции до лечения, второй блок оценивает ожидания респондента в адрес различных эффектов лечения, в третьем блоке оцениваются полученные вследствие лечения

результаты. Респонденты — 19 пациентов с диагнозом кератоконус с различной степенью потери зрения.

Результаты. Подтверждена диагностическая ценность разработанной анкеты, выявлены способы ее доработки до уровня стандартизованного опросника КЖ, произведено соотнесение трех блоков (априорная оценка ожидания в отношении лечения, оценка результатов лечения), изучен динамический аспект КЖ. Субъективная оценка состояния зрения до и после лечения не связана с объективными показателями зрения и предположительно детерминирована личностными характеристиками респондента. Ожидания пациентов в отношении лечения имеют мало-дифференцированный и субъективный характер. Отмечается априорная недооценка лично значимых составляющих КЖ, а инструментальные аспекты переоцениваются.

Выводы:

1. Разработанная анкета обнаружила чувствительность в отношении изучаемых феноменов субъективных оценок. Более широкое применение методики требует проведения процедур стандартизации и оценки валидности.
2. Оценки респондентами состояния собственной зрительной функции до и после лечения имеют крайне субъективный характер и мало связаны с объективными показателями остроты зрения.
3. Психологически важным эффектом лечения, хотя и недооцениваемым пациентами априорно, является разработка жизненных планов, появление позитивной временной перспективы, улучшение эмоционального состояния и самоотношения.

Ключевые слова: качество жизни, зрительная функция, субъективные оценки, объективные результаты лечения, динамика качества жизни.

Для цитирования: Арестова О.Н., Осипян Г.А., Взорин Г.Д., Малиновская И.В., Маслова М.В. Методика исследования качества жизни в связи с нарушениями зрительной функции // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2020. № 1. С. 55–76. doi: 10.11621/vsp.2020.01.04

Поступила в редакцию 19.11.2019 / Принята к публикации 22.01.2020

QUALITY OF LIFE IN RELATION TO IMPAIRED VISUAL FUNCTION AND THE RESULTS OF SURGERY

*Olga N. Arestova**¹, *Grigoriy A. Osipyan*², *Gleb D. Vzorin*¹, *Irina V. Malinovskaya*¹, *Margarita V. Maslova*¹

¹ *Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology, Moscow, Russia*

² *Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia*

*Corresponding author: E-mail: arestova@mail.ru

Relevance. Studies of Quality of Life (QOL) are among the most topical concerns for both psychological and medical research. Although there are many studies abroad, very few have been done in Russia, and with regard to QOL in relation to vision problems they are practically non-existent.

Objectives:

1. To develop a Russian-language questionnaire for QOL in relation to vision disorders and the results of their treatment.
2. To measure the relationship among a priori subjective estimations of visual function, expectations of treatment results, and estimations of treatment effects.

Method. A pilot investigation was conducted using a questionnaire that we devised for QOL in relation to vision impairment. It included three informational blocks: The first was devoted to a priori estimations of visual problems; the second integrated the patient's expectations concerning different effects of treatment, and the last estimated the treatment results. Nineteen patients with keratoconus took part in the research.

Results. The diagnostic value of the method we developed was empirically confirmed. Ways to fine-tune it to the level of a standardized questionnaire were identified. The comparisons among a priori subjective estimations of visual function, expectations of treatment results, and estimations of treatment effects make it possible to describe the dynamics of QOL. It was shown that subjective estimations of vision are not related to the objective quality of vision and are probably determined by personality characteristics. Respondents' treatment results expectations were found to be quite generalized. There are some differences between expectations and estimations of treatment effects: The respondents usually a priori overvalued the instrumental results of the treatment and underestimated the personality-oriented ones.

Conclusions.

1. The questionnaire could be used for QOL investigations. This method could be widely used after appropriate standardization procedures are introduced.
2. Subjective estimations of visual function are not related to the objective quality of vision and are probably determined by personality characteristics.

3. Among the most significant effects of treatment, even though underestimated a priori by the patients, concerned the following aspects of QOL: a positive future-time perspective, life planning, emotional status, and self-conception.

Keywords: quality of life, visual function, subjective estimations, objective treatment results, quality of life development

For citation: Arestova, O.N., Osipyan, G.A., Vzorin, G.D., Malinovskaya, I.V., & Maslova, M.V. (2020). Quality of life in relation to impaired visual function and the results of surgery. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya [Moscow University Psychology Bulletin]*, 1, pp. 55–76. doi: 10.11621/vsp.2020.01.04

Received: November 19, 2019 / Accepted: January 22, 2020

Введение

Актуальность исследования качества жизни (КЖ) — Quality of Life (QOL) и развитие соответствующих методик обусловлены «поворотом» сферы интересов психологов-исследователей от преимущественно негативных, проблемных аспектов психического функционирования к аспектам, связанным скорее с психологическим благополучием и благоприятным развитием. Первые исследования в этом направлении были преимущественно обобщенными и в основном ориентированными на объективные условия, однако очень скоро основной акцент сместился в стороны субъективных оценок. Так, в работах Н.М. Брэдберна (Bradburn, Caplovitz, 1965; Словарь..., 2016) использован показатель эмоционального баланса, правда, довольно упрощенно понимаемого. В дальнейших исследованиях (Abbey, Andrews, 1985; Новик, Ионова, 2002) были выделены отдельные составляющие КЖ, в значительной мере обесценивающие поиск интегрального показателя. Тем не менее в документах ВОЗ (Здоровье-21, 1999) представлено определение КЖ как «оптимального состояния и степени восприятия отдельными людьми и обществом в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные социальные) в достижении благополучия и самореализации».

Уже в первых дифференцированных исследованиях в качестве значимой составляющей оценки КЖ была выделена оценка здоровья (качество жизни, связанное со здоровьем) (Словарь..., 2016; Новик, Ионова, 2002). Нарастание массива данных и их продуктивная интеграция в решение практических задач сопровождалась растущим интересом к тематике как со стороны психологов-исследователей, так и со стороны представителей других профессий — социологов, политиков, экономистов и врачей (Ковынева, 2006). В последнем случае ценность получаемых с помощью оценки КЖ данных определялась и важными причинами — были осознаны и практически осмыслены такие связанные с КЖ конструкты, как идеал здоровья, внутренняя картина болезни (Сидоров, Парнякова, 2000), комплаенс (Лапин, 2001), значимый фактор удовлетворенности лечением и другие (Новик, Ионова, 2002).

В результате КЖ и его повышение вошло в перечень лечебных задач в качестве главного или дополнительного компонента, было указано на необходимость изучения временной динамики КЖ как одного из критериев оценки эффективности лечения. В качестве главной проблемы исследования определялся значимый вклад субъективного отношения в оценку этого параметра (Новик, Ионова, 2002).

Развитие исследований КЖ, связанного со здоровьем, привело к бурному развитию соответствующих методик, так что даже потребовалась их классификация. Можно выделить общие (Medical, 2016; Sickness, 1977) и специальные методики, посвященные изучению КЖ в связи с конкретным заболеванием или группой заболеваний, например, сердечно-сосудистых, онкологических, кожных и других. Особую и довольно многочисленную группу составляют методики оценки КЖ при нарушениях зрения (Go-QOL, 2000; Kymes et al., 2008; McAlinden et al., 2012; Orr et al., 2011; Wang et al., 2018). Наиболее известны ADVS (Activities of daily Vision Scale), NEI-VFQ (National Eye Institute Visual Function Questionnaire) и довольно упрощенный VF-14 (Visual Function). Большинство опросников ориентированы на конкретный вид офтальмологической патологии, что отражается в содержании вопросов.

Отметим, что значительное количество зарубежных методик и исследований в данной сфере сопровождается почти полным их отсутствием в отечественной исследовательской практике, в лучшем случае заключающейся в прямом неадаптированном переводе зарубежных опросников (Кокин, 2015; Мочалова, 2014).

Бурное развитие за рубежом специализированных методик по оценке КЖ в связи с нарушением зрительной функции объясняется, на наш взгляд, следующими причинами:

1. Значимость вклада зрительной функции в общую структуру КЖ, связанного со здоровьем (Lee et al., 1977). По оценкам авторов, наличие зрительных расстройств по негативному влиянию на КЖ превосходит влияние симптомов сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Трудности субъективной оценки состояния зрения пациентами.

3. Чрезвычайное многообразие симптоматики и офтальмологических проблем, связанных с различными заболеваниями, что затрудняет развитие единого для различных нозологий метода исследования.

4. Наконец, стремительно идущий прогресс лечебных методов в области офтальмологии, ставящий задачу оценки динамики КЖ в связи с проведенным лечением (оперативным или консервативным).

Указанные проблемы послужили мотивом для разработки собственной русскоязычной методики оценки КЖ и эффективности проведенного лечения, применимого для пациентов с различными офтальмологическими заболеваниями, а также первичной апробации разработанной методики для исследования на конкретной группе пациентов.

Методика

Нами в качестве начального варианта была разработана специализированная анкета оценки КЖ в связи с нарушениями зрительной функции (КЖ ЗФ), включающая три блока вопросов.

Блок 1 посвящен субъективной оценке выраженности бытовых, коммуникативных и эмоциональных проблем, возникающих у пациента в связи с имеющимся заболеванием. Задачей респондента является оценка по 5-балльной шкале степени выраженности различных негативных состояний, от 5 — сильно выражено до 1 — незначительная степень выраженности или отсутствие проблемы. Вопросы блока 1 могут быть предъявлены до проведения лечения и ретроспективно — после него. Инструкция к блоку 1: «Оцените по 5-балльной шкале негативные состояния, которые Вы, возможно, наблюдали ДО оперативного вмешательства и лечения. 5 баллов обозначают высокую степень выраженности негативного состояния или

проблемы, а 1 — незначительную или отсутствие такого состояния». Для оценивания предлагались следующие пункты:

1. Негативные переживания по поводу внешнего косметического дефекта, связанного с заболеванием.
2. Недостаточно благоприятное общее самочувствие.
3. Значительная потеря зрительной функции.
4. Трудности ориентации и передвижения в пространстве.
5. Трудности общения с другими людьми в связи с заболеванием.
6. Трудности действий с бытовыми предметами (телефон, посуда и т.д.).
7. Трудности чтения и письма.
8. Трудности профессиональной деятельности, связанные с заболеванием (если это актуально).
9. Невозможность смотреть кино или телевизор.
10. Негативное отношение к себе в связи с заболеванием.
11. Негативное эмоциональное состояние, мрачное настроение.
12. Пессимистический взгляд на собственное будущее.
13. Невозможность обходиться без посторонней помощи в быту.
14. Болезненные ощущения, связанные с заболеванием.

При формулировании пунктов опросника авторы исходили из априорного определения следующих диагностических шкал и их содержательного наполнения: шкала 1 (бытовые действия на небольшом расстоянии п.п. 4, 6, 7, 9); шкала 2 (коммуникативные проблемы — п.п. 1, 5, 13); шкала 3 (самоотношение — п.п. 10, 12); шкала 4 (телесное и эмоциональное благополучие — п.п. 2, 3, 11, 14); шкала 5 (профессиональная деятельность — п.п. 8 и 12).

Блок 2 анкеты предлагается для определения субъективных ожиданий по поводу предстоящего лечения с целью устранения проблем, обозначенных в блоке 1. Пункты блоков 1 и 2 соотнесены по смыслу и формулировке, что обеспечивает возможность выйти за пределы оценки актуального состояния КЖ с учетом имеющегося заболевания и очертить субъективную временную перспективу пациента. Этой же цели подчинено и включение дополнительного открытого вопроса, завершающего заполнение блоков 1 и 2 в следующей формулировке: «Искренне надеемся, что Ваше лечение пройдет успешно. В этой связи напишите, пожалуйста, что Вы в первую очередь хотели бы сделать по окончании лечения?».

Такой подход в целом соответствует актуальной задаче анализа КЖ в динамике не только заболевания, но и лечения (Татькова и

др., 2008). Инструкция для оценок пунктов блока 2: «Оцените, пожалуйста, свои ожидания по поводу предстоящего лечения — какой именно эффект для Вас был бы наиболее ожидаем и важен? Поставьте оценки ожидаемым эффектам лечения по степени их важности для Вас — от 1 — совсем не важен, до 5 — очень важен». Формулировки пунктов блока 2:

1. Улучшение внешнего вида.
2. Улучшение общего самочувствия, ощущение большего комфорта.
3. Улучшение зрения.
4. Способность более комфортно и безопасно передвигаться в пространстве.
5. Способность свободно общаться с другими людьми, не опасаясь их внимания к внешним проявлениям заболевания.
6. Возможность активно пользоваться бытовыми предметами (телефон, посуда и т.д.).
7. Возможность выполнять действия, связанные со зрительной нагрузкой — читать, писать.
8. Возможность продолжать профессиональную деятельность или освоить новую профессию.
9. Возможность смотреть кино, телевизор.
10. Повышение самооценки, улучшение отношения к себе.
11. Улучшение эмоционального состояния, способность радоваться.
12. Разработка жизненных планов, положительной временной перспективы.
13. Возможность обходиться без посторонней помощи в быту.
14. Устранение или исчезновение болезненных ощущений.

Оценки блоков 1 и 2 производятся последовательно в рамках одной встречи с пациентом, они могут быть произведены как в режиме актуального переживания (до лечения и после него), так и ретроспективно (после получения лечебного эффекта).

Блок 3 посвящен субъективным оценкам эффективности проведенного лечения. Пункты блока 3 аналогично соотнесены по содержанию с блоками 1 и 2. Инструкция: «Оцените, пожалуйста, по 5-балльной шкале степень выраженности результатов лечения. Если эффект по данному показателю Вы оцениваете как значительный, поставьте 5 баллов, если не наблюдается значительного улучшения, то поставьте 1. Постарайтесь давать различные ответы, выделить

наиболее и наименее успешные результаты лечения». Формулировки пунктов блока 3:

1. Улучшение внешнего вида в связи с проведенным лечением.
2. Улучшение общего самочувствия.
3. Восстановление зрительной функции или ее значительное улучшение.
4. Стало легче ориентироваться в пространстве.
5. Стало легче общаться с другими людьми, обращаться к ним, разговаривать.
6. Стало легче обращаться с бытовыми предметами (телефон, посуда и т.д.).
7. Появилась возможность или стало легче читать и писать.
8. Появилась возможность продолжить или начать новую трудовую деятельность (если это актуально).
9. Появилась возможность смотреть телевизор или кино.
10. Улучшилось отношение к самому себе.
11. Улучшилось общее эмоциональное состояние.
12. Вы стали более оптимистично смотреть на собственное будущее.
13. Получили возможность бытовой самостоятельности.
14. Болевые ощущения исчезли или значительно снизились.

Анализируя соотношение субъективных оценок пациента блоков 1–2–3, можно выявить не только динамику КЖ вследствие нарушения зрения и его лечения, но и выделить ожидания пациента как предиктор этой динамики. В настоящее время удовлетворенность пациента рассматривается как важнейший критерий оценки качества и эффективности лечения. Анализ ожиданий позволяет выяснить значимость лечебных эффектов для конкретного пациента, получить реалистичную и позитивную картину лечения как самому пациенту, так и лечащему врачу. Анализ ожиданий создает новый предмет анализа: временную перспективу, наличие, целостность и преемственность которой может рассматриваться как значимый компонент высокого уровня КЖ. В целом возможность структурировать и вербализовать свои ожидания (Кочюнас, 1999) позволяет пациенту не только объективировать свои пожелания и надежды, но и снизить тревожность по поводу предстоящего лечения.

Результаты каждого респондента сопоставлялись со следующими объективными характеристиками: возраст, пол, процент сохранности

зрения перед началом лечения, конечный эффект лечения, разница между исходным состоянием зрительной функции и результатом лечения.

Результаты и их обсуждение

Пилотный этап исследования проводился в 2019 г. на клинической базе Центра восстановления зрения НИИ глазных болезней совместными силами сотрудников и студентов кафедры общей психологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова и сотрудников и аспирантов НИИ ГБ (Осипян Г.А., Храйстин Х. и Джалили Р.А.).

Выборка. В исследовании приняло участие 19 респондентов (13 мужчин и 6 женщин, средний возраст — 33 года, $SD = 8.6$) с диагнозом кератоконус (КК). Мотивами выбора именно такой формы зрительной патологии были значительность утраты зрительной функции в результате заболевания и высокая и вместе с тем быстрая эффективность оперативного лечения. Указанные особенности позволили минимизировать влияние дополнительных факторов (например, изменения социальных требований в связи с выздоровлением) на конкретный вид субъективных оценок. Основной фактор патологизации при КК состоит в изменении формы роговицы, сопровождающимся значительной утратой зрения по сценарию развития близорукости и неправильного астигматизма (Kymes et al., 2008; McAkinden et al., 2012). Заболевание чаще встречается в молодом возрасте, плохо поддается оптической коррекции, что обостряет значение его исследования, в том числе разработки методов оценки его психологической картины с точки зрения КЖ.

Небольшой размер выборки связан с относительной редкостью этого заболевания на фоне значительной типичности зрительных проблем, возникающих при КК и в целом приемлем для пилотажной стадии апробации специализированной анкеты (McAkinden et al., 2012; Wang et al., 2018). По мнению ряда авторов, абсолютное большинство методик исследования КЖ в связи с нарушением зрения в настоящий момент не достигают уровня стандартизированных опросников и нуждаются в дальнейших исследованиях валидности, надежности и внутренней согласованности (Татьянова и др. 2008; McAkinden et al., 2012; Wang, 2018).

Все респонденты получили оперативное лечение (Шелудченко и др., 2019), в результате которого их зрение улучшилось. Объективные

данные исходной остроты зрения и ее улучшения представлены на рис. 1.

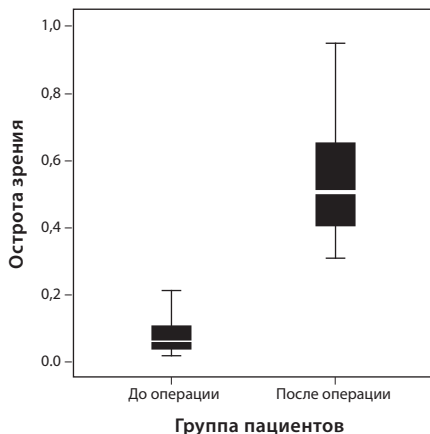


Рис. 1. Распределение объективных показателей остроты зрения пациентов до и после операции

Результаты пилотного исследования и их обсуждение

Средние значения оценок по всем блокам представлены в табл. 1 (вопрос 1 — Негативные переживания по поводу внешних проявлений заболевания) был исключен из анализа в связи со спецификой заболевания, а именно — отсутствием внешних проявлений, могущих влиять на коммуникацию и самоотношение).

Итак, наиболее значимыми по степени выраженности проблемами респондентов являются: значительная потеря зрительной функции; невозможность выполнять действия, связанные со зрительной нагрузкой — чтение, письмо и невозможность продолжать профессиональную деятельность или освоить новую профессию. Наименее значимыми последствиями заболевания для респондентов являются: трудности общения с другими людьми в связи с заболеванием, болезненные ощущения, связанные с заболеванием и невозможность обходиться без посторонней помощи в быту.

При анализе ожиданий по поводу лечения наиболее значимы следующие показатели: улучшение зрения, возможность продолжать профессиональную деятельность или освоить новую профессию и улучшение общего самочувствия, ощущение большего комфорта. Наименее существенные ожидания: возможность обходиться без

Таблица 1

**Усредненные оценки и стандартные отклонения (в скобках)
 оценок по всей группе респондентов по каждому из блоков**

№	Вопрос	Априорно	Ожидания	Апостериорно
2	Общее самочувствие, ощущение жизненного комфорта	3,05 (1,39)	4,21 (1,23)	3,94 (1,47)
3	Качество зрения в целом	3,84 (1,12)	4,74 (0,56)	4,28 (0,89)
4	Способность комфортно и безопасно передвигаться в пространстве	2,56 (1,38)	3,37 (1,67)	3,78 (1,44)
5	Способность свободно общаться с другими людьми, не опасаясь их внимания к внешним проявлениям заболевания	2,06 (1,39)	2,95 (1,72)	3,17 (1,54)
6	Возможность активно пользоваться бытовыми предметами (телефон, посуда и т.д.)	2,28 (1,32)	3,26 (1,63)	3,06 (1,66)
7	Возможность выполнять действия, связанные со зрительной нагрузкой — читать, писать	3,17 (1,29)	4,16 (1,21)	3,83 (1,15)
8	Возможность продолжать профессиональную деятельность или освоить новую профессию	3,44 (1,25)	4,26 (1,37)	3,24 (1,68)
9	Возможность смотреть кино, телевизор	2,44 (1,42)	3,37 (1,74)	2,89 (1,49)
10	Повышение самооценки, улучшение отношения к себе	2,11 (1,49)	2,95 (1,39)	3,00 (1,71)
11	Общее эмоциональное состояние, способность радоваться	2,28 (1,45)	3,32 (1,63)	3,56 (1,46)
12	Разработка жизненных планов, положительной временной перспективы	2,50 (1,65)	3,47 (1,68)	4,00 (1,28)
13	Возможность обходиться без посторонней помощи в быту	1,56 (1,15)	2,63 (1,77)	3,00 (1,64)
14	Устранение или исчезновение болезненных ощущений	1,76 (1,48)	2,83 (1,89)	2,31 (1,66)

посторонней помощи в быту; способность свободно общаться с другими людьми, не опасаясь их внимания к внешним проявлениям заболевания; повышение самооценки, улучшение отношения к себе и исчезновение болезненных ощущений, связанных с заболеванием.

При оценке результатов лечения наиболее значимые результаты таковы: улучшение зрения; улучшение общего самочувствия, ощущение большего комфорта и более оптимистичный взгляд на собственное будущее. Среди наименее значимых результатов лечения: повышение самооценки, улучшение отношения к себе; исчезновение болезненных ощущений, связанных с заболеванием; возможность смотреть кино и телевизор; возможность бытовой самостоятельности.

Довольно значительный интерес представляет анализ дисперсии ответов испытуемых в каждом из блоков анкеты. Так, разброс оценок блока 1 несколько выше, что говорит об индивидуальном характере ответов, преобладании субъективных факторов при оценивании априорного состояния. В блоке 2 ответы испытуемых на целый ряд вопросов менее разбросаны — это говорит о генерализованном, недифференцированном характере ожиданий в отношении лечебных эффектов. Данный феномен может быть результатом недостаточной информированности пациентов о конкретных ожидаемых результатах, о характере преобладающих эффектов, что может вести в дальнейшем к недооценке достигнутых результатов в их функциональной и феноменологической конкретности.

Переоценка ожидаемых результатов лечения отчасти проявляется при сравнении данных 2 и 3 блока (ожидания — оценка результатов лечения). Ожидания по большинству параметров выше, чем оценка результатов лечения. Статистически значимая (по парному критерию Вилкоксона) априорная переоценка наблюдается по двум показателям: улучшение зрения ($W = 21, p = 0.03$); возможность продолжать профессиональную деятельность или освоить новую профессию ($W = 45, p = 0.007$). На уровне тенденции также наблюдается переоценка: возможность выполнять действия, связанные со зрительной нагрузкой — читать, писать; устранение или исчезновение болезненных ощущений. Указанные функции можно назвать инструментальными. Напротив, недооцениваются априорно следующие показатели: улучшение эмоционального состояния, способность радоваться ($W = 5, p = 0.14$); Разработка жизненных планов, положительной временной перспективы ($W = 10.5, p = 0.084$). Проведенный анализ показывает априорную переоценку инструментальных эффектов лечения, в то время как показатели, характеризующие общий статус личности и

эмоциональное состояние, то есть именно те, которые соотносимы с характеристиками КЖ, респондентами недооцениваются. На наш взгляд, наиболее важным результатом лечения является разработка жизненных планов, появление позитивной временной перспективы, что является важнейшей составляющей КЖ.

Важнейшим направлением анализа данных было сопоставление объективных показателей зрительной функции (до и после операции) с субъективными оценками. Наиболее перспективными с точки зрения обнаружения связей выглядят следующие сопоставления: 1) объективный «прирост» зрительной функции — оценка результата лечения по всем показателям (вопросы 2–14 блока 2) объективное состояние зрительной функции до операции — субъективная оценка качества зрения (п. 3 блока 1); 3) объективное состояние зрительной функции после операции (п. 3 блока 3). Анализ данных показал следующее:

1. Значимой связи (ранговая корреляция Спирмена) между объективным приростом остроты зрения и субъективной оценкой выраженности результатов лечения не обнаружено ни по одному из вопросов (вопросы 2–14 блока 3).

2. Объективное состояние зрительной функции до операции не обнаруживает статистически значимой связи с субъективной оценкой качества зрения (вопрос 3 блока 1) (ранговая корреляция Спирмена: $r = 0.112$, $p = 0.645$, Фи-коэффициент Гилфорда $\Phi = 0.095$, $p > 0.05$). Графически данные представлены на рис. 2а.

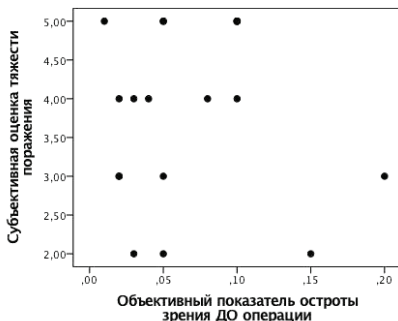


Рис. 2а. График связи объективных оценок остроты зрения ДО операции (по оси ОХ) с субъективными оценками (вопрос 3 блок 1) (по оси ОУ)

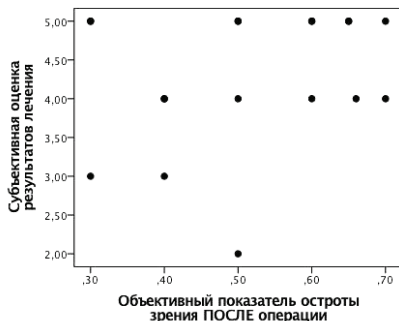


Рис. 2б. График связи объективных оценок остроты зрения ПОСЛЕ операции (по оси ОХ) с субъективными оценками (вопрос 3 блок 3) (по оси ОУ)

3. Объективное состояние зрительной функции после операции не коррелирует значимо с субъективной, оценкой (вопрос 3 блок 3) качества зрения после операции ($r = 0.225$, $p = 0.37$). Графически данные представлены на рис. 2б.

Рис. 2а показывает, что субъективная оценка состояния зрительной функции не связана с объективной остротой зрения. Разброс оценок чрезвычайно велик, особенно в случае минимального остаточного зрения. При оценке результатов лечения в ответах наблюдается большой разброс (и меньшая согласованность), если объективно зрение сохранено менее, чем на 50%. Оценки респондентов с восстановленным минимум до 50% зрения после операции располагаются в высокой зоне (4 и 5).

Таблица 2

Результаты факторизации ответов по блоку 1.
 В скобках указана ориентация шкалы

Фактор	% объясненной дисперсии	Содержание по пунктам (в порядке уменьшения факторной нагрузки)
F1	32	7 (-) (Трудности чтения и письма) 6 (+) (Трудности действий с бытовыми предметами) 4 (+) (Трудности ориентации и передвижения в пространстве) 5 (+) (Трудности общения с другими людьми в связи с заболеванием) 8 (+) (Трудности профессиональной деятельности, связанные с заболеванием) 9 (+) (Невозможность смотреть кино или телевизор)
F2	27	12 (+) (Пессимистический взгляд на собственное будущее) 2 (+) (Недостаточно благоприятное общее самочувствие) 11 (+) (Негативное эмоциональное состояние, мрачное настроение) 3 (+) (Значительная потеря зрительной функции) 10 (+) (Негативное отношение к себе в связи с заболеванием)
F3	14,6	14 (+) (Болезненные ощущения, связанные с заболеванием) 13 (+) (Невозможность обходиться без посторонней помощи в быту) 7 (-) (Трудности чтения и письма)

В связи с большим количеством корреляционных связей между ответами на вопросы внутри блоков, в особенности блока 1 (оценка состояния до лечения), данные были подвергнуты факторизации.

Таблица 3

**Результаты факторизации в блоке 2 (ожидания в отношении лечения).
Все шкалы положительно ориентированы**

Фактор	% объясненной дисперсии	Содержание по пунктам (в порядке уменьшения факторной нагрузки)
F1	32,8	11 (Улучшение эмоционального состояния, способность радоваться) 12 (Разработка жизненных планов, положительной временной перспективы) 9 (Возможность смотреть кино, телевизор) 5 (Способность свободно общаться с другими людьми, не опасаясь их внимания к внешним проявлениям заболевания) 10 (Повышение самооценки, улучшение отношения к себе) 14 (Устранение или исчезновение болезненных ощущений)
F2	26,1	6 (Возможность активно пользоваться бытовыми предметами) 7 (Возможность выполнять действия, связанные со зрительной нагрузкой — читать, писать) 4 (Способность более комфортно и безопасно передвигаться в пространстве) 13 (Возможность обходиться без посторонней помощи в быту) 5 (Способность свободно общаться с другими людьми, не опасаясь их внимания к внешним проявлениям заболевания)
F3	16,2	2 (Улучшение общего самочувствия, ощущение большего комфорта) 3 (Улучшение зрения) 8 (Возможность продолжать профессиональную деятельность или освоить новую профессию)

По фактору 1 за исключением отрицательно ориентированного п. 7 остальные могут быть объединены как «бытовые и профессиональные трудности». Отрицательное ориентирование п. 7 может быть связано с тем, что уже на ранних стадиях развития болезни пациент

вынужден оказываться от чтения и письма, что в итоге замещается телевидением и радио и не рассматривается как основная проблема.

F2 может быть достаточно легко определен как «негативное настроение и общее самочувствие».

F3, если не учитывать п. 7, то F3 можно определить как беспомощность и страдание.

F1 может быть определен как «Позитивное самоотношение, свобода действий и эмоциональный статус», что наиболее полно соотносится с представлениями о составляющих КЖ. F2 можно определить как «расширение двигательных и операциональных возможностей». Наконец, F3 можно интерпретировать как «хорошее самочувствие, связанное с социальными перспективами».

Таблица 4

**Результаты факторизации в блоке 3. Оценка результатов лечения.
 Все шкалы положительно ориентированы,
 за исключением п. 14 в факторе 3.**

Фактор	% объясненной дисперсии	Содержание по пунктам (в порядке уменьшения факторной нагрузки)
F1	37,8	9 (Возможность смотреть телевизор или кино) 13 (Возможность бытовой самостоятельности) 6 (Легче обращаться с бытовыми предметами) 5 (Легче общаться с другими людьми, обращаться к ним, разговаривать) 10 (Улучшилось отношение к самому себе) 7 (Появилась возможность или стало легче читать и писать) 8 (Появилась возможность продолжить или начать новую трудовую деятельность) 4 (Стало легче ориентироваться в пространстве)
F2	28,7	2 (Улучшение общего самочувствия) 12 (Более оптимистичный взгляд на собственное будущее) 11 (Улучшение общего эмоционального состояния) 10 (Улучшение отношения к самому себе) 5 (Стало легче общаться с другими людьми, обращаться к ним, разговаривать)
F3	13,4	14 (–) Болевые ощущения исчезли или значительно снизились) 3 (Восстановление зрительной функции или ее значительное улучшение)

F1 можно назвать улучшением КЖ на базе повышения бытовой самостоятельности.

F2 интерпретируется как «Общее и эмоциональное благополучие». F3 явно имеет отношение к оценке здоровья, но его содержательная интерпретация на настоящем этапе исследования затруднена.

Сравнение трех блоков показала смысловое сходство выделяемых факторов: бытовая самостоятельность и свобода действий в быту; самоотношение и благополучие личности; медицинские эффекты лечения. Пункт 3 анкеты (состояние зрительной функции) наиболее универсально входит в различные факторы, что означает исключительную значимость зрения во всех выделенных факторах.

Дальнейшие перспективы исследования

Полученные в пилотажном исследовании данные позволяют сформулировать перспективы исследования, которые прежде всего связаны с доработкой разработанной анкеты до уровня стандартизованного опросника. Планируемые процедуры включают в себя апробацию анкеты на большем количестве испытуемых, в том числе с различными видами и степенью зрительной патологии, проверку внутренней согласованности пунктов и внешней валидности методики путем использования объективного критерия (состояние зрительной функции).

Выводы

1. Разработанная анкета отражает динамику КЖ, связанного со зрительной функцией, во времени, в частности, в связи с заболеванием, ожиданиями в отношении предстоящего лечения и оценкой его результатов, что является диагностически информативным и позволяет связывать три временных аспекта: субъективная оценка априорного состояния — ожидания в отношении эффектов лечения — субъективная оценка результатов лечения. Полученные в результате данные позволяют анализировать динамический аспект КЖ.

2. Оценки респондентами состояния собственной зрительной функции до и после лечения имеют крайне субъективный характер и мало связаны с объективными показателями остроты зрения. Для субъективной оценки состояния зрения более значимыми по сравнению с объективными показателями зрения оказываются психологические факторы (предположительно уровень притязаний, уровень эмоционального благополучия, личностная специфика; жизненный

тонус; удовлетворенность собой и собственной жизнью, уровень ожиданий в адрес КЖ и т.д.).

3. Наряду с неспособностью оценивать объективное состояние зрительной функции, пациенты со зрительной патологией в целом отмечают положительную динамику в результате лечения. Особенно значимыми результатами лечения они считают улучшение зрения; улучшение общего самочувствия, ощущение большего комфорта и более оптимистичный взгляд на собственное будущее.

4. Часть лечебных эффектов респондентами априорно переоценивается, а часть — недооценивается. Априорно переоцениваются инструментальные эффекты лечения, в то время как показатели, характеризующие общий статус личности и эмоциональное состояние, респондентами априорно недооцениваются. Психологически важным эффектом лечения в отношении КЖ является разработка жизненных планов, появление позитивной временной перспективы.

5. Цели начального этапа разработки валидного и надежного опросника достигнуты частично, дальнейшее развитие методики потребует наращивания количества испытуемых с различными видами и степенью зрительной патологии, а также соотнесения с данными психодиагностических методов, могущих раскрыть природу психологических факторов, формирующих оценку КЖ пациентов с заболеваниями зрения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ // Европейская серия по достижению здоровья для всех. 1999. № 6. С. 293.

Клиническая психология: энциклопедический словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой. (2-е изд.). М.: Практическая медицина, 2016.

Ковынева О.А. Структура качества жизни и факторы его повышения // Экономика здравоохранения. 2006. № 8. С. 48–50.

Кокин С.А. Клинико-функциональная оценка оптимизированного метода достижения прогнозируемой анизометропии при коррекции афакии монофакальными интраокулярными линзами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2015.

Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999.

Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. СПб.: Деан, 2001.

Мочалова А. С. Качество жизни пациентов при различных вариантах лечения меланомы хориоидеи: Дисс. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2014.

Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский дом «Нева», 2002.

Сидоров П.И., Парнякова Л.В. Введение в клиническую психологию: Т. II.: Учебник для студентов медицинских вузов. М.: Академический проект, 2000.

Татькова А.Ю., Чечельницкая С.М., Румянцева А.Г. К вопросу о методике оценки качества жизни, определяемого здоровьем // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. № 6. С. 46–61.

Шелудченко В.М., Осипян Г.Х., Юсеф Н.Ю., Храйстин Х., Алхарки А., Джалили Р.А. Багдажная лечебно-оптическая кератопластика в лечении ятрогенной кератэктазии // Вестник офтальмологии. 2019. № 5. С. 171–176.

Abbey A., Andrews A. (1985). Modelling the Psychological Determinants of Life Quality. *Social Indicator Research*, 16 (1), 1–34.

Bradburn N.M., Caplovitz D. (1965). Report on Happiness. A pilot Study of Behavior Related to Mental Health. Chicago: Aldine Pub. Co.

Terwee C.B., Dekker F.W., Prummel M.F., Wiersinga W.M. Graves' (2001). Ophthalmopathy through the eyes of the patient: A state of the art on health-related quality of life assessment. *Orbit*, 4, 281–290.

Kymes S.M., Walline J.J., Zadnik K., Sterling J., Gordon M.O. (2008). Changes in the Quality of Life of Patients with Keratoconus. *American Journal of Ophthalmology*, 4, 611–617.

Lee P.P., Spitzer K.A., Hays R.D. (1997). The impact of blurred vision on functioning and well-being. *Ophthalmology*, 104, 3, 390–396.

McAkinden C., Kbadka J., Paranbos J.S.F., Scbor P., Pesudovs K. (2012). Psychometric Properties of the NEI-RQL-42 Questionnaire in Keratoconus. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53, 11, 7370–7374.

Medical outcomes Study: 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). Rand Corporation. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html (date of retrieval 01.10.2019)

Orr P., Rentz A., Margolis M., Revicki D., Dolan C.M., Colman S., Fine J.T., Bressler N.M. (2011). Validation of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25 (NEI VFQ-25) in Age-Related Macular Degeneration. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 52, 3354–3359.

Bergner M, Bobbitt R.A., Pollard W.E., Martin D.P., Gilson B.S. (1976). The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care*, 1, 57–67.

Wong M., Fenwick E., Tee Aw.A., Lamoureux E., Seah L.L. (2018). Development and Validation of the Singapore Thyroid Eye Disease Quality of Life Questionnaire. *Trans Vis. Science Tech*, 7, 5, 1–9.

REFERENCE

Zdorov'e-21 Health for all policy framework for the WHO European Region. *Evropeiskaya seriya po dostizheniyu zdorov'ya dlya vsekh. (European Series on Health for All)*, 1999, 6, 293. (in Russ.).

Clinical Psychology: Encyclopedic Dictionary. Curd cheese. (2nd ed.). In N.D. Tvorogovoi. Moscow: *Prakticheskaya meditsina*, 2016. (in Russ.).

Kovyneva O.A. (2006). The structure of quality of life and factors for its improvement. *Ekonomika zdavookhraneniya (Health Economics)*, 8, 48–50. (in Russ.).

Kokin S.A. (2015). Kliniko-funktsional'naya otsenka optimizirovannogo metoda dostizheniya prognoziruemoi anizometropii pri korrektsii afakii monofokal'nymi intraokulyarnymi linzami: Diss. ...kand. med. nauk. (*Clinical and functional evaluation of an optimized method for achieving predicted anisometropia in the correction of aphakia with monofocal intraocular lenses*): Ph.D. (Psychology). Moscow. (in Russ.)

Kochyunas R. (1999). *Fundamentals of psychological counseling*. Moscow: Akademicheskii proekt. (in Russ.).

Lapin I.P. (2001). Personality and medicine. *Introduction to the psychology of pharmacotherapy*. Saint Petersburg: Dean. (in Russ.).

Mochalova A.S. (2014). Kachestvo zhizni patsientov pri razlichnykh variantakh lecheniya melanomy khorioidoi: Dissertatsiya ... kand. med. nauk. (*Quality of life of patients with various treatment options for choroid melanoma*): Ph.D. (Psychology). Chelyabinsk. (in Russ.).

Novik A.A., Ionova T.I. (2002). *Guide to the study of quality of life in medicine*. Saint Petersburg.: Izdatel'skii dom «Neva». (in Russ.).

Sidorov P.I., Parnyakova L.V. (2000). Introduction to Clinical Psychology: Issue 2. *Textbook for medical students*. Moscow: Akademicheskii proekt. (in Russ.).

Tat'kova A.Yu. Chechel'nitskaya S.M., Rumyantseva A.G. (2008). To the question of the methodology for assessing the quality of life determined by health. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny (Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine)*, 6, 46–61. (in Russ.).

Sheludchenko V.M., Osipyant G.Kh., Yusef N.Yu., Khraistin Kh., Alkharkii A., Dzhilili R.A. (2019). Bandage treatment-optical keratoplasty in the treatment of iatrogenic keratectasia. *Vestnik oftal'mologii (Bulletin of Ophthalmology)*, 5, 171–176. (in Russ.).

Abbey A., Andrews A. (1985). Modelling the Psychological Determinants of Life Quality. *Social Indicator Research*, 16 (1), 1–34.

Bradburn N.M., Caplovitz D. (1965). Report on Happiness. A pilot Study of Behavior Related to Mental Health. Chicago: Aldine Pub. Co.

Terwee C.B., Dekker F.W., Prummel M.F., Wiersinga W.M. Graves' (2001). *Ophthalmopathy through the eyes of the patient: A state of the art on health-related quality of life assessment*. Orbit, 4, 281–290.

Kymes S.M., Walline J.J. Zadnik K., Sterling J., Gordon M.O. (2008). Changes in the Quality of Life of Patients with Keratoconus. *American Journal of Ophthalmology*, 4, 611–617.

Lee P.P., Spitzer K.A., Hays R.D. (1997). The impact of blurred vision on functioning and well-being. *Ophthalmology*, 104, 3, 390–396.

McAkinden C., Kbadka J., Paranbos J.S.F., Scbor P., Pesudovs K. (2012). Psychometric Properties of the NEI-RQL-42 Questionnaire in Keratoconus. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53, 11, 7370–7374.

Medical outcomes Study: 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). Rand Corporation. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html (date of retrieval 01.10.2019)

Orr P., Rentz A., Margolis M., Revicki D., Dolan C.M., Colman S., Fine J.T., Bressler N.M. (2011). Validation of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25 (NEI VFQ-25) in Age-Related Macular Degeneration. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 52, 3354–3359.

Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS. (1976). *The sickness impact profile: validation of a health status measure*. *Med Care*, 1, 57–67.

Wong M., Fenwick E., Tee Aw A., Lamoureux E., Seah L.L (2018). Development and Validation of the Singapore *Thyroid Eye Disease Quality of Life Questionnaire*. *Trans Vis. Science Tech*, 7, 5, 1–9.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Арестова Ольга Николаевна — кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия. E-mail: arestova@mail.ru

Осипян Григорий Альбертович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Научно-исследовательского института глазных болезней, Москва, Россия. E-mail: gregor79@yandex.ru

Взорин Глеб Дмитриевич — студент факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия. E-mail: g.vzorin@mail.ru

Малиновская Ирина Витальевна — слушатель Программы дополнительного образования факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия. E-mail: irina.malinovskaya@gmail.com

Маслова Маргарита Викторовна — слушатель Программы дополнительного образования факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия. E-mail: m.maslova@faberlic.com

INFORMATION ABOUT AUTHERS

Olga N. Arestova — Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: arestova@mail.ru

Grigoriy A. Osipyan — Ph.D. in Medicine, Senior Researcher, Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia. E-mail: gregor79@yandex.ru

Gleb D. Vzorin — student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: g.vzorin@mail.ru

Irina V. Malinovskaya — student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: irina.malinovskaya@gmail.com

Margarita V. Maslova — student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: m.maslova@faberlic.com