

Астафьева Н.Г.<sup>1</sup>, Еремина М.Г.<sup>2</sup>**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ВАЖНЫЕ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ТРУДОСПОСОБНЫХ ЛИЦ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ**

ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского" Минздрава РФ, 410012, Саратов, Россия

Для корреспонденции: Астафьева Наталья Григорьевна (astang@mail.ru)

В статье приведены результаты исследования связанного со здоровьем качества жизни с помощью болезнью-специфического вопросника Dermatology specific quality of life (DSQL) у лиц трудоспособного возраста с хроническими зудящими дерматозами. Установлено влияние заболеваний как на физические симптомы, повседневную и социальную активность, так и на профессиональную деятельность, самовосприятие болезни. Результаты исследования показывают, что хронические дерматозы (аллергодерматозы и псориаз) даже вне фазы обострения способны влиять на снижение производительности на работе, оказывают негативное влияние на повседневную деятельность. Анализ перечисленных составляющих качества жизни важен для повышения эффективности труда у обследованной категории лиц.

**Ключевые слова:** *атопический дерматит; псориаз; качество жизни; работоспособность.*

N.G. Astafiyeva, M.G. Eremina

**THE PROFESSIONAL AND SOCIAL ACTIVITY AS IMPORTANT CHARACTERISTICS  
OF QUALITY OF LIFE OF ABLE-BODIED INDIVIDUALS WITH SKIN DISEASES**

The V.I. Razumovskiy Saratov state medical university, Saratov, Russia

The article presents results of study concerning health and quality of life. The disease-oriented questionnaire Dermatology specific quality of life (DSQL) was applied to individuals of able-bodied age with chronic itching dermatitis. The study established effect of diseases on both physical symptoms, every day and social activity and professional activity and self-perception of disease. The results of study demonstrate that chronic dermatitis (allergic dermatitis and psoriasis) even outside the phase of exacerbation are able to effect on decrease of work productivity and negatively impact on everyday activity. The analysis of enumerated components of quality of life is very important for increasing work effectiveness in examined category of individuals.

**Key words:** *atopic dermatitis; psoriasis; quality of life; efficiency.*

Вызовы мирового экономического кризиса и необходимость модернизации российской экономики и социальной сферы актуализируют проблематику изучения социально-трудовых отношений, а также выявление направлений их оптимизации, поиска резервов для повышения эффективности труда и мотивации к активной трудовой деятельности в современном обществе. Эффективность труда тесно связана с работоспособностью человека.

Работоспособность понимается как "одно из основных социально-биологических свойств человека, отражающих его возможность выполнить конкретную работу в течение заданного времени и с требуемой эффективностью и качеством". Одним из важнейших факторов, влияющих на работоспособность, является психологическое состояние человека, которое во многом определяется атмосферой в трудовом коллективе, что в конечном счете сказывается на качестве выполняемой работы и социальных конфликтах. В фундаментальном труде "Социология медицины" (с. 251) А.В. Решетников пишет: "Идеология, страсти и эмоции, искажающие интеллектуальную деятельность и способность понимания, амбиции, статус и ряд других явлений делают жизнь индивида ареной конфликтов и противоречий. Нехватка работы, благ, продуктов создает у индивида настрой на борьбу за место под солнцем, против всяческих конкурентов" [1]. Напряженность на рабочем месте может выступать как негативный фактор. Другим доминантным фактором работоспособно-

сти является здоровье людей, работающих в организации, это важнейшее условие высокой отдачи от их труда. Трудно ожидать высокую отдачу от работника, если состояние его здоровья и уровень работоспособности не позволяют выполнять требования, предъявляемые организацией к его работе [2].

Снижение или утрата работоспособности вследствие болезни является важным критерием экономического бремени заболевания, в то время как потери, связанные с изменением работоспособности, учитывать гораздо сложнее.

Для оценки экономического бремени болезни традиционно используются такие показатели, как индексы DALY (disability adjusted life years — индекс, отражающий число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности), QALY (quality-adjusted life-year — индекс, отражающий приобретенные в результате медицинского вмешательства годы качественной жизни); определение прямых затрат, которые включают в себя стоимость использованных ресурсов (затраты как на лечение, так и на другую деятельность, обусловленную заболеванием, например социальные выплаты) и упущенную выгоду, которая может определяться как "ценность неосуществленной возможности использовать ресурсы, которые были использованы в результате наличия заболевания" [3].

В то же время методология расчета косвенных затрат, связанных с производственными потерями, является сложной проблемой, вызывающей споры среди

экономистов. Косвенные затраты, такие как производственные потери, обусловленные преждевременной смертностью в результате болезни, стойкой утратой трудоспособности, инвалидностью, в контексте данной статьи не рассматриваются, поскольку они не имеют значения из-за особенностей рассматриваемых нозологических форм.

Другая возможная оценка косвенных издержек может быть связана с затратами на оплату листов не трудоспособности заболевшего, его отсутствием на рабочем месте. Такие подходы рассмотрены в ряде опубликованных работ. В силу высокой распространенности заболеваний кожи (в настоящее время 6% всего населения или каждый 18-й житель России страдает каким-либо дерматологическим заболеванием) ежегодно регистрируется более 6 млн больных дерматозами с впервые в жизни установленным диагнозом, дерматозы становятся частой причиной отсутствия на рабочем месте. По данным Информационно-аналитического центра и отдела медицинской статистики и информатики, Минздравсоцразвития Российской Федерации наблюдается стойкая тенденция к росту заболеваемости всего населения РФ в 1,15 раза по всем классам болезней, в том числе уровень заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки повысился в 1,32 раза, в связи с чем возрастает число случаев и дней нетрудоспособности [4]. Хроническое течение зудящих дерматозов, частые их обострения оказывают негативное влияние на психосоматическое состояние больного и нередко ведут к временной утрате трудоспособности, хотя информация об оплате листов нетрудоспособности по этой группе заболеваний представлена фрагментарно.

Хроническое течение болезни не только является значимым аспектом экономического бремени, но и может приводить к существенным ограничениям в физических, эмоциональных и социальных аспектах жизни пациента, влиять на активность, профессиональную карьеру. На перечисленных аспектах внимание исследователей фокусируется гораздо реже. Особенностью зудящих дерматозов являются рецидивирующий характер течения кожного процесса, локализация высыпаний на открытых участках кожного покрова. У больных с кожными заболеваниями на 1-е место выступает визуальная реакция на внешний вид; при этом страдает эстетический компонент внутренней картины болезни, что наряду с развитием интенсивного зуда отрицательно сказывается на качестве жизни (КЖ) пациентов.

КЖ является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанное на его субъективном восприятии. Пациенты часто страдают от низкой самооценки, испытывают трудности в социальных взаимодействиях, имеют серьезные психологические проблемы, что отражается на производительности труда, служебном продвижении. По данным, полученным при опросе пациентов в Бельгии, Чехии, Финляндии, Франции, Германии, Италии и Нидерландах ( $n = 17\ 990$ ), показатель нетрудоспособности (по индексу нетрудоспособности при псориазе) растет с повышением тяжести заболевания [5]. Пациенты с хроническими дерматозами часто страдают от проявления депрессий, но совсем немногие в настоящее время обращаются за помощью к специалисту по этому поводу или своему окружению дома и на работе, предпочитая преодолевать свои проблемы в одиночку [6].

В последние годы в сфере трудовых отношений все чаще стал использоваться термин "абсентеизм" для обозначения явления частого отсутствия работника на своем месте иногда без уважительной причины, но при хронических заболеваниях это чаще связано с плохим самочувствием (например, 1 день отсутствия из-за проблем со здоровьем, но без посещения врача), однако этот феномен практически не изучен у больных хроническими дерматозами [7].

Пропуски на рабочем месте по причине нетрудоспособности являются причиной не только невыполнения работником своих должностных обязанностей, но и оказывают влияние на рабочую атмосферу в коллективе. На сегодняшний день отсутствуют общепринятые способы оценки упущенной выгоды по стоимости товаров и услуг и т. п., которые не были произведены работником на рабочем месте в период его пребывания на работе вне обострения заболевания из-за снижения его работоспособности. Теоретически обосновано влияние стресса при хронических дерматозах на трудовую деятельность на рабочем месте [1]. Если к данному факту добавить психологическое состояние работника в связи с низкой работоспособностью, то образуется замкнутый круг: заболевание — социально-трудовые проблемы на рабочем месте [8, 9].

Существующие методы оценки влияния болезни у лиц трудоспособного возраста на систему отношений на рабочем месте не позволяют получить полного представления о проблемах работника. Кроме чисто медицинских проблем, перед ними встает целый ряд психологических, социальных, эмоциональных проблем, влияющих на выбор поведения на рабочем месте. Представление о масштабах этой проблемы можно получить по параметрам оценки различных шкал КЖ. Игнорирование особенностей КЖ как интегральной характеристики способствует формированию негативных социальных и медико-психологических проблем, снижает эффективность оказания медицинской помощи, не позволяет делать своевременные научно обоснованные и социально значимые рекомендации по улучшению здоровья лиц трудоспособного возраста.

Комплексное медико-социологическое исследование поможет целенаправленно влиять на индивидуальные характеристики пациента и обеспечит восстановление социального, эмоционального, профессионального функционирования трудоспособного работника с хроническими заболеваниями кожи даже вне обострения заболевания.

Цель настоящего исследования — оценка профессиональной и социальной активности как важных характеристик КЖ трудоспособных лиц с заболеваниями кожи.

### Методика исследования

Методология исследования основана на интегральном подходе, опирающемся на медико-социологический анализ, а также концептуальные исследования КЖ в отечественной и зарубежной литературе [10], философское понимание категории качества.

В работе использованы методы конкретных социологических исследований: непосредственное наблюдение, анкетирование, оценка КЖ [11, 12].

Для оценки КЖ больных дерматологического профиля был использован специальный дерматологический вопросник DSQL (Dermatology specific quality of life), приемлемость, достоверность и воспроизводи-

мость его русскоязычной версии продемонстрирована ранее в клинических исследованиях [13].

Система DSQL включает 5 отдельных шкал (тематических блоков) и 7 общих определяющих вопросов. Уровни (шкалы) вопросника основаны на модели измерения воздействий различных составляющих заболевания на КЖ больных.

Частота ограничения "благополучия" (комфортности) пациента определяется по 5-балльной шкале Likert (0 — никогда, 1 — редко, 2 — иногда, 3 — часто, 4 — почти всегда/постоянно). Степень этого ограничения (интенсивность воздействия на пациента) выбирается пациентом на визуальной аналоговой шкале от 1 до 10 баллов.

Для оценки физического состояния и других критериев КЖ при дерматите в инструменте базовыми являются вопросы, начинающиеся со слов "за прошедший месяц..." Они более точно отражают ситуацию (более чувствительные), поскольку заставляют пациента вспомнить даже эпизодические проявления болезни "за прошедший месяц..."

Отдельно в вопроснике выделены пункты, раскрывающие возможные позитивные сдвиги в жизни каждого больного (степень удовлетворения собой и состоянием кожи за последний месяц, отношением коллег по работе или в школе). Респонденты выбирают значения данных признаков от минимального (очень неудовлетворен, 0 баллов) до максимального (вполне удовлетворен, 10 баллов).

Вопросы первого тематического блока DSQL оценивают физическое состояние пациента при дерматите. Общая суть вопросов, определяющих физические симптомы, была разработана на основе информации, полученной как из медицинских источников, так и от пациентов, страдающих различными заболеваниями кожи.

Второй блок вопросов связан с изучением влияния дерматита на повседневные заботы.

Третий блок вопросов посвящен социальным проблемам больных (культурно-общественной деятельности). Он состоит из восьми вопросов, показывающих, насколько заболевание мешало заводить новые знакомства (в том числе интимные), посещать общественные мероприятия (чувствовать себя комфортно в общественных местах) и планировать продолжительность пребывания в обществе (времяпровождение с друзьями) и отдых с друзьями, посещать магазины.

Проблемы участия и взаимодействия пациентов на работе (или в школе) отражены в четвертом тематическом блоке инструмента. Данный блок вопросов направлен на раскрытие проблем, которые могли иметь место на рабочем месте или в учебном заведении (школе). Вопросы четвертого тематического блока выявляют степень препятствия болезни в повышении на работе (насколько заболевание могло ограничивать больных в достижении определенных успехов в работе и учебе), легкости общения с сотрудниками, в эффективном выполнении своей работы, пунктуальности и регулярном посещении.

Последний тематический блок вопросов посвящен определению степени психологической дезадаптации, чтобы оценить, как кожное заболевание влияет на внутренний мир респондента. Вопросы данного блока направлены на выяснение, до какой степени поражения кожи вызывают у больных чувство неуверенности в себе, смущения, раздражения и разочарования, причиняют страдания, заставляют беспокоиться о негативном

отношении окружающих людей. Очень часто у окружающих возникает чувство брезгливости по отношению к больным с заболеваниями кожи, их сторонятся, людей пугает возможность "заразиться" и т. д. Все это может негативно отражаться на психике больных, усугублять течение заболевания.

Возможно, самое значительное влияние заболевания кожи на КЖ, с точки зрения пациентов, выражается в самовосприятии.

Значение показателя КЖ по какой-либо шкале вопросника рассчитывается как средняя арифметическая ответов на вопросы данного тематического блока (шкалы). При этом следует учитывать, что результирующие вопросы каждого блока используются индивидуально и не принадлежат многосистемной шкале. Значение показателя КЖ, рассчитанное в соответствии с указанной методикой, представляет собой параметр, который может быть точно соотнесен с аналогичными значениями других инструментов. Среднее значение каждой шкалы вопросника обычно используется с целью сохранения сравнимости между баллами всей шкалы и между отдельными ее составляющими. Общее значение показателя КЖ ( $KJ_{DSQL}$ ) представляет собой сумму средних величин отдельных тематических блоков (шкал) вопросника, что предполагает равное влияние каждой составляющей шкалы на итоговый (суммарный) показатель.

Между значением шкалы КЖ (DSQL) и уровнем КЖ существует обратная зависимость: чем выше показатель балльной оценки, тем более тяжелые (глубокие) расстройства наблюдаются у данного респондента.

Для более корректной оценки общего эмоционального состояния в дополнение к болезнью-специфическому вопроснику были использованы вопросы из русскоязычной версии общего вопросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 — неспецифического вопросника для оценки КЖ, связанного со здоровьем пациента, широко используемого при проведении различных клинических исследований), которые сопоставлялись с данными анкетирования по соответствующему блоку вопросов DSQL.

Перечисленные инструменты использовались нами в первую очередь для выявления социальных проблем больных и определения степени препятствия болезни в повышении на работе и раскрытию других проблем, которые могли бы иметь место на работе у лиц с атопическим дерматитом (АД) и псориазом — наиболее часто встречающимися в популяции хроническими заболеваниями кожи.

Анкетирование с помощью вопросника проводилось в 2011—2012 г. среди лиц трудоспособного возраста, занятых на производствах, не связанных с профессиональными вредностями. Всего было проанкетировано 2564 человека. Возраст обследованных от 16 до 60 лет, из них мужчин было 1292 (50,4%), женщин — 1272 (49,6%). В интеллектуальный труд вовлечено 1139 (44,4%) человек; физическим трудом занимались 1425 (55,6%) человек. Среди обследованных выявлено 323 человека с различными заболеваниями кожи. У 50 человек выявлен псориаз, у 102 — АД. Они составили целевую группу респондентов с хроническими зудящими дерматозами.

Стандартизованное интервьюирование респондентов проводилось вне обострения заболевания и было приурочено к ежегодному медицинскому осмотру работающих.

Для обработки результатов исследования использовались программная надстройка "Пакет анализа" табличного процессора Microsoft Excel 2000 и пакет статистического анализа STATISTICA V5.5A фирмы StatSoft. Результаты исследования представлены в виде средней арифметической и 95%-ного доверительного интервала, различия между выборками и наличие корреляции считали значимыми на 95% уровне.

### Результаты исследования

Здоровье трудоспособного человека имеет четкую социальную обусловленность и во многом определяется условиями и образом жизни и трудовой деятельности. В рамках проводимой работы был изучен социальный статус респондентов с хроническими дерматозами, который определяется множеством факторов, главные из них — возраст, пол, образование, семейное положение и трудовая активность. На основании проведенного анкетирования нами были составлены социальные портреты двух преобладающих групп пациентов с хроническими заболеваниями кожи: АД и псориазом.

Среди обследованного контингента социальный портрет респондента с АД представлен следующим образом: это женщина (75%), средний возраст  $31,4 \pm 0,1$  года; замужем (60%); численность семьи 3 (70%) человека; образование неполное высшее или среднее специальное (50 %); работает (90%); в 70% случаев характер трудовой деятельности — умственный.

Социальный портрет респондента с псориазом характеризуется некоторым преобладанием лиц мужского пола (57,7%), средний возраст  $38,5 \pm 0,5$  года; имеют семью (женаты 76,9%); общая численность семьи 3 (53,8%) человека; половина (50%) опрошенных имеет образование среднее специальное или неполное высшее; характер трудовой деятельности — физический (53,8%).

Потенциал здоровья работника и его способность выполнять необходимый объем деятельности тесно связаны с такими характеристиками, как выполнение повседневных функций. Сравнительная оценка показателей КЖ по шкале повседневной активности, которая включала ответы на вопросы о степени ограничения в выполнении простейших манипуляций по уходу за кожей (бритье у мужчин, макияж у женщин), о степени ограничения в выборе одежды, прически, пищи, напитков, продемонстрировала, что в период ремиссии заболевания пациенты обращают меньшее внимание на необходимость перечисленных ограничений. АД почти в 1,7 раза больше ограничивал респондентов в физической активности ( $2,43 \pm 0,02$ ) по сравнению с псориазом ( $1,41 \pm 0,02$ ). Распределение баллов по отдельным вопросам шкалы (бритье/косметика, одежда, прическа) свидетельствовало о том, что АД более выражено ограничивало респондентов в повседневной жизни по сравнению с псориазом ( $1,86 \pm 0,02$  и  $0,65 \pm 0,02$  балла соответственно). Большинство пациентов с АД отметили значимость для выполнения любого вида деятельности фактора самоограничения "в выборе пищи, и напитков на свой вкус", у больных псориазом это влияние выражено в меньшей степени ( $1,53 \pm 0,02$  балла), чем у больных с АД ( $2,89 \pm 0,02$  балла). Псориаз оказывал менее выраженное влияние по сравнению с АД на возможность выбора одежды ( $1,12 \pm 0,02$  и  $2,36 \pm 0,02$  баллов соответственно). Вопрос выбора прически, стрижки в большей степени беспокоил пациентов с АД ( $1,14 \pm 0,02$  балла), чем больных с псориазом ( $0,53 \pm 0,02$  балла).

Суммарное значение шкалы повседневной активности в группе больных АД было  $6,64 \pm 0,02$  балла, что составило 91,1% от максимально возможного значения шкалы, свидетельствующего о сильном негативном влиянии болезни на КЖ. Во 2-й группе — у пациентов с псориазом суммарное значение шкалы  $2,14 \pm 0,02$  балла (53,5% от максимально возможного значения шкалы), т. е. по уровню негативного влияния на показатели повседневной активности псориаз имел по сравнению с АД более благоприятный профиль (рис. 1).

В качестве важнейших маркеров социальных явлений, влияющих на здоровье лиц трудоспособного возраста с заболеваниями кожи, выступают конкретные социальные факторы. В ранних исследованиях, проведенных в аллергологическом центре СГМУ [14], было показано, что влияние социальных факторов на КЖ больных АД достаточно сильное и не зависит от фазы течения заболевания. При этом в фазе обострения больных в большей степени беспокоят ограничения в завязывании новых знакомств, связанные с проявлениями АД, при стихании клинических проявлений лидирующее влияние у больных АД оказывают ограничения в интимной жизни.

В настоящем исследовании проведена оценка основных включенных в этот блок вопросов, показывающих, насколько заболевание мешало заводить новые знакомства (в том числе интимные), посещать общественные мероприятия (чувствовать себя комфортно в общественных местах) и планировать продолжительность пребывания в обществе (времяпрепровождение с друзьями) и отдых с друзьями, посещать магазины, распределение ответов было следующим (рис. 2).

Установлено, что лица с АД испытывают наиболее значимое ограничение в выборе интимных знакомств или планировании вечерних мероприятий ( $2,5 \pm 0,02$  балла). При псориазе этот фактор играет меньшую роль ( $1,4 \pm 0,01$  балла). Но псориаз накладывал большие ограничения в возможности завязывать новые знакомства по сравнению с АД (оценка в баллах составила соответственно для АД —  $1,6 \pm 0,01$  балла, псориаза —  $2,2 \pm 0,01$  балла). Распределение баллов между такими факторами, как возможность чувствовать себя удобно

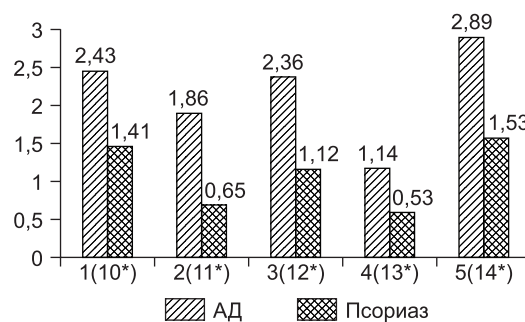


Рис. 1. Сравнительная оценка показателей повседневной активности лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах).

По оси абсцисс — порядковый номер шкалы повседневной активности, в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника:  
 1(10\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в какой-либо физической активности, достаточной, что бы вспотеть?  
 2(11\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в бритье (для мужчин); использовании косметики (у женщин)?  
 3(12\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в выборе одежды?  
 4(13\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в выборе прически?  
 5(14\*): Как часто дерматит ограничивал Вас в выборе пищи или напитков?

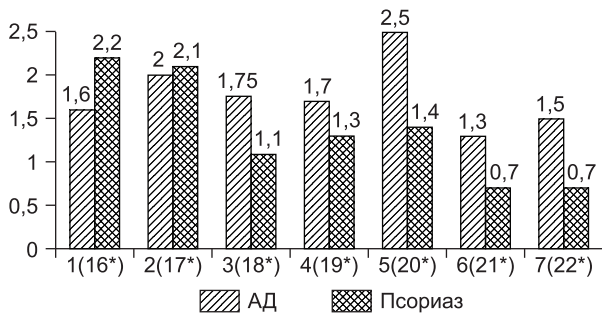


Рис. 2. Сравнительная оценка показателей социальной активности лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах).

Здесь и на рис. 3 по оси абсцисс — порядковый номер шкалы социальной активности, в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника:

- 1(16\*) — Как часто дерматит мешал Вам завязывать новые знакомства?
- 2(17\*) — Как часто дерматит мешал Вам чувствовать себя удобно на общественных мероприятиях, в компаниях?
- 3(18\*) — Как часто дерматит мешал Вам получать удовлетворение в личных взаимоотношениях?
- 4(19\*) — Как часто дерматит мешал Вам при покупках в магазине?
- 5(20\*) — Как часто дерматит мешал Вам при выборе интимных знакомств или планировании вечерних мероприятий?
- 6(21\*) — Как часто дерматит мешал Вам планировать свое участие в общественной жизни?
- 7(22\*) — Как часто дерматит мешал Вам планировать свое время, проводимое в обществе?

на общественных мероприятиях и в компаниях была сходной ( $2,0 \pm 0,01$  и  $2,1 \pm 0,01$  балла с АД и псориазом соответственно). Примерно одинаковой была степень влияния АД на возможность получать удовлетворение в личных взаимоотношениях и совершать покупки в магазинах ( $1,75 \pm 0,01$  и  $1,7 \pm 0,02, 0$  балла соответственно). При псориазе эти шкалы составили  $1,1 \pm 0,01$  и  $1,3 \pm 0,01$  балла соответственно, что свидетельствует о меньшей значимости этих проблем у респондентов данной группы. Планирование участия в общественной жизни ( $1,3 \pm 0,01$  балла — АД и  $0,7 \pm 0,01$  балла — псориаз), а также планирование своего времени, проводимого в обществе ( $1,5 \pm 0,01$  и  $0,7 \pm 0,01$  балла — АД и псориаз соответственно) свидетельствовало о более значимом снижении социальной активности у больных с АД по сравнению с таковой у больных псориазом.

Для больных с хроническими заболеваниями кожи субъективное восприятие здоровья играет большую роль, чем объективные показатели, т. е. представление о самом здоровье оказывается важнее самого "здоровья". Осознанный недуг — это не просто когнитивные признаки нарушения здоровья, а совокупность определенных нарушений, боли, раздражительности, утомления, чувства опасности и т. д.

При анализе следующего блока вопросов (шкала самовосприятия) важно было получить информацию о том, до какой степени состояние кожи в период ремиссии заболевания отражалось на способности чувствовать себя уверенно в публичных местах, вызывало смущение, раздражение и моральные страдания по поводу собственной внешности. Перечисленные вопросы отражают степень самовосприятия респондентов с хроническими заболеваниями кожи. Лидирующее место в данном блоке занимает вопрос, отражающий беспокойство респондентов о том, что думают о них окружающие люди (рис. 3).

Наиболее значимое влияние на компоненты КЖ и в 1-й, и во 2-й группах пациентов оказывают следую-

щие факторы: смущение от внешнего вида своей кожи ( $2,2 \pm 0,02$  балла АД и  $1,5 \pm 0,02$  балла псориаз); беспокойство о том, что думают другие ( $2,1 \pm 0,02$  и  $1,8 \pm 0,02$  балла у респондентов с АД и псориазом соответственно); раздражение по поводу своей внешности ( $2,1 \pm 0,02$  балла АД и  $1,1 \pm 0,02$  балла псориаз). Проявления дерматита чуть меньше ассоциируются с чувством неуверенности в себе ( $1,9 \pm 0,02$  балла АД и  $1,6 \pm 0,02$  балла псориаз); моральными страданиями по поводу своего внешнего вида ( $1,6 \pm 0,02$  и  $0,8 \pm 0,02$  балла у респондентов с АД и псориазом соответственно).

Отдельно рассматривался вопрос, отражающий отношение к себе коллег в условиях производства. Ответы на него являются ключевыми, особенно когда речь идет об абсентеизме, даже если отсутствие на работе может быть оправдано изменением самочувствия. У всех респондентов имеется свое, отличное от других, отношение к работе; у всех различные подходы и разная реакция в разных ситуациях. Если человек получает негативный посыл от коллектива, то можно прогнозировать с его стороны склонность к более частому отсутствию на работе, в то же время выражение сочувствия может повлиять на "здоровую" рабочую атмосферу в коллективе.

Оценивая степень удовлетворения отношением коллег (интенсивность воздействия на респондента) по визуальной аналоговой шкале от минимального (очень неудовлетворен, 1 балл) до максимального (вполне удовлетворен, 10 баллов), мы установили, что проявления псориаза и АД практически в равной степени оказывают влияние на взаимоотношения с коллегами на рабочем месте. При ответе на вопрос: "за прошедший месяц насколько Вы были удовлетворены отношением к Вам на работе или в школе?" респонденты с АД дали оценку  $6,6 \pm 0,01$  балла, а респонденты с псориазом —  $6,8 \pm 0,01$  балла. Полученные баллы свидетельствуют об относительно нейтральной атмосфере в коллективах, где работают респонденты, определенном дистанцировании в плане личных дружеских отношений при сохранении рабочей неконфликтной атмосферы (рис. 4).

Проблемы респондента в культурно-общественной деятельности, степень влияния кожного заболевания на возможность посещать с коллегами общественные

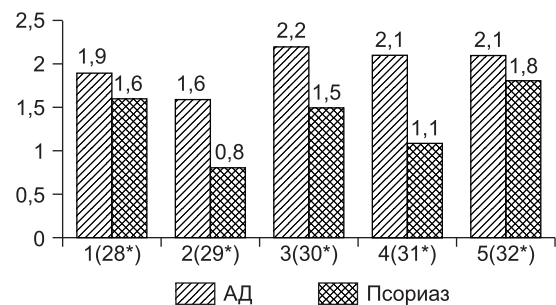


Рис. 3. Сравнительная оценка самовосприятия лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах).

- 1(28\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас чувство неуверенности?
- 2(29\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас моральные страдания?
- 3(30\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас смущение от внешнего вида своей кожи?
- 4(31\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас раздражение по поводу своей внешности?
- 5(32\*): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас беспокойство о том, что другие думают о Вас?

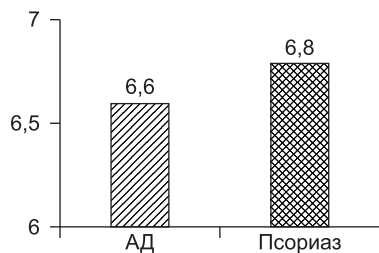


Рис. 4. Степень удовлетворения отношением к себе коллег на рабочем месте за прошедший месяц у лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах по визуальной аналоговой шкале).

мероприятия за пределами производства и чувствовать себя комфортно вместе с коллективом также оценивалась по 10-балльной шкале. Ответы на вопрос: "как сильно повлиял дерматит на Ваше участие в общественной жизни за последний месяц?" имели градацию от 1 балла (совсем не влиял) до 10 баллов (очень сильно повлиял) (рис. 5).

Для большинства респондентов имеющееся заболевание становилось препятствием для участия в общественных мероприятиях и не способствовало комфортному ощущению в коллективе сотрудников вне рамок служебной деятельности. При этом респонденты, имеющие историю АД, чуть менее позитивно оценивали свои возможности общаться с коллегами вне рабочего времени ( $5,2 \pm 0,01$  балла) по сравнению с респондентами с псориазом ( $4,99 \pm 0,01$  балла). Различия между обеими группами недостоверны ( $p > 0,05$ ).

Следующий спектр вопросов отражает степень профессиональной активности, включающей три основных пункта: ограничения в достижении успехов на работе, эффективном выполнении своих должностных обязанностей, пунктуальности и регулярности посещения работы.

Установлено, что в период стабильного состояния (вне обострения болезни) у респондентов изучаемых групп отмечаются несущественные ограничения: в небольшой степени хроническая болезнь ограничивает респондентов в пунктуальности и регулярности посещения работы ( $1,3 \pm 0,01$  и  $0,9 \pm 0,01$  балла у респондентов с АД и псориазом соответственно). Для респондентов не столь широко распространены явления абсентеизма, и каждый из опрошенных сообщил об отсутствии на рабочем месте в течение дня без листка нетрудоспособности не более 1—3 раз в году. Хронические кожные дерматозы при стабильном течении, как отметили респонденты, не влияют существенно на эффективное выполнение своей работы ( $1,25 \pm 0,01$  и  $0,9 \pm 0,01$  балла с АД и псориазом соответственно), возможность достижения успехов на работе и продвижение по карьерной лестнице (АД —  $1,2 \pm 0,01$  балла, псориаз —  $1,0 \pm 0,02$  балла) (рис. 6).

Таким образом, респонденты заявляли о минимальном уровне препятствий из-за болезни в повышении на работе (насколько заболевание могло ограничивать больных в достижении определенных успехов в работе), эффективном выполнении своей работы, пунктуальности и регулярном посещении.

В то же время такое формальное отсутствие/или низкое влияние болезни на шкалу профессиональной деятельности не имеет четкого согласования влияния заболеваний на другие шкалы КЖ (повседневная, со-

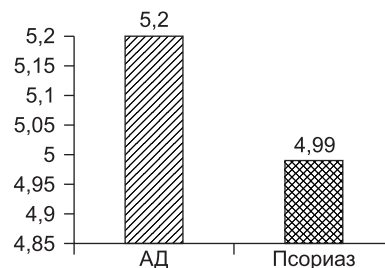


Рис. 5. Степень влияния болезни на участие в общественной жизни за последний месяц у лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах по визуальной аналоговой шкале).

циальная активность, самовосприятие), и это косвенно может свидетельствовать о существовании определенного внутреннего конфликта, способного привести к депрессии.

Для дополнительного анализа взаимосвязи между существующей хронической болезнью и подавленностью индивида в анкете применялась еще одна шкала (шкала депрессии) с использованием русскоязычной версии общего вопросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 — неспецифического вопросника для оценки КЖ пациента, широко используемого при проведении исследований КЖ). Эти показатели учитывались отдельно для более детального выявления внутреннего восприятия, оценки некоторых механизмов нарушения психологической адаптации. Чем выше балл (от 0 до 5), тем более выраженное негативное влияние болезни отмечается у респондента (рис. 7).

Наиболее значимые изменения установлены у респондентов обеих групп при ответе на вопросы о чувстве спокойствия и умиротворения за последний месяц ( $2,8 \pm 0,02$  балла при АД и  $2,4 \pm 0,02$  балла при псориазе).

Ощущение счастья за последний месяц было низким. При ответе респондентов на вопрос о том, как часто за прошедший месяц они чувствовали себя счастливым, балльная оценка респондентов с АД составила  $2,4 \pm 0,02$  балла и с псориазом  $2,3 \pm 0,02$  балла.

Респонденты с АД в течение месяца, предшествующего опросу, испытывали нервное напряжение, сильно нервничали ( $2,5 \pm 0,02$  балла), при псориазе этот показатель был несколько лучше ( $1,9 \pm 0,02$  балла).

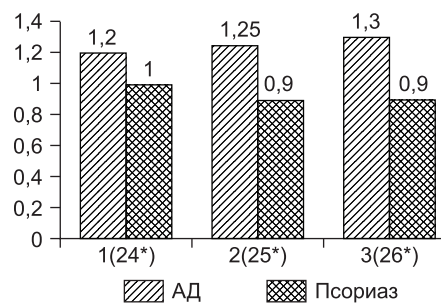


Рис. 6. Сравнительная оценка показателей КЖ по шкале профессиональной активности лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах).

По оси абсцисс — порядковый номер шкалы профессиональной активности, в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника: 1(24\*) — Как часто дерматит ограничивал Вас в достижении успехов на работе? 2(25\*) — Как часто дерматит ограничивал Вас в эффективном выполнении Вашей работы? 3(26\*) — Как часто дерматит ограничивал Вас в пунктуальности и регулярности посещения работы?

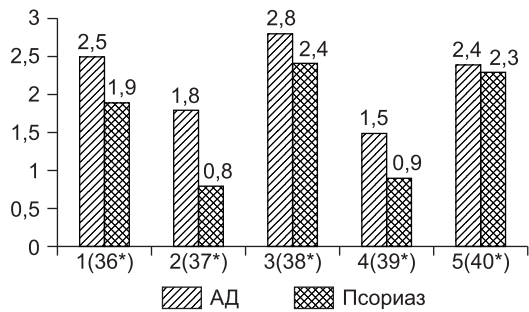


Рис. 7. Сравнительная оценка показателей КЖ по шкале депрессии лиц трудоспособного возраста с АД и псориазом (средние значения в баллах).

По оси абсцисс — порядковый номер шкалы депрессии, в скобках со знаком \* — номер шкалы оригинального вопросника:

- 1(36\*) — Как часто Вы сильно нервничали за прошедший месяц?  
 2(37\*) — Как часто за прошедший месяц Вы чувствовали себя подавленным, что ничто не могло вас взбодрить?  
 3(38\*) — Как часто за прошедший месяц Вы были спокойным и умиротворенным?  
 4(39\*) — Как часто за прошедший месяц Вы чувствовали себя упавшим духом и печальным?  
 5(40\*) — Как часто за прошедший месяц Вы чувствовали себя счастливым?

Степень чувства подавленности и печали у респондентов с АД более выражена по сравнению с пациентами с псориазом ( $1,8 \pm 0,02$  и  $1,5 \pm 0,02$  балла с АД и  $0,8 \pm 0,02$  и  $0,9 \pm 0,02$  балла с псориазом;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, состояние беспокойства, тревоги, внутренней подавленности, печали и отсутствие ощущения счастья, умиротворенности присутствуют в эмоциональной сфере респондентов трудоспособного возраста как при АД, так и при псориазе.

Формирование в России социально ориентированных рыночных отношений обуславливает важность переосмысления роли факторов здоровья/нездоровья работника в такой важнейшей составляющей его жизни, как профессиональная активность. Рассматривая феномен профессии не только в рамках экономической науки, но и медицинской социологии [1, 2, 15], важно интерпретировать позитивные/негативные факторы, влияющие на профессиональную активность.

Такой подход нашел отражение в ряде работ, которые стали теоретико-методологической основой данного исследования.

Эмпирической базой исследования послужили данные медико-социологических исследований, проведенных в 2011—2012 гг. у лиц трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями кожи (вне фазы обострения болезни) на основе комплексного изучения КЖ, связанного со здоровьем, и медико-социологического статуса работника. Такой подход позволяет получать более полную информацию по вопросам охраны здоровья с учетом ее субъективной и объективной оценки для повышения работоспособности, профессиональной активности и поиска оптимальных методов улучшения КЖ.

Пренебрежение факторами, составляющими КЖ, может становиться причиной существенного снижения качества медицинской помощи, удовлетворенности ею пациентов, их социальной активности, снижения производительности труда, а также проблем, возникающих в личной жизни.

Успешность человека в профессии, развитие профессиональной карьеры связаны со здоровьем чело-

века самым тесным образом, причем влияние профессиональной активности на здоровье и здоровья на профессиональную активность обоюдно. С одной стороны, отсутствие нарушений в состоянии здоровья не ограничивает профессиональную пригодность, исключает "медицинские" препятствия на пути профессионального совершенствования и социального успеха. С другой — успех в карьере, служебных делах является одним из важнейших источников положительных эмоций и уверенности в своих силах — главных "докторов" при любом физическом или душевном недуге [16].

У больных с хроническими дерматозами может возникать ситуация, связанная с невозможностью из-за болезни выполнять необходимые трудовые функции (высокая физическая активность, сопровождающаяся потливостью, будет препятствовать больному с АД выполнению работы, требующей физического напряжения). И как следствие этого — связанная с профессией и психосоциальным статусом больного профессиональная значимость особенностей межличностных коммуникаций и межличностных отношений [17].

Чем выраженнее стрессогенные воздействия, тем большее значение приобретают характеристики, способствующие формированию эмоционального напряжения или обуславливающие устойчивость по отношению к стрессу. Роль этих факторов для успешности, безопасности труда и профессиональной активности была показана в ряде исследований [18].

Эмоциональная неустойчивость, препятствующая выполнению необходимых действий с удовлетворительным результатом, и недостаточная способность субъекта интегрировать свое поведение в условиях конфликта, вызванного противоречивыми производственными диспозициями, усугубляют проблему межличностных отношений на рабочем месте [14].

Приведенное перечисление ситуационных факторов, существенных для возникновения стресса, указывает на роль микросоциального взаимодействия, недостаточная эффективность которого может обуславливать ролевой конфликт или ролевую неопределенность, неадекватность уровня притязаний, несоответствие между избранной деятельностью и индивидуальными потребностями. Значение микросоциального взаимодействия этим не исчерпывается. Важными факторами, улучшающими психическую адаптацию в профессиональных условиях, служат поддержка профессиональной группы, возможность открытой коммуникации, способность строить межличностные отношения [19]. И наконец, от особенностей микросоциального взаимодействия в существенной мере зависят ощущение принадлежности к профессиональной группе, усвоение профессиональных ролей и чувство ответственности за результаты деятельности.

### Заключение

Все изложенное свидетельствует о важности комплекса медико-социальных исследований и КЖ, определяющих микросоциальное взаимодействие, для адаптации работника в профессиональной среде.

В профессиональной деятельности специалист испытывает значительные эмоциональные и физические нагрузки, которые сказываются на состоянии здоровья, физической подготовленности и работоспособности. В связи с этим формирование физической активности, сохранение и укрепление здоровья лиц трудоспособного

возраста следует рассматривать в аспекте достижения ими должного уровня профессиональной активности.

Следует отметить, что системные исследования профессиональной активности лиц с хроническими дерматозами в литературе немногочисленны.

В ходе проведенного исследования было установлено, что более низкие показатели уровня КЖ по шкале профессиональной активности выявлены у больных АД по сравнению с псориазом. Тем не менее в обеих группах респондентов эти показатели свидетельствовали о незначительном ограничении больных в достижении успехов в профессиональной сфере, эффективности выполняемой работы или учебы, а также пунктуальности и регулярности посещения мест профессиональных занятий.

Показатели таких шкал, как повседневная, социальная активность, шкала самовосприятия, при АД были хуже, чем при псориазе. Несмотря на определенную удовлетворенность отношений с коллегами на работе, лица трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями кожи имели весьма негативные показатели по шкале депрессии, и это коррелировало с их отказом или нежеланием участвовать в общественных мероприятиях.

Превалирование неблагоприятных факторов формирует в общей клинической картине АД более выраженные психические расстройства, дезадаптируя больного в социальном плане, по сравнению с псориазом. Поэтому оценка эффективности программ медицинской, психологической и социальной поддержки должна быть связана не только с симптомами заболевания, но и с учетом показателей КЖ больных.

Таким образом, медико-социальные факторы, определяющие КЖ и влияющие на профессиональную активность больных дерматологического профиля, необходимо учитывать для повышения эффективности лечебно-профилактических программ и социальной поддержки работников.

Улучшение здоровья и благополучия населения трудоспособного возраста является критически важным компонентом для физических лиц, организаций и общества в целом, чтобы обеспечить высокие темпы экономического роста и повышения социального благополучия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. *Социология медицины* (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина; 2002.
2. Ефименко С.А. Социально-экономическое значение здоровья трудоспособного населения. *Социология медицины*. 2006; 2: 17—24.
3. Devrimci-Ozguven H., Kundakci T.N., Kumbasar H., Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2000; 14: 267—71.
4. Кубанова А.А., Тихонова Л.И. Повышение качества дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в рамках реализации государственных программ. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2004; 3: 13—4.
5. Ginsburg I.H., Link B.G. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int. J. Dermatol.* 1993; 32: 587—91.
6. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: A systematic literature review. *J. Occup. Rehabil.* 2012; 22 (4): 462—77.
7. Анисимова О.В. Социально-психологический анализ проблемы абсентизма. *Известия Саратовского университета им. Н.Г. Чернышевского*. Новая серия: Акмеология образования. Психология развития. 2009; 2 (1): 41—6.

8. Ludwig M.W., Oliveira M.S., Muller M.C., Moraes J.F. Quality of life and site of the lesion in dermatological patients. *An. Bras. Dermatol.* 2009; 84: 143—50.
9. Work Productivity in Rheumatoid Arthritis: Relationship with Clinical and Radiological Features. 2012: 137635. Published online 2012 December 19.
10. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине. *Клиническая медицина*. 2000; 2: 10—3.
11. Wilson D., Parsons J., Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev. Med.* 1999; 29: 139—44.
12. Мартынов А.А., Кубанов А.А., Астафьева Н.Г. *Качество жизни в дерматологии: значение, сущность, возможности*. М.; 2006.
13. Астафьева Н.Г., Власов В.В., Мартынов А.А., Кобзев Д.Ю., Кудряшова Н.И. Разработка и внедрение русской версии опросника "Dermatology Specific Quality of Life" (DSQL) — для исследования качества жизни больных atopическим дерматитом. *Аллергология*. 2000; 3: 44—6.
14. Кабанова И.Г. Межличностные отношения на работе. *Наука психология*. 2012; 3: 25—7.
15. Улыбин С.В. Психологические факторы, влияющие на профессиональную деятельность человека. *Мир психологии*. 2008; 4: 262—8.
16. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социального мониторинга. *Социология медицины*. 2011; 1: 3—14.
17. Perry T.T., Matsui E.C., Kay Conover-Walker M., Wood R.A. The relationship of allergen-specific IgE levels and oral food challenge outcome. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 114: 144—9.
18. Leung D.Y., Nicklas R.A., Li J.T., Bernstein I.L., Blessing-Moore J., Boguniewicz M. et al. Disease management of atopic dermatitis: an updated practice parameter. Joint Task Force on Practice Parameters. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2004; 93 (Suppl. 2): S1—21.
19. Wittkowski A., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J. The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.* 2004; 57: 195—200.

Поступила 11.12.2013

#### REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. [Sotsiologiya meditsiny (vvedenie v nauchnyy distsiplinu): Rukovodstvo]. Moscow: Meditsina; 2002. (in Russian)
2. Efimenko S.A. Sotsial'no-ekonomicheskoe znachenie zdorov'ya trudospobnogo naseleniya. *Sotsiologiya meditsiny*. 2006; 2: 17—24. (in Russian)
3. Devrimci-Ozguven H., Kundakci T.N., Kumbasar H., Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2000; 14: 267—71.
4. Kubanova A.A., Tikhonova L.I. Povyshenie kachestva dermatovenerologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossiyskoy Federatsii v ramkakh realizatsii gosudarstvennykh programm. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2004; 3: 13—4. (in Russian)
5. Ginsburg I.H., Link B.G. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int. J. Dermatol.* 1993; 32: 587—91.
6. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: A systematic literature review. *J. Occup. Rehabil.* 2012; 22 (4): 462—77.
7. Anisimova O.V. Sotsial'no-psikhologicheskii analiz problemy absenteizma. *Izvestiya Saratovskogo universiteta im. N.G. Chernyshevskogo*. Novaya seriya: Akmeologiya obrazovaniya. Psikhologiya razvitiya. 2009; 2 (1): 41—6. (in Russian)
8. Ludwig M.W., Oliveira M.S., Muller M.C., Moraes J.F. Quality of life and site of the lesion in dermatological patients. *An. Bras. Dermatol.* 2009; 84: 143—50.
9. Work Productivity in Rheumatoid Arthritis: Relationship with Clinical and Radiological Features. 2012: 137635. Published online 2012 December 19.
10. Novik A.A., Matveev S.A., Ionova T.I. et al. Otsenka kachestva zhizni bol'nogo v meditsine. *Klinicheskaya meditsina*. 2000; 2: 10—3. (in Russian)



11. Wilson D., Parsons J., Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev. Med.* 1999; 29: 139–44.
12. Martynov A.A., Kubanov A.A., Astaf'eva N.G. [Kachestvo zhizni v dermatologii: znachenie, sushchnost', vozmozhnosti]. Moscow; 2006. (in Russian)
13. Astaf'eva N.G., Vlasov V.V., Martynov A.A., Kobzev D.Yu., Kudryashova N.I. Razrabotka i vnedrenie russkoy versii oprosnika "Dermatology Specific Quality of Life" (DSQL) — dlya issledovaniya kachestva zhizni bol'nykh atopicheskim dermatitom. *Allergologiya.* 2000; 3: 44–6. (in Russian).
14. Kabanova I.G. Mezhlchnostnye otnosheniya na rabote. *Nasha psikhologiya.* 2012; 3: 25–7. (in Russian)
15. Ulybin S.V. Psikhologicheskie faktory, vliyayushchie na professional'nyu deyatel'nost' cheloveka. *Mir psikhologii.* 2008; 4: 262–8. (in Russian)
16. Reshetnikov A.V. Tekhnologiya sotsiologicheskogo issledovaniya kak metodicheskaya osnova mediko-sotsial'nogo monitoringa. *Sotsiologiya meditsiny.* 2011; 1: 3–14. (in Russian)
17. Perry T.T., Matsui E.C., Kay Conover-Walker M., Wood R.A. The relationship of allergen-specific IgE levels and oral food challenge outcome. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 114: 144–9.
18. Leung D.Y., Nicklas R.A., Li J.T., Bernstein I.L., Blessing-Moore J., Boguniewicz M. et al. Disease management of atopic dermatitis: an updated practice parameter. Joint Task Force on Practice Parameters. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2004; 93 (Suppl. 2): S1–21.
19. Wittkowski A., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J. The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.* 2004; 57: 195–200.

Received 11.12.2013

© АЛБЕГОВА И.Ф., СТАРЦЕВА О.Н., 2014  
УДК 614.2:316.346

*Албегова И.Ф., Старцева О.Н.*

## ОБРАЗОВАНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ КАК ФАКТОР ИХ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ

ГОУ ВПО Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, 150051, Ярославль, Россия

Для корреспонденции: Албегова Ирина Федоровна (alba50@yandex.ru)

Исследовались здоровье пожилых людей, постоянно проживающих в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания Ярославской области, и влияющие на него факторы.

Особое внимание уделено геронтообразованию, его сути и специфике реализации в конкретном доме-интернате, определены перспективы его развития как фактора здоровья обозначенной социальной группы российского населения. Геронтообразование рассматривается как инновационная технология социальной работы с пожилыми людьми, целью которой является укрепление физического, психического и социального здоровья, а также повышение уровней социальной активности и адаптации.

Представлен опыт деятельности созданных в Ярославском областном геронтологическом центре школ здоровья, дан анализ их влияния на здоровье проживающих в нем пожилых людей. Обобщены результаты авторских исследований влияния обучения пожилых людей на их здоровье в 2008—2012 гг.

**Ключевые слова:** *геронтообразование; учреждение социального обслуживания; пожилые люди.*

*I.F. Albegova, O.N. Startzeva*

## THE EDUCATION OF ELDERLY PEOPLE AS FACTOR OF THEIR HEALTH IN CONDITIONS OF PERMANENT RESIDING IN MODERN NURSING HOME

The P.G. Demidov Yaroslavl state university, 150051 Yaroslavl, Russia

The study was organized concerning health of elderly people permanently residing in public stationary institutions of social care in Yaroslavl. The factors effecting health were analyzed. The particular attention was paid to gerontological education, its essence and specifics of implementation in a specific nursing home. The perspectives of development of such nursing home were determined as a health factor of mentioned social group of population of Russia. The gerontological education is considered as an innovative technology of social work with elderly people. The purpose of this kind of education is to enhance physical, psychological and social health and to increase levels of social activity and adaptation. The experience of functioning of health schools organized in the Yaroslavl oblast gerontological center is presented. The analysis is given concerning their impact on health of elderly people residing in this center. The results of original studies of effect of education of elderly people on their health during 2008-2012 are summarized.

**Key words:** *gerontological education; institutions of social care; elderly people*

В XXI веке возрастание доли пожилых людей в структуре населения становится общемировой тенденцией [1—3]. По данным Росстата, на 1 января 2012 г. общая численность лиц старше трудоспособного возраста (женщин старше 55 лет, мужчин старше 60 лет) в России составила 32 433 тыс. человек, или 22,7% в общей структуре населения страны [4].

В Ярославской области лица этого возраста имеют больший удельный вес по сравнению с общероссийскими показателями и составляют 26,1% численно-

сти населения. Согласно данным переписи населения 2010 г., по показателям старения населения Ярославская область занимает 7-е место среди 17 регионов ЦФО [5].

Особую социально-демографическую группу составляют пожилые люди, постоянно проживающие в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания. Так, в 2008 г. в домах-интернатах Российской Федерации находилось 245 698 человек [2]. Такая численность этого контингента актуализиру-