

Отечественная методика исследования уровня качества жизни

Королев К.Ю., Беспанская Е.Д., Шелихова А. И.
кафедра общей и клинической психологии БГУ, Минск

Количество способов определения, что такое качество жизни и возможных способов операционализации этого понятия очень велико. Эксперты ВОЗ определяют качество жизни, как «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» [3]

Использование определения качества жизни в последние годы широко применяется в медицине, психологии, социальной работе/ Актуальными являются любые попытки измерений в этой сфере, а тем более создание методики по определению качества жизни человека, созданной на родном языке и адаптированной на белорусской выборке.

Исследования качества жизни различных категорий населения проводятся во всем мире, в том числе и в Беларуси. Изучается качество жизни больных онкологическими заболеваниями (И. В. Залуцкий, кафедра онкологии на базе НИИ онкологии и медицинской радиологии), людей с ограниченными возможностями (Н. Г. Аринчина, А. Л. Пушкарев, НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов МЗ РБ), особенности качества жизни женщин с алкогольной зависимостью (А. А. Кирпиченко, кафедра психиатрии ВГМУ), качество жизни неврологических больных (Ильницкий А.Н.) транскультуральное исследование пациентов с алкогольной зависимостью в Республике Беларусь и Германии (Айзберг О. Р.) и др. [1, 3]

Исследования проводятся с помощью зарубежных методик исследования качества жизни, переведенных и транскультурально адаптированных для населения.

Активно применяются экспресс-методика оценки качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life. P. Y. Hugenholtz and R. A. M. Erdman, 1995), Берлинский профиль качества жизни, который был создан путем перевода и модификации Lancashire Quality of Life Profile, созданного J.P.J. Oliver et al., измерительный инструмент для оценки качества жизни, разработанный ВОЗ -(ВОЗКЖ-100) (WHOQOL Group, 1993) и другие.

Созданию единого универсального для всех людей измерительного инструмента для оценки качества жизни препятствуют такие факторы, как этнические, культуральные особенности народов, сформировавшийся языковой барьер [4].

Качество жизни может зависеть от многих обстоятельств: условий жизни человека, удовлетворенности работой, учебой, домашними условиями, социальным и материальным положением, политической обстановкой в стране. Получение таких данных возможно с помощью опроса, заполнения анкет или опросников, тестов или шкал и т.д. самими испытуемыми или специально обученным персоналом. Сложности при использовании подобных методик возникают из-за различного образовательного уровня и неодинакового социального положения обследуемых. Создаваемые анкеты и опросники при переводе для использования на территории нашей страны требуют адаптации в соответствии с нашими традициями и настоящей политической и экономической ситуацией.

Вследствие этого становится актуальным создание методики, адаптированной к использованию ее для оценки качества жизни на белорусской выборке.

С этой целью на кафедре общей и клинической психологии БГУ старшим преподавателем Королевым К. Ю. был разработан опросник МИКЖ-2006,

который явился первой экспериментальной методикой оценки качества жизни человека, составленной на русском языке и апробированной на населении нашей Республики.

Целью последовавшего исследования было определение показателей валидности методики, а также выявление и обоснование статистически достоверных нормативных стандартных показателей по методике МИКЖ-2006, (под статистически достоверными нормативными показателями в данном случае подразумеваются те значения, которые получены с высокой статистической достоверностью и могут быть только рекомендованы для нормирования и получения стандартов в сфере их применения).

Экспериментальная методика оценки качества жизни МИКЖ-2006 состоит из 60 биполярных шкал-утверждений типа «Обычно мне очень скучно – Обычно я полон энергии», которые сформулированы как оригинальным способом, так и взяты из уже существующих методик. Вопросы разбросаны в произвольном порядке и подразделяются на прямые и реверсивные шкалы. Опросник состоит из 3 интегральных шкал и общего показателя. Каждая интегральная шкала подразделяется на субшкалы, ее составляющие:

- ✓ физическая адаптация (ФА): общая витальность (ОВ), субъективно-телесная адаптация (СТО), качество физиологических функций (КФФ)
- ✓ психосоциальная адаптация (ПСА): межличностная адаптация (МЛА), эмоциональный комфорт (ЭК), самоотношение и самопонимание (СОП), когнитивная адаптация и планирование (КАП)
- ✓ социальная адаптация (СА): социальная реализованность (СР), профессиональная и экономическая адаптации (ПЭА), социальные коммуникации (СК), социально-семейная адаптация (ССА), коэффициент дизадаптации (КД)

Экспресс-методика для оценки качества жизни NAIF (P.Y.Hugenholtz and R.A.M.Erdman, 1995) позволяет быстро выявить, как сам испытуемый оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности. [2]

Экспресс опросник NAIF был адаптирован в Республике Беларусь в НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. [3]

Опросник состоит из 24 утверждений, которые составляют 6 показателей, характеризующих качество жизни испытуемого: физическая активность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальная функция, познавательная функция, экономическое положение, Интегральный показатель. Каждое утверждение необходимо оценить по семибальной шкале, где 1 означает «да, очень», 7 – «совсем нет».

В исследовании приняло участие 608 человек. Они были разделены на 3 группы:

- основная группа условно здоровых лиц, состоящая из 90 мужчин и 120 женщин в возрасте 20-25 лет; 30 мужчин и 30 женщин 26-35 лет; 49 мужчин и 60 женщин 36-45 лет, жители г. Минска.
- специфический контингент лиц, состоящий из 30 женщин, средний возраст которых составил 45 лет, с диагнозом «невроз»; 20 мужчин, средний возраст составил 40 лет, с диагнозом «невроз»; 30 женщин 35-45 лет, работающих учителями более 10 лет; 29 мужчин 17-19 лет, студенты училища олимпийского резерва; 30 женщин и 30 мужчин 46-65 лет, жителей г. Миоры.
- контрольная группа условно здоровых лиц, состоящая из 30 мужчин и 30 женщин 25-45 лет, жители г. Борисова и г. Минска.

Для осуществление сформулированной цели исследования были выполнены следующие *задачи*:

1) проведено исследование оригинальной методикой репрезентативной выборки условно здоровых лиц. Выявлены и обоснованы статистически

достоверные нормативные показатели для разных половозрастных групп. Результаты говорят о том, что с возрастом статистически достоверные различия между полами и возрастными группами увеличивается.

- Так в молодой группе (20-25 лет) статистически достоверных различий между показателями разных полов нет вообще. Возможно, это потому что молодые люди независимо от пола находятся в похожих жизненных условиях: они заканчивают учебу, ищут работу, влюбляются и создают семьи. Но, несмотря на свой молодой возраст, значение показателей общей витальности, качества физиологических функций и физиологической адаптации несколько ниже, чем в старших возрастных группах (исключение составляет лишь показатели физиологической активности и качества физиологических функций женщин 36-65 лет). Несколько ниже значение показателей межличностной адаптации, эмоционального комфорта, самоотношения и самопонимания, а также психосоциальной адаптации, чем в старших возрастных группах. У большинства людей в возрасте 20-25 лет еще не сформировалось, либо только начало формироваться, стабильное экономическое положение, социальный статус, отношение к себе. В основной массе молодые люди пока еще зависимы от родителей и не полностью адаптированы. Влияние данных факторов отразилось на значении показателя психосоциальной адаптации.
- В средней половозрастной группе (26-35 лет) отличия между полами выявлены только по двум шкалам: социальной реализованности и профессиональная и экономическая адаптации. Значения показателей социальной реализованности и профессиональной и экономической адаптации заметно ниже у женщин, чем у мужчин того же возраста. Значения показателей социальной реализованности и профессиональной и экономической адаптации заметно ниже у женщин, чем у мужчин того же возраста. Данный факт можно объяснить тем, что большинство женщин данного возраста замужем и имеют одного и более малолетних детей, что не позволяет им заниматься карьерой с такой активностью, с какой это могут

делать мужчины того же возраста. Это утверждение нуждается в дополнительном исследовании социодемографических факторов.

Нельзя не отметить, что данная группа опрошенных имеет самые высокие значения большинства показателей. Например, общая витальность, субъективно-телесная адаптация, качество физиологических функций (кроме группы мужчин 36-65 лет), физиологическая адаптация, эмоциональный комфорт, когнитивная адаптация и планирование, психосоциальная адаптация, социальная реализованность и профессиональная и экономическая адаптация у мужчин 26-35 лет, социальные коммуникации, социально-семейная адаптация, социальная адаптация значительно выше в данной возрастной группе, чем в остальных.

Это возраст наибольшей активности человека, что проявляется в высокой работоспособности, широких социальных связях, активном планировании будущего. Зарубежные исследователи установили, что на качество жизни позитивное влияние оказывает наличие супруга или постоянного партнера. Наше исследование показало, что в возрасте 26-35 лет наиболее высокая социально-семейная адаптация, что не может не влиять на повышение показателя субъективного восприятия качества жизни.

Данная возрастная группа отличается от старшей (36-65 лет) сниженными показателями шкал межличностной адаптации и самоотношения и самопонимания. Это может быть связано с тем, что процесс самореализации у членов более молодой группы не завершен.

- Наибольшее количество статистически достоверных различий между полами наблюдается в старшей группе (36-65 лет). Различия обнаружены по следующим показателям: субъективно-телесной адаптации, качества физиологических функций, физиологической адаптации, социально-семейной адаптации и коэффициентом дизадаптации. У женщин данной группы ниже значение показателя социально-семейной адаптации, чем в других группах. Респонденты данной группы имеют самые высокие

показатели шкал межличностной адаптации и самооотношение и самопонимание.

Эти закономерности указывают на чувствительность методики к возрастным изменениям человека.

2) проведен анализ внутренних корреляций внутри выделенных основных половозрастных групп.

- Выявлены стойкие значимые связи между переменными и интегральными шкалами, в состав которых они входят.
- Сильные статистически значимые связи обнаружены между показателями физической и психической адаптациями. Это позволяет сделать вывод, что чем лучше физическое самочувствие человека, тем выше его психологическая адаптация и наоборот.
- Обнаружена повторяемость явления: во всех трех группах показатели социальной адаптации существенно не связаны с показателями физической и психосоциальной адаптациями. Можно сказать, что на социальную адаптацию и реализованность человека не сильно влияет его физическое и психическое самочувствие.

3) проведено сравнительное исследование специального контингента лиц с группой лиц условно здоровых.

- Качество жизни людей с диагнозом невроз в сравнении с таковым у психически условно здоровых заметно снижено по всем показателям, что доказывает негативное влияние заболевания на субъективное восприятие качества жизни больными людьми. Это говорит о чувствительности данной методики к изменениям в качестве жизни, связанных с невротическим нарушением.
- У женщин, проработавших 10 лет педагогами, ниже общий показатель, общая витальность, хуже физиологическая и межличностная адаптации, ниже показатели когнитивной адаптации и планирования, психосоциальной адаптации и социальной коммуникации. Общий коэффициент дезадаптации существенно

выше, чем у женщин других специальностей. Полученный результат позволяет говорить о негативном влиянии данной профессии практически на все сферы жизни женщин, работающих длительное время педагогами.

- У спортсменов субъективное восприятие качества жизни заметно выше, чем в группе лиц, профессионально не занимающихся спортом. Это позволяет говорить о положительном влиянии активного образа жизни, спорта на все сферы жизни человека.

4) проведен анализ внешней валидности экспериментальной методики с помощью корреляционного анализа результатов, полученных методикой МИКЖ-2006 и опросником NAIF.

Между шкалами двух опросников преобладают прямопропорциональные связи, то есть при увеличении значения одного показателя увеличивается значений другого.

- Обратнопорциональная корреляция только у коэффициента дезадаптации МИКЖ-2006 по отношению ко всем шкалам опросника NAIF (к.в.в. коэффициента дезадаптации и интегрального показателя равен $(-0,77)$; КД и ФМ = $-0,55$; КД и ЭС = $-0,55$; КД и СФ = $-0,5$; КД и ПФ = $-0,66$).
- Коэффициент внешней валидности (к.в.в.) общего показателя МИКЖ-2006 и интегрального показателя NAIF равен $0,77$.
- Показатель физической мобильности (ФМ) методики NAIF находится во взаимосвязи со всеми показателями, составляющими интегральную шкалу физиологической адаптации (ФА) МИКЖ-2006 (ОВ, СТА, КФФ) (к.в.в ФА и ФМ = $0,63$). Также он значимо коррелирует с показателем психосоциальной адаптации (к.в.в ПСА и ФМ = $0,54$).
- Шкала эмоционального состояния (ЭС) опросника NAIF значимо связана с общим показателем (ОП), субъективно-телесной адаптацией (СТА), эмоциональным комфортом (ЭК), психосоциальной (ПСА) и социально-семейной (ССА) адаптацией МИКЖ-2006. (к.в.в ОП и ЭС =

0,55; СТА и ЭС = 0,57; ЭК и ЭС = 0,61; ПСА и ЭС = 0,51; ССА и ЭС = 0,59).

- Показатель сексуальной функции (СФ) опросника NAIF коррелирует с общим показателем (ОП) , качеством физиологических функций (КФФ), физиологической адаптацией (ФА) и социально-семейной адаптацией (ССА). (к.в.в ОП и СФ = 0,50; КФФ и СФ = 0,51; ФА и СФ = 0,53; ССА и СФ = 0,52).
- Шкала социального функционирования (Соц.Ф) NAIF связана с социальной реализованностью (СР) МИКЖ-2006. (к.в.в СР и Соц.Ф = 0,55).
- Познавательная функция (ПФ) опросника NAIF имеет много значимых связей со шкалами МИКЖ-2006, такими как общий показатель (ОП), общая витальность (ОВ), субъективно-телесная адаптация (СТА), физиологическая адаптация (ФА), эмоциональный комфорт (ЭК), самоотношение и самопонимание (СОП), когнитивная адаптация и планирование (КАП), психосоциальная адаптация (ПСА) и социальная реализованность (СР). (к.в.в ОП и ПФ = 0,66; ФА и ПФ = 0,59; ПСА и ПФ = 0,68; СР и ПФ = 0,53).
- Шкала экономического положения (Эк.П) опросника NAIF коррелирует с социальной реализованностью (СР) и социально-семейной адаптацией (ССА) МИКЖ-2006.). (к.в.в СР и Эк.П = 0,53; СР и Эк.П = 0,53).

На основании результатов можно сделать вывод, что методика МИКЖ-2006 является валидной и позволяет исследовать не только интегральные, но и частные показатели уровня качества жизни.

В заключение следует добавить, что успешный опыт применения данной методики на различных группах населения позволяет рекомендовать данную методику для нормирования и получения стандартов в сфере их применения.

Список литературы

1. Айзберг О. Р. Транскультуральное исследование пациентов с алкогольной зависимостью в Республике Беларусь и Германии // Дис. работа. – Минск, 2005. – С.43
2. Аринчина Н.Г., Пушкарев А.Л. Исследование качества жизни инвалидов вследствие гипертонической болезни: сборник // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 1996. – С.56
3. Аринчина Н.Г., Пушкарев А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов / методические рекомендации. – Минск, 2006. – С.15
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине // уч. пособие под ред. Шевченко Ю.Л. – М.: ГОЭМАР-МЕД. – 2004. – 304 с.