

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Выпускающая кафедра социальной педагогики и социальной работы

Дубинина Анастасия Сергеевна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: Особенности качества жизни лиц старше трудоспособного возраста,
находящихся на стационарном лечении

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Профиль Социальная работа в системе социальных служб

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой д.п.н, профессор Фуряева Т.В.

(дата, подпись)

Руководитель
Климацкая Л.Г.

Дата защиты _____

Обучающийся Дубинина А.С.

Оценка _____
(дата, подпись)

(прописью)

Красноярск
2016

Содержание

Введение	3
Глава 1. Качество жизни лиц, старше трудоспособного возраста как общественная проблема.....	5
1.1 Основные понятия темы.....	5
1.2 Социально-медицинские и демографические проблемы общества и состояние здоровья лиц 60+ в России и регионе.....	9
1.3 Оценка качества жизни связанного со здоровьем лиц, старше трудоспособного возраста.....	21
Выводы по главе 1.....	26
Глава 2. Исследование особенностей качества жизни лиц старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении.....	28
2.1. Социальный статус лиц 60+, находящихся на стационарном лечении в госпитале для ветеранов войн.	23
2.2. Качество жизни лиц старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении.....	31
Выводы по главе 2.....	42
Заключение	44
Список литературы	49
Приложения	

ВВЕДЕНИЕ

В документах Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (WHO), возраст от 60 до 74 лет считается пожилым; 75 – 89 лет - старческим; 90 лет и старше - периодом долгожительства), все группы принято называть люди 60+. Результаты исследований качества жизни людей 60⁺ показали существенное снижение всех параметров качества жизни с возрастом (В.И. Стародубов, О.В. Белоконь, Л.В. Иванкова, 2003; А.И. Воробьев, 2004; М.А. Позднякова с соавт., 2007, Ю.В. Паршина, 2013, Е.И.Холостова). Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), является интегральной характеристикой физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека (Ю.Л. Шевченко, 2000; А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2004, 2007, И. В. Кононова, 2015)

До настоящего времени оценка КЖСЗ людей 60⁺, находящихся на стационарном лечении, представлена лишь единичными исследованиями (И. В. Кононова, 2015). Это повлияло на выбор направления нашего исследования и обоснование его актуальности.

Цель исследования – исследовать особенности качества жизни лиц старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении.

Задачи исследования:

1. Изучить литературы по теме.
2. Подобрать методы для исследования.
3. Оценить качество жизни (физическое и психическое здоровье) населения 60+, находящегося на стационарном лечении.
4. На основе полученных данных выделить у лиц старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении особенности в социальном статусе, качестве жизни, связанном со здоровьем, биологическом возрасте, гендерные особенности.

Объект исследования - пациенты госпиталя для ветеранов войн, в возрасте 60+.

Предмет исследования - особенности качества жизни пожилых людей (физическое и психическое здоровье).

Гипотеза исследования – качество жизни лиц старше трудоспособного возраста, улучшится при нахождении на стационарном лечении в госпитале.

ГЛАВА 1.

Качество жизни лиц, старше трудоспособного возраста как общественная проблема

Глава 1.1 Основные понятия темы.

Понятие «качество жизни».

По определению Всемирной организации здравоохранения КЖ –это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте культуры, системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустроенности [1]. Таким образом, КЖ – степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества. Такая оценка полностью зависит от состояния здоровья, психологического состояния, уровня независимости, общественного положения, факторов окружающей среды и отличных представлений человека. При этом КЖ остается исключительно субъективным показателем [2,3].

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем»

Еще в начале XXI века понятие «Качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «Качество жизни, связанное со здоровьем» (HealthRelatedQualityofLife, HRQL). КЖ сегодня – это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья, как на индивидуальном, так и на групповом уровне.

В социально-медицинской сфере КЖ оценивается с позиции физических, социальных и психологических составляющих здоровья. Различные болезни влияют на общее здоровье, причиняя значительную боль и страдания, изменяют повседневную жизнедеятельность и различные стороны жизни человека, в т.ч. медико-социальное благополучие, что и приводит к существенному ухудшению КЖ [4].

В 2001 году в России была утверждена Концепция исследования качества жизни в медицине, разработанная Министерством здравоохранения Российской Федерации. В Концепции отмечено, что исследования КЖ являются приоритетными, они должны проводиться при помощи

универсальных инструментов, отвечающих требованиям социальных, региональных и языковых различий. Несмотря на это, исследований КЖ в стране выполняется еще недостаточно, хотя в последние годы эта сфера научных интересов существенно расширилась.

Оценка КЖ представляет собой дополнение критериальных оценок системой научного обоснования и планомерного, организованного наблюдения, сбора и анализа данных. Многие исследователи отмечают разноплановость понятия «Качество жизни», что обусловлено многообразием показателей. Соответствующие показатели включают: здоровье (возможность вести здоровый образ жизни на всех ступенях жизненного цикла; влияние нарушения здоровья на отдельных лиц); индивидуальное развитие путем обучения; занятость; качество трудовой жизни и т. д. [5].

Нас интересует именно качество жизни, связанное со здоровьем – понятие, обозначающее оценку некоторого набора физических и психических характеристик жизни человека, основанного на его собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками.

Всемирная организация здравоохранения внесла существенный вклад в разработку научного изучения КЖ, выработав основополагающие критерии качества жизни. К ним относятся: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации); духовность (религия, личные убеждения) [6,7].

По мнению А.А. Новик и Т.И. Ионовой, КЖ, связанное со здоровьем, представляет собой интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования

здорового или больного человека, основанную на его субъективном восприятии [8].

Понятие «лица старше трудоспособного возраста»

В соответствии с пенсионным законодательством Российской Федерации, лица старше трудоспособного возраста - это люди, достигшие пенсионного возраста (женщины в возрасте 55 лет и старше, и мужчины в возрасте 60 лет и старше).

Равнозначными понятию «лица старше трудоспособного возраста» являются понятия «пожилые люди», «людьми третьего возраста» или как теперь это принято в настоящее время в мире «людьми возраста 60+».

Документы ООН и Международной организации труда рассматривают как «пожилых» лиц 60 лет и старше. Именно этот подход, как правило, и используется на практике, хотя возраст выхода на пенсию в большинстве развитых стран – 65 лет, в России 60 и 55 соответственно для мужчин и женщин.

Пожилые люди – группа, содержащая в себе индивидов с разнообразными проблемами, от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами. Она включает в себя выходцев из самых разных социальных слоев, с разным уровнем образования, квалификацией и интересами. Большинство из них экономически неактивно, регулярно получают пенсию по возрасту.

В нашем исследовании приняли участие женщины и мужчины в возрасте старше 65 лет, которые согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения называются пожилыми людьми, людьми третьего возраста, или людьми возраста 60+.

Стационарное лечение – это организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение. [9]

Стационарное лечение – особая форма терапии, которая обеспечивается 24 часа в сутки.

Понятие «социальный статус»

Социальный статус – социальное положение, занимаемое социальным индивидом или социальной группой в обществе или отдельной подсистеме общества.

Глава 1.2 Социально-медицинские и демографические проблемы общества и состояние здоровья лиц 60+ в России и регионе.

Тенденция старения населения с каждым годом становится все более отчетливой, что составляет одну из глобальных медико-социальных и демографических проблем общества, связанных со старением населения.

По данным ООН, в 2000 году в мире проживало 590 млн. пожилых, а к 2016 году их численность превысит 900,9 млн. человек [10, 11].

На начало 2016 года 11,2% всего человечества прожили 60 лет и более, к 2050 году, по прогнозным расчетам, эта доля поднимется до 22%, а доля долгожителей, достигших возраста 80 лет и старше, увеличится за этот же период с 2 до 4,4%. Вместе с тем доля детей в возрасте до 15 лет снизится с 28,3 до 19,8%, а доля населения в возрасте 15-59 лет - с 61,4 до 58,3%. Удельный вес пожилых людей в общей численности населения наиболее высок в развитых странах, в которых он уже превысил 20,0%, а к 2050 году поднимется до 32,6%, в том числе долгожителей - с 3,7 до 9,4% [10].

Демографическая ситуация в Российской Федерации также характеризуется ростом численности и доли пожилых граждан [12,13,14,15].

При этом в России наблюдается превышение численности женщин над численностью мужчин, причем такая диспропорциональность наиболее показательна для более старших возрастных когорт.

По данным Росстата общая численность населения России на 1 января 2016 года составляет 146 544 710 человек (с Крымом). Доля численности лиц, старше трудоспособногоза последние пять лет выросла с 22,7% в 2012 г. до 24,6% в 2016 г. и составляет 35,9 млн человек. [16]

Гендерная структура старшего поколения характеризуется преобладанием женщин. В динамике происходит незначительная убыль числа женщин в пересчете на 1000 мужчин соответствующего возраста.

Так, в 2012 году на 1000 мужчин приходилось 1162 женщины, а в 2015 году -1158 женщин[16]. Число женщин на 1000 мужчин соответствующей возрастной группы в Табл. 1:

Таблица 1. Число женщин на 1000 мужчин в разрезе возрастных групп

Возрастная группа/ период времени	2012 год	2015 год
60-64 года	1419	1428
65-69 лет	1622	1593
Старше 70 лет	2379	2439

В возрастных диапазонах 60-64 года - это соотношение в 2012 году составило 1419 женщин, в 2015 –1428, в диапазоне 65 -69 –1622 и 1593 соответственно, в возрасте старше 70 лет –2379 и 2439 соответственно.

Средняя продолжительность жизни в России в 2000 года была равна 59 годам у мужчин и 72,2 года у женщин. По прогнозам Росстата, в 2016 году ожидаемая продолжительность жизни (в зависимости от вариантов демографического прогноза, основанных на вариантах социально-экономического развития Российской Федерации) составит: при низком варианте прогноза 71,5 лет (у мужчин –66,0, у женщин –76,8), при среднем варианте –71, 6 (66,2 и 76,9 соответственно), при высоком –72,2 (66,8 и 77,3 соответственно)[16].

Ниже в Табл.2 представлены данные официального сайта Росстата по состоянию на 27.05.2016 г. с прогнозом ожидаемой продолжительности жизни при рождении к 2020 и 2030 году.

Таблица 2. Ожидаемая продолжительность жизни

Варианты прогноза социально-экономического развития России									
Годы	Низкий			Средний			Высокий		
	Все	Муж- чины	Жен- щины	Все	Муж- чины	Жен- щины	Все	Муж- чины	Жен- щины
2020	72,0	66,7	77,3	72,8	67,6	77,7	74,4	69,5	79,0
2030	73,2	68,1	78,2	75,1	70,5	79,6	77,3	72,9	81,4

Общая численность населения старше трудоспособного возраста в соответствии с расчетными прогнозами Росстата к 2017 году вырастет до 36,7 млн человек (низкий вариант прогноза) и составит 25% к общему числу жителей России, к 2020 году –38,4 млн человек (26,2%), к 2030 году –40,1

млн человек (28%), при высоком варианте прогноза социально-экономического развития Российской Федерации рост указанной возрастной группы населения к 2030 году составит 41,8 млн человек, что составит 27,5% [38].

При этом коэффициент демографической нагрузки за счет населения старше трудоспособного возраста возрастет при низком варианте прогноза от 441 человек на 1000 лиц трудоспособного возраста в 2017 году до 477 человек –к 2020 году и до 518 –к 2030 году, т.е. приблизительно 1:1 [38].

При анализе демографических показателей Красноярского края, установлено, что численность населения в регионе на начало 2016 года составила 2 866 490 человек, что равнялось 1,9% населения Российской Федерации и 14,8% населения Сибирского федерального округа. В городской местности Красноярского края, проживает 2 206 005 человек. В сельской - 660 485 человек (29,9%) [37].

По данным портала Красноярскстат общая численность населения Красноярского края за период 2012 – 2016 годы повысилась на 20 тыс. человек: с 2 846 475 тыс. человек в 2012 году (на 01.01.2012) до 2 866 490 тыс. человек в 2016 году (на 01.01.2016) [37].

При этом за последние 2 года наблюдался рост доли лиц старше трудоспособного возраста в структуре населения региона на 15 270 человек: с 602587 в 2014 году до 617857 в 2015 году.

Гендерная структура населения Красноярского края в возрасте старше трудоспособного характеризовалась преобладанием женщин (71%), что отражает Табл. 3:

Таблица 3. Гендерная структура населения Красноярского края в возрасте старше трудоспособного

Возраст	2014			2015		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
Все население	2852810	1331529	1521281	2858773	1334600	1524173
в том числе в возрасте, лет:			117274			116067

55-59						
60-64	171424	70509	100915	176325	72649	103676
65-69	92166	34906	57260	111288	42024	69264
70-74	81712	27096	54616	66820	22189	44631
75-79	74406	22353	52053	81276	24339	56937
80-84	39588	9954	29634	38011	9589	28422
85 и более	26017	5134	20883	28070	5614	22456
Все население по возрастной группе:						
мужчины и женщины 60+	602587	169952	432635	617857	176404	441453

В результате изучения статистических данных были изучены демографические показатели лиц старше трудоспособного возраста, проживающих в России. Установлено, что доля населения старше трудоспособного возраста, за последние пять лет выросла с 22,7% в 2012 г. до 24,6% в 2016 г., при этом гендерная структура старшего поколения характеризуется преобладанием женщин (на 1000 мужчин 60+, приходится 1162 женщины 60+).

Происходит рост продолжительности жизни как мужчин, так и женщин 60+ (71 год в среднем), прогнозируется и дальнейшее повышение этих показателей. В связи с этим по прогнозам Росстата вырастет общая численность населения лиц 60+, и составит 25% к общему числу жителей страны, что вызовет рост демографической нагрузки на трудоспособное население к 2017 году (на 1000 лиц трудоспособного возраста, будет приходиться 441 человек старше трудоспособного возраста).

Установлены следующие изменения демографических показателей по региону: за последние два года на фоне роста общей численности населения отмечен рост (на 15,2 тыс.) лиц старше трудоспособного возраста и преобладание среди них женщин (71%).

Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения Российской Федерации связано как с увеличением продолжительности жизни, так и с низкой рождаемостью и высокой

смертностью в трудоспособном возрасте, что является важным фактором для планирования мероприятий по совершенствованию медицинской и социальной помощи населению [17,18].

Процесс старение населения обуславливает ряд социальных последствий, требующих пристального внимания. В 1982 году в Вене состоялась 1-я Всемирная Ассамблея ООН по вопросам старения, где впервые было признано, что процесс старения населения принимает глобальный характер и является одной из первоочередных проблем человечества.

В принятом Ассамблеей Международном плане действий по вопросам старения были разработаны рекомендации в семи областях: здравоохранение и питание; защита пожилых как потребителей; жилье и окружающая среда; семья; социальное обеспечение; обеспечение доходов и занятость; образование. Однако основным препятствием в осуществлении данных рекомендаций для многих стран явилось отсутствие финансирования.

В 2002 году в Мадриде была проведена 2-я Всемирная Ассамблея по вопросам старения, на которой экспертами ООН подчеркнута, что быстрое старение населения оказывает влияние практически на все сферы деятельности любого государства и прежде всего на здравоохранение, занятость и рынок рабочей силы, социальные меры защиты и экономический рост.

На второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения был принят новый долговременный программный документ - «Международный план действий по проблемам старения - 2002». Центральные темы Международного плана действий следующие:

- ◆ обеспечение безопасных условий для пожилых людей, что предполагает ликвидацию нищеты среди пожилых людей и развитие Принципов ООН в отношении пожилых людей;

- ◆ создание условий для полноправного и эффективного участия пожилых людей в экономической, политической и социальной жизни общества, в частности по средствам приносящего доход и добровольного труда;
- ◆ создание возможностей для развития индивидуальных способностей, реализации творческого потенциала и обеспечения благосостояния на протяжении всей жизни, в том числе в старости, при одновременном признании того, что пожилые люди не составляют однородную группу;
- ◆ обеспечение полного соблюдения экономических, социальных и культурных прав пожилых людей, а также их гражданских и политических прав и ликвидация всех форм насилия в отношении пожилых людей и возрастной дискриминации;
- ◆ принятие обязательств в отношении обеспечения равноправия пожилых женщин, в частности, путем ликвидации дискриминации по признаку пола;
- ◆ признания ключевого значения семей и взаимосвязи, солидарности и взаимовыручки поколений для социального развития;
- ◆ оказание пожилым людям медицинской помощи, поддержки и социальной защиты, включая медицинскую профилактику и реабилитацию; налаживание партнерских отношений между государственными учреждениями всех уровней, гражданским обществом, частным сектором и непосредственно пожилыми людьми в целях перевода идей концептуального характера в плоскость практических мер;
- ◆ проведение научных исследований, изучение опыта и использование технических возможностей для анализа индивидуальных, социальных и медицинских последствий старения

Процесс старения населения тесно связан с увеличением числа больных, страдающих различными заболеваниями, в том числе присущими только лицам пожилого и старческого возраста [23,24].

В структуре общей заболеваемости людей старших возрастных групп около 85% составляют: болезни системы кровообращения, болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов дыхания, органов пищеварения,

новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [25].

Нарушения функционального статуса (физического, психологического, социального, экономического) среди пожилых, связанные с возрастными изменениями организма, фиксируются медицинскими специалистами и работниками социальных служб в половине случаев обращения за медицинской и социальной помощью [26].

Высокая распространенность заболеваний среди пожилых, в сочетании со снижением социальной и физической активности, обуславливают потребность в оказании медицинской и социальной помощи указанным лицам [27].

Ухудшением качества жизни людей 60+, выражает потребность в совершенствовании организации им социально-медицинской помощи. Это обуславливают следующие причины: снижение мобильности пожилых; нуждаемость в кратковременном или постоянном постороннем уходе и сопровождении на период болезни и госпитализации; психические расстройства; низкий уровень мотивации к выздоровлению (отсутствие постоянной занятости) по сравнению с трудоспособными лицами.

Повышение потребности в различных видах социальной помощи, которую обуславливают ряд факторов: наличие инвалидности, отсутствие семьи, удаленность места проживания от медицинской и аптечной организации, бытовые условия [28].

Стоит отметить особенности организации социально-медицинской помощи людям 60+ в России.

В Российской Федерации с 2010 года реализуются социально-медицинские муниципальные и региональные программы, направленные на решение отдельных проблем пожилого населения, разработанные и принятые в рамках полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации, не учитывающие мнения пожилых людей и/или общественных

некоммерческих, в том числе профессиональных объединений и организаций, действующих в интересах пожилых.

Гериатрическая помощь с участие врачей, социальных работников, социальных психологов оказывается, как в учреждениях общей сети, включая федеральные медицинские организации, так и в специализированных учреждениях (по состоянию на 01.01.2016 – 3 гериатрические больницы, и 67 госпиталей для ветеранов войн [39].

Оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, разработанных специально для пожилых людей. [41,42].

Кроме того, рядом авторов выделено в отдельную задачу по совершенствованию социально- медицинской помощи пожилым разработка порядка оказания гериатрической помощи населению и корректировка стандартов оказания медицинской помощи по заболеваниям, наиболее распространенным среди населения трудоспособного возраста [43,44].

Опыт оказания социально-медицинской помощи в развитых странах свидетельствует о необходимости тесного взаимодействия с социальными службами, что позволяет вынести решения ряда вопросов организации медико-социальной помощи пожилым на догоспитальный этап или на этап медицинской реабилитации после выписки из стационара.

В стране сохраняются проблемы подготовки медицинских и социальных кадров для работы с населением старше трудоспособного возраста [45].

Актуальными остаются вопросы долговременного ухода и оказания медицинской помощи, как в медицинских организациях, так и в социальных стационарах, особенно для пациентов с психическими расстройствами, среди которых большую распространенность имеют психические заболевания и онкология [46,47].

Развитие гериатрии позволило оказывать специфическую помощь в специализированных учреждениях, где в команде с медиками работают социальные работники и социальные психологи. Такими учреждениями являются госпитали для ветеранов войн, которые оказывают

Особенностью этих учреждений является медико-социальная работа, сформированная на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты. Любые услуги социальной защиты так или иначе защищают здоровье пожилых людей. Функции, выполняемые социальными работниками, разделены на три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные функции.

Направления деятельности специалистов, виды социальных услуг:

- социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности граждан в быту;
- социально-медицинские, направленные на поддержание и улучшение здоровья граждан;
- социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении клиентов, формирование у них позитивных интересов, в том числе в сфере досуга, организацию их досуга;
- социально-правовые, направленные на оказание юридической помощи, защиту законных прав и интересов граждан.
- социально-психологические, предусматривающие коррекцию психологического состояния граждан для их адаптации в среде общества.

Контроль и оценка качества медико-социальных услуг, оказываемых в учреждении производится Министерством Здравоохранения РФ, а также Отделом качества медицинской помощи при Администрации госпиталя.

На базе госпиталя развернуты несколько специализированных центров. Функционирует Центр медико-психологической реабилитации – единственный в Красноярском крае обеспечивает диагностику, лечение и реабилитацию при нервно-психических расстройствах. Центр – экспериментальное отделение, где разрабатываются и успешно внедряются

новые эффективные методы лечения (психотерапия, спорттерапия, арттерапия, профессиональная реабилитация, социотерапия).

Во исполнение краевой целевой Программы «Старшее поколение», приказом управления здравоохранения администрации Красноярского края № 126-орг от 12.04.2000г. на базе госпиталя открыт гериатрический Центр на 30 коек и гериатрический кабинет амбулаторно-поликлинического приема.

Работа по оказанию медицинской помощи Ветеранам осуществляется в соответствии с:

- Федеральным Законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- Закон Красноярского края от 24.10.2013 № 5-1712 (ред. от 10.06.2014) «Об осуществлении органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края отдельных полномочий в сфере охраны здоровья граждан».
- Закон Красноярского края от 19.05.2011 № 12-5833 (ред. от 10.06.2014) «О Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Красноярского края».
- Закон Красноярского края от 26.05.2009 № 8-3237 (ред. от 01.12.2014) «О разграничении отдельных полномочий органов государственной власти Красноярского края в сферах охраны здоровья граждан, обращения лекарственных средств и санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае».
- Закон Красноярского края от 24.12.2004 № 13-2831 (ред. от 19.03.2015) «О реализации государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае»
- Постановление Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п (ред. от 02.06.2015) «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края».

-Постановление Правительства Красноярского края от 23.12.2014 № 636-п (ред. от 28.07.2015) «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

-Постановление Правительства Красноярского края от 30.09.2013 № 516-п (ред. от 18.06.2015) «Об утверждении государственной программы Красноярского края "Развитие здравоохранения».

-Постановление Правительства Красноярского края от 24.05.2012 № 233-п в (ред. от 14.04.2014). «О правлении Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края»

-Постановление Правительства Красноярского края от 26.12.2011 № 799-п (ред. от 18.03.2014). «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края» и т.д.

Обзор литературы по вопросам организации социально-медицинской помощи населению старшего возраста показал наличие проблем, в том числе связанных с несовершенством законодательства; важность осуществления межведомственного взаимодействия; необходимость решения вопросов, направленных на улучшения системы подготовки кадров; проведение мероприятий по совершенствованию организации помощи пожилым, с целью увеличения средней продолжительности предстоящей жизни, при этом годы жизни возраста 60+ должны быть не менее качественными, чем до прекращения трудовой деятельности.

Глава 1.3 Оценка качества жизни связанного со здоровьем лиц, старше трудоспособного возраста.

Важным методом оценки восприятия человеком (пациентом) собственного состояния, ожиданий от предстоящего лечения и восприятия проведенного лечения является качество жизни.

Начиная с 1980-х гг., разрабатываются, апробируются и внедряются различные методологические подходы к оценке КЖ, связанные с различными болезнями [29].

Правильный выбор инструмента исследования – основа методологии оценки КЖ. В ее основе лежит многокомпонентность, включающая: разработку протокола исследования; выбор инструмента исследования; обследование больных; сбор данных; формирование базы данных; шкалирование данных опросника; статистическую обработку данных опросника; анализ и интерпретацию полученных результатов исследования [29].

Оценка КЖ, связанного со здоровьем, основана на заполнении опросников (анкет). Ответы на вопросы заполняет (медицинский работник), социальный работник или пациент. Вопросы позволяют уточнить то, как различные заболевания или отдельные симптомы сказываются на физическом, социальном, психологическом и других составляющих самочувствия, а также способности иметь полноценную жизнедеятельность, т.е. питаться, передвигаться, общаться с другими людьми, а также выполнять различные социальные функции.

Характеризуя разнообразные опросники (анкеты) для изучения (оценки) КЖ, следует обращать внимание на такие их психометрические свойства, как надежность, валидность и чувствительность. Надежность определяет степень, с которой оцениваемая переменная отражает истинный балл, т. е. точность измерения. Валидность (достоверность) – способность опросника достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нем заложена. Чувствительность – способность опросника выявлять изменение показателей

КЖ в соответствии с возможными изменениями в состоянии респондента [29].

С учетом области применения все опросники (анкеты), используемые для оценки КЖ, можно отнести к следующим основным группам: общие (для детей и взрослых; для здоровых и больных и т. д.) и специальные. При этом специальные опросники (анкеты) можно разделить с учетом области медицины (онкология, неврология, ревматология и т.д.), класса болезней или нозологии (рак молочной железы, язвенная болезнь, ревматоидный артрит и т.д.). Существуют и такие специальные опросники (анкеты), которые являются специфичными не только для определенной нозологии, но даже для определенного состояния пациента.

В зависимости от структуры, опросники (анкеты) разделяются на: профильные опросники – несколько цифровых значений, которые представляют собой профиль, сформированный значениями нескольких шкал; индексы – единое цифровое значение.

Наиболее часто используемыми общими опросниками для исследования КЖ в медицине являются: EUROQOL (EuroQualityofLifeGroup), MOS-SF-36, QualityofWell-Beingindex, SicknessimpactProfile, NottinghamHealthProfile, QualityofLifeindex, ChildHealthQuestionnaire, PedsQL.

Вышеперечисленные общие опросники (анкеты) предназначены для оценки КЖ как здоровых, так и больных, не зависимо от заболевания. Перечисленные шесть опросников (анкет) могут быть использованы среди взрослого населения независимо от состояния их здоровья. Перечисленные два последних опросника (анкеты) могут быть использованы среди населения разных возрастных групп также независимо от состояния их здоровья [166].

Для оценки КЖ с позиции пациентов применяется «золотой стандарт» - международный стандартизированный опросник MOS SF-36 (MedicalOutcomesStudy-ShortForm), созданный в 1992 году J.E. Ware. Этот опросник был усовершенствован по формату и процедуре шкалирования российскими исследователями Межнационального центра исследования качества жизни – МЦИКЖ (Санкт-Петербург, 1998). Данный опросник имеет

36 вопросов, что позволяет оценить КЖ по 8 шкалам: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование и психологическое здоровье. При процедуре шкалирования значения каждой шкалы выражались в баллах (от 0 до 100): чем был выше балл, тем выше оценка параметра КЖ. Особенностью использования данного опросник является то, что он может быть применен, как среди здоровых, так и среди больных, как в популяции среди отдельных (возрастных, половых и др.) групп населения, так и индивидуально. Кроме того, международный стандартизированный опросник MOS SF-36 позволяет изучить динамику изменения параметров КЖ [22].

Изучение КЖ подчинено разнообразным целям. Результаты подобных исследований используются для оценки: эффективности методов диагностики, лечения, реабилитации, определения прогноза заболевания и т.д. КЖ является дополнительным критерием для проведения медико-социальной экспертизы трудоспособности, анализа соотношения затрат и эффективности медико-социальной помощи. Кроме того, результаты оценки КЖ возможно учитывать при выявлении психологических проблем.

В научной литературе принято выделять 3 основных составляющих концепции качества жизни: многомерность, измеряемость во времени, участие человека в оценке своего состояния [30].

Многомерность оценки КЖ включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психической, социальной, духовной и экономической. КЖ, связанное со здоровьем, оценивает компоненты не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние человека [22].

Изменяемость во времени предполагает изменение КЖ во времени в зависимости от состояния пожилого, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять

постоянный мониторинг состояния организма и, в случае необходимости проводить коррекцию.

Участие человека в оценке его состояния также является важной составляющей оценки КЖ. Такая оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Такую оценку делает сам пациент, и нередко оценка КЖ, сделанная врачом, не совпадает с оценкой больного. Данные о КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением позволяют составить полную и объективную картину состояния пациента [31, 32].

В практике достаточно широко применяются разнообразные опросники КЖ, результаты анкетирования, выполненные с их помощью, позволяют определить те функции, которые наиболее пострадали от болезни, и тем самым дают характеристику состояния организма.

Исследования КЖ разных возрастных групп, проведенные российскими учеными [22, 34, 33] выявило ряд особенностей методологии проведения, а также позволило сформировать основные тенденции изменения КЖ с увеличением возраста.

Одной из таких закономерностей является снижение общего уровня КЖ с увеличением возраста, причем наиболее резкое снижение происходит в позднем трудоспособном периоде – с 45 до 55 у женщин, и с 45 до 60 лет у мужчин, а затем в период с 70 до 85 лет [35].

Кроме того, отмечено, что наиболее значительное снижение уровня КЖ в первый из указанных периодов связано с эмоциональной и сексуальной сферой, а также физической активностью, во втором периоде – с болью и физическим функционированием.

В качестве особенностей методологии проведения анкетирования у пожилых авторов отмечается быстрая истощаемость и утомляемость лиц старших возрастов при самостоятельном заполнении анкеты, вплоть до отказа от опроса, а также низкий уровень понимания цели исследования и содержания вопросов, наиболее выраженные в возрасте 90 лет и старше [36].

Таким образом, исследования КЖ связанного со здоровьем среди лиц, находящихся на стационарном лечении, является принципиально новым подходом, позволяющим изучать многоплановую картину субъективных переживаний человека, связанных со здоровьем, и становится важным дополнением для работы с пациентом, социального работника, социального психолога и медика.

Выводы по главе 1.

Анализ литературы показал, что во всем мире отмечаются процессы старения населения, Человечество стареет, и это становится серьезной проблемой, решение которой должно вырабатываться на глобальном уровне

Поэтому неслучайно вопросы, как сделать жизнь пожилого человека достойной, насыщенной активной деятельностью и радостью, как избавить его от чувства одиночества, отчужденности, как восполнить дефицит общения, как удовлетворить его потребности и интересы - волнуют в настоящее время общественность всего мира.

Нами представлены основные понятия исследования. Мы приняли точку зрения ВОЗ считаем, что КЖ –это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте культуры, системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустроенности. Таким образом, КЖ – степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества.

Понятий качества жизни много, но нами рассмотрено именно качество жизни, связанное со здоровьем, которое включает физические и психические компоненты (ВОЗ).

В России и в мире люди, старше трудоспособного возраста – это люди, вышедшие на пенсию по старости. В России возраст выхода на пенсию 55 для женщин и 60 для мужчин. В мире средний возраст выхода на пенсию 65 лет. Поэтому приемлем термин люди 60+. Эти термины равнозначны и будут использоваться в нашей работе.

Среди различных методов измерения качества жизни мы выбрали «золотой стандарт» - международный стандартизированный опросник MOS SF-36 (MedicalOutcomesStudy-ShortForm), созданный в 1992 году J.E. Ware. Этот опросник был усовершенствован по формату и процедуре шкалирования российскими исследователями Межнационального центра исследования качества жизни – МЦИКЖ (Санкт-Петербург, 1998). Важной составляющей опросника является участие самого человека в оценке его

состояния, потому что такая оценка КЖ, сделанная самим человеком, является ценным и надежным показателем его общего состояния.

Исследования КЖ связанного со здоровьем среди лиц, находящихся на стационарном лечении, является принципиально новым подходом, позволяющим изучать многоплановую картину субъективных переживаний человека, связанных со здоровьем, и становится важным дополнением для работы с пациентом, социального работника, социального психолога и медика.

В результате исследования демографических показателей по региону и стране в целом, мы установили, что доля населения старше трудоспособного возраста, за последние пять лет выросла, при этом гендерная структура старшего поколения характеризуется преобладанием женщин.

Также установлено что происходит рост продолжительности жизни как мужчин, так и женщин 60+ и прогнозируется и дальнейшее повышение этих показателей. В связи с этим по прогнозам Росстата вырастет общая численность населения лиц 60+, и составит 25% к общему числу жителей страны, что вызовет рост демографической нагрузки на трудоспособное население к 2017 году.

Обзор литературы по вопросам организации социально-медицинской помощи населению старшего возраста показал наличие проблем, в том числе связанных с несовершенством законодательства; важность осуществления межведомственного взаимодействия; необходимость решения вопросов, направленных на улучшения системы подготовки кадров; проведение мероприятий по совершенствованию организации помощи пожилым, с целью увеличения средней продолжительности предстоящей жизни, при этом годы жизни возраста 60+ должны быть не менее качественными, чем до прекращения трудовой деятельности.

ГЛАВА 2.

Исследование особенностей качества жизни лиц, старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении

Глава 2.1. Социальный статус лиц 60+, находящихся на стационарном лечении в госпитале ветеранов войн

Исследование проведено в госпитале ветеранов войн, специализированном гериатрическом учреждении оказания социально-медицинской помощи.

При анонимном анкетировании использовалась анкета академика РАМН А.В. Решетникова (2003, 2007 гг.) (приложение А). Анкета содержала 10 вопросов, позволяющих составить социальный статус респондентов, и включала: отдельные паспортные данные (пол, возраст, семейное положение, место жительства), сведения о жилищно-бытовых и коммунальных условиях жизни. Кроме того, анкета содержала вопросы, позволяющие установить потребность респондентов в медико-социальной помощи и их удовлетворенность медико-социальным обслуживанием на дому и в стационаре. (см. Приложение А)

Ответы 30-ти респондентов, участвующих в анкетировании представлен в Табл. 4.

Таблица 4. Социальный статус пациентов 60+, находящихся на лечении в госпитале ветеранов войн.

№ п/п	Содержание вопроса	Ответ респондентов
1	Гендерный состав:	68% мужчин (20 чел.) и 32% женщин (10 чел.).
2	Средний возраст	75,2 года,
3	Семейное положение	женаты (замужем) 61%, вдовы (вдовцы) 36%, не женаты (не замужем) 3%.
4	Проживание	город и поселки городского типа -79%, сельская местность – 21%,
5	Коммунальные условия	с удобствами - 68%, с частичными удобствами или без – 30/2%
6	Наличие телефонной связи	Стационарная - 58%, Мобильная связь -27%, отсутствие телефонной связи - 8%
7	Семейные условия проживания	проживали одиноко - 29% с супругой/ом - 37% живут в семье с двумя поколениями - 28% с тремя поколениями -5% с четырьмя поколениями -1%
8	Пользовались услугами социального работника	23%.
9	Получали медицинское обслуживание по месту жительства	53%
10	Стационарное лечение в течение последнего календарного года (2015 год)	1 раз в год получили 43% два и более раз в год - 39% ни разу - 18%

Проведенное анкетирование позволяет сделать выводы о высокой потребности в стационарных методах лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста.

Результаты опроса акцентируют внимание на необходимость консолидации усилий социальных и медицинских работников по месту жительства пациентов в решении социальных и бытовых проблем, необходимость организации мероприятий по выявлению проблем пациентов пожилого возраста путем интерактивного общения, что само по себе выполняет консультирующую и терапевтическую функции.

Во время опроса обращено внимание на высокую степень готовности пожилых к участию в анкетировании, связанную с необходимостью общения и желанием поделиться своими проблемами.

О высокой степени доверия к проводящим анкетирование в госпитале для ветеранов войн свидетельствуют пометки к вопросам и заметки на полях анкет: респонденты указывали свою фамилию, номера телефонов, дополняли описание жилья («но печка не работает») и состав семьи («с внученькой», «один-одинешенек» и т.п.), благодарили социальных работников и медицинский персонал.

Опрос (анкетирование) как инструмент изучения потребности является основой для формирования адресной (индивидуальной) социально-медицинской помощи пожилым людям.

Результаты данного исследования позволяют получить сведения о социальном статусе респондентов.

Проведенный в рамках настоящего исследования в госпитале для ветеранов войн социологический опрос позволил оценить социальный статус пациентов в возрасте 60+, а также степень их удовлетворенности, получаемой медицинской и социальной помощью.

Глава 2.2. Качество жизни лиц старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении

Изучение качества жизни (КЖ) людей старше трудоспособного возраста, находящихся на лечении в госпитале ветеранов войн, проводилось в течение октября-декабря 2015 и февраля-марта 2016.

В исследовании принимали участие 20 мужчин и 10 женщин.

Для этого использовался метод анонимного интервьюирования и беседы по стандартизованному международному опроснику MOS SF-36 (J.E.Ware, 1992), усовершенствованному по формату и процедуре шкалирования российскими исследователями Межнационального центра исследования качества жизни – МЦИКЖ (Санкт-Петербург, 1998) (приложение Б)

Результаты исследования при поступлении пациентов 60+ в госпиталь представлены в Табл.5

Таблица 5. Результаты расчётов значений общих показателей «Физического и Психического компонентов здоровья» лиц 60+, на момент поступления на лечение в госпиталь ветеранов войн (вбаллах)

Возраст/ пол/ количество человек	Показатели качества жизни	
	Физический компонент	Психический компонент
65-69 М/Ж n=5/1	30,6/27,7	46,9/47,9
70-74 М/Жn=5/ 2	32,3/28,7	51,5/51,0
75-79М/Жn=6/ 6	29,8/36,8	42,9/46,3
85-89 М/Жn=4/ 1	25,3/27,3	41,5/34,4
М60+n=20	29,7	45,8
Ж 60+n=10	33,3	46,2
М/Ж 60+ n=30	30,9	45,9

Самооценка показателей КЖ людей 60+ выявила, что физическое здоровье как мужчин, так и женщин близко к оценке «ниже среднего». В то же время показатели психического здоровья как у мужчин, так и у женщин ближе к «среднему» значению. При этом прослеживается тенденция к снижению показателей, в связи с увеличением возраста людей.

Развитие гериатрической службы в России позволило оказывать специфическую помощь в специализированных учреждениях – госпиталях

ветеранов войн, где в команде с медиками работают социальные работники и социальные психологи, решающие социальные и социально-психологические проблемы пациентов 60+.

Сравнительный анализ самооценки качества жизни до и после пребывания в госпитале ветеранов войн представлено в Табл.6.

Таблица 6. Сравнительный анализ показателей качества жизни до и после пребывания в госпитале ветеранов войн

Возраст/ пол/ количество человек	Показатели качества жизни			
	Физический компонент		Психический компонент	
	Начало эксперимента	Конец эксперимента	Начало эксперимента	Конец эксперимента
65-69 М/Ж n=5/1	30,6/27,7	38,7/31,8	46,9/47,9	58,2/62,7
70-74 М/Жn=5/ 2	32,3/28,7	46,6/35	51,5/51,0	67,6/50,2
75-79М/Жn=6/ 6	29,8/36,8	32,7/54,6	42,9/46,3	48,7/63,7
85-89 М/Жn=4/ 1	25,3/27,3	26,1/25,5	41,5/34,4	42,8/34,8
М60+n=20	29,7	35,5	45,8	54,4
Ж 60+n=10	33,3	36,7	46,2	56
М/Ж 60+ n=30	30,9	38,3	45,9	55,8

Как видно из Табл.6 наблюдается тенденция к улучшению показателей качества жизни, что подтверждается наблюдениями социальных работников и социальных психологов; благодарностями и добрыми пожеланиями пациентов персоналу госпиталя, отмеченными при анкетировании по А.В. Решетникову (2003, 2007 гг.).

Нами проведен следующий этап работы. Мы посмотрели за счет каких шкал компонентов физического и психического здоровья происходит оптимальное функционирование людей, старше трудоспособного возраста.

Оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (PhysicalFunctioning), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале

свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-PhysicalFunctioning)– влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodilypain) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (GeneralHealth) - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балла по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (SocialFunctioning), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RoleEmotional) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (MentalHealth), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Результаты КЖ представляются в баллах от 0 до 100 по шкалам где 0-24 «низкие», 25-49 «ниже среднего», 50-74 «средние» и 75-99 «выше среднего», 100 и больше «высокие».

Распределение полученных результатов по возрастным группам респондентов и шкалам КЖ представлено в Табл 7.

Таблица 7. Самооценка качества жизни пациентов в возрасте 60+, находящихся на лечении в госпитале ветеранов войн (в баллах) с учетом шкал физического и психического компонентов, n=30.

Возраст/ пол/ количес тво человек	Показатели качества жизни							
	Физический компонент				Психический компонент			
	ФФ	РФФ	ИБ	ОСЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
65 - 69								
М/Ж	41,0/	45,0/	41,4/	27,4/	40,0/	67,0/	66,6/	59,2/
n=5/1	45,0	25,0	32,0	25,0	45,0	62,0	100	44,0
70 - 74								
М/Ж	46,0/	60,0/	43,6/	36,8/	47,0/	64,8/	92,0/	66,4/
n=5/2	55,0	12,5	31,5	41,0	50,0	62,5	66,5	72,0
75 - 79								
М/Ж	41,7/	33,3/	26,7/	29,5/	45,0/	58,2/	32,2/	59,3/
n=6/6	60,0	75,0	35,8	47,8	49,0	64,6	73,2	68,0
85 -89								
М/Ж	26,3/	25,5/	26,8/	25,7/	40,0/	46,8/	31,5/	53,0/
n=4/1	25,0	50,0	22,0	5,0	20,0	50,0	33,0	36,0
М 60 ⁺	38,7	37,7	34,9	31,0	43,0	59,2	55,6	59,5
Ж 60 ⁺	46,3	40,6	30,3	29,7	41,0	59,8	68,2	55,0
М/Ж 60 ⁺	44,2	42,5	34,3	32,4	44,3	59,7	58,1	60,9

Установлено, что в целом уровень физического здоровья среди мужчин и женщин находится «ниже среднего». Мужчины пожилого возраста указали более выраженные ограничения физической активности и связанной с ней повседневной деятельности, при этом для женщин характерны более выраженные ограничения по общему состоянию здоровья, отмечен более высокий уровень боли.

Психологическое здоровье мужчин и женщин можно оценить, как «среднее». «Ниже среднего» оцениваются показатели по шкалам жизненной активности, которая подразумевает ощущение себя сильным и энергичным. «Средними» шкалы социальной активности и психического здоровья, что свидетельствует о поддержании социальных контактов, уровня общения, поддержании хорошего настроения, несмотря на проблемы в физическом здоровье. Самые высокие показатели «выше среднего» демонстрирует уровень ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, т.е. эмоциональный фон, в меньшей степени ограничивает выполнение повседневной работы (нежели ролевое функционирование, обусловленное физическим самочувствием).

Показатели качества жизни отражены на рисунке 1.

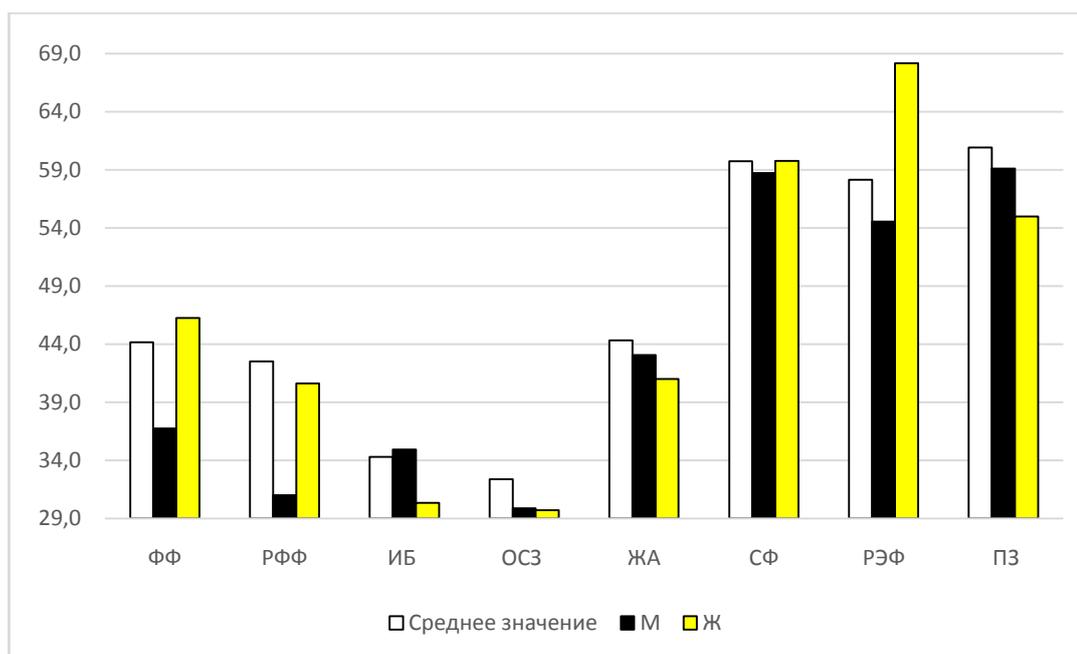


Рисунок 1. Показатели качества жизни мужчин и женщин 60+

У мужчин и у женщин 60+, находящихся на стационарном лечении наилучшее функционирование наблюдается по шкалам психического компонента: увеличение уровня общения в связи с хорошим эмоциональным состоянием, они справляются с повседневной деятельностью. Несмотря на то, что физические показатели здоровья у них ниже среднего уровня.

Показатели качества жизни женщин и мужчин по возрастным группам шкалам физического и психического функционирования представлены на рисунках 2,3.

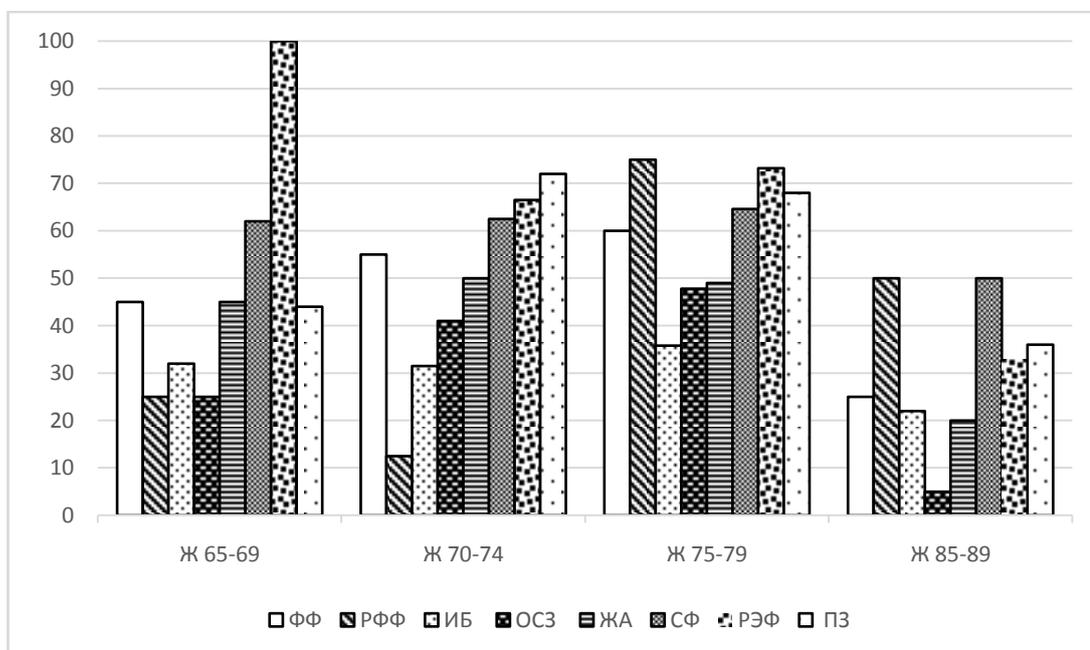


Рисунок 2. Показатели качества жизни женщин 60+ по возрастным группам шкалам физического и психического функционирования

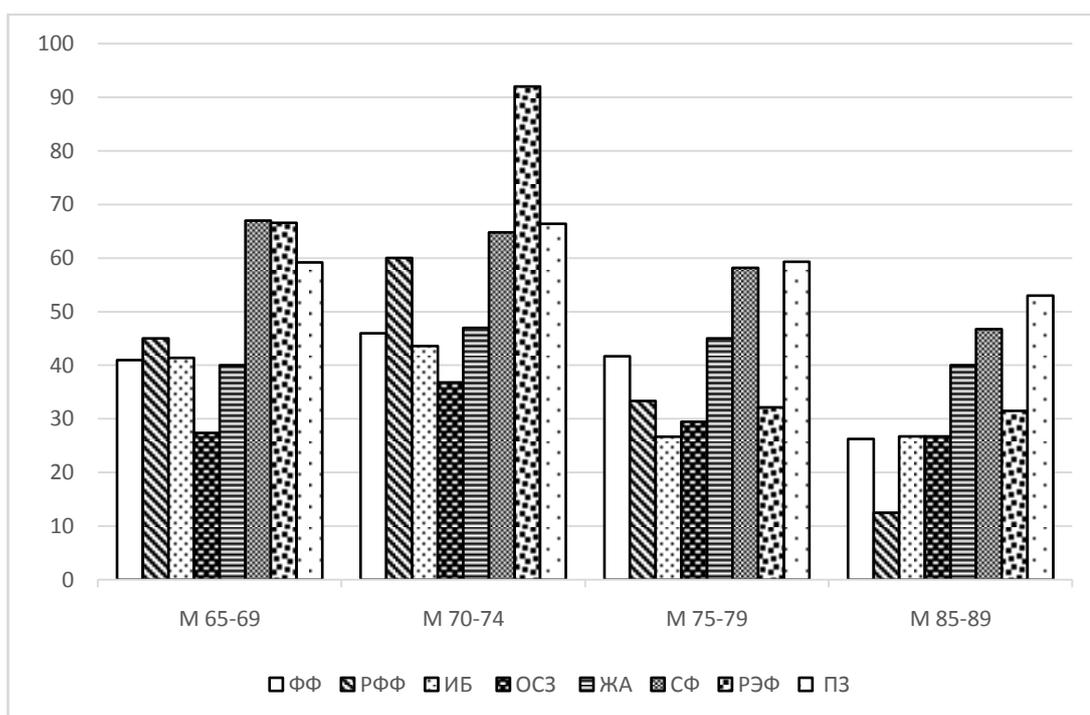


Рисунок 3. Показатели качества жизни мужчин 60+ по возрастным группам шкалам физического и психического функционирования

Сравнительный анализ показателей КЖ проводился среди 4 возрастных групп, мужчины и женщины в возрасте 65-69 лет, вторая – 70-74 года, третья – 75-79 лет и четвертая 85-89 лет (рисунки 4-7).

При анализе показателей качества жизни людей в возрасте 65-69 лет женщины демонстрируют более высокий уровень боли, чем мужчины, так же снижаются показатели общего состояния здоровья и ролевого функционирования, свидетельствующие о том, что повседневная деятельность ограничена физическим состоянием женщин.

Видны различия в показателях психосоциальному компоненту – «выше среднего» уровень социального взаимодействия у мужчин, «высоко» оценивается уровень благополучного эмоционального состояния у женщин. При этом самооценка психического здоровья мужчин и женщин ближе к «средней» оценке (рисунок 4).

Несмотря на то что болевой синдром выражен у мужчин и женщин на уровне ниже среднего,

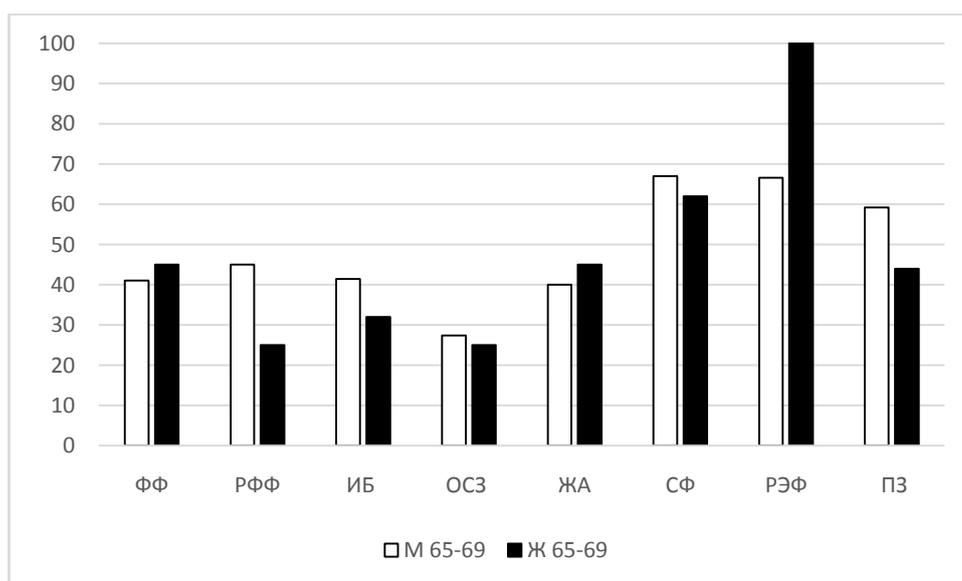


Рисунок 4. Показатели качества жизни лиц 65-69 лет.

Физическое функционирование в целом выше у женщин 70-74 лет, нежели у мужчин того же возраста, но у женщин наблюдалось снижение

показателей ролевого функционирования из-за слабого физического самочувствия, более высокого уровня боли. При этом уровень психического здоровья по всем показателям имеет тенденцию к повышению как у мужчин, так и у женщин. При этом мужчины этой возрастной группы продемонстрировали самый высокий уровень положительного эмоционального самочувствия, близкого к «высокой» оценке (рисунок 5).

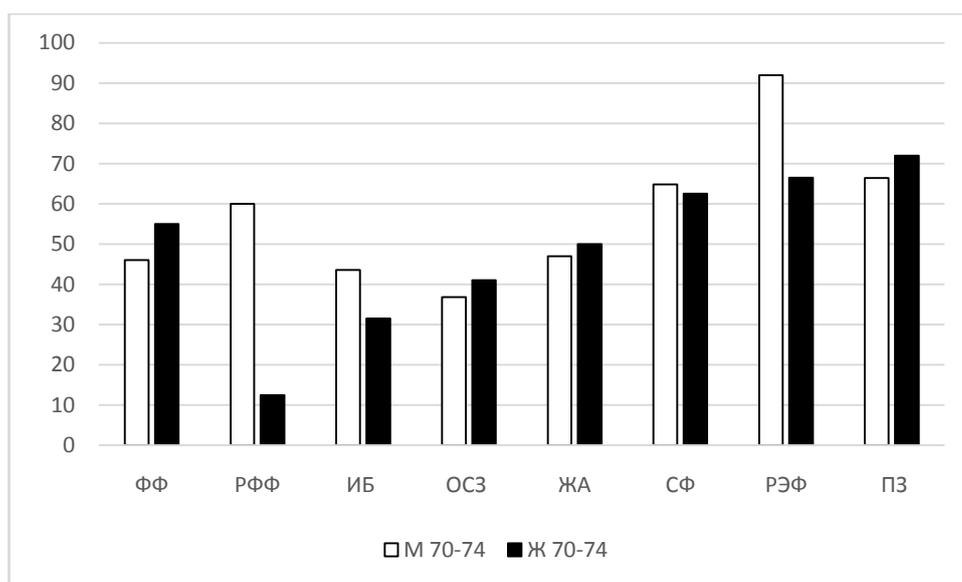


Рисунок 5. Показатели качества жизни лиц 70-74 года.

В возрастной группе 75-79 лет половые различия сохраняются в уровне боли – но уже более высокий уровень боли продемонстрировали мужчины. Физическое и ролевое функционирование значительно выше у женщин, так же, как и уровень общегосостояния здоровья.

Показатели психологического компонента у мужчин и женщин в основном являются «выше среднего», что говорит о поддержании жизненной активности, желании заводить социальные контакты, общаться, не унывать, не смотря на ухудшение физического состояния. Однако мужчины оценили свой уровень эмоционального состояния «низко», что может говорить об ограничении в выполнении повседневных дел, в связи с ухудшением настроения (рисунок 6).

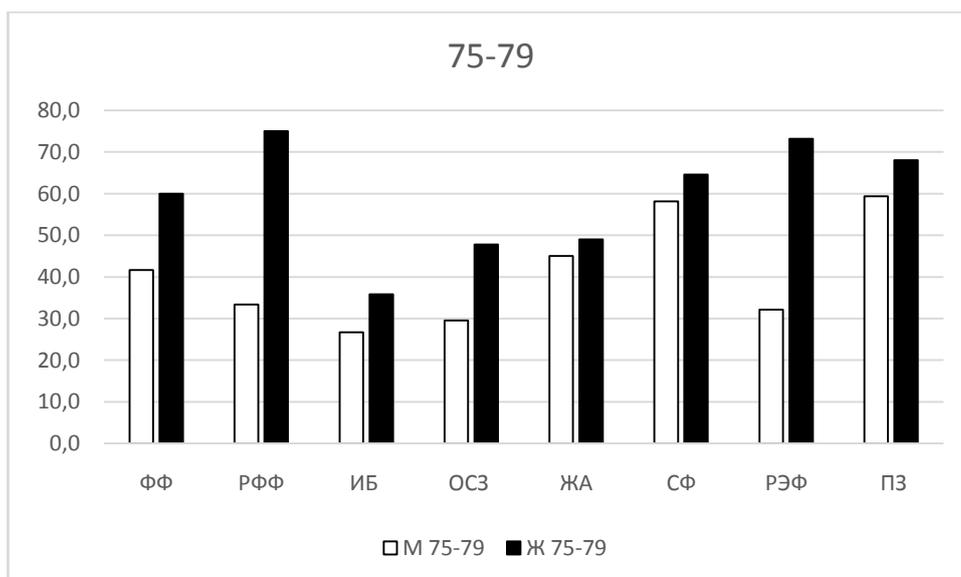


Рисунок 6. Показатели качества жизни лиц 75-79 лет.

Показатели КЖ лиц в возрастной группе 85-89 лет по физическому компоненту оцениваются «ниже среднего» как у мужчин, так и у женщин, однако ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием выше у женщин в два раза, по сравнению с мужчинами той же возрастной группы. Отмечается снижение всех показателей качества жизни, их можно оценить «ниже среднего», наиболее значимое снижение отметили женщины по шкале общего состояния здоровья.

В психологическом компоненте есть существенные отличия от данных, полученных среди лиц возрастной подгруппы 70-79 лет: выявлено, что более высокий уровень по показателям демонстрируют мужчины, особенно по психическому здоровью – мужчин менее тревожат переживания, отрицательные эмоции, нежели у женщин, которые оценили себя более склонными к депрессивным состояниям (рисунок 7).

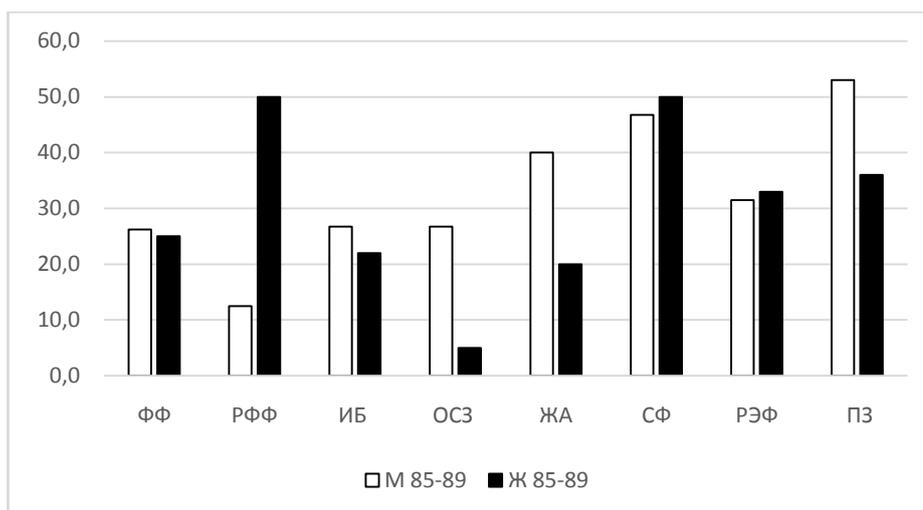


Рисунок 7. Показатели качества жизни лиц 85-89 лет.

Результаты интервьюирования, выполненного среди лиц 65-89 лет, находящихся на стационарном лечении, демонстрировали снижение параметров качества жизни в зависимости от возраста. Наиболее значимое снижение отмечено по шкалам, объединенным в физический компонент, ярче выражены в оценке уровня боли, ролевого физического функционирования, связанно с физическим состоянием.

По шкалам, объединенным в психический компонент качества жизни можно наблюдать обратную тенденцию. Несмотря на низкие показатели оценки физического здоровья, психическое самочувствие мужчины и женщины оценили «средне» и «выше среднего», что говорит о поддержании социальной активности, поддержании социальных контактов, поддержание положительного эмоционального состояния, положительных эмоций.

Таким образом, результаты оценки качества жизни лиц старше трудоспособного возраста, полученные с помощью международного опросника MOS SF-36, выявили такие оценки: по физическому компоненту в большинстве случаев «средние» и «ниже среднего», но несмотря на это, по психическому компоненту свое самочувствие респонденты оценили «средне» и «выше среднего». Так же наблюдалось снижение качества жизни как по физическому, так и по психическому компоненту в связи с увеличением возраста респондентов.

Выводы по главе 2.

В результате социологического исследования по А.В.Решетникову – анонимнопроинтервьюировали 30 пациентов 60+, находящихся на лечении в госпитале ветеранов войн. Описан их социальный статус: средний возраст 75,2 года, женаты (замужем) 61%, в большинстве случаев проживают в городах и поселках городского типа 79%, семьей у которых являлись супруга или супруг 37%, на стационарное лечение прибывают 1 раз в год 43%

Качество жизни, связанное со здоровьем лиц 60+, изучалось по анкете SF-36 (ВОЗ) по шкалам компонентов физического и психического здоровья при поступлении и перед выпиской.

Пациенты получали комплексную гериатрическую лечебно-профилактическую помощь с участием социальных работников и социальных психологов.

Сравнительный анализ самооценки качества жизни при поступлении и перед выпиской из госпиталя ветеранов войн показал, что наблюдается тенденция к улучшению показателей качества жизни, что подтверждается наблюдениями социальных работников и социальных психологов; благодарностями и добрыми пожеланиями пациентов персоналу госпиталя, отмеченными при анкетировании по А.В. Решетникову (2003, 2007 гг.).

Результаты оценки качества жизни демонстрировали снижение параметров качества жизни в зависимости от возраста. Наиболее значимое снижение отмечено по шкалам, объединенным в физический компонент, при этом психический компонент качества демонстрировал обратную тенденцию: не смотря на низкие показатели оценки физического здоровья, психическое самочувствие мужчины и женщины оценили «средне» и «выше среднего», что говорит о поддержании социальной активности, поддержании социальных контактов, поддержание положительного эмоционального состояния, положительных эмоций.

Все респонденты выясняли цель опроса, половина от опрошенных испытывали неуверенность в своей возможности ответить на вопросы анкеты, выражали непонимание содержания вопросов, требовали дополнительного внимания со стороны интервьюера.

Лица старше 80 лет при проведении оценки КЖ чаще остальных отмечали усталость, выражали недовольство количеством вопросов и вариантов ответа, невозможностью с первой попытки выбрать вариант ответа. У респондентов возникала необходимость читать вопросы и формулировать ответы вслух, а также объяснять свой выбор ответа интервьюеру.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования заключается в том, что во всем мире тенденция постарения населения становится все более отчетливой, что составляет одну из глобальных медико-социальных и экономических проблем общества. По данным ВОЗ в 2006 году в мире доля лиц в возрасте старше 60 лет составила 10,3%, а к 2050 году она увеличится до 21,8%, при этом доля лиц в возрасте старше 80 лет вырастет с 1,3 до 4,4%.

Демографическая ситуация в России характеризуется ростом численности и доли населения старше трудоспособного возраста. При этом старение населения сопровождается увеличением числа больных, страдающих различными заболеваниями, в том числе присущими только лицам пожилого и старческого возраста.

Рост медико-социальной и экономической нагрузки на общество за счет увеличения доли населения старше трудоспособного возраста требует детального изучения проблем старения населения, а также научного поиска путей совершенствования организации им адекватной и эффективной медицинской и социальной помощи.

В последние десятилетия значительно вырос научный интерес к изучению качества жизни, связанного со здоровьем. Качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека.

Результаты исследований качества жизни пожилых людей (Ю.В. Паршина, 2013, Конова И.В. 2015), в г. Красноярске показали существенное снижение всех параметров качества жизни с возрастом.

Ощущается необходимость совершенствования организации медицинской и социальной помощи пожилым людям.

Существующая организация не учитывает их высокую потребность в медицинской и социальной помощи, что обусловлено высокой заболеваемостью населения старше трудоспособного возраста, их низкой мобильностью и снижением возможностей самостоятельно осуществлять уход за собой.

В основе поиска путей улучшения организации медико-социальной помощи пожилым людям должны лежать детальный анализ состояния их здоровья, условий, потребностей и качества жизни, оценка имеющихся ресурсов здравоохранения и социальной сферы, совершенствование законодательства в области охраны здоровья и социального обеспечения граждан данной возрастной категории.

Все вышеизложенное явилось обоснованием актуальности настоящего исследования.

Цель исследования - выявить особенности качества жизни лиц, старше трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении.

Для достижения поставленной цели исследования были решены следующие задачи:

1. Изучена литература по теме.
2. Подобраны методы исследования.
3. Изучено качество жизни (психическое и физическое здоровье) населения 60+, находящегося на стационарном лечении.
4. На основе полученных данных выделены особенности качества жизни лиц 60+, находящихся на стационарном лечении в госпитале.

Исследование выполнено на примере одного из субъектов Российской Федерации – Красноярского края, который по численности постоянно проживающих жителей занимает 1 место в Сибирском федеральном округе и 14 место в России.

Объектом настоящего исследования стало население Красноярского края в возрасте 60+. Единица наблюдения: житель Красноярского края пенсионного возраста. Сроки выполнения исследования: октябрь-декабрь 2015 и февраль-март 2016.

Установлено, что в Красноярском крае за период 2014–2015 годы на фоне роста общей численности населения отмечен рост доли (на 15,2 тыс.) лиц старше трудоспособного возраста и преобладание среди них женщин (71%).

На следующем этапе исследования было выполнено социологическое исследование (анонимное анкетирование) среди 30 пациентов, которые находились на лечении в ГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн». Анкета была составлена на основании методических рекомендаций, разработанных академиком РАМН А.В. Решетниковым (2003, 2007 гг.). Анкета содержала 10 вопросов, позволяющих составить социальный статус респондентов, и включала: отдельные паспортные данные (пол, возраст, семейное положение, место жительства), сведения о жилищно-бытовых и коммунальных условиях жизни. Кроме того, анкета содержала вопросы, позволяющие установить потребность респондентов в медико-социальной помощи и их удовлетворенность медико-социальным обслуживанием на дому и в стационаре.

В результате социологического исследования (анонимного анкетирования) был изучен социальный статус лиц старше трудоспособного возраста. В анкетировании приняли участие 38% мужчин и 62% женщин, средний возраст респондентов составили 72,3 года.

Установлено, что 61% респондентов были женатыми или замужними, 36% являлись вдовцами (вдовами), 3,0% - холостыми (не замужними). Семейей у 38% анкетированных пациентов госпиталя для ветеранов войн являлись супруга или супруг, 28% указали, что живут в семье с двумя поколениями (дети и родители), 5% - с тремя поколениями, 29% проживали одиноко.

Анкетирование показало, что медицинскую помощь в условиях стационара в течение последнего года 2 раза получили 39% респондентов, 1 раз - 43%, ни разу – 17,6%. При этом в разрезе возрастных групп стационарное лечение в возрасте 60 - 74 года получили 33,5%, в возрасте 75 - 90 лет – 51,7%, в возрасте 90 лет и старше - 14,8%.

Отмечено, что только 23% респондентов пользовались услугами социального работника, 53% респондентов получали медицинское обслуживание преимущественно по месту жительства, то есть в амбулаторных условиях.

Научный интерес представляло изучение качества жизни лиц старше трудоспособного возраста. Для этого был использован стандартизованный международный опросник MOS SF-36. Опросник MOS SF-36 позволил проанализировать показатели качества жизни по восьми шкалам: физическое функционирование (ФФ), ролевое (физическое) функционирование (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). Кроме того, были рассчитаны два суммарных показателя качества жизни: физический и психологический компонент.

В анкетировании приняли участие 30 пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн».

Результаты интервьюирования, выполненного среди лиц 65-89 лет, находящихся на стационарном лечении, демонстрировали снижение параметров качества жизни в зависимости от возраста. Наиболее значимое снижение отмечено по шкалам, объединенным в физический компонент, ярче выражены в оценке уровня боли, ролевого физического функционирования, связано с физическим состоянием.

По шкалам, объединенным в психический компонент качества жизни можно наблюдать обратную тенденцию. Не смотря на низкие показатели оценки физического здоровья, психическое самочувствие мужчины и женщины оценили «средне» и «выше среднего», что говорит о поддержании социальной активности, поддержании социальных контактов, поддержание положительного эмоционального состояния, положительных эмоций.

Таким образом, результаты оценки качества жизни лиц старше трудоспособного возраста, полученные с помощью международного опросника MOS SF-36, выявили такие оценки как: по физическому компоненту в большинстве случаев «средние» и «ниже среднего», но несмотря на это, по психическому компоненту свое самочувствие респонденты оценили «средне» и «выше среднего». Так же наблюдалось

снижение качества жизни как по физическому, так и по психическому компоненту в связи с увеличением возраста респондентов.

В результате исследования доказана необходимость совершенствования организации медицинской и социальной помощи лицам старше трудоспособного возраста: расширение спектра оказания медицинской и социальной помощи на дому, формирования сети гериатрических отделений в многопрофильных медицинских организациях, а также организации медицинской помощи в социальных учреждениях стационарного типа.

При этом важно соблюдать принципы комплексности, преемственности и тесного межведомственного сотрудничества в работе при формировании единой, функционально объединяющей учреждения здравоохранения и социального обслуживания населения, региональной медико-социальной службы.

В связи с тенденцией увеличения средней продолжительности жизни и ростом доли лиц 60+ необходимо проведение мероприятий по совершенствованию организации помощи пожилым, с целью поддержания качественного уровня жизни после прекращения трудовой деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Салеев, В.Б. Высокая обращаемость гериатрических больных к скорой медицинской помощи: социальные и психологические причины / В.Б. Салеев // Клиническая геронтология– 2011. –№ 1. – С. 41-44.
2. Амлаев, К.Р., Муравьева, В.Н., Абросимова, Ю.Е. Качество жизни жителей как базис для разработки стратегии здоровья / К.Р. Амлаев, В. Н. Муравьева, Ю.Е. Абросимова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2010. - № 3. - С. 35 - 38.
3. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О.Ю. Реброва – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.
4. Афанасьева, Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. – № 1. – С. 36.
5. Исследование качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова / Под ред. Акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». – 2009. – С. 11-12.
6. Алеева, Г.Н., Гурылева, М.Э., Журавлева, М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г.Н. Алеева, М.Э. Гурылева, М.В. Журавлева // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 10. – С. 41.
7. Амлаев, К.Р., Муравьева, В.Н., Абросимова, Ю.Е. Качество жизни жителей как базис для разработки стратегии здоровья / К.Р. Амлаев, В. Н. Муравьева, Ю.Е. Абросимова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2007. - № 3. - С. 35 - 38.
8. Новик, А.А., Ионова, Т.И. Интегральный показатель качества жизни - новая категория в концепции исследования качества жизни / А.А. Новик, Т.И. Ионова// Вестник качества жизни – 2010. – №7-8. – С. 111.
9. Даль, Владимир Иванович. Толковый словарь живого великорусского языка: избр. ст. / В. И. Даль; совмещ. ред. изд. В. И. Даля и И. А. Бодуэна де

Куртенэ; [науч. ред. Л. В. Беловинский]. - М.: ОЛМА Медиа Групп, 2009. - 573 с.

10. Всемирная Организация Здравоохранения, Исполнительный комитет, EB 115/29 2004, 115 сессия, пункт 4.15.

11. Осколкова, О.Б. Старение населения в странах Европейского Союза проблемы и суждения /О.Б. Осколкова. – М.: Диалог-МГУ, 1999. – 50с.

12. Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации / Министерство труда и социального развития Российской Федерации, Департамент по делам ветеранов, пожилых людей и приема населения – М.,2001, 226 с.

13.Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 416 с.

14.Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

15. Шевченко, Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении / Ю.Л. Шевченко //Вестник качества жизни. – 2013. – № 1-2. – С. 6-14.

16. Официальная статистика. Население. Старшее поколение. Росстат.http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/ (дата обращения 10.06.16).

17. Киселева, Е.С. Продолжительность жизни и здоровье населения старшего возраста в России / Е.С. Киселева // Вестник Московского университета. Серия 6 «Экономика» – 2011. - № 2. – С. 93-100.

18. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Под ред. Ю.П. Лисицына, Г.Э. Улумбековой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

19. Кухтевич, Т.Н., Добрынина, В.И. Постарение населения Земли как социокультурная проблема / Т.Н. Кухтевич, В.И. Добрынина // Вестник

Московского университета. Серия 18 «Социология и политологи» – 2006. – № 3. – С. 3-10.

20. Лазебник, Л.Б., Конев, Ю.В. Демографические аспекты старения населения Москвы, России и стран СНГ (плeнарный доклад). Материалы XIII Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» / Л.Б. Лазебник, Ю.В.Конев // Клиническая геронтология – 2008. – № 12– С. 3-6.

21. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 416 с.

22. Кононова И.В. Научное обоснование совершенствования организации медицинской и социальной помощи населению старше трудоспособного возраста в субъекте РФ: Дис.канд. мед. наук. Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, 2015
<http://www.dslib.net/medicina/nauchnoe-obosnovanie-sovershenstvovaniija-organizacii-medicinskoj-i-socialnoj-pomowi.html>

23.Куликова, Н.Г., Камурзаева, С.Ш. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью / Н.Г. Куликова, С.Ш. Камурзаева // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2014. - № 2. - С. 14-17.

24. Лазебник, Л.Б. Здоровье, болезнь и промежуточные состояния (К 60-летию принятия ВОЗ формулы здоровья) / Л.Б. Лазебник // Клиническая геронтология – 2009. – № 1. – С. 3-9.

25. Вербицкая, Е.Ю. Комплексное исследование состояния здоровья и образа жизни женщин пожилого возраста и пути совершенствования медико-социальной помощи: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03 / Вербицкая Елена Юрьевна.– Москва, 2012. – 24 с.

26. Афанасьева, Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. – № 1. – С. 36.

27. Белоконь, О.В., Костенко, Т.Н. Роль социальных служб в жизни старшего поколения / О.В. Белоконь, Т.Н. Костенко // ГлавВрач. - 2009. - № 5. - С. 96-102.
28. Нефедова, Т.В. Некоторые аспекты социальной среды старения в странах Запада / Т.В. Нефедова // Тезисы 3-й Российской конф. по экол. психол. – М.: Психолог. институт РАО. – 2009. - С. 237–239.
29. Исследование качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова / Под ред. Акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». – 2007. – С. 11-12.
30. Козинец, Г.И., Высоцкий, В.В., Точенов, А.В. Качество жизни: проблема старения / Г.И. Козинец, В.В. Высоцкий, А.В. Точенов // Медицина и качество жизни. – 2006.– № 2. – С. 13–20.
31. Карпикова, И.С. Показатели функционирования системы социальной защиты в аспекте оценки качества жизни населения / И.С. Карпикова // Известия ИГЭА. - 2011. - № 3(77). - С. 175-178.
32. Терентьев, Л.А. Качество жизни граждан пожилого возраста, проживающих в сельской местности / Л.А. Терентьев // Успехи геронтологии. - 2008. - Т. 21. № 2. - С. 330-334.
33. Кудрина, Е.А., Смолин, А.А. Качество жизни пациентов с церебральным инсультом, находящихся на этапе реабилитационного лечения / Е.А. Кудрина, А.А. Смолин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. - №1. - С. 62-65.
34. Горшунова, Н.К., Медведев, Н. В., Воронцова, А.Н. Медицинские, медико-социальные проблемы, качество жизни городских и сельских жителей старшего возраста, пути их коррекции / Н.К. Горшунова, Н.В. Медведев, А.Н. Воронцова // Клиническая геронтология. - 2003. - №9. - С.130-136.
35. Перепелкина Н.Ю., Шматов К.В. Использование двух методик для оценки качества жизни пациентов после выполнения протезирования зубов / Н.Ю. Перепелкина, К.В. Шматов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. - № 2. – С. 62-64.

36. Перепелкина, Н.Ю., Паршина, Ю.В. Показатели качества жизни лиц в возрасте 65 лет и старше (на примере города Оренбурга)/Н.Ю. Перепелкина, Ю.В. Паршина //Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. - № 2. – С. 80-84.
- 37.Официальная статистика. Население. Красноярскстат. http://krasstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/krasstat/ru/statistics/population/ (дата обращения 10.06.16).
- 38.Официальная статистика. Население. Демография. Росстат. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения 10.06.16).
39. Новокрещенова, И.Г., Сенченко, И.К., Михайлин, В.Ю. Состояние медицинского обслуживания пожилого населения и ветеранов в Саратовской области / И.Г. Новокрещенова, И.К. Сенченко, В.Ю. Михайлин // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2010. - Т. 6. - № 4. - С. 755-758.
- 40.Эпельман, Б.В. Оптимизация организации медико-социальной помощи в системе мер социальной защиты населения (на примере административного района крупного города): автореф. дис....канд. мед. наук: 14.02.03 / Эпельман Борис Витальевич – Санкт–Петербург, 2011. - 24 с.
- 41.Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- 42.Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 43.Вялых, Т.И. Организация стационарной помощи пожилым / Т.И. Вялых // Сборник статей и тезисов докладов Международного семинара, Ульяновск, 3-4 ноября 1997 г. – 1997. – С. 25-26.
- 44.Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Под ред. Ю.П. Лисицына, Г.Э. Улумбековой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.
- 45.Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина – М.:Персэ, 2012. – 224 с.
- 46.Лукашев, А.М. Научная организация помощи пожилым в крупном стационаре как элемент сохранения социальной активности: автореф. дис.

...док. мед. наук: 14.02.03/ Лукашев Александр Михайлович – М., 2010 – 46 с.

47.Захаров, Н.Б. Совершенствование оказания стационарной психиатрической помощи в Кировской области / Н.Б. Захаров // Здравоохранение Российская Федерация. – 2014. - № 3. - С. 40-44.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Уважаемые пациенты!

Анкета предназначена для «старшего поколения», пациентов госпиталя для ветеранов войн.

Пожалуйста, ответьте на ниже приведенные вопросы максимально полно, обводя в кружок подходящий ответ. В случае отсутствия вариантов ответа, дополните ответ своим вариантом. Спасибо!

Ваш пол 1. Мужской 2. Женский

Укажите Ваш возраст (полных лет на момент анкетирования)

- 1) 55-60 2) 60-64 3) 65-69 4) 70-74
5) 75-79 6) 80-84 7) 85-89 8) 90 и старше

Отметьте семейное положение

1. Женат/замужем
2. Вдовец/вдова
3. Холост/не замужем

Вы постоянно проживаете:

1. В городе
2. В поселке городского типа
3. В селе/деревне

Ваши коммунальные условия проживания - это:

1. Жилье с удобствами
2. Жилье с частичными удобствами/комната в квартире коммунального типа
3. Жилье без удобств/частный дом с печным отоплением без воды
4. Другое _____

Наличие у вас телефонной связи:

1. Стационарный домашний телефон
2. Мобильная связь
3. Нет телефона

Отметьте Ваши постоянные семейные условия проживания:

1. Проживаете один/одна
2. С супругой/супругом
3. Два поколения (дети или родители)
4. Три поколения (родители и дети или дети и внуки)
5. Четыре поколения (родители, дети, внуки)

Пользуетесь ли вы услугами социального работника:

1. Нет
2. Да, не более одного года
3. Да, не более трех лет
4. Да, свыше трех лет

Вы получаете медицинское обслуживание:

1. По месту жительства (поликлиника, ФАП, другое), в том числе на дому
2. Ведомственные поликлиники, госпиталь, другое _____

Получали ли Вы стационарное лечение, включая стационар на дому или дневной стационар в течение последнего календарного года:

1. Нет
2. Да, один раз
3. Да, дважды и более

Приложение Б

Уважаемые пациенты! Данное анкетирование является анонимным. Полученные результаты будут использованы только для исследовательских целей. Просим Вас ответить на вопросы для оценки качества жизни.

Заранее благодарны, администрация госпиталя.

Дата заполнения _____

Пол _____, возраст _____

1. Как бы Вы в целом оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру)

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно так же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня.

Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)	Да, значит	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом,	1	2	3

собирать грибы или ягоды.

В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели так, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего
(обведите одну цифру в каждой строке)

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

- | | |
|------------------|---|
| Совсем не мешало | 1 |
| Немного | 2 |
| Умеренно | 3 |
| Сильно | 4 |
| Очень сильно | 5 |

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

- | | |
|------------------------|---|
| Совсем не испытывал(а) | 1 |
| Очень слабую | 2 |
| Слабую | 3 |
| Умеренную | 4 |
| Сильную | 5 |
| Очень сильную | 6 |

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру)

- | | |
|------------------|---|
| Совсем не мешала | 1 |
| Немного | 2 |
| Умеренно | 3 |
| Сильно | 4 |
| Очень сильно | 5 |

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель.

Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. (обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Част о	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)? (обведите одну цифру)

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Определен но верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенн о неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

