

УДК 796.012.3

Павлова Ю.О.

ФАКТОРИ НИЗЬКОЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

*Розуміння впливу соціально-демографічних, медичних, поведінкових та їх комплексної дії важливе для поліпшення якості життя осіб похилого віку. **Мета** роботи – встановити вплив демографічних, соціально-економічних чинників та стану здоров'я на якість життя осіб похилого віку. **Методи**: соціологічні (SF 36 та елементи анкети BRFSS), регресійний аналіз. У дослідженні взяли участь 158 осіб. **Результати**: виявлено низькі показники якості життя за усіма шкалами (загальний фізичний компонент – $48,3 \pm 7,5$ бала, загальний психічний компонент – $45,0 \pm 10,8$ бала). Нижчі показники спостерігали у випадку збільшення днів нездоров'я, наявності захворювань та скарг. **Висновки**. Кількість днів нездоров'я, захворювання / скарги та обмеження, що з ними пов'язані, обумовлюють 50,0 % зміни загального фізичного та 56,5 % загального психічного компонента якості життя.*

Ключові слова: якість життя, похилий вік, здоров'я, SF 36, фізична активність.

Постановка проблеми. У XX–XXI ст. в світі, в тому числі і в Україні, спостерігається суттєве збільшення кількості осіб старше 60 років. Попередні оцінки Всесвітньої організації охорони здоров'я засвідчують, що до 2025 року на планеті буде проживати понад 2 млрд. осіб похилого віку [6]. Тому важливими для розвитку суспільства є подолання хибних стереотипів, що стосуються старіння людини.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Активного розвитку набуває концепція позитивного (активного) старіння, відповідно до якої поліпшення якості життя осіб похилого віку можливе шляхом забезпечення можливостей для збереження здоров'я та попередження соціальної ізоляції [1, 4]. Відповідно до такого задуму важливо не лише зберегти певний рівень рухової активності чи фізичної працездатності, але й також сприяти активній участі осіб літнього віку в соціальному, культурному та економічному аспекті життя.

Якість життя тісно пов'язана зі здоров'ям людини та охоплює фізичне, психічне і соціальне буття людини, ураховує її переконання, очікування та світосприйняття; визначення цього феномена ґрунтується на суб'єктивному та об'єктивному оцінюванні благополуччя індивіда та рівня його фізичної і суспільної активності [1]. ВООЗ окреслює якість життя як сприйняття людиною себе в житті в контексті культури та системи цінностей, залежно від власної мети, очікувань і стандартів [5]. Цінними для осіб похилого віку науковці називають здоров'я, соціальну інклюзію, автономність та незалежність [2, 4]. Такий вибір пов'язаний зі змінами, що виникають у стані здоров'я, появою нових соціальних ролей, необхідністю в соціальній допомозі тощо. Відповідно, основними потребами осіб цієї вікової групи є доступні послуги зі збереження здоров'я, безпечне та комфортне життя, використання дозвілля на власний розсуд, активна участь у суспільному житті, можливості для інтелектуального розвитку тощо.

Незважаючи на те, що якість життя активно вивчають в медицині, економіці, педагогіці, дослідниками виявлено та охарактеризовано лише 40 % чинників, які впливають на якість життя. Розуміння впливу демографічних, соціально-економічних, медичних, поведінкових, культурних, управлінських чинників та їх комплексної дії актуальне для поліпшення якості життя осіб похилого віку.

Мета роботи – встановити вплив демографічних, соціально-економічних чинників та стану здоров'я на якість життя осіб похилого віку.

Методи: теоретичний аналіз та узагальнення даних літератури, соціологічні, статистичні (описова статистика, регресійний аналіз).

Для оцінювання якості життя використано питальник SF 36. Показники визначали в балах за шкалами "Фізична активність" (ФА), "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" (РФ), "Рівень болю", "Життєздатність" (ЖЗ), "Соціальна активність" (СА), "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності" (РЕ), "Загальний стан здоров'я" (ЗЗ), "Психічне здоров'я" (ПЗ). Значення шкал використовували для обчислення двох складників – загального фізичного компонента (ЗФК) та загального психічного компонента (ЗПК). Вивчали кількість днів з поганим самопочуттям (наявність скарг на незадовільне фізичне / психічне здоров'я, біль, депресію, втому); для характеристик медичних чинників (захворювання, скарги на стан здоров'я тощо) використовували елементи анкети BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire, "Система спостереження за поведінковими факторами ризику"). Суб'єктивне оцінювання рівня фізичної активності проводили згідно 8-ступеневої шкали, де "1" – я не виконую регулярно фізичні вправи і не займаюся ходьбою, "2" – я виконую інтенсивні фізичні вправи 3–5 разів на тиждень впродовж більше ніж 7 місяців.

Результати та їх обговорення. У дослідженні взяли участь 158 осіб, середній вік учасників $65,6 \pm 6,4$ року, наймолодшому респонденту було 55 років, найстаршому – 86 років (табл. 1). Основну частину групи становили жінки (81,0 %), лише 35,8 % були у шлюбі (офіційному або громадянському). Кожний третій опитаний проживав сам (34,2 %), 28,5 % – з чоловіком або дружиною, 37,3 % – з батьками, дітьми, онуками. Більша частина респондентів мали вищу освіту (71,5 %), про неповну вищу освіту зазначили 28,5 % осіб похилого віку.

В осіб похилого віку часто діагностують хронічні захворювання (найчастіше хвороби опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи), психічні розлади (депресія, старечі деменції). Частка неповносправних після 65 років становить близько 40 % [3]. Виявлено, що на одного опитаного припадало $2,2 \pm 1,3$ захворювання або скарги на стан здоров'я, мінімальний показник становив 0, максимальний – 6. Найбільш поширеними були проблеми з опорно-руховим апаратом (26,8 % опитаних скаржилися на артрит, ревматизм, 36,3 % – біль у спині або шиї, 7,0 % – переломи або травми суглобів, 9,6 % – труднощі у пересуванні), а також серцево-судинні захворювання (14,0 % мали хвороби серця, 26,1 % – страждали на підвищений артеріальний тиск або гіпертонію, 0,6 % перенесли інсульт). У 12,7 % опитаних були відсутні скарги на стан здоров'я.

Таблиця 1

Соціо-демографічні дані та стан здоров'я осіб похилого віку

Показник	Значення	Показник	Значення
Вік, роки (M (SD))	65,6 (6,4)	Захворювання/ скарги, n (%):	
Стать, n (%)		– артрит / ревматизм	42 (26,8)
– чоловіча	30 (19,0)	– болі у спині або шиї	57 (36,3)
– жіноча	143 (81,0)	– переломи / травми суглобів	11 (7,0)
Сімейне становище, n (%):		– труднощі у пересуванні	15 (9,6)
– не одружений/ не заміжня	16 (10,1)	– захворювання легень,	
– розлучені/ живемо окремо	28 (17,7)	дихальних шляхів	13 (8,3)
– громадянський шлюб	4 (2,5)	– проблеми із слухом	9 (5,7)
– одружений/ заміжня	53 (33,5)	– захворювання очей, порушення зору	31 (19,7)
– вдівець/ вдова	57 (36,1)	– захворювання серця	22 (14)
Проживання, n (%):		– інсульт	1 (0,6)
– проживають самі	54 (34,2)	– гіпертонія / високий артеріальний тиск	41 (26,1)
– з родиною (чоловіком / дружиною)	45 (28,5)	– діабет	10 (6,4)
– з родиною (батьками, дітьми, онуками)	59 (37,3)	– рак	0 (0)
Освіта, n (%):		– депресія / тривожність / емоційні проблеми	31 (19,7)
– неповна вища освіта	45 (28,5)	– не було жодних проблем із здоров'ям	20 (12,7)
– повна вища освіта	109 (69,0)	– інше	12 (7,7)
– кандидат/ доктор наук	4 (2,5)		
Дохід, n (%):			
– менше 1 500 грн./ місяць	15 (9,5)		
– 1 500 – 3 000 грн./ місяць	139 (87,9)		
– понад 3 000 грн./ місяць	4 (2,5)		

Оцінювання якості життя осіб похилого віку виявило низькі показники за більшістю шкал, що характеризують як фізичний та і психічний компонент (рис. 1). Найнижчими були значення за шкалами, що характеризують вплив фізичного стану респондента на виконання повсякденних справ ("Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" – 48,5 бала) та суб'єктивне оцінювання стану здоров'я ("Загальний стан здоров'я" – 49,9 бала). Також суттєво обмежують щоденну активність осіб похилого віку больові відчуття, втома та незадовільний емоційний стан ("Рівень болю" – 54,0 бала, "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності" – 52,5 бала, "Життєздатність" – 59,8 бала). Високим був показник якості життя за шкалою "Фізична активність" (78,5 бала), що описує рівень рухової активності та працездатності респондента. Також фізичний та емоційний стан не зменшували кількість соціальних контактів та не погіршували їх якість ("Соціальна активність" – 74,6 бала).

Для осіб похилого віку значення загального фізичного та психічного компонента нижчі 50 балів ($48,3 \pm 7,5$ бала і $45,0 \pm 10,8$ бала, відповідно), що загалом можна інтерпретувати як погану якість життя. Мінімальні значення за цими підсумковими шкалами становлять 30,9 бала (ЗФК) та 14,8 бала (ЗПК), максимальні – 63,1 бала і 66,4 бала, відповідно.

За допомогою багатофакторного регресійного аналізу проаналізовано значення фізичного та психічного складника якості життя як залежних змінних. У таблиці 2 наведено низку соціально-демографічних, медичних та поведінкових чинників, що можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на якість життя людини. Більшість вибраних для аналізу чинників впливали на показники якості життя негативно. Нижчі показники фізичного та психічного компонента якості життя спостерігали у випадку збільшення днів нездоров'я (зокрема скарги на фізичний, психічний стан здоров'я, наявність депресивних станів, больових відчуттів, втоми тощо), наявністю захворювань, що обмежують як

фізичну, так і соціальну активність осіб похилого віку. Відмінні зміни якості життя можна спостерігати за умови дії поведінкового чинника "Фізична активність" – позитивний вплив мали рівень фізичної активності та тривалість занять фізичними вправами впродовж тижня.

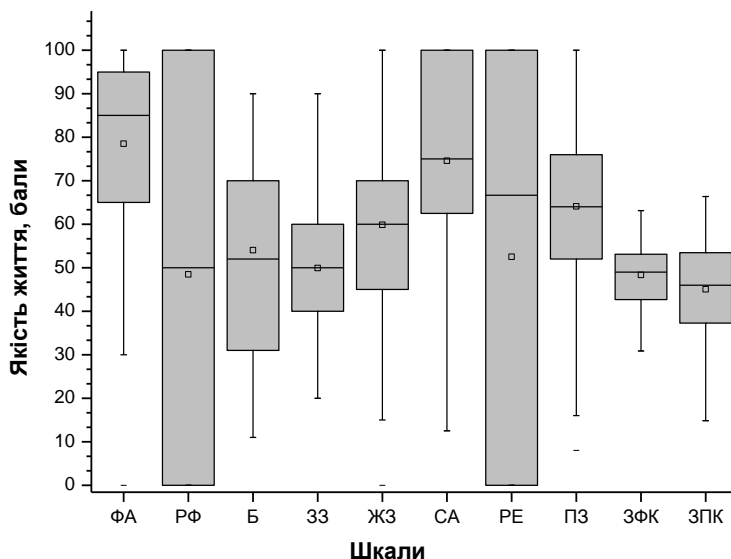


Рис. 1. Статистичні характеристики якості життя осіб похилого віку (максимальне та мінімальне значення, 95-ий, 5-й, 75-й і 25-й перцентилі, медіана і середнє значення (■))

Таблиця 2

Дані багатofакторного регресійного аналізу

Залежна змінна	Фактор	β -коефіцієнт	R^2	F	Залежна змінна	β -коефіцієнт	R^2	F
Загальний фізичний компонент	Стать	-1,281	0,05	2,55*	Загальний психічний компонент	2,221	0,003	1,11*
	Сімейне становище	0,489				1,254		
	Наявність роботи	6,518				-1,410		
	Проживання	-0,642				-0,346		
	Кількість днів нездоров'я: - фізичного	-0,452	0,27	5,02**		0,080	0,395	8,02**
	- психічного	-0,347				-0,190		
	- з біллю	-0,268				-0,233		
	- з депресією	-0,722				-0,773		
	- з тривогою	-0,435				-0,151		
	- з втомою	-0,162				-0,011		
Захворювання/ скарги	-0,180	0,23	9,09**	-0,978	0,017	1,49*		
Обмеження щоденної діяльності через стан здоров'я	-0,258			-0,532				
Обмеження фізичної активності через стан здоров'я	-1,624			0,341				
Рівень фізичної активності	1,321	0,07	2,55*	0,37	0,02	1,1*		
Тривалість занять фізичними вправами впродовж тижня	1,452			0,59				

Примітка. "*" – $p < 0,01$; "***" – $p < 0,001$.

Найбільш суттєвий внесок в дисперсію (зміну) ЗФК мають кількість днів нездоров'я (27 %) та захворювання / скарги та обмеження, що з ними пов'язані (23 %). Аналогічно фактори мають найбільший вплив на ЗПК – 39,5 % та 17 %, відповідно.

Висновки. Для осіб похилого віку характерна низька якість життя. Значення загального фізичного та психічного компонента становлять $48,3 \pm 7,5$ бала і $45,0 \pm 10,8$ бала, відповідно. Нижчі показники фізичного та психічного компонента якості життя характерні у випадку збільшення днів фізичного та психічного нездоров'я, наявності захворювань, обмеженням фізичної та соціальної активності. Кількість днів нездоров'я, захворювання / скарги та обмеження, що з ними пов'язані, обумовлюють 50,0 % зміни загального фізичного та 56,5 % загального психічного компонента якості життя.

Перспективи подальших розвідок полягають у дослідженні чинників, пов'язаних з якістю життя різних груп населення.

Використані джерела

1. Павлова Ю. Оздоровчо-рекреаційні технології та якість життя людини : монографія / Ю. Павлова. – Львів : ЛДУФК, 2016. – 356 с.
2. Павлова Ю. Якість життя літньої людини: значення здоров'я та рухової активності / Юлія Павлова // Фізична активність, здоров'я і спорт – 2014. – № 1 (15) – С. 54–61.
3. National Center for Disease Control and Prevention. The State of Aging and Health in America 2013 [Electronic resource] / National Center for Disease Control and Prevention. – 60 p. – Access mode : <http://www.cdc.gov>.
4. Scharf T. Social exclusion of older people in deprived urban communities of England / T. Scharf, C. Phillipson, A. E. Smith // European Journal of Aging. – 2003. – Vol. 2, N 2. – P. 76–87.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization / The WHOQOL Group // Social Science and Medicine. – 1995. – Vol. 41, N 10. – P. 1403–1409.
6. World Health Organization. Active ageing: a policy framework / World Health Organization. – WHO, 2002. – 59 p.

Pavlova Iu.

FACTORS ASSOCIATED WITH LOW QUALITY OF LIFE OF OLDER ADULTS

Understanding the impact of socio-demographic, medical, and behavioral factors and their integrated action is important for improving the quality of life of the older adults. The aim of the work is to determine the impact of demographic, socio-economic factors and health state on the quality of life of the elderly people. Methods: Theoretical analysis and generalization of literature data, sociological, statistical methods (descriptive statistics, regression analysis). The SF 36 questionnaire was used for the evaluation of the quality of life. For characteristics of medical factors (health complaints, existing diseases) the elements of the BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire) were used. Results. In the study participated 158 Ukrainian older adults, the average age of participants was $65,6 \pm 6,4$ years. It was found that one respondent had 2.2 ± 1.3 illness or health complaints. The most common were problems with the locomotor apparatus (26.8 % of the respondents complained about arthritis, rheumatism, 36.3 % had back pain or neck pain, 7.0 % had fractures or joint injuries, 9.6 % had problems with moving) and cardiovascular diseases. Evaluating the quality of life revealed low rates on most scales – the value of the overall physical and mental component did not exceed 50 points. The lowest values had the scales that characterize the influence of the respondent's physical condition on the performance of everyday affairs (Role limitation due Physical Health – 48.5 points) and subjective assessment of health (General Health – 49.9 points). The number of sick days causes 27 % of the variance of the Physical Component summary and 39.5 % of the Mental Component summary. The lower indices of the Physical and Mental components of the quality of life are characteristic in the in the case of an increase of physical and mental sick days, the presence of diseases, limitation of physical and social activity. Conclusions. The value of the Physical Component summary is 48.3 ± 7.5 points, Mental Component summary – 45.0 ± 10.8 points. The number of sick, diseases / health complaints and health-related limitation results 50.0 % of the variance of General Physical Component and 56.5% of General Mental Component of the quality of life.

Key words: quality of life, elderly age, health, SF 36, physical activity.

Стаття надійшла до редакції 27.08.2017