

УДК 613,98

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Л. П. Мамчиц

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: оценка состояния здоровья и качества жизни (КЖ) людей пожилого и старческого возраста, проживающих в Гомельском регионе.

Материалы и методы. Анкетирование, исследование качества жизни с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey», статистические методы.

Результаты. Показатели КЖ лиц пожилого и старческого возраста статистически значимо снижены по всем шкалам опросника «SF-36» за исключением шкалы социального функционирования. Доля респондентов с хроническими заболеваниями составила 85,6 %, из них 25,8 % имели одну хроническую болезнь, в остальных случаях — сочетанную патологию. У лиц с хронической патологией были более низкие показатели КЖ по двум шкалам: общее здоровье и физическая активность. Выявлена прямая корреляционная связь между возрастом и уровнем болезненности ($r = 0,3$, $p < 0,05$) среди лиц пожилого и старческого возраста.

Заключение. Уровень качества жизни лиц пожилого и старческого возраста находится в прямой зависимости от их состояния здоровья, в первую очередь, наличия хронической патологии и уровня полиморбидности, поэтому в пожилом возрасте важным является адекватное лечение хронических заболеваний, своевременная профилактика их обострений, комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на предотвращение инвалидизации.

Ключевые слова: качество жизни, лица пожилого и старческого возраста, состояние здоровья, хроническая патология, медико-социальная помощь.

HEALTH STATE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY AND OLD PEOPLE

L. P. Mamchyts

Gomel State Medical University

Objective: to assess the state of health and quality of life (QOL) of elderly and old people living in Gomel region.

Material and methods. Questionnaire, a survey study of the quality of life using the questionnaire «SF-36 Health Status Survey», statistical methods.

Results. The QOL indices of elderly and old people are significantly reduced by all the scales of the questionnaire «SF-36» except for the scale of social functioning. The respondents with chronic diseases made up 85.6 %, of them 25.8 % had one chronic illness, in other cases - combined pathology. The individuals with chronic illnesses had lower QOL indices by two scales: general health and physical activity. A direct correlation between the age and level of sickliness ($r = 0.3$, $p < 0.05$) among elderly and old people.

Conclusion. The quality of life of elderly and old people is dependent on their state of health, in the first place, the presence of chronic disease and the level of polymorbidity so in the old age adequate treatment for chronic diseases, timely prevention of exacerbations, complex rehabilitation measures aimed at prevention of disability are very important.

Key words: quality of life, elderly and old people, health state, chronic pathology, medical and social assistance.

Введение

Во многих странах мира в настоящее время наблюдается повышение научного интереса к исследованию проблем людей пожилого и старческого возраста [1].

Старение населения сегодня затрагивает все страны мира. По прогнозам ООН, к 2025 г. общее число жителей в возрасте 60 лет и старше достигнет более 1,1 млрд. чел. Самыми быстрыми темпами будет расти число лиц в возрасте 80 лет и старше: с 13 млн. человек в 1950 году до 137 млн. человек к 2025 г. [2]. При этом европейский регион прочно занял место старейшего на планете, так как именно в нем находятся 18 из 20 стран мира с наибольшей долей лиц пожилого и старческого возраста [3]. Старение и болезни — понятия труднораз-

делимые во врачебной практике, главным образом, в связи с сочетанием старения с патологией внутренних органов. Поэтому ключевыми и основополагающими проблемами старшего поколения следует признать как медицинский, так и социальный аспект [4].

В Республике Беларусь, по прогнозным оценкам к 2020 г. доля населения пенсионного возраста достигнет 28 % [5].

Новый здоровьесберегающий подход в медицине позволяет оценивать здоровье не со среднестатистической точки зрения, а с индивидуально-групповой. Изучение КЖ является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных соци-

альных групп. Метод позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека: его физического, психологического и социального функционирования [6, 7, 8, 9].

Цель

Оценка состояния здоровья и качества жизни людей пожилого и старческого возраста, проживающих в Гомельском регионе.

Материал и методы исследования

В сентябре 2013 – феврале 2014 гг. проведено социологическое исследование по изучению образа и качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в Гомельском регионе. В исследовании приняли участие 120 человек в возрасте 60 и более лет, включенных в анкетирование случайным спо-

собом. Сбор данных проводился методом анкетирования на основе прямого опроса респондентов. После разъяснения целей и задач исследования опросник «SF-36» и специальная анкета заполнялись респондентом самостоятельно или проводилось интервьюирование специально обученным человеком. Из исследования исключены пациенты, не понимающие целей исследования и также те, тяжесть состояния которых не позволяла провести исследование. Выборка была сформирована после исключения анкет, не содержащих сведений о поле, возрасте. Структура выборки характеризовалась распределением респондентов по полу, возрасту, образованию, трудовой занятости, семейному статусу, материальным и жилищным условиям (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение выборки лиц пожилого и старческого возраста

Характеристика	Количество человек	Процент объема от выборки (%)
Пол		
Мужчины	45	37,5
Женщины	75	62,5
Возраст		
От 60 до 74 лет	67	55,8
От 75 до 89 лет	45	37,5
От 90 и старше	8	6,7
Образование		
Высшее	34	28,3
Среднее специальное	28	23,3
Среднее	31	25,8
Неоконченное среднее	27	22,6
Семейный статус		
Состоят в браке	66	55,0
Не состоят в браке	54	45,0
Трудовая занятость		
Работающие пенсионеры	24	20,0
Неработающие пенсионеры	99	80,0
Уровень доходов		
Выше прожиточного минимума в 3 и более раз	19	10,3
Выше прожиточного минимума в 2 раза	66	55,0
Соответствует прожиточному минимуму	28	23,3
Ниже прожиточного минимума	6	5,0
Жилищно-бытовые условия		
Отдельная квартира	72	60,0
Частный дом	48	40,0

Исследование проводилось в 2 этапа. Изучение качества жизни выполнялось в соответствии с общими принципами социологических исследований. На первом этапе с помощью специально разработанной анкеты изучалась информация об условиях и образе жизни опрошенных. Анкета состояла из нескольких блоков и включала демографические характеристики (пол, возраст, занятость, образование, семейный статус), вопросы, дающие информацию об уровне доходов, условиях жизни и час-

тоте обращаемости за медицинской помощью, о социально-психологических особенностях личности респондентов; состоянии здоровья и наличии хронической патологии. На втором этапе изучалось качество жизни лиц старше 60 лет с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey». Он относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), широко распространен в США и других странах мира. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: 1) физическое функционирование (PF); 2) ролевое (фи-

зическое функционирование (RP); 3) боль (BP); 4) общее здоровье (GH); 5) жизнеспособность (VT); 6) социальное функционирование (SF); 7) эмоциональное функционирование (RE); 8) психологическое здоровье (MH). Все шкалы объединены в 2 суммарных измерения: физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы). Результаты представлены в виде оценок в баллах в пределах от 0 до 100 [9].

Сравнение средних величин в группах, различающихся по полу, возрасту, образованию и другим параметрам, осуществляли методами непараметрической статистики, так как

распределение в сравниваемых группах не было нормальным, генеральные дисперсии в них отличались по критерию Фишера. Для сравнения несвязанных выборок использовали тест Манн-Уитни. Различие между средними значениями считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средние значения показателей КЖ лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в разных регионах Беларуси, для 8 шкал опросника «SF-36» колебались от 44,7 (шкала общего здоровья — GH) до 71,5 (шкала социального функционирования — SF) (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели качества жизни лиц пожилого и старческого возраста.

Показатели (средние ±SD)	PF	RP	BP	GH	PH	VT	SF	RE	MH	MH
Лица пожилого и старческого возраста (n=120)	53,1±27,5	47,4±33,6	59,6±31,2	44,7±28,5	37,8±9,1	49,8±26,6	71,5±27,3	59,4±29,3	60,0±28,2	45,8±10,0
Стандартизованные показатели	84,5±23,3	80,9±34,0	75,2±23,7	71,9±20,3	50,0±10,0	60,9±20,9	83,3±22,7	81,3±33,0	74,7±18,1	50,0±10,0

Показатели КЖ по всем шкалам опросника ниже для пожилых лиц, за исключением шкалы социального функционирования в сравнении с показателями качества жизни практически здоровых лиц. Различия в показателях статистически значимы ($p < 0,05$). Самые низкие показатели КЖ лиц старше 60 лет отмечены по шкале общего здоровья (44,7). Наиболее существенные отличия в показателях, характеризующих физический компонент здоровья. Низкие показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием,

свидетельствуют о том, что повседневная деятельность в значительной мере ограничена физическим состоянием человека. Снижение показателей КЖ в этих возрастных группах населения совпадает с данными о качестве жизни населения других стран [6]. При этом показатели психологического компонента здоровья снижены в меньшей степени, чем физического. Параметры качества жизни у мужчин выше, чем у женщин, статистически значимы различия в показателях КЖ по физическому компоненту PF (рисунок 1).

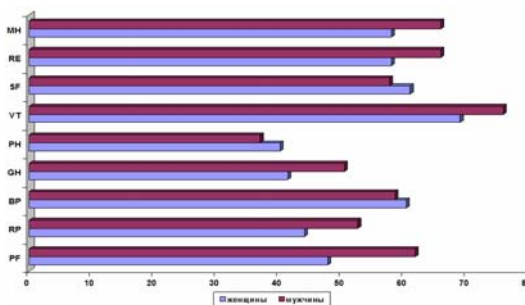


Рисунок 1 — Средние значения показателей качества жизни мужчин и женщин пожилого и старческого возраста

Полученные данные согласуются с данными сравнительных исследований КЖ у мужчин и женщин, выполненных в разных странах [6].

Возрастная динамика показателей качества жизни совпадает с общими закономерностями

изменения КЖ с возрастом. Характерно снижение показателей КЖ, связанных с физическим функционированием. Интегральный показатель психического здоровья существенно не снижается с возрастом (таблица 3).

Таблица 3 — Средние значения показателей качества жизни людей пожилого, старческого возраста и долгожителей

Показатели (средние ± SD)	PF	RP	BP	GH	PH	VT	SF	RE	MH	MH
60–74 года, n = 67	62,9 ±23,7	51,9 ±38,0	61,2 ±26,8	47,0 ±18,6	40,5 ±8,6	52,4 ±18,8	74,5 ±24,1	61,6 ±39,0	62,1 ±16,9	46,1 ±9,8
75–89 лет, n = 45	38,3 ±22,5	38,4 ±38,2	59,0 ±22,3	42,4 ±15,9	34,3 ±8,8	51,0 ±16,3	69,4 ±19,5	58,5 ±40,3	60,4 ±17,7	47,7 ±8,9
90 и старше, n = 8	32,1 ±24,3	38,6 ±37,6	51,6 ±12,7	43,7 ±19,6	33,1 ±6,5	37,8 ±18,6	59,3 ±37,7	42,8 ±46,0	58,1 ±24,3	40,6 ±11,8

Многие пожилые люди, переходя от активной трудовой деятельности к пенсионному образу жизни, сталкиваются с различными новыми для них социальными и психологическими проблемами, обусловленными как их индивидуальными, личностными особенностями, так и спецификой их ближайшего социального окружения. Показатели качества жизни по всем шкалам опросника выше у работающих пенсионеров. Статистически значимы различия показателей по шкалам физического компонента здоровья, интегрированный показатель физического здоровья у работающих пенсионеров 44,3, у неработающих — 35,2 ($p < 0,05$). Интегральный показатель психологического здоровья практически одинаков в обеих группах (45,4 и 47,7 соответственно) (рисунок 2).

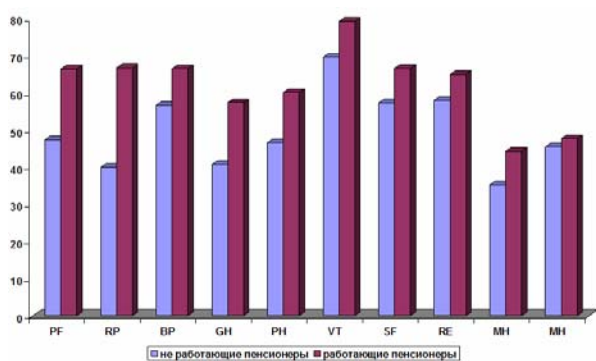


Рисунок 2 — Показатели качества жизни работающих и неработающих пенсионеров

В структуре хронической патологии у людей пожилого и старческого возраста преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (68,3 % опрошенных респондентов имеют гипертоническую болезнь, 56,4 % страдают ишемической болезнью сердца), при сочетанной патологии чаще всего отмечались сердечно-сосудистая патология, заболевания костно-мышечной системы и желудочно-кишечного тракта. Заболевание костно-мышечной системы и соединительной ткани (остеоартроз, артрит, остеохондроз)

В пожилом и старческом возрастах на состояние здоровья значительное влияние оказывает наличие хронической патологии различной локализации. Доля респондентов с хроническими заболеваниями составила 85,6 %, из них 25,8 % имели одну хроническую болезнь, в остальных случаях — сочетанную патологию. Индекс полиморбидности составил $2,2 \pm 0,1$ групп заболеваний у одного больного. При сравнении показателей КЖ пожилых людей, имеющих хроническую патологию, с теми, у кого нет хронических заболеваний, установлено, что имеются статистически значимые различия по двум шкалам: общее здоровье — GH (41,4 и 60,7 соответственно) и физическая активность — PF (50,5 и 61,0 соответственно, $p < 0,05$) (рисунок 3).

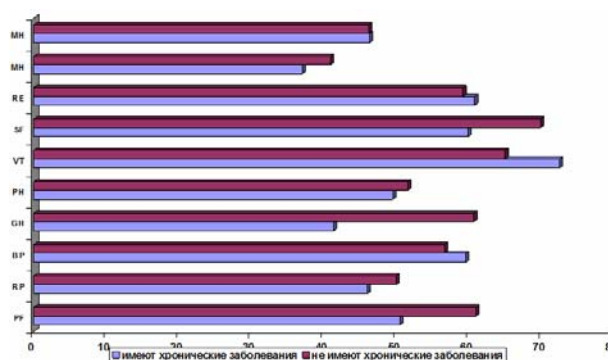


Рисунок 3 — Средние показатели качества жизни пожилых людей с учетом наличия или отсутствия хронической патологии

распространены у 39,6 % опрошенных лиц пожилого и старческого возраста, сахарный диабет имеется у 27,7 % опрошенных, болезни органов пищеварения — у 39,6 %.

Выявлена прямая корреляционная связь между возрастом и уровнем болезненности, $r = 0,3$ ($p < 0,05$) среди лиц пожилого и старческого возраста.

Данные о распространенности хронической патологии у лиц пожилого и старческого возраста представлено в таблице 4.

Таблица 4 — Хронические заболевания у лиц пожилого и старческого возраста

Нозологическая форма	Пожилые люди, n = 67		Лица старческого возраста, n=45		Долгожители, n = 8	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертоническая болезнь	35	52,2	29	64,4	5	62,5
Ишемическая болезнь сердца	23	34,3	29	64,4	5	62,5
Сахарный диабет	10	14,9	15	33,3	1	12,5
Болезни костно-мышечной системы	16	23,9	19	42,2	5	62,5
Болезни органов пищеварения	20	29,8	19	42,2	1	12,5
Болезни почек и мочевых путей	10	52,6	7	15,5	2	25,0
Болезни нервной системы	3	4,5	2	4,4	1	12,5
Болезни дыхательных путей	5	7,5	4	8,8	1	12,5
Болезни кожи	—	—	—	—	2	25,0
Другая патология	—	—	—	—	2	25,0

Высокий уровень материального обеспечения важен в пожилом возрасте для приобретения необходимых лекарственных и профилактических средств, реализации оздоровительных мер и т. п. Показатели качества жизни пожилых людей и лиц старческого возраста с хорошим уровнем материального обеспечения превышали по всем шкалам опросника показатели КЖ у лиц, имев-

ших доход в соответствии с прожиточным минимумом или ниже его. Эти различия статистически значимы по шкале физического здоровья — PF (62,6 соответственно у лиц с доходом выше прожиточного минимума в 3 и более раз и 43,6 у лиц с доходом в соответствии с прожиточным минимумом, $p < 0,05$) и шкале общего здоровья — GH (52,6 и 43,1 соответственно) (рисунок 4).

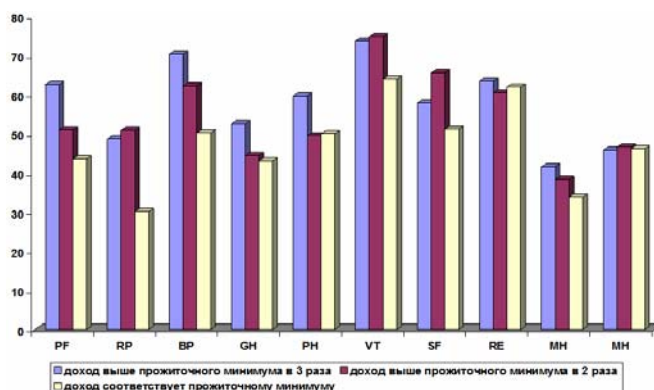


Рисунок 4 — Средние показатели КЖ пожилых людей при разных уровнях среднего дохода

Выводы

1. Показатели КЖ лиц пожилого и старческого возраста снижены по всем шкалам опросника «SF-36» за исключением шкалы социального функционирования по сравнению с показателями качества жизни практически здоровых лиц.
2. Параметры показателей КЖ у мужчин выше, чем у женщин.
3. Снижение показателей КЖ с возрастом связано, прежде всего, с физическим функционированием.
4. Показатели КЖ выше у работающих пенсионеров.
5. Лица с хронической патологией имеют более низкие показатели КЖ по двум шкалам: общее здоровье и физическая активность.
6. Выявлена прямая корреляционная связь между возрастом и уровнем болезненности, $r = 0,3$ ($p < 0,05$) среди лиц пожилого и старческого возраста.
7. Лица пожилого и старческого возраста с высоким материальным достатком имеют более высокие показатели КЖ.

Заключение

Уровень качества жизни лиц пожилого и старческого возраста находится в прямой зависимости от их состояния здоровья, в первую очередь наличия хронической патологии и уровня полиморбидности, поэтому в пожилом возрасте важным является адекватное лечение хронических заболеваний, своевременная профилактика их обострений, комплекс реабилитационных мероприятий.

Для повышения качества жизни пожилых людей и лиц старческого возраста необходима

разработка и оценка эффективности медико-социальных программ, обязательно включающих вопросы обеспечения активной трудовой занятости пенсионеров, их социальной поддержки и организации медицинского обеспечения на основе проведения индивидуальной оценки их состояния здоровья и с учетом показателей качества жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Чирков, В. А. Социально-гигиеническое исследование качества жизни лиц пожилого возраста, проживающих в различных социальных условиях / В. А. Чирков, А. В. Бреутов, Р. А. Бреутова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). — 2012. — № 12(20). — www.sisp.nkras.ru.
2. Лабезник, Л. Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения / Л. Б. Лабезник // Клиническая геронтология. — 2002. — № 9–10. — С. 89–104.
3. Ethnic and gender variation in the dietary intake of rural elders / M. Z. Vitolins [et al.] // J. Nutr. Elderly. — 2000. — Vol. 19, № 3. — P. 15–29.
4. Агранович, Н. В. Повышение качества жизни пожилых людей путем пролонгирования активного образа жизни / Н. В. Агранович, В. О. Агранович, М. С. Кульнева // Архив внутренней медицины. — 2012. — № 2 (4). — С. 65–67.
5. Медико-социальные проблемы потребности пожилых людей Гомельского региона / В. А. Подолько [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 2(28). — С. 133–140.
6. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — 2-е изд. — М.: ОЛИМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.
7. Bone, M. R. International effects to measure health expectancy / M. R. Bone // J. Epidemiol. and Community health. — 1992. — Vol. 45. — P. 555–558.
8. Астафьева, Н. Г. Медико-социальный мониторинг качества жизни ветеранов старческого возраста с нарушением функции дыхательной системы / Н. Г. Астафьева, И. В. Гамова // Клиническая геронтология. — 2009. — № 6–7. — С. 40–44.
9. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware // The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Mass. — 1993.