

**СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ВІДЧУТТЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ
СТАРШОГО ВІКУ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ ПІД ДОВГОТРИВАЛОЮ
ОПІКОЮ В ОПІКУНСЬКО-ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ПОЛЬЩІ**

У статті подано дані, що відображають задоволення якістю життя особами старшого віку, які перебувають у медичних опікунських закладах. Якість життя окреслюється як динамічне існування, яке змінюється в часі під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Найсильнішу кореляцію з відчуттям якості життя показали чинники, які входять до складу психологічної й фізичної сфер та довкілля: радість від життя, відчуття сенсу життя, відчуття сил і "енергії" для ведення нормального життя, переживання неприємних настроїв, концентрація уваги, залежність від лікування, задоволення від нормального щоденного життя, умов перебування, безпеки.

Ключові слова: старість, якість життя, опікунсько-лікувальний заклад.

In the article there is the given information in relation to pleasure by quality of life by senior persons which are in medical-guardian establishments. Quality of life is outlined as dynamic existence which changes in time under act of which internal, so external factors. The strongest correlation with feeling of quality of life was shown by factors which are a member of psychological and physical spheres and environment: gladness from life, feeling of sense of life, feeling of forces and "energies" for the conduct of normal life, experiencing of unpleasant moods, concentration of attention, dependence on treatment, pleasure from the conduct of normal daily life, terms of stay, safety.

Key words: old age, quality of life, guardian-medical establishment.

Постановка проблеми та аналіз результатів останніх досліджень. Останнім часом термін "якість життя" з'являється щоразу частіше в економічних, суспільних, гуманітарних і медичних науках. Найінтенсивніше поняття якості життя розвивається в науках, які концентруються навколо проблематики здоров'я. Це не відбувається без причини, тому що власне в цих галузях спостерігається найбільша потреба в оцінці й аналізі цього явища. Навальне зростання соматичних захворювань, які неможливо вилікувати негайно, але в яких можна контролювати й стимулювати зростання суб'єктивного відчуття якості життя, призводить до необхідності гуманізації опіки над здоров'ям, в якій людина трактується як біопсихосоціальна єдність [1; 2; 4].

Перші дослідження щодо якості життя людини з'явилися у світовій літературі в 70-х роках минулого століття, натомість у Польщі 90-ті роки розпочалися дослідженням якості життя хворої людини. У цей час постало багато трактувань терміна "якість життя". У суспільних науках одна з перших дефініцій визначала якість життя як випадкову інтеграцію власних властивостей і суб'єктивних та об'єктивних показників доброго стану.

Роздуми над визначенням сутності поняття "якість життя" призвели до появи нових визначень цього терміна. Зокрема якість життя стала розглядатися як спосіб, в який хтось себе відчуває й дає собі раду з щоденною активністю, пов'язуючи її зі сферою мотивації, здатності й можливості задоволення потреб. Натомість Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) трактує якість життя як особисте досягнення через єдність своєї життєвої позиції, у контексті культурних умов і системи вартостей, в яких живе, і у відношенні до цілей, які перед собою ставить людина, очікувань, зразків та острахів [3]. Це широковідома концепція, на яку в комплексному вигляді впливають фізичне здоров'я індивіда, його психічний, суспільний стан, ступінь незалежності та відношення до навколишнього світу. У цьому розумінні появляється нове розуміння оцінки здоров'я, окрім традиційного, де беруться до уваги тільки елементи

хвороби. Разом із тим зазначена дефініція вказує на те, що в такому сенсі якість життя необхідно розглядати в контексті чотирьох сфер життя: фізичної, психічної, суспільної, а також через призму конкретної ситуації та умов довкілля.

Такий підхід особливо важливий у відношенні до людини в другому зрілому віці. Зміни, що відбуваються в людському організмі з плином часу, є сукупними. Більшість функцій в організмі в інволютивному періоді слабне. Змінюється позиція людини в суспільстві, зменшується можливість пристосування людини до факторів довкілля, зростає “ціна адаптації”. Піддаються змінам не лише суспільна позиція й риси характеру, але також знижується рівень моторних здатностей, фізіологічних і психічних властивостей. Роки роблять свій відбиток на мотивації, сприйнятті, емоціях, інтелектуальних можливостях, уподобаннях і зацікавленнях. Результатом є зміна діяльності: людина прагне інших цілей, розв’язує інші проблеми, які виникають на цьому етапі життя. У такому разі старіння є процесом важливих консеквенцій, які вимагають звернення уваги на ряд ситуацій суспільно-економічної, медичної чи психолого-педагогічної природи.

У Польщі, як і в багатьох інших країнах світу, систематично зростає кількість осіб віком понад 60 років, які дослідниками трактуються як особи третього зрілого віку. 1990 року частка осіб віком 60 і більше років досягла 10,2%. Сьогодні в Польщі 1,5 млн осіб потребує допомоги й опіки інших, у той же час 700 тисяч потребують постійної опіки. Разом із тим серед осіб старшого віку зростає кількість неповносправних. Якщо ця тенденція утримається, то в 2020 році їх буде 3,6 млн. Ця ситуація свідчить про необхідність здійснення заходів, які мають на меті створення системних забезпечень для постійно зростаючих потреб, пов’язаних зі здоров’ям і опікунством осіб старшого віку. Розвиток системи довготривалої опіки став одним із пріоритетних напрямів оздоровчої політики в польському суспільстві.

Довготривала опіка – це як постійний професійний меддогляд і реабілітація хворих осіб, відповідно до їх стану здоров’я й потреб, яка здійснюється через системне підтримання здоров’я, медичну реабілітацію, кращу суспільну інтеграцію та повернення в родину. Ця опіка є повністю спрямованою на задоволення потреб хворого. Іншими словами, це опіка, метою якої є покращання здоров’я й пов’язаної з ним якості життя.

Мета роботи – виявити характер становлення суб’єктивних оцінок і чинників, що входять до складу фізичної, психічної, соціальної сфер життя й довкілля та впливають на індивідуальні відчуття якості життя осіб третього зрілого віку, які перебувають у стаціонарних закладах опіки Польщі.

Методи досліджень. Дослідження проводилися на території Святокшинського воєводства (Польща). Дослідницьку групу становили 243 особи, які перебували в опікунсько-лікувальних закладах. Середній вік респондентів становив 72,3 року. Основну частину вибірки склали жінки (68,72%), тоді як чоловіки становили 31,28% усієї дослідницької групи. Жінки живуть довше, ніж чоловіки, разом із тим вони частіше й переживають стан овдовіння та пов’язані з ним емоційні й матеріальні труднощі. У досліджуваній популяції частка вдів була найвищою й становила 35,45%, удівців було 6,37% [1].

Найчастіше до закладів направлялися особи зі змінами в кістковій системі, а також у системах кругообігу і дихання. При опитуванні про стан здоров’я відповідь “здорові” дало 21,91% осіб, натомість 72,11% респондентів визначили себе хворими. На обмеження функціональної справності, викликані болем, указало 82,67% осіб старшого віку.

В основі проведених досліджень був міжнародний тест “WHOQOL-BREF”, який уможливує отримання профілю якості життя в чотирьох сферах: фізичній, психологічній, суспільній та екологічній. Шкала визначає також позиції, які можна ана-

лізувати окремо (питання 1 стосується індивідуального загального сприйняття якості життя і питання 2 – індивідуального загального сприйняття власного здоров'я). Відповідно до оцінок експертів ВООЗ, "WHOQOL" є найважливішою пропозицією загальноосвітнього, суб'єктивного виміру якості життя, яка займе перше місце найближчим часом. Згідно з дослідженнями, які вимагають оцінки життєвого успіху й клінічних показників, де якість життя є найважливішим критерієм, прийнята скорочена версія тесту – "WHOQOL-BREF". Статистичний аналіз проведено при використанні статистичного пакета *Статистика 4.3*. Статистична залежність ознак верифікована тестом *Chi 2*, силу зв'язків між змінними виявляли при застосуванні рангової кореляції *Spearmana (Rs)*. Рівень статистичної вірогідності визначали при $p < 0,05$.

Після аналізу ряду дефініцій, теоретичною підставою емпіричних досліджень була дефініція якості життя ВООЗ, яка визначила якість життя як "спосіб визначення індивідом своїх позицій у житті в контексті культури і системи цінностей, які пов'язані з власними цілями, очікуваннями, стандартами і острахами; це широко прийнята концепція, на яку комплексно впливають фізичне здоров'я індивіда, його психічний і суспільний стан, ступінь незалежності і відношення до навколишнього середовища".

Результати досліджень. З отриманих під час анкетування відповідей можна побачити, що окрім багатьох життєвих проблем, більшість респондентів (52,40%) задоволена наявною життєвою ситуацією. Незадоволених у групі досліджених – 13,97% осіб. Середнє арифметичне загальної оцінки якості життя в п'ятиступеневій шкалі становило: $x = 3,34$, $SD = 0,86$ – для чоловіків і $x = 3,61$, $SD = 0,82$ – для жінок.

Рівень задоволення якістю життя значною мірою залежить від статі ($p < 0,05$; $V_c = 0,17$; $R_s = 0,15$), жінки частіше були задоволені якістю життя (49% респонденток), ніж чоловіки (12,23%). На протигагу статі, вік не є чинником, що змінюється. Однак спостерігається певна тенденція до збільшення відсотка осіб віком більше 75-річного віку.

Схоже, писав Ц.Мерцер, що разом із віком зростає рівень відчуття задоволення життям.

Ще один чинник, який впливає на рівень задоволення якістю життя в опікунсько-лікувальних закладах є цивільний стан ($p < 0,05$, $V_c = 0,22$). Цю думку виражають 23,35% овдовілих і 13,66% самотніх осіб, натомість лише 7,93% заміжніх/жонатих і 7,05% розлучених поділяють її. Навпаки, ця ситуація представлена в осіб, які не перебувають в опікунських установах. В.Педліх у своїх дослідженнях, проведених у середовищі проживання, зауважив, що особи, які перебувають у подружніх зв'язках, виражають задоволення якістю життя, натомість гірше оцінюють її особи самотні. Також Б.Шатур-Яворська відзначає, що самотність у старшому віці, особливо спричинена втратою подружнього партнера, може викликати втрату відчуття безпеки, а в осіб зі слабкою психічною стійкістю та позбавлених допомоги близьких може спричинити й виникнення недуги. Оцінки стану здоров'я, отримані з тесту в дослідженій групі, переконують, що особи старшого віку перебувають у поганому стані. Середнє арифметичне, яке стосується суб'єктивної оцінки здоров'я, формується в п'ятиступеневій шкалі на рівні $x = 2,73$; $SD = 1,0$ – для чоловіків і $x = 2,93$; $SD = 1,0$ – для жінок. Під час проведеного аналізу 44,54% осіб старшого віку, які перебувають в опікунських закладах, виразили незадоволення станом свого здоров'я. Суб'єктивна оцінка знаходиться в тісній залежності від віку досліджуваних ($p < 0,01$; $V_c = 0,20$). Перевага негативних самооцінок здоров'я (20,52%) виявлена серед найстарших осіб (>75 років). Це означає, що вік є предикатором, який впливає на суб'єктивну оцінку стану здоров'я старших людей. Отримані показники корелюються з результатами загальнопольських досліджень 1999–2001 рр., проведених у рамках досліджень "Умови життя і потреби старших людей у Польщі – актуальний стан, тенденції змін і завдання суспільної політики".

Щоб дослідити чинники біо-психо-суспільні, які визначають якість життя підопічних опікунсько-лікувального закладу, синтезовано результати із презентованих досліджень. Потрібно підкреслити, що в наших дослідженнях аналізувалися чотири домени (галузі) якості життя, ідентифіковані відповідно до структури WHOQOL.

Визначаючи фізичне здоров'я з функціонального погляду й беручи до уваги низькі оцінки стану здоров'я, можна говорити про погіршення кондиції осіб старшого віку. Біль як один із детермінантів рухової справності в 34,20% досліджених достатньо суттєво обмежував виконання функцій. Біль також мав великий вплив на нормальне щоденне життя. Цю залежність визначає висока статистична вірогідність ($p < 0,001$, $V_c = 24$, $R_s = -0,40$), кореляція натомість має від'ємний характер. Тільки 6,77% усіх досліджених не відзначали жодних обмежень, пов'язаних із болем. Незадоволення у сфері домашнього господарювання (I-ADL) виявлено в 32% респондентів. Важка праця, пов'язана з веденням домашнього господарства, є фактором, який призводить до найбільших проблем і труднощів для старших осіб [1]. Серед багатьох чинників, що визначають задоволення життям, є стан здоров'я, який погіршується із віком і негативно впливає на функціональну дієздатність [3]. Факт тісного зв'язку між фізичним рівнем і відчуттям успіху та задоволення знаходимо в ряді досліджень.

У наступній частині аналізу виявлено погіршення рухових можливостей. Такі висновки робить кожна третя жінка і кожен п'ятий чоловік. Очевидним є те, що труднощі в моториці мають значний негативний вплив на якість життя осіб старшого віку. Локомоторна справність становить один із важливих статистичних чинників в оцінці якості життя ($p < 0,05$, $V_c = 18$; $R_s = 0,24$). Особи зі збереженою руховою здатністю, які оцінюють її на хорошому рівні (53,74%), задоволені якістю життя. Дані, що стосуються здатності ведення нормального щоденного життя, суперечать даним, що відносяться до локомоторної справності. Такі оцінки можуть попередньо свідчити про структуру потреб, які з віком змінюють свою інтенсивність. Функціональна потреба, яка вимагає активності, з віком слабшає. Зростають натомість потреби бернотьово-алоцентричного типу, серед яких переважають потреби: акцептації, прислухання до порад, підпорядкування типу бернотьово-егоцентричного, серед яких домінує потреба нижчості. У зазначених дослідженнях зауважено прагнення досліджуваних осіб старшого віку до акцептації іншими й самоакцептації, що є показником функціональної ізоляції, в якій збереження підопічного опікунсько-лікувального закладу на утримання стану залежності є направленим.

Особи, які приймають цей стан, проявляють більше пасивності й залежності, вони погано пристосовані до зовнішнього світу, розраховують на допомогу й підтримку з боку інших. Ці люди уникають прояву особистих зусиль і відповідальності.

У наукових публікаціях, які представляють результати дослідження зі сфери емоційних розладів, психосоматичних недуг, серед найчастіших причин цих розладів визначено страх і депресію. У психологічному просторі якості життя кожен негативний емоційний стан має вплив на самопочуття і є суб'єктивним чинником, що віддзеркалює цей стан на оцінці власної життєвої ситуації. У проведених дослідженнях частота пережиття неприємних настроїв має істотний статистичний вплив на відчуття задоволення якістю життя ($p < 0,001$, $V_c = 0,25$). Підопічні, які рідко піддавалися переляку чи суму, виявляють задоволення якістю життя (29,20%), тоді як серед респондентів, які часто переживали переляк, на задоволення якістю життям указали лише 5,75%. Жодна з осіб, якій часто були притаманні неприємні настрої, не оцінила позитивно якість свого життя. Статистичний аналіз залежності негативних настроїв і задоволення якістю життя показав від'ємну залежність ($r = -0,37$). Це доводить, що домінування негативних емоцій знижує задоволення якістю життя. Переляк, як емоційний стан, який відчувається людиною в стані негативних настроїв (не-

спокою, побоювань), може істотно зашкодити станові пацієнта в кожній зі сфер життєвої активності.

Суспільна підтримка для осіб старшого віку означає протидію втраті суспільної реляції й поглиблення ізоляції, втраті суспільного самовизнання, що йде вслід за нею. З досліджень, що проводилися в Англії, серед людей старшого віку, які проживали в родинному середовищі, потреба суспільних відносин нерідко компенсувалася задоволенням станом власного здоров'я.

Як впливає із проведених досліджень, особи старшого віку в опікунсько-лікувальному закладі задоволені підтримкою, яку вони отримують. Це 54,39% досліджених. Дуже задоволеними виявилися 12,55%. У порівнянні з вищенаведеними показниками невеликий відсоток осіб дуже незадоволені – 5,86% і незадоволені – 15,06%.

Вік як демографічна змінна, окрім того, що не показує істотної статистичної залежності щодо отримуваної підтримки від приятелів, показує, однак, що особи у віці 75 років і вище частіше незадоволені цією підтримкою. Таку відповідь дав кожен четвертий опитаний цього вікового періоду. Це важливо для осіб, які проходять терапію, оскільки ця група є найчисельнішою в опікунсько-лікувальному закладі. Однак потрібно звернути на неї увагу, щоб не допустити елімінації підопічних.

Найстарші підопічні з огляду на поганий стан здоров'я, обмежену фізичну справність, мають меншу можливість зав'язування нових контактів, одночасно з плином років зменшується коло найближчих людей, помирають партнери по життю, родичі і т. п. Це все негативно впливає на досягнення успішного рівня підтримки приятелів. Б.Синак у дослідженнях, проведених у побутовому середовищі, указує, що в старших осіб із плином часу поступово настає незадоволення психосоціальних потреб. Варто тут звернути увагу на думку Л.Дичевського, який вважає, що самотність і усамітнення посилюються у фінальній фазі життя, коли людина зостається сама й має багато часу.

Погляди дослідників знайшли віддзеркалення в результатах дослідження, проведених в опікунсько-лікувальному закладі. Овдовілі особи, а також неодружені чоловіки і жінки найбільше вказували на незадоволення потреби дружньої підтримки. Почуття усамітнення в старшому віці, на думку Б.М.Пухальської, пов'язане не лише з реальною ізоляцією і браком зацікавлення з боку дітей, але також із перебільшеними очікуваннями щодо інтенсивності родинних зустрічей, нудьгою й невмінням використовувати час.

Серед інших суспільних умов статистично вірогідними ($p < 0,001$) виявилися почуття безпеки, фінансові умови, отримання інформації, проведення вільного часу, доступність медичної опіки. У нинішніх дослідженнях ці чинники були піддані аналізу у сфері середовища. Для доведення цього необхідно зазначити, що довготермінова опіка виконує свої завдання з погляду старших людей. Приймаючи за стандарт довготермінової опіки колективне, інтердисциплінарне задоволення сукупних, соціомедичних потреб старших людей, предметом аналізу доступності медичних послуг будуть лікарські візити, акушерські послуги, реабілітаційні заходи й соціальна праця в процесі опіки в опікунсько-лікувальних закладах. За співпрацю колективу умовно приймаємо одночасне надання послуг чільниками довготермінової опіки (лікаря, медсестри, реабілітолога й соціального працівника) для досліджуваних осіб, які формують загальний рівень медичної опіки. Отримані в процесі досліджень дані показують, що особи старшого віку свої можливості нормального функціонування пов'язують із лікуванням. Таку відповідь дали 60,51% респондентів, лише 4,72% досліджуваних вважають, що лікування на їх здоров'я не впливає. З отриманих даних випливає, що як жінки, так і чоловіки в пропонованому лікуванні, опіці й реабілітації вбачають покращення стану здоров'я, а водночас і відчуття життєвої дієздатності. Аналіз результатів показав, що 60,16% респондентів задоволені з доступності

медичної опіки, 18,33% осіб старшого віку є дуже задоволеними, тоді як відсоток осіб, які зіткнулися із труднощами з відповідними свідченнями, становить 7,97% із дослідженої популяції. Такі свідчення вказують на добру координацію в рамках колективної співпраці, що полегшує отримання інформації про підопічних і комплексне задоволення соціомедичних потреб, а тим самим зростання задоволення якістю життя. Ця ситуація знаходить відображення в атмосфері й пристосуванні підопічних, які, відчуючи задоволення з наданої опіки, рідше наражаються на переживання неприємних настроїв, таких як сум, ляк, депресія. Аналіз статистичних даних доводить, що доступність медичної опіки в закладах медичного догляду має істотний вплив на настрій осіб старшого віку ($p < 0,001$; $V_c = 0,20$; $r = 0,32$) і покращення функціонування в середовищі, а кореляція зберігає від'ємний (негативний) характер.

Висновки

1. Як впливає з вищенаведеного, оцінку задоволення якістю життя осіб старшого віку, які перебувають у медичних опікунських закладах, не вдається вкласти в загальноприйняті межі. Вона має дуалістичний характер, як об'єктивний, так і суб'єктивний, крім цього, важливою є суб'єктивна думка самого досліджуваного.

2. Якість життя окреслюється як динамічне існування, яке змінюється в часі під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Найсильнішу кореляцію з відчуттям якості життя показали чинники, які входять до складу психологічної й фізичної сфер та довкілля: радість від життя, відчуття сенсу життя, відчуття сил й "енергії" для ведення нормального життя, переживання неприємних моментів, концентрація уваги, залежність від лікування, задоволення від ведення нормального щоденного життя, умов перебування, безпеки.

3. Важливим чинником, що формує відчуття якості життя, є стан здоров'я. Визначниками здоров'я в осіб старшого віку є: задоволення своїми можливостями ведення нормального життя, володіння "життєвою енергією", рухова енергія. Важливими в оцінці рухової справності виявилися такі чинники: здатність до основних локомоцій, обмеження, спровоковане болем, і можливості ведення нормального життя, які ототожнюються з лікуванням.

Задоволення з пропонованої медичної опіки впливало на добре самопочуття. Чинниками, що визначають задоволення від умов довкілля, в яких перебували опитані, були: доступність опіки й безпека.

4. Визначені складові у сфері довготермінової опіки, скеровані на осіб старшого віку, через професійний медичний догляд і реабілітацію, відповідно до стану їх здоров'я, дозволяють через зовнішні умови сформувані суб'єктивні оцінки задоволення якістю життя. Виокремлені біопсихосоціальні чинники повинні допомогти в практичній реалізації проблем у сфері опіки, яка реалізується через персонал і може стати новою моделлю інтегрованої співпраці різнодисциплінарного колективу, який охоплює доглядом старших людей, тим самим долучаючись до посилення їхнього задоволення якістю життя.

1. Бомова Б. Рекреационный спорт в Финляндии / Б. Бомова // Теории и практика физической культуры. – 1989. – № 6. – С. 15–17.
2. Дутчак М. В. Спорт для всіх у світовому контексті / М. В. Дутчак. – К. : [б. в.], 2007. – 109 с.
3. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2004. – 16 с.
4. Жуляев В. М. Международное физкультурно-оздоровительное движение "Спорт для всех" / В. М. Жуляев, В. Л. Левицкий // Наука в олимпийском спорте. – 2000. – Спецвыпуск. – С. 41–47.