

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ
ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПРЕБЫВАЮЩИХ
В СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СТАЦИОНАРНОГО
ТИПА**

¹Лобецкая А. В., ¹Наумов И. А.,

¹Сивакова С. П., ²Шпаков А. И.

¹Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

²Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», г. Гродно, Республика Беларусь

**QUALITY OF LIFE AS INTEGRAL INDICATOR OF THE
FUNCTIONAL STATE OF ELDERLY PATIENTS WHO STAY
IN SOCIAL INSTITUTIONS OF STATIONARY TYPE**

¹Lobetskaya A. V., ¹Naumov I. A., ¹Sivakova S. P., ²Shpakov A. I.

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Yanka Kupala Grodno State University, Grodno, Belarus

Реферат. Установлены основные факторы, определяющие качество жизни пожилых людей, пребывающих в медико-социальном учреждении стационарного типа. Первый фактор основан на сохранении у части пожилых людей достаточных ресурсов для удовлетворения своих витальных потребностей, в основе которых лежит сохранение нормального физического и психического состояния здоровья, дающее возможность себя самостоятельно обслуживать и обеспечивать. Вторым фактором является обеспечение межличностных отношений, так как пожилые люди очень остро чувствуют потребность в соблюдении баланса символической автономности своей жизни и способности поддерживать позитивные социальные контакты с медицинским персоналом и иными пациентами. Третий фактор фиксирует выбор жизненной стратегии, основанной на необходимости проживания изученной группы пожилых людей вне рамок семьи, и необходимость в условиях ограниченных физических и

психических возможностей пациентов постоянно осваивать новое жизненное пространство, что, безусловно, усиливает травмирующее действие выявленных негативных факторов межличностных взаимодействий.

Ключевые слова: пациенты, пожилой возраст, качество жизни.

Abstract. The main factors determining QoL of elderly people staying in who stay in medical and social institutions are established. The first factor is based on the preservation of a part of the elderly people of sufficient resources to meet their vital needs, which is based on maintaining a normal physical and mental state of health, enabling them to independently service and provide. The second factor is the provision of interpersonal relations, since the elderly feel the need to observe the balance of the symbolic autonomy of their lives and the ability to maintain positive social contacts with medical staff and other patients. The third factor captures the choice of a life strategy based on the need to live the studied group of elderly people outside the family, and the need, under the limited physical and mental capabilities of patients, to constantly develop a new living space, which certainly increases the traumatic effect of the identified negative factors of interpersonal interactions.

Key words: patients, elderly age, quality of life.

Введение. Политические, социально-экономические преобразования, происходящие в стране, в значительной степени изменяют социальный статус лиц пенсионного возраста, характер их адаптации к формирующимся условиям. Достижение пенсионного возраста означает переход к новому этапу в жизни человека — к относительно пассивной жизнедеятельности и снижению качества жизни (далее — КЖ) [5].

КЖ является интегральной характеристикой, позволяющей оценить физическое, социальное и психологическое функционирование пациента [8]. При этом КЖ объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но коррелирующих друг с другом областей: физической (физическое самочувствие — комбинация проявлений здоровья и/или болезни); функциональной (функциональные возможности — способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его

потребностями, амбициями и социальной ролью); эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса); социальный статус (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми) [4].

Существует множество показателей КЖ, которые условно можно разделить на две группы: объективные и субъективные.

Критерием объективной оценки КЖ служат существующие нормативы потребностей и интересов людей, по отношению к которым можно объективно судить о степени удовлетворения этих потребностей и интересов. В данном случае исследуются финансовое положение человека (уровень жизни), состояние его здоровья, жилищные условия, семейное положение и др. [7].

С субъективной позиции под КЖ понимается то, что каждый человек в процессе жизни приобретает свой собственный жизненный опыт, и поэтому разные люди оценивают качество своей жизни по-разному. При этом часто понятие «качество жизни» связывается с понятиями «счастье» и «удовлетворенность жизнью» в целом или отдельными ее сферами [3].

КЖ как категория включает в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющее пациенту достичь физического, духовного и социального благополучия и самореализации в основных сферах жизнедеятельности с учетом их многомерности и изменчивости во времени: физической, отражающей способность к выполнению человеком повседневных задач; духовной, позволяющей индивидууму выразить чувственное восприятие действительности; социальной, дающей возможность оценить пациенту, в том числе и пожилому, степень его когнитивности в обществе с учетом изменяющихся его характеристик нейропсихической деятельности в связи с развитием процессов старения.

Существующие общепринятые, высокоинформативные, надежные, чувствительные и экономичные методы оценки КЖ как на индивидуальном, так и на популяционном уровне разделяют на общие и специальные.

Общие инструменты (международная программа SF-36, МНР-Ноттингемский профиль здоровья, SIP-профиль) позволяют описать общее состояние здоровья пожилого пациента в виде разного рода профилей или шкал. Другие же позволяют дать конкретную цифровую характеристику того или иного показателя либо определить тот или иной индекс (индекс здоровья Rosser, индекс благополучия, Euro-QoL).

По данным исследователей международной неправительственной организации HelpAge International при Фонде Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), индекс КЖ пожилых людей рассчитывается на основе статистических данных, получаемых от национальных институтов и международных организаций. Он предполагает анализ состояния 13 показателей и благополучия пожилых людей, объединенных в четыре основные группы: материальная обеспеченность, состояние здоровья, образование и занятость, хорошие условия жизнедеятельности [1].

Технически оценка КЖ проводится методом суммирования рейтингов тщательно выстроенных взаимосвязей стандартных вопросов и ответов на них, данных респондентами [2].

Индексы и шкалы дают возможность быстро определить конкретное цифровое значение показателя КЖ, однако степень значимости данных, полученных в результате использования этих двух групп инструментов, уступает объективности результатов, полученных с помощью специальных тестов, представляющих собой перечень конкретных вопросов, на которые пожилой пациент должен в короткий промежуток времени дать конкретный ответ.

Именно специальные инструменты в виде специфических опросников являются наиболее чувствительными при исследовании отдельных компонентов КЖ пожилых пациентов, в том числе и их коммуникативных способностей при развитии конкретных заболеваний и при оказании определенных видов медицинско-социальной помощи. Учитывая десинхронизм процессов старения мозга и нарушений его функций у тех или иных пациентов, для предотвращения систематической ошибки с целью исследования показателей КЖ у этих респондентов используют опросники, при заполнении которых до минимума сведена вероятность получения однотипных ответов, независимо

от сути вопросов, в сочетании их с визуальными шкалами [6]. Но несмотря на проведенные многочисленные исследования, результаты оценки КЖ пожилых пациентов, пребывающих в медико-социальных учреждениях стационарного типа, неоднозначны, что требует проведения дополнительного его изучения.

Цель исследования: изучить показатели КЖ пожилых пациентов, пребывающих в медико-социальных учреждениях стационарного типа.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Оценка состояния репродуктивного здоровья работников предприятий и организаций г. Гродно и Гродненской области на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению» срок выполнения 2015-2017 гг. (№ гос. регистрации 20150651 от 18.05.2015).

Обследованы 100 пациентов, находившихся в возрасте от 60 до 80 лет, из которых 18,0% составляли мужчины, 82,0% – женщины.

Сбор данных проводился в стационарном учреждении государственной системы социального обслуживания «Дом ветеранов» г. Гродно.

Методологической основой описания объекта исследования и выбора методов анализа явилась концепция КЖ как индивидуального соотношения своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Оценка КЖ основывалась на применении субъективной модели, которая основана на главном критерии КЖ – самооценке удовлетворенности жизнью в каждый определенный момент времени.

Для оценки КЖ, жизнеобеспечения и факторов риска пациентов пожилого возраста использовался опросник. За основу был взят опросник SF-36, состоящий из 8 шкал и содержащий вопросы закрытого типа. Нами были отобраны 35 вопросов,

наиболее полно отражающих цель исследования. Анкета была разбита на две части, первая часть включала в себя общую информацию о респонденте: страна проживания, пол, возраст, семейное и материальное положение, место жительства. Вторая часть анкеты состояла из специализированных вопросов закрытого типа, отражающих состояние здоровья, удовлетворенность жизнью, условия пребывания в социальном учреждении социального типа, материальное положение, коммуникативные и социокультурные потребности анкетированного. Для всех шкал опросника максимальное значение оценивалось в 100 баллов. Исследование проводили при поступлении пациентов в учреждение социального типа и через 4 недели пребывания их в данном учреждении.

Опрос являлся анонимным. Все данные анкетирования были обобщены и использованы для общей статистической обработки. Ценность опросника - получение информации по субъективному ощущению индивидом качества своей жизни.

Использовались параметрические и непараметрические методы: t-критерий Стьюдента – при нормальном распределении, наличии значимых корреляционных связей и однородности дисперсий – для несвязанных выборок, многофакторный дисперсионный анализ. Дисперсионный анализ интерпретировался лишь при однородности дисперсий.

Показатели описательной статистики для переменных с нормальным распределением представлены в виде среднего арифметического (M) и стандартной ошибки среднего ($\pm m$).

Вследствие того, что распределение подавляющего большинства переменных не соответствовало нормальному, для дальнейшего анализа применяли методы непараметрической статистики.

Оценку статистической значимости различий для несвязанных выборок проводили с использованием U-критерия Манна-Уитни (Mann-Whitney U test), для двух связанных – с использованием критерия Вилкоксона.

Исследовательскую базу сформировали в электронном виде, статистические расчеты и диаграммы выполнили с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, «STATISTICA 10.0».

Результаты исследования и их обсуждение. Социально-демографические характеристики пациентов пожилого возраста, пребывавших в стационарном учреждении стационарного типа, по возрасту, семейному положению, месту жительства, финансовой составляющей, уровню образования и структуре семьи проживания представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Социально-демографические характеристика пациентов пожилого возраста, пребывавших в стационарном учреждении стационарного типа (абсолютные показатели/долевое соотношение)

Основные показатели		Женщины		Мужчины	
		абсолютное число	%	абсолютное число	%
Возраст	61-65 лет	60	73,2	14	77,8
	66-70 лет	22	26,8	4	22,2
Семейное положение	замужем / женат	20	24,4	8	44,4
	вдова / вдовец	51	62,2	6	33,3
	не замужем / холост	4	4,9	–	–
	разведены или проживают отдельно	7	8,5	4	22,3
	г. Гродно	74	90,3	16	88,9
Место жительства	районный центр (50-100 тыс. жителей)	4	4,9	2	11,1
	районный центр (до 50 тыс. жителей)	2	2,4	–	–
	сельская местность	2	2,4	–	–
	очень хорошее	1	1,2	1	5,6
Материальное положение	хорошее	19	23,2	1	5,6
	среднее	39	47,5	14	77,6
	плохое	20	24,4	1	5,6
	очень плохое	3	3,7	1	5,6
	высшее	5	6,1	1	5,6
Образование	среднее	50	61,0	13	72,2
	среднее специальное	9	11,0	2	11,1
	незаконченное среднее	18	21,9	2	11,1
	одно поколение	7	8,5	4	22,2
Структура семьи	два поколения	49	59,8	11	61,1
	три поколения и более	26	31,7	3	16,7

При оценке показателей КЖ, характеризующих физическую составляющую состояния здоровья, у пациентов обеих групп статистически значимые различия оказались минимальными и характеризовались некоторым общим улучшением физического состояния здоровья лиц мужского пола через 4 недели пребывания в социальном учреждении стационарного типа (таблица 2).

Таблица 2 – Физическая составляющая КЖ пациентов пожилого возраста, Ме (25%-75%)

Шкалы опросника	Группы пациентов				Достоверность различий между группами пациентов
	женщины		мужчины		
	при поступлении	через 4 недели	при поступлении	через 4 недели	
PF	61 (35-75)	75 (55-75)	70 (60-75)	70 (60-75)	–
RP	27 (25-50)	56 (50-75)	35 (25-45)	50 (25-75)	–
BP	31 (25-41)	51 (41-58)	27 (25-33)	51 (40-60)	–
GH	45 (25-50)	45 (25-50)	52 (45-67)	60 (45-70)	p<0,05 (через 4 недели)
PHs	37 (30-45)	42 (37-45)	38 (30-56)	43 (40-48)	–

– PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность болевых ощущений; GH – общее состояние здоровья; PHs – суммарный показатель физического здоровья

При оценке показателей КЖ, характеризующих психическую составляющую состояния здоровья, у пациентов обеих групп статистически значимые различия оказались более выраженными и характеризовались выраженным улучшением социального и ролевого функционирования, а также общего психического состояния здоровья лиц мужского пола через 4 недели пребывания в социальном учреждении стационарного типа (таблица 3).

Таблица 3 – Психическая составляющая КЖ пациентов пожилого возраста, Me (25%-75%)

Шкалы опросника	Группы пациентов				Достоверность различий между группами пациентов
	женщины		мужчины		
	при поступлении	через 4 недели	при поступлении	через 4 недели	
VT	45 (25-55)	50 (45-65)	45 (40-60)	60 (50-75)	–
SF	50 (40-62)	61 (50-75)	63 (50-75)	73 (58-75)	p<0,05 (через 4 недели)
RE	31 (25-40)	60 (40-75)	30 (25-35)	74 (66-75)	p<0,05 (через 4 недели)
MH	52 (44-68)	52 (35-55)	56 (46-64)	68 (55-75)	p<0,05 (через 4 недели)
MHs	38 (32-46)	44 (37-50)	39 (36-45)	48 (45-53)	–

– VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – общее состояние психического здоровья; MHs – суммарный показатель психического здоровья

Полученные нами данные позволяют выделить основные факторы, определяющие КЖ пожилых людей, пребывающих в медико-социальном учреждении стационарного типа.

Первый фактор основан на сохранении у части пожилых людей достаточных ресурсов для удовлетворения своих витальных потребностей, в основе которых лежит сохранение нормального физического и психического состояния здоровья, дающее возможность себя самостоятельно обслуживать и обеспечивать.

Вторым фактором является обеспечение межличностных отношений, так как пожилые люди очень остро чувствуют потребность в соблюдении баланса символической автономности своей жизни и способности поддерживать позитивные социальные контакты с медицинским персоналом и иными пациентами.

Третий фактор фиксирует выбор жизненной стратегии, основанной на необходимости проживания изученной группы пожилых людей вне рамок семьи, и необходимость в условиях ограниченных физических и психических возможностей пациентов постоянно осваивать новое жизненное пространство, что, безусловно, усиливает травмирующее действие выявленных негативных факторов межличностных взаимодействий.

Выводы:

Пациенты пожилого возраста представляют собой особую группу населения, нуждающуюся в оказании широкого спектра медико-социальных услуг.

Недооценка социального статуса людей пожилого возраста и необходимости их социальной реабилитации в сочетании с ограниченными возможностями получения этими пациентами необходимой медицинской и социальной помощи для поддержания оптимального уровня физического, духовного и социального благополучия приводит, исходя из определения ВОЗ, к еще более выраженному ухудшению их состояния здоровья и снижению показателей КЖ.

Литература

1. Вахитов, Ш. М. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении / Ш. М. Вахитов, Э. В. Нуриева // Казанский мед. журн. – 2010. – Т. 91, № 2. – С. 260–263.
2. Галущинская, Ю. О. К проблеме повышения качества жизни лиц пожилого возраста / Ю. О. Галущинская // Вест. Шадринского гос. пед. ун-та. – 2015. – № 2. – С. 94–100.
3. Золотарева, Т. Ф. Нестационарное социальное обслуживание и качество жизни пожилых людей / Т. Ф. Золотарева // Отеч. журн. соц. работы. – 2010. – №4. – С.88.
4. Коршунов, Н. И. Качество жизни лиц, проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Роль взаимодействия в диаде «врач - больной» / Н. И. Коршунов // Клин. геронтол. – 2003. – Т. 9, № 7. – С. 51–56.
5. Русакова, И. Ю. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста / И. Ю. Русакова // Сестр. дело. – 2005. – № 7. – С. 22–23.
6. Селиверстова, Н. А. Специфика организации работы медицинских сестер в домах-интернатах в зависимости от социально-психологических особенностей проживающих в них лиц. / Н. А. Селиверстова, И. Г. Греков // Гл. мед. сестра. – 2008. – № 5. – С. 8.
7. Толченев, Б. А. Медико-социальная помощь немобильным больным пожилого возраста в условиях мегаполиса / Б. А. Толченев, Н. В. Кутузова // Усп. геронтол. – 2009. – Т. 22, № 2. – С. 364–367.
8. Усков, М. П. Некоторые вопросы развития учреждений стационарного социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов / М. П. Усков // Отеч. журн. соц. работы. – 2006. – № 3. – С. 57–62.

References

1. Vahitov, SH. M. Rol' medicinskih sester v sovremennom zdравоохранenii / SH. M. Vahitov, EH. V. Nurieva // Kazanskij med. zhurn. – 2010. – T. 91, № 2. – S. 260–263.
2. Galushchinskaya, YU. O. K probleme povysheniya kachestva zhizni lic pozhilogo vozrasta / YU. O. Galushchinskaya // Vest. SHadrinskogo gos. ped. un-ta. – 2015. – № 2. – S. 94–100.
3. Zolotareva, T. F. Nestacionarnoe social'noe obsluzhivanie i kachestvo zhizni pozhilyh lyudej / T. F. Zolotareva // Otech. zhurn. soc. raboty. – 2010. – №4. – S.88.
4. Korshunov, N. I. Kachestvo zhizni lic, prozhivayushchih v domah-internatah dlya prestarelyh i invalidov. Rol' vzaimodejstviya v diade «vrach - bol'noj» / N. I. Korshunov // Klin. gerontol. – 2003. – T. 9, № 7. – S. 51–56.
5. Rusakova, I. YU. Organizaciya mediko-social'noj pomoshchi licam pozhilogo i starcheskogo vozrasta / I. YU. Rusakova // Sestr. delo. – 2005. – № 7. – S. 22–23.
6. Seliverstova, N. A. Specifika organizacii raboty medicinskih sester v domah-internatah v zavisimosti ot social'no-psihologicheskikh osobennostej prozhivayushchih v nih lic / N. A. Seliverstova, I. G. Grekov // Gl. med. sestra. – 2008. – № 5. – S. 8.
7. Tolchenov, B. A. Mediko-social'naya pomoshch' nemobil'nym bol'nym pozhilogo vozrasta v usloviyah megapolisa / B. A. Tolchenov, N. V. Kutuzova // Usp. gerontol. – 2009. – T. 22, № 2. – S. 364–367.
8. Uskov, M. P. Nekotorye voprosy razvitiya uchrezhdenij stacionarnogo social'nogo obsluzhivaniya grazhdan pozhilogo vozrasta i invalidov / M. P. Uskov // Otech. zhurn. soc. raboty. – 2006. – № 3. – S. 57–62.

Поступила 28.04.2017 г.