

*«Качество жизни больных с различными нозологическими формами»,
Маврикий, 17–24 февраля 2015 г.*

Медицинские науки

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

¹Наймушина А.Г., ²Янтиминова Р.А.,

²Медведева О.С.

¹Тюменский государственный нефтегазовый университет, Тюмень, e-mail: all6239@yandex.ru;
²Тюменский государственный университет, Тюмень

Изучение адаптивных возможностей человека при заболевании складывается из двух компонентов – объективного и субъективного. Оценка функциональных резервов органов и систем с помощью аппаратных и молекулярно-генетических методов исследования дает объективную оценку состояния здоровья. Интерпретация методов прямого опроса и анкетирования, психодиагностическое тестирование во многом зависит от личной точки зрения и приверженности исследователя к той или иной научной школе. Вопрос о достоверности и диагностической значимости субъективных методов самооценки уровня индивидуального здоровья и качества жизни пациентов с различными заболеваниями остается открытым и дискуссионным.

Результаты исследования. В качестве примера приведем результаты обследования 36 пациентов старше 70 лет с осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний (АГ и ИБС в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией I–II степени). Использован опросник SF-36 (таблица).

критики и отрицание заболевания неизменно приводят к отказу пациента от назначенной терапии или нарушениям предписанного врачом охранного режима труда и отдыха.

Показатель PF физического функционирования превышает условно нормальные показатели, т.е. субъективно, респонденты не ощущали снижения уровня активности, связанной с заболеванием.

Отрицательная корреляция с RP – фактором (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning) свидетельствовало о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента. Низкие баллы по шкале общего состояния здоровья (General Health – GH) говорят о низкой приверженности к лечению. Низкие баллы по шкале SF указывают на значительное ограничение социальных контактов. По результатам прямого опроса респондентов установили, что основной проблемой оказания социальной поддержки лицам преклонного возраста является формальное отношение со стороны близкого окружения пожилого человека и отсутствие плановости в организации их социально-психологической поддержки со стороны общественных организаций.

Выводы. У опрошенных респондентов выявлено несоответствие низкого уровня физического здоровья на фоне завышенной самооценки психоэмоционального состояния. Полученные данные косвенно свидетельствуют

Качество жизни у лиц пожилого и старческого возраста

Показатель	Условная норма	Ср. условная норма	Ср. показатели у обследованных пациентов
PF	30–35	32,5 ± 2,50	38,05 ± 3,10
RP)	25–35	35,0 ± 5,00	19,44 ± 3,87
BP	50–75	62,5 ± 12,50	41,38 ± 2,46
GH	45–60	52,5 ± 7,50	28,88 ± 2,55
RE	30–40	35,0 ± 5,00	72,22 ± 5,41
VT	5–25	15,0 ± 10,00	46,80 ± 2,18
MH	45–65	55,0 ± 10,00	44,22 ± 2,12
SF	50–60	55,0 ± 5,00	31,50 ± 3,04
PH	40–45	42,5 ± 2,50	39,79 ± 1,30
MH	30–35	32,5 ± 2,50	43,13 ± 1,31

Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, превышает нормальные показатели в 2 раза. Показатель VT характеризует жизнеспособность и высокую жизненную активность и коррелирует с высокими показателями MH (психический компонент здоровья и уровень депрессии). Данные показатели говорят о завышенной самооценке пациентов в отношении собственного здоровья. Снижение

о резком снижении критики и когнитивных функций у лиц пожилого и старческого возраста с осложненным течением сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение. Высокие показатели уровня психического здоровья могут ввести в заблуждение исследователя, который представит данный факт как высокое качество жизни, а не указание на проявления эмоционально-аффективных расстройств.