

становление утраченной моторной функции.

*Раздел 3.* В порядке оказания правовой помощи лечащим врачом-неврологом было предложено получить группу инвалидности больным ввиду приобретенного стойкого неврологического заболевания. Следовательно, пациентам была предоставлена информация о прохождении медико-социальной экспертизы для получения инвалидности. Была разработана брошюра, отражающая пошаговые этапы освидетельствования.

*Пятый блок.* Рекомендации обучающей и профилактической направленности для больных и их родственников после выписки из стационара. Специалистом по социальной работе были разработаны брошюры для родственников по уходу за больными: брошюра, освещающая вопросы по уходу за больным, перенесшим инсульт, буклет по организации места для больного в домашних условиях, информационный лист по организации приема лекарственных средств. Также оккупационная терапия включает в себя рекомендации для больных, перенесших инсульт: обучение правилам измерения артериального давления, разработку инструкции желающим бросить курить, обучение правилам рационального питания. Проведение профилактических работ посредством предоставления рекомендаций обучающего характера является важным компонентом реабилитационных действий. Разработка реабилитационной технологии для лиц, перенесших инсульт, должна состоять из комплексных мероприятий, способствующих достижению пролонгированных и качественных результатов.

### Заключение

Проведенное качественное исследование по разработке и применению реабилитационной технологии с использованием оккупациональных средств позволит в дальнейшем применять апробированные результаты на практике, а также повысит эффективность процесса восстановления. Последнее утверждение характеризуется тем, что оккупациональная терапия призвана выявлять и решать проблемы, которые являются важными именно для пациента, независимо от лечебной направленности, тем самым мотивация на восстановление у

данного пациента будет гораздо выше, чем у больного, который подвержен стандартной форме реабилитации, где план восстановления назначается врачом. Социально-медицинская реабилитация средствами оккупациональной терапии позволит разрешить задачи социального и медицинского характера на качественно новом уровне с целью создания новой медико-социальной услуги. Разработка и внедрение данной технологии помогут поднять уровень эффективности проводимых мероприятий, поскольку будут учитываться все сферы жизни пациента, перенесшего инсульт, где он будет выступать активным участником процесса и целенаправленно осваивать новые и старые социальные роли, преобладающие в жизни человека.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Веселова М.О. *Инсульт: современный взгляд на лечение и профилактику*. СПб.: Весть; 2010.
2. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Коновалов А.Н. *Неврология и нейрохирургия*. М.: Медицина; 2000.
3. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. *Реабилитация неврологических больных*. М.: МЕДпресс-информ; 2008.
4. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. *Болезни нервной системы*. М.: Медицина; 2003; т. 1.
5. Решетников А.В. *Социология медицины*. Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

Поступила 21.08.2014

### REFERENCES

1. Veselova M.O. *Stroke: a Modern View on the Treatment and Prevention [Insul't: sovremennyj vzgljad na lechenie i profilaktiku]*. St. Petersburg: Ves'; 2010. (in Russian)
2. Gusev E.I., Burd G.S., Kononov A.N. *Neurology and neurosurgery [Neurologija i neirohirurgija]*. Moscow: Meditsina; 2000. (in Russian)
3. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparonova N.V. *Rehabilitation of neurological patients [Reabilitacija neurologicheskikh bol'nyh]*. Moscow: MEDpress-inform; 2008. (in Russian)
4. Jakhno N.N., Shtul'man D. R., Mel'nicuk P. V. *Diseases of the Nervous System [Bolezni nervnoj sistemy]*. Moscow: Meditsina; 2003; t. 1. (in Russian)
5. Reshetnikov A.V. *Sociology of medicine. Direction [Sociologija mediciny. Rukovodstvo]*. Moscow: GJeOTAR-Media; 2010. (in Russian)

Received 21.08.14

© СУХАНОВ В.Г., 2015

УДК 614.2:616.34-089.86-036.868-058

Суханов В.Г.

## ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТОМИРОВАННЫХ ИНВАЛИДОВ ОТ ВИДА ПРИМЕНЯЕМОЙ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

Региональная общественная организация инвалидов стомированных больных «АСТОМ», 109544, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Суханов Геннадий Вячеславович, astommoscow@yahoo.com

В статье приводятся результаты сравнительного анализа действующей системы реабилитации стомированных инвалидов в России и опробированной социологической модели инновационного управления социальной реабилитацией стомированных инвалидов. С точки зрения автора, наилучшими критериями по определению эффективности той или иной модели управления и подтверждающими фактами являются показатели качества жизни стомированных инвалидов, определенные на основе Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья, от которых прямо пропорционально зависит эффективность социальной реабилитации индивида. Указанные критерии позволяют произвести оценку адаптации стомированного инвалида после применения реабилитационных мероприятий к привычным для него условиям жизни и устанавливают степень его реинтеграции в общество, поскольку дают наиболее точную оценку состояния основных функций жизнедеятельности человека: физической, психической, социальной и духовной.

Проведенные исследования показали, что улучшение качества жизни стомированных инвалидов и ускоренное возвращение их к трудовой и активной жизнедеятельности обусловлено улучшением большинства показателей качества жизни: физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья. Отмечено, что на основе разработанной и опробованной модели инновационного управления социальной реабилитацией, примененной в самые ранние сроки реабилитационного процесса, возможна реинтеграция в социум стомированных инвалидов.

**Ключевые слова:** *стомированные инвалиды; система реабилитации; качество жизни; инновационная реабилитация.*

**Для цитирования:** Социология медицины. 2015; 14 (2): 44—52.

*Sukhanov V.G.*

#### THE DEPENDENCE OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE OF DISABLED PERSONS WITH STOMA FROM APPLIED MODEL OF MANAGEMENT OF SOCIAL REHABILITATION

The regional public organization of the disabled patients with stoma ASTOM, 109544 Moscow, Russia

The article presents the results of comparative analysis of actual system of rehabilitation of the disabled with stoma in Russia and approved sociological model of innovative management of social rehabilitation of this contingent of patients. The indicators of quality of life of the disabled with stoma are the best criteria of evaluation of effectiveness of one or another management model and substantiated by facts. These indicators are estimated on the basis of the International classification of functioning directly determining effectiveness of social rehabilitation of the disabled. The mentioned criteria permit, after implementation of rehabilitation measures, to evaluate adaptation of the disabled with stoma to habitual conditions of life and establish degree of one's reintegration into society since they provide the most accurate estimate of conditions of such main functions of human life activity as physical, psychic, social and spiritual. The analysis demonstrated that amelioration of quality of life of the disabled with stoma and their accelerated come back to working and active life activities is conditioned by amelioration of most of the indicators of quality of life: physical functioning, role physical functioning, common health, social functioning; role emotional functioning, psychic health. It is marked that on the basis of developed and approved model of innovative management of social rehabilitation applied at the earliest period of rehabilitation process the reintegration of the disabled with stoma into socium is possible.

**Key words:** *disabled with stoma; system of rehabilitation; quality of life; innovative rehabilitation*

**For citation:** Sociologia meditsini. 2015; 14 (2): 44—52.

Индивиды со стомой составляют сегодня особую социально-демографическую группу лиц, со специфическими организменными проблемами деликатного характера, отражающиеся непосредственно на их социальной жизни и создающие специфические ограничения жизнедеятельности, в большей степени связанные с несовершенством системы реабилитации в Российской Федерации и негативными взаимоотношениями с социальной средой.

За последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа стомированных людей. По данным ВОЗ в каждой стране их количество составляет 0,05—0,1% численности населения [1—4].

Нынешняя система реабилитации стомированных инвалидов построена на основе инерционной инфраструктуры и идеологии на фоне однобокого узковедомственного медицинского подхода к преодолению барьеров интеграции в социум стомированных инвалидов при отсутствии ее целостности и комплексности [3, 5, 6].

Международная конвенция о правах инвалидов утверждает, что не медицинские проблемы, связанные с состоянием здоровья человека, являются причиной инвалидности, а то отношение общества к инвалидам, которое создает барьеры на пути реализации равных возможностей для полного и эффективного их участия в жизни общества. Поэтому решение проблем интеграции стомированных инвалидов в социум относится к социальной реабилитации в свете инновационного управления ею [2, 7, 8].

Для обоснования выбора модели управления социальной реабилитацией стомированных инвалидов наи-

лучшими критериями по определению эффективности модели управления и подтверждающими практически фактами, с нашей точки зрения, будут показатели качества жизни стомированных инвалидов, от которых прямопропорционально зависит эффективность социальной реабилитации индивида.

Для практики управления реабилитацией имеет значение, что социальные классификации позволяют проанализировать понятия функционирования и ограничения жизнедеятельности с социальных позиций, выявить корреляционную зависимость между ними и изменениями в состоянии здоровья с учетом многочисленных факторов внешней среды, естественного и искусственно созданного мира отношений. Это своеобразный профиль функционирования и ограничения жизнедеятельности индивида, отраженный в конкретном состоянии здоровья, соотнесенного с факторами контекста, который позволяет представить концептуальную основу проводимой социальной реабилитации [7, 9].

Таким образом, Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья — МКФ становится важным инструментом в понимании, определении объекта и предмета исследования и разработки теории инновационной реабилитологии как деятельности по обеспечению социального функционирования индивидов (функционирование, ограничение жизнедеятельности, благополучие, инвалидность и др.) и предлагает концептуальную структуру практической информации, которая применима в деле охраны здоровья, при оценке управления здравоохранением, для снятия или уменьшения социальных препят-

ствий, обеспечения социальной поддержки и помощи, эпидемиологических исследований популяции на местном, национальном и международном уровнях [9—14].

По современным представлениям реабилитации инвалидов необходимо оценивать не столько результаты их лечения и применения к ним мероприятий медицинской реабилитации, традиционно оцениваемым по показателям летальности, медицинской статистики и клинического выздоровления, сколько качество жизни инвалидов в последующий период жизни после стомирующей операции. Именно на основании данных о качестве жизни может быть сделан выбор правильной программы реабилитации стомированных инвалидов, разработана инновационная модель реабилитации стомированных инвалидов и оценена ее эффективность.

Чтобы изучить качество жизни, в смысл этого понятия необходимо вложить оценку состояния основных функций жизнедеятельности человека: физической, психической, социальной и духовной [9]. Поэтому качество жизни стомированных инвалидов следует рассматривать как интегральный критерий эффективности реабилитации после стомирующих операций по поводу тяжелых заболеваний, которые приводят к инвалидизации или стойкой потере трудоспособности индивидов со стомой. Указанный критерий позволяет произвести оценку адаптации пациента после применения реабилитационных мероприятий к привычным для него условиям жизни и установить степень его реинтеграции в общество. Данный критерий также необходим при разработке и применении инновационных методов социальной реабилитации, способствующих улучшению качества жизни стомированных инвалидов.

Уровень социально-трудовой реабилитации как составляющая качества жизни также является чрезвычайно важным критерием эффективности реабилитации в связи с тем, что он указывает на степень возможности реализации пациентом индивидуальных социальных программ, а именно: собственного творческого потенциала, утраченной или резервной трудоспособности, занятости общественно-полезной деятельностью [12].

По определению ВОЗ, качество жизни, связанное со здоровьем, — это сочетание физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни [9—14]. Соответственно, выделяют три основные сферы человеческой жизнедеятельности для проведения оценки качества жизни:

- ◆ физическая сфера, отражающая такие факторы, как боль, способность к движению, выполнение повседневных задач и т.д.;
- ◆ психическая сфера, отражающая чувственное восприятие, счастье, самоуважение, тревогу и т.д.;
- ◆ социальная сфера, отражающая взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества и т.д. [15].

Для проведения практического исследования качества жизни стомированных индивидов в зависимости от применения действующей, инерционной модели управления реабилитацией или от применения инновационной модели управления реабилитацией, которую разработали и опробировали на практике, наиболее эффективным и универсальным инструментарием, с нашей точки зрения, будет опросник SF-36 (русская версия), который применяется более 10 лет ведущими университетами мира.

Целью исследования являлось определение качества жизни стомированных инвалидов по основным

показателям опросника SF-36 в зависимости от применения инновационных методов социальной реабилитации, в сравнительном контексте с существующими моделями управления реабилитационным процессом стомированных инвалидов.

### Материалы и методы

Социологическое исследование проводилось автором в центре социальной реабилитации стомированных инвалидов Региональной общественной организации инвалидов стомированных больных «АСТОМ» г. Москвы с 2005 г. по 2011 г. при информационно-консультативной поддержке ведущих научных центров в области колопроктологии и медицинской реабилитации стомированных больных: ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ, РНЦ хирургии им. акад. Б.В. Петровского и Московского центра колопроктологии ГКБ № 24.

Исследования проводились по поводу определения качества жизни стомированных инвалидов в зависимости от применения методов социальной реабилитации в сравнительном контексте с существующими моделями реабилитационного процесса.

Среди 1720 человек было 652 (37,9%) мужчины и 1068 (62,1%) женщин. По возрасту группа ранжировалась следующим образом: до 16 лет — 4 (0,2%) человека, 16—25 лет — 10 (0,6%), 26—39 лет — 48 (2,8%), 40—49 лет — 94 (5,5%), 50—59 лет — 262 (15,2%), 60—69 лет — 514 (29,9%), 70—79 лет — 716 (41,6%), 80—89 лет — 66 (3,8%), от 90 лет и старше — 6 (0,4%) человек.

Социально активную возрастную группу до 60 лет составили 932 (54,2%) человека. Из этой группы были исключены инкурабельные стомированные инвалиды, имеющие тяжелые формы заболеваний, например IV стадию рака толстой кишки с метастазированием. Это обусловлено стремлением получить результаты, «чистые» от воздействия прогрессирования опухолевого процесса, который оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни. По показаниям компьютерной базы данных — Социального регистра стомированных инвалидов РООИСБ «АСТОМ» — таких инвалидов оказалось 143 (15,3%) человека.

Из полученной «благоприятной» для проведения наших исследований группы 789 (84,7%) человек выделили в качестве контрольной количество стомированных инвалидов, прошедших полный цикл инновационной методики реабилитации на основе разработанной модели инновационного управления реабилитацией стомированных инвалидов. Таких стомированных инвалидов оказалось 97 (12,3%).

Все стомированные инвалиды заполнили опросники качества жизни и функциональных результатов в среднем через 6 мес и 1 год после стомирующей операции. Контролем были эти же стомированные инвалиды. Качество жизни оценивалось с помощью опросника «SF-36». Функциональные результаты оценивались с помощью шкалы глобальной оценки функционирования. Одновременно методом интервьюирования опрашивались врачи и медицинские сестры по тем же критериям опросника, но в упрощенной форме с целью встречного изучения оценки качества жизни стомированных пациентов. Обязательным условием при исследовании было отслеживание беспрепятственного обеспечения каждого стомированного инвалида техническими средствами реабилитации. Без соблюдения данного условия проведение реабилитационных мероприятий невозможно, так как не придаст чистоты исследованию.

Исследуемых 692 стомированных инвалида условно распределили на три группы.

1-я группа — 226 (32,7%) стомированных инвалидов, принятых на учет в Центр социальной реабилитации РООИСБ «АСТОМ», выявленных случайным образом, к которым не применялись реабилитационные мероприятия, за исключением медицинских (например, индивидуальный подбор технических средств реабилитации, медицинские консультации), со значительными сроками (более 1 года) после стомирующей операции.

2-я группа — 254 (36,7%) инвалида, к которым применялись инновационные реабилитационные мероприятия только после получения ими группы инвалидности и принятия на учет в Центр социальной реабилитации РООИСБ «АСТОМ» по истечении значительного срока (около 1 года) после стомирующей операции.

3-я группа — 212 (30,6%) стомированных инвалидов, к которым применялись инновационные реабилитационные мероприятия после выхода из стационара, т.е., спустя 2 или 3 мес после стомирующей операции, находящихся в периоде оформления группы инвалидности.

Контрольная группа — 97 стомированных инвалидов — прошли полный объем реабилитационных мероприятий по инновационной методике с момента определения диагноза заболевания, вызывающего необходимость стомирующей операции. Указанная контрольная группа максимально соответствовала стомированным инвалидам трех групп по возрасту, полу, семейному положению, уровню образования и социальному статусу. Результаты исследования качества жизни у представителей этой группы использованы для сравнительного анализа с качеством жизни представителей других трех групп, проходивших реабилитацию в условиях действующей в России системы реабилитации инвалидов.

Указанные шкалы опросника условно разделили на 2 группы: физический компонент здоровья (1—4-я шкалы) и психологический компонент здоровья (5—8-я шкалы). Каждый пункт шкалы имеет несколько вопросов, а общее их число составило 36. Ответы на вопросы оценивались по номинальной шкале от 1 до 5, затем выводился общий показатель для каждого пункта по формуле:

$$\text{вычисленное значение} = \frac{\text{реальное значение показателя} - \text{минимально возможное значение показателя}}{\text{возможный диапазон значений}} \cdot 100.$$

Качество жизни стомированных инвалидов трех опытных и контрольной группы исследовали методом интервью после получения у них письменного согласия в следующие сроки: в период госпитализации в стационар, через 10 — 12 сут после стомирующей операции, 3, 6 мес, 1 и 3 года после выполненной операции соответственно. Выбор сроков сбора информации соответствовал определенным пяти этапам реабилитационного процесса стомированных инвалидов.

### Результаты исследования

Полученные результаты оценки качества жизни во всех четырех группах стомированных инвалидов представлены в табл. 1.

Контингент стомированных инвалидов контрольной группы обладал высокой физической активностью, близкой к максимально возможной по результатам балльной оценки по сравнению с 692 стомированными инвалидами опытных групп.

Из данных табл. 1 следует, что показатели PF и RP в период 10—15 сут после стомирующей операции бы-

ли достаточно низкими во всех группах. Однако выше эти показатели оказались в контрольной группе. Заметно ускоренно увеличение данных показателей по всем последующим временным этапам после стомирующей операции в 1-й и контрольной группах на этапе 6 мес. Это свидетельствует о незначительной роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности.

Показатель ВР в начальный послеоперационный период 10—15 сут. В 1, 2 и 3-й группах оказался сравнительно одинаковым и высоким, также высоким этот показатель был и в контрольной группе. Это объясняется очень сложной и тяжелой хирургической операцией, когда болевой синдром не проходит продолжительное время. Накладывает отпечаток и психическое состояние инвалида, и индивидуальные психоэмоциональные особенности. В продолжении послеоперационного периода до 6 мес данные показатели равномерно снижались во всех группах. Однако в контрольный период 6 мес они заметно различались.

Также отмечен высокий уровень SF, достаточная эмоциональная и физическая способность к общению с другими людьми фактически на всех временных этапах в 3-й (кроме периода пребывания в стационаре, 10—15 сут и 1—2 мес отсутствия реабилитационной помощи) и контрольной группах.

Показатели GH и RE также заметно возрастали в течение всех временных периодов в 3-й (только спустя 3 мес) и контрольной группах и были самыми высокими во временной период 6 мес.

Динамика роста показателей оценки жизнеспособности VT (энергичности, настроения) и психического здоровья МН вновь оказалась заметно выше в 3-й и контрольной группах, за исключением периода 10—15 сут, а также 3 мес (в 3-й группе), что вполне объяснимо. В данный период показатели оценки жизнеспособности мало различались друг от друга во всех группах. Но показатель оценки жизнеспособности в 1-й группе на этапе 6 мес незначительно вырос по сравнению с этим же периодом в 3-й и контрольной группах. Показатель психического здоровья МН был самым высоким в контрольной группе во все временные периоды послеоперационной жизни и в период 6 мес.

Менее благоприятные функциональные результаты во все исследуемые периоды были отмечены в 1-й и 2-й группах, что обусловлено проблемностью самостоятельной адаптации ввиду наличия функционирующей стомы, неконтролируемого выхода через отверстие в животе содержимого кишечника или мочеточников, отсутствием знаний ухода за стомой, неопытностью, непониманием близких, незнанием своих прав и законов, неспособностью справиться с психологическими последствиями и психологической депривацией, приводящей к социальной депривации. К перечисленным проблемам ввиду отсутствия информационной поддержки и ясности алгоритма действий после стомирующей операции добавились многочисленные послеоперационные осложнения в виде парастомальных грыж, серьезных раздражений кожи вокруг стомы, выпадений стомы или сужений, что требует дополнительных медицинских вмешательств с дополнительными расходами как самих стомированных пациентов и их родственников, так и со стороны государства. В связи с этим социально-бытовая адаптация, трудовая реабилитация и вообще реинтеграция в социум таких стомированных инвалидов проблематичны и носят очень затяжной характер.

## Результаты оценки качества жизни стомированных инвалидов после оперативного вмешательства

Показатель	Группа больных	10—15 сут		1 мес		3 мес		6 мес	
		$m \pm s$	95%*ДИ	$m \pm s$	95%*ДИ	$m \pm s$	95%*ДИ	$m \pm s$	95%*ДИ
PF	1-я	32,8±4,66	32,6—38,0	43,4±4,28	44,3—45,2	44,3±3,87	41,6—45,4	64,5±3,23	63,1—66,3
	2-я	38,2±4,26	36,4—40,0	45,7±5,62	46,1—47,3	47,1±4,41	45,7—48,6	67,7±3,46	66,2—69,1
	3-я	44,6 ± 5,65	42,9—46,3	47,8 ± 4,30	46,1—49,4	51,3 ± 4,34	49,8—52,7	70,2 ± 3,45	68,8—71,7
	Контрольная	45,8 ± 4,27	44,4—47,3	48,6 ± 5,51	47,2—50,1	53,6 ± 4,62	52,2—55,1	96,8 ± 1,07	95,4—98,3
RP	1-я	23,5 ± 3,11	22,2—23,3	33,4 ± 4,11	33,1—34,8	55,3 ± 4,54	53,3—58,3	62,3 ± 3,55	60,6—63,4
	2-я	25,6 ± 3,94	24,3—26,8	36,3 ± 3,96	35,0—37,6	58,4 ± 5,13	56,3—60,4	64,3 ± 4,36	62,8—65,7
	3-я	28,1 ± 2,84	27,0—29,3	38,1 ± 5,08	36,7—39,4	60,5 ± 4,82	49,8—62,6	66,3 ± 4,51	64,9—67,8
	Контрольная	29,2 ± 2,65	27,9—30,6	39,7 ± 4,21	38,4—41,2	62,3 ± 4,81	60,9—63,8	85,6 ± 3,12	84,2—87,1
BP	1-я	78,9 ± 4,46	77,4—80,4	53,2 ± 7,07	52,2—54,2	47,2 ± 6,22	46,2—48,2	38,2 ± 3,23	36,3—40,0
	2-я	78,5 ± 4,26	77,1—80,0	53,1 ± 5,32	51,8—54,5	46,9 ± 5,86	45,6—48,4	30,7 ± 4,13	29,3—32,2
	3-я	78,2 ± 6,17	76,7—79,7	52,9 ± 4,11	51,5—54,4	27,1 ± 3,19	25,7—28,6	15,4 ± 2,18	14,1—16,7
	Контрольная	50,1 ± 4,87	48,3—52,4	41,3 ± 4,25	40,7—43,5	12,1 ± 4,01	10,6—13,5	8,7 ± 3,12	7,3—10,0
GH	1-я	20,4 ± 5,21	19,0—21,9	33,4 ± 2,58	32,1—34,8	48,3 ± 5,22	46,8—50,2	49,5 ± 4,31	48,1—50,9
	2-я	20,5 ± 4,98	19,1—21,9	33,1 ± 4,96	31,8—34,6	52,1 ± 4,76	50,5—53,6	65,1 ± 2,52	63,8—66,3
	3-я	21,4 ± 3,39	20,1—22,9	33,8 ± 2,77	32,8—34,9	68,0 ± 2,57	66,3—69,7	74,5 ± 4,13	73,2—75,9
	Контрольная	32,2 ± 5,78	30,8—33,7	52,7 ± 4,28	51,4—54,2	69,4 ± 5,78	67,7—71,0	84,4 ± 5,31	83,0—85,8
VT	1-я	19,5 ± 4,39	18,2—20,9	30,6 ± 3,77	29,3—32,0	44,3 ± 4,23	42,9—45,7	48,2 ± 4,30	46,8—49,5
	2-я	19,4 ± 5,02	18,0—20,9	31,1 ± 4,44	29,5—32,6	47,2 ± 6,22	46,2—48,2	49,9 ± 5,21	48,4—51,4
	3-я	19,8 ± 4,72	18,5—21,2	32,6 ± 4,07	31,6—33,6	58,9 ± 4,46	57,4—60,4	83,5 ± 4,62	82,1—84,9
	Контрольная	22,7 ± 5,32	21,4—24,2	47,9 ± 4,29	46,6—49,3	68,4 ± 5,30	67,2—69,6	85,1 ± 5,61	83,6—86,6
SF	1-я	51,5 ± 3,87	50,4—52,1	44,3 ± 4,22	43,0—45,7	44,2 ± 2,97	42,9—45,6	51,4 ± 4,21	49,5—52,8
	2-я	52,4 ± 4,11	52,1—53,7	44,1 ± 5,32	42,7—45,6	53,6 ± 2,84	52,3—54,9	72,9 ± 5,74	70,9—74,9
	3-я	52,7 ± 4,10	51,5—53,9	44,7 ± 3,49	43,6—45,7	73,3 ± 4,15	71,9—74,7	70,2 ± 3,45	85,0—87,9
	Контрольная	60,4 ± 3,24	59,1—61,7	61,9 ± 4,02	60,5—63,3	75,5 ± 5,12	74,1—77,0	88,7 ± 3,90	87,3—90,1
RE	1-я	31,3 ± 6,12	29,4—32,4	30,9 ± 5,81	29,5—32,4	28,2 ± 4,15	26,9—29,6	35,3 ± 5,24	37,8—40,2
	2-я	30,7 ± 4,91	29,3—32,2	29,5 ± 4,88	28,1—31,0	50,2 ± 3,23	47,8—52,5	55,2 ± 4,25	55,5—57,6
	3-я	32,1 ± 4,08	30,8—33,5	33,1 ± 5,04	31,1—35,1	50,2 ± 3,57	49,3—53,0	58,4 ± 3,82	56,5—60,8
	Контрольная	36,7 ± 5,87	34,9—38,6	42,5 ± 3,93	40,4—44,6	51,3 ± 4,01	49,5—53,2	72,9 ± 5,74	70,9—74,9
MH	1-я	45,0 ± 5,02	43,6—46,7	40,1 ± 4,39	38,8—41,5	33,4 ± 5,81	31,9—34,9	40,2 ± 3,86	38,9—41,5
	2-я	47,9 ± 4,54	46,5—49,3	44,7 ± 5,92	43,3—46,2	46,9 ± 4,20	45,5—48,3	59,4 ± 3,23	58,1—60,7
	3-я	48,4 ± 3,91	47,1—49,8	43,3 ± 3,39	42,0—44,7	58,1 ± 4,48	56,7—59,5	67,7 ± 6,82	66,2—69,4
	Контрольная	57,3 ± 6,25	55,9—58,7	60,8 ± 5,62	59,5—62,2	69,4 ± 5,31	68,0—70,9	80,2 ± 5,15	78,8—81,7

Примечание. \*Нижняя и верхняя граница 95% доверительного интервала (ДИ).

Напротив, у стомированных инвалидов 3-й группы, несмотря на то что к ним применялись инновационные реабилитационные воздействия только после выхода из стационара (спустя 2 или 3 мес после стомирующей операции), отмечались высокие по сравнению с 1-й и 2-й группами показатели физического функционирования, физической активности, физической способности выполнять свою работу, повышенная субъективная оценка общего состояния здоровья, субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил. Повышение показателей социальной активности и ее составляющих — эмоциональной и физической способности общаться с другими людьми — наблюдалось уже в период от 3 мес после стомирующей операции. Показатели роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности и психического здоровья в 3-й группе также стали заметно расти с отметки в 3 мес, что, конечно, отличается в лучшую сторону от показателей по 1-й и 2-й группам.

Аналогично росту всех показателей физического и психического компонентов здоровья в 3-й группе в кон-

троле такой рост показателей был отмечен уже в период с 10—15 сут и 1 мес. А в период 6 мес контрольная группа продемонстрировала самые высокие показатели физического и психического компонентов здоровья по всем восьми шкалам опросника SF-36.

Такие высокие показатели в 3-й и контрольной группах обусловлены, очевидно, значительным снижением количества всех видов послеоперационных осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах и значительным улучшением функциональных результатов по сравнению со стомированными инвалидами 1-й и 2-й групп. Полученные знания и умения во время специального индивидуального подбора и обучения пользованию высококачественными техническими средствами реабилитации и сопутствующими средствами ухода за стомой однозначно предотвратили абсолютно все возможные осложнения послеоперационного периода. Психологическая подготовка перед и после операции с одновременным полным информированием как по медицинским последствиям стомирующей операции, так и по имеющимся социально-

правовым возможностям стомированного индивида и его родственников нивелируют все негативные последствия калечащей тело и душу стомирующей операции.

Значительное ограничивающее влияние на функциональную активность оказывал болевой синдром фактически во всех группах в период до 3 мес. Но в контрольной группе его влияние значительно снизилось к периоду 6 мес. Данные табл. 1 свидетельствуют о более низких показателях качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 у стомированных инвалидов 1-й и 2-й групп во все периоды после выполнения оперативных вмешательств по сравнению прежде всего с контрольной группой. В 1,5 раза был ниже показатель PF, почти во столько же — показатель RP, отражающий резкое повышение роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Ограниченной была потребность в полноценной реализации социальной активности. Очень низкие показатели SF, особенно в 1-й группе, в продолжительный период 6 мес по сравнению с контрольной группой указывают на существенную депривацию у стомированных инвалидов этой группы.

Резко выраженной в ограничении жизнедеятельности была роль эмоциональных проблем, о чем свидетельствуют меньшие значения показателя RE. На этом фоне отмечались выраженные сниженные значения показателей GH, VT, MH. В рамках этих показателей стомированные инвалиды 1-й и 2-й групп имели худшие взаимоотношения с окружающими, в семье, проблемы в общении с представителями противоположного пола. Ухудшение взаимоотношений с окружающими можно объяснить зависимостью стомированных больных от близких, вынужденным ограничением социальных контактов из-за нарушения функционирования организма в виде нарушения функции выделения, снижения работоспособности, нарастающим внутренним недовольством от снижения качества жизни. Отсюда возникает спектр негативных эмоций, обусловленный чувством собственной неполноценности. Факт отсутствия физиологической возможности проведения восстановительной операции и устранения страшного изъяна — стомы — усугубляет негативную ориентацию и эмоциональное состояние инвалидов даже до суицидального состояния. Различия всех показателей у стомированных инвалидов в 1, 2 и 3-й группах по сравнению с контролем были высокодостоверны ( $p < 0,001$ ).

Эти изменения и различия представлены в динамике по исследуемым временным периодам на рисунке.

В соответствии с корреляционным анализом показателей качества жизни стомированных инвалидов контрольной группы установлена взаимосвязь между физической функцией и физической ролью ( $0,611$ ;  $p < 0,01$ ), общим состоянием здоровья, жизнеспособностью, психическим здоровьем (соответственно  $r = 0,587$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,634$ ;  $p < 0,01$  и  $r = 0,468$ ,  $p < 0,05$ ). Отсюда следует, что неспособность выполнять привычную работу оказывает существенное влияние на большинство аспектов качества жизни.

Такая же корреляционная зависимость была обнаружена между показателями физической функции и физической боли ( $r = 0,241$ ), что подтверждает предположение о физической боли как о понятии сугубо субъективном, т.е. оценка интенсивности болевого синдрома в большей степени зависит от индивидуально-типологических, психологических свойств личности.

Существенные различия в показателях критериев качества жизни были отмечены в контрольные времен-

ные периоды 3 и 6 мес — в период завершения процессов адаптации к последствиям тяжелой травмирующей стомирующей операции — у представителей всех исследуемых групп.

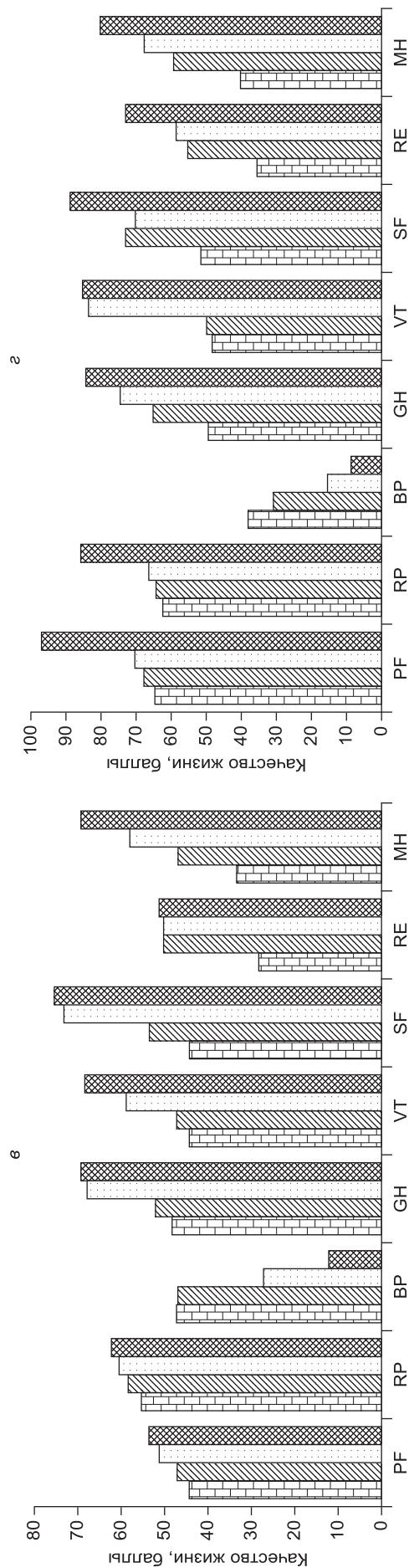
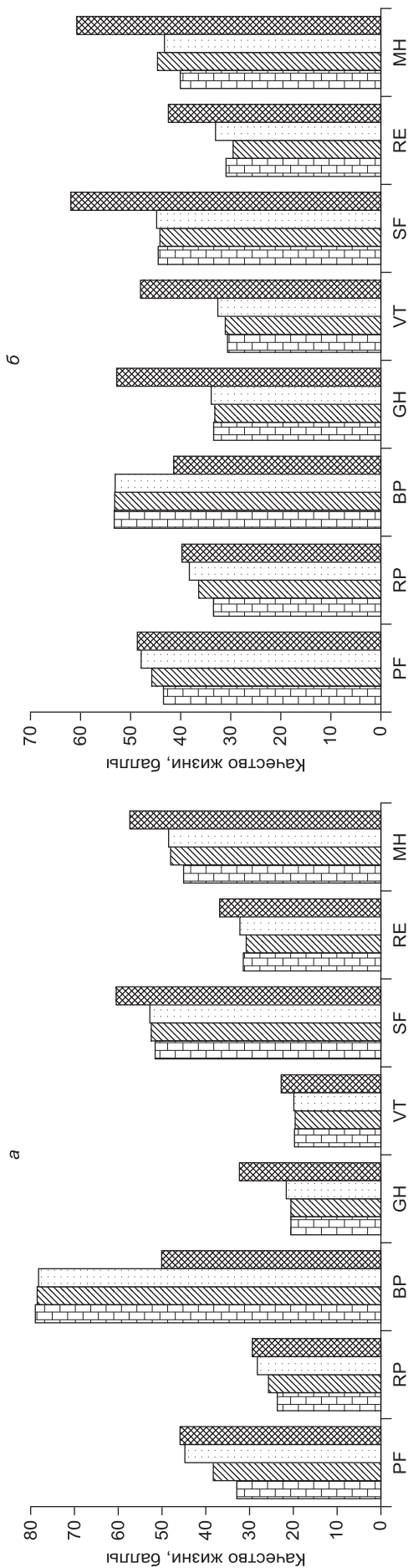
В указанные сроки было отмечено значительное повышение показателей качества жизни больных 3-й и контрольной групп практически по всем критериям опросника SF-36. Однако у оперированных больных 3-й группы значения показателей таких критериев качества жизни, как физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, общее здоровье, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье были выше, чем у пациентов 1-й и 2-й групп, но все-таки ниже, чем в контроле.

Наиболее высокий уровень показателей качества жизни больных 3-й группы во все сроки наблюдения, за исключением периода 10—15 сут и 3 мес, когда данные показатели были сопоставимы с показателями 1-й и 2-й групп, обусловлен, по нашему мнению, более благоприятными функциональными результатами ввиду применения к представителям 3-й группы инновационных методик реабилитации. Соответственно у представителей контрольной группы практически все показатели качества жизни были выше, чем у представителей 1-, 2-, и 3-й групп, к тому же повышение данных показателей уже было отмечено в ранние послеоперационные периоды (10—15 сут и 1 мес).

Таким образом, качество жизни стомированных инвалидов 1—2-й групп, т.е. к кому не применялись инновационные реабилитационные мероприятия в послеоперационный период до 6 мес, было значительно ниже по всем показателям опросника SF-36, чем в контрольной группе, где применялись инновационные реабилитационные мероприятия перед предстоящей стомирующей операцией с момента определения диагноза тяжелого заболевания и осуществлялся полный объем реабилитационного воздействия в течение более 6 мес до момента состояния полной инклюзии в социум. У представителей 1-й и 2-й групп резко уменьшалась физическая и социальная активность, значительно снижалась субъективная оценка эмоционального состояния, настроения и общего состояния здоровья. Это обусловлено в большей степени физическими страданиями и отрицательными психотравмирующими факторами, потерей социально-ролевого статуса, переходом в состояние полной эксклюзии.

Третья группа явилась ярким доказательством необходимости и эффективности применения инновационной технологии реабилитации с момента определения диагноза заболевания, приводящего к необходимости стомирующей операции. Однако к представителям этой группы применялись инновационные реабилитационные мероприятия только после выхода из стационара, т.е. спустя 2—3 мес, а не как в контрольной группе, сразу после объявления врачом диагноза, до проведения стомирующей операции. Поэтому показатели PH («физический компонент здоровья») и MH («психологический компонент здоровья») по всем восьми шкалам опросника SF-36 в ранний послеоперационный период (от 10—15 сут до 3 мес) заметно ниже, чем в контроле, и медленнее приближаются к значениям показателей этой группы в более поздние сроки.

Результаты оценки качества жизни показали, что применение инновационных методов реабилитации



1-я группа — стомированные инвалиды, к которым не применялись реабилитационные мероприятия.

2-я группа — стомированные инвалиды, к которым применялись инновационные реабилитационные мероприятия после получения группы инвалидности (спустя 1 год).

3-я группа — стомированные инвалиды, к которым применялись инновационные реабилитационные мероприятия после выхода из стационара (спустя 2–3 мес).

Контрольная группа — стомированные инвалиды, к которым применялись инновационные реабилитационные мероприятия с момента определения диагноза.

Сравнительная оценка качества жизни стомированных инвалидов:

а — через 10—15 сут; б — через 1 мес; в — через 3 мес; г — через 6 мес после оперативного вмешательства.

Таблица 2

**Результаты социально-трудовой реабилитации стомированных инвалидов в постконвалесцентный период**

Показатель	Группа больных			
	1-я, n=226	2-я, n=254	3-я, n=212	контрольная, n=97
Приступили к прежней трудовой деятельности	9 (4,0)	10 (3,9)*	24(11,3)**	31(32,0)***
Сменили вид трудовой деятельности	22 (9,7)	38 (15,0)*	33(15,6)	44(45,3)
Не возобновили трудовую деятельность	195 (86,3)	206 (81,1)	155 (73,1)	22(22,7)

Примечание. Различия достоверны: \*по сравнению с 1-й группой ( $p < 0,05$ ); \*\* по сравнению со 2-й и 3-й группами ( $p > 0,05$ ); \*\*\* по сравнению с 1, 2 и 3-й группами ( $p > 0,05$ ).

с момента определения диагноза, в соответствии с которым больному будет проведена стомирующая операция, способствовало достоверному ( $p < 0,05$ ) повышению показателей качества жизни пациентов, благоприятному их влиянию на психическую и эмоциональную активность. У пациентов в меньшей степени было выражено депрессивное состояние, повышалась общая активность. Прежде всего это относится к критериям психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования, что обусловлено ликвидацией всевозможных физиологических послеоперационных проблем и ориентацией индивида на благоприятный результат выполненного оперативного вмешательства.

Несмотря на то что у стомированных инвалидов всех групп были отмечены низкие показатели RP (физическая способность человека выполнять свою работу или работу по дому) и RE (эмоциональная способность человека заниматься профессиональной работой или работой по дому) в период до 3 мес, к периоду 6 мес именно в контрольной группе эти показатели увеличились по сравнению с первоначальными более чем в 1,5 раза, включая показатели психического здоровья.

Применение инновационной модели социальной реабилитации с момента определения диагноза позволяет наиболее эффективно применять уже имеющиеся методы реабилитации стомированных инвалидов на ее последующих этапах, значительно сокращая сроки реинтеграции и социальной адаптации. Высокие значения социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья вследствие более благоприятных функциональных результатов у пациентов контрольной группы продолжают заметно расти и по истечении контрольного периода 6 мес приводят к полному восстановлению социального статуса стомированного индивида.

Социальная инклюзивная реабилитация стомированных пациентов предполагает скорейшее возвращение их в привычную обстановку. Стомирование приводит к снижению социальной активности личности, изменению социального статуса, социальных ролей на работе и дома, поэтому важным этапом ресоциализации является выявление и сохранение доступной сферы социальных интересов и профессиональной деятельности. По нашим данным, неудовлетворенность своим социальным функционированием отмечали 98,5% пациентов. Очень частые случаи предвзятой самоидентификации стомированных инвалидов, необоснованные опа-

сения, что окружающие станут предвзято относиться, считать неполноценным, приводят к повышению их социальной чувствительности с избеганием социальных контактов, сужением круга привычного общения, стремлением уйти в одиночество.

Социологическое исследование стомированных инвалидов всех представленных групп было продолжено в последующий постконвалесцентный период (6 мес — 1 год) после стомирующей операции с целью возвращения их к трудовой деятельности.

В соответствии с представленными в табл. 2 данными наиболее благоприятной была социально-трудовая реабилитация у стомированных инвалидов контрольной и 3-й групп. Это подтверждается достоверно большим количеством стомированных инвалидов, приступивших к прежней трудовой деятельности, — 31 (32%), а также возвратившихся к труду, но сменивших вид трудовой деятельности — 44 (45,3 %) в контрольной и 3-й группах соответственно 24 (11,3%) и 33 (15,6%).

По показателям, свидетельствующим о смене вида трудовой деятельности, во всех четырех группах различия оказались незначительными.

Стомированных инвалидов, не возобновивших трудовую деятельность, в 1-й группе было 195 (86,3%), во 2-й — 206 (81,1%), а в 3-й — 155 (73,1%), на что оказало воздействие применение инновационных методик реабилитации в более ранние сроки по сравнению с 1-й и 2-й группами. В контрольной группе результат был наилучшим — 22 (22,7%).

Отказ от трудовой деятельности у большинства пациентов 1-й группы был обусловлен ограничением физической активности, неудобствами в общении с окружающими, хроническим психоэмоциональным стрессом, что связано с неразвитыми реабилитационными возможностями в рамках действующей системы социальной реабилитации. Инвалиды 1-й и 2-й групп находились в продолжительном и затяжном периоде реабилитации ввиду затянувшихся первоначальных периодов, когда к ним не применялись реабилитационные мероприятия. Большинство представителей этих групп наблюдения отказ от трудовой деятельности мотивировали утратой трудовой ориентации вследствие продолжительного периода хирургического лечения и реабилитации.

### Выводы

1. Улучшение качества жизни стомированных инвалидов и возвращение их к трудовой деятельности обусловлены улучшением большинства показателей качества жизни: физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья. Это стало возможным в результате применения модели инновационного управления социальной реабилитацией в самые ранние сроки реабилитационного процесса.

2. Результаты исследования показали, что именно на основании данных о качестве жизни может быть сделан выбор правильной программы реабилитации стомированных инвалидов в свете современной концепции и методологии реабилитации инвалидов.



3. Исследование позволило определить конечный результат различных методик оказания реабилитационной помощи стомированным инвалидам и оценить их эффективность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. *Кишечные стомы*. М.: Стольный град; 2001.
2. Лукьянова И.Е., Суханов В.Г. *Реабилитационная помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности*. М.: Наука; 2007.
3. Суханов В.Г. *Социальная реабилитация пациентов со стомой*. М.: Наука; 2006.
4. CINDI. *Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2001.
5. Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Андреева О.С., Дементьева Н.Ф., Ковачева Н.А. Состояние и перспективы развития государственной службы медико-социальной реабилитации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2004; 3: 3—5.
6. Strong P. *Sociological Imperialism and the profession of Medicine: a critical examination of the Thesis of Medical Imperialism*. New York. Science and Medicine; 1978.
7. Васильева И.В. Социологические концепции исследования инвалидности. В кн.: *Социологический сборник*. М.: Социум; 2000; вып. 7: 23-9.
8. Конвенция о правах инвалидов. (Принята в г. Нью-Йорк 13.12.2006 Резолюцией 61/106 на 76-ом пленарном заседании 61-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН). Нью-Йорк, 2007.
9. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля. *Онкология*. 2000; 2: 25—8.
10. Лисицын Ю.П. Теории медицины XX века. М.: Медицина; 1999.
11. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине. *Клиническая медицина*. 2000; 78 (2): 10—3.
12. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Федотов Ю.Н. и др. Информационная система исследования качества жизни в медицине. *Вестник межнационального центра исследования качества жизни*. 2005; 5: 4—9.
13. Curbow B., Bjwie J.V., Martin A.C. et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomised trials. *Quality Life Res*. 1997; 6: 684.
14. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. *Quality Life Res*. 1996; 14: 171—5.
15. Комарова В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения. В кн.: *V Российская онкологическая конференция*. М.; 2001: 101—8.
16. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга. *Социология медицины*. 2011; 1: 3—15.

Поступила 20.10.2014

## REFERENCES

1. Vorob'ev G.I., Tsar'kov P.V. *Intestinal Stoma*. [Kishechnye stomy]. Moscow: Stol'nyy grad; 2001. (in Russian)
2. Luk'yanova I.E., Sukhanov V.G. *The Rehabilitation Help to Persons with Activity Restrictions*. [Rehabilitatsionnaya pomoshch' litsam s ogranicheniyami zhiznedeyatel'nosti]. Moscow: Nauka; 2007. (in Russian)
3. Sukhanov V.G. *Social Rehabilitation of Ostomy Patients*. [Sotsial'naya rehabilitatsiya patsientov so stomoy]. Moscow: Nauka; 2006. (in Russian)
4. CINDI. *Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*. Kopenhagen: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya; 2001.
5. Puzin S.N., Lavrova D.I., Andreeva O.S., Dement'eva N.F., Kovacheva N.A. State and perspective of development of public service of medico-social rehabilitation. *Mediko-sotsial'naya e'kspertiza i rehabilitatsiya*. 2004; 3: 3—5.
6. Strong P. *Sociological Imperialism and the profession of Medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism*. New York. Science and Medicine. 1978.
7. Vasil'eva I.V. *Sociological concepts of research of disability*. In: [Sotsiologicheskij sbornik]. Moscow: Sotsium; 2000; vyp. 7: 23—9. (in Russian)
8. The Convention on the Rights of Disabled People. (It is Accepted in New York by 13.12.2006 Resolution 61/106 at the 76th Plenary Session of the 61st Session of the United Nations General Assembly). [Konventsiya o pravax invalidov. (Prinyata v g. N'yu-Yorke 13.12.2006 Rezolyutsiyey 61/106 na 76-om plenarnom zasedanii 61-y sessii General'noy Assamblei OON)]. New York, 2007.
9. Ionova T.I., Novik A.A., Sukhonos Yu.A. Concept of quality of life of patients of an oncological profile. *Onkologiya*. 2000; 2: 25—8. (in Russian)
10. Lisitsyn Yu.P. *Theories of Medicine of the XX Century*. [Teorii meditsiny XX veka]. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
11. Novik A.A., Matveev S.A., Ionova T.I. et al. Assessment of quality of life of the patient in medicine. *Klinicheskaya meditsina*. 2000; 78 (2): 10—3. (in Russian)
12. Shevchenko Yu.L., Novik A.A., Fedotov Yu.N. et al. Information system of research of quality of life in medicine. *Vestnik mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni*. 2005; 5: 4—9. (in Russian)
13. Curbow B., Bjwie J.V., Martin A.C. et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomised trials. *Quality Life Res*. 1997; 6: 684.
14. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. *Quality Life Res*. 1996; 14: 171—5.
15. Komarova V.P. Quality of life as one of criteria of an assessment of efficiency of treatment. In: *V Russian Oncological Conference*. [V Rossiyskaya onkologicheskaya konferentsiya]. Moscow; 2001: 101—8. (in Russian)
16. Reshetnikov A.V. The methodical foundation of medical sociology monitoring. *Sociologiya meditsiny*. 2011; 1: 3—15. (in Russian)

Received 20.10.2014