

Шустикова Наталья Михайловна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
имени И. М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет),
Москва, Российская Федерация
nathalie.shustikova@gmail.com

Воронова Лия Наилевна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
имени И. М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет),
Москва, Российская Федерация
raskop@inbox.ru

Восприятие здоровья как жизненной ценности у пациентов разных возрастных групп

Аннотация. Объектом исследования являются пациенты разных возрастных групп. Основным источником эмпирических данных стал опрос, проведенный авторами в 2019 году среди пациентов различных клиник Москвы. Предметом исследования являются определение здоровья в системе жизненных ценностей пациентов разных возрастов.

Ключевые слова: отношение к здоровью; здоровье в системе жизненных ценностей; здоровье и пациенты разных возрастных групп

Shustikova Natalya Mikhailovna
I .M. Sechenov First Moscow
State Medical University (Sechenov University),
Moscow, Russian Federation
nathalie.shustikova@gmail.com

Voronova Liia Nailevna
I.M. Sechenov First Moscow
State Medical University (Sechenov University),
Moscow, Russian Federation
raskop@inbox.ru

Perception of health as a vital value in patients of different age groups

Abstract. The object of the study are patients of different age groups. The main source of empirical data was a survey conducted by the authors in 2019 among patients from various clinics in Moscow. The subject of the study is the determination of health in the system of life values of patients of different ages.

Keywords: attitudes to health; health in the system of vital values; health and patients of different age groups

Одной из базовых человеческих ценностей всегда являлось здоровье. Отношение к здоровью и понимание его как жизненной ценности имеет большое

значение в его сохранении и укреплении, а также преодоления болезни. Движущей и направляющей силой поведения человека являются мотивы и установки, в том числе связанные с собственным здоровьем. Тот образ жизни, который был сформирован у человека, во многом влияет и на его здоровье. В случае болезни то, как человек относится к собственному здоровью, будет влиять на эффективность лечения. Проблема комплаентности (от англ. compliance – «согласие, соответствие, выполнение, соблюдение») или добросовестного соблюдения назначений и рекомендаций врача в ходе лечебных, а особенно профилактических, мероприятий в наши дни является весьма актуальной и требующей серьезного отношения. В исследованиях E. Vinhas было показано, что ежегодно из-за последствий низкой комплаентности погибают 125 000 пациентов с различными заболеваниями [Vinhas, 1999]. И. В. Фирсова в своем исследовании указывает, что около 10 % всех случаев госпитализации связано с несоблюдением указаний лечащего врача [Фирсова, 2009]. Таким образом, активное вовлечение в процесс лечения самого пациента является залогом успеха терапии любого заболевания. Повышение ответственности со стороны пациентов во время лечения является одной из ключевых задач при реализации лечебно-реабилитационных программ независимо от диагноза и степени тяжести заболевания.

В рамках данного исследования мы попытались проанализировать структуру важнейших жизненных ценностей в зависимости от возраста и пола пациента, провести количественное сопоставление потребностей в зависимости от их уровня значимости, а также определить роль здоровья в удовлетворении потребностей пациентов и описать поведенческий компонент в преобразовании и изменении собственной жизни.

Среди значимых потребностей в трудоспособном возрасте не зависимо от пола была наиболее выражена потребность в уважении со стороны окружающих. На втором месте у женщин находятся потребность в друзьях и личной жизни, у мужчин – потребность в жилье, которое соответствовала бы их требованиям.

Здоровье как жизненная ценность по своей значимости, как у мужчин, так и у женщин находится на третьем месте, что является достаточно высоким показателем. Значительная ценность здоровья подтверждается и исследованиями, проведенными П. М. Козыревой, А. Э. Низамовой и А. И. Смирновым, в которых показано, что здоровье относится к числу существенных факторов, формирующих счастливую жизнь. Так, «если среди респондентов с очень хорошим здоровьем доля счастливых 82 %, то среди тех, кто оценивает свое здоровье как совсем плохое, почти в пять раз меньше – только 17 %» [Козырева, Низамова, Смирнов, 2015]. Однако, потребность в здоровье у женщин стоит на одном уровне с желанием уметь управлять собой, развивать и укреплять психику, что позволяет нам говорить, что для женщин важны психологические и психические аспекты собственного здоровья. Для мужчин здоровье также важно, как и удовлетворенность работой, интересное проведение свободного времени, а также наличие друзей, из чего можно сделать вывод, что у них здоровье неотъемлемо связано в социальными ролями, выполняемыми ими в обществе (Табл. 1).

В отличие от более молодого поколения для пожилых респондентов не зависимо от пола ценность здоровья имеет первостепенное значение. Эти результаты подтверждаются и другими исследованиями. Например, исследования

М. А. Груздевой и В. Н. Барсукова демонстрируют, что здоровье является основной ценностью для пожилых людей (90 %) и возрастает с возрастом, из чего авторы делают вывод, что здоровье начинают больше ценить, когда его потенциал начинает снижаться [Груздева, Барсуков, 2018].

Таблица 1. Оценка выраженности потребностей

Потребности	трудоспособного возраста				пенсионного возраста				Все возраста	
	ж	ранг	м	ранг	ж	ранг	м	ранг	м/ж	ранг
Наличие друзей, приятелей	4,3	2	4	3	3	6	3,1	6	3,6	4
Возможность независимой творческой деятельности	2,9	7	3,1	7	1,4	11	2,5	8	2,45	11
Карьера	1,6	12	1,3	12	1	12	1	11	1,2	13
Участие в общественно-политической деятельности	1,8	11	1,4	11	1,6	10	1	11	1,45	12
Удовлетворенность работой	2,1	10	4	3	1,7	9	2,3	9	2,5	10
Умение управлять собой, развивать и укреплять психику	4,1	3	3,6	4	3,4	4	3,1	6	3,5	5
Уважение со стороны окружающих	4,6	1	4,4	1	3,4	4	3,25	4	3,9	2
Защищенность от угроз и лишений, уверенность в завтрашнем дне	3,5	6	3,1	7	3	6	3,4	3	3,3	6
Обеспеченность продуктами, товарами, услугами	3,75	5	2	10	3,3	5	2,7	7	29,3	8
Удовлетворяющее жилье	4,1	3	4,3	2	3,6	2	3,2	5	3,8	3
Личная жизнь (любовь, отношения в семье)	4,3	2	3,3	6	3,5	3	3,1	6	3,5	5
Чистая совесть	2,1	10	2,1	9	2,6	8	1,8	10	2,1	
Общение с единовѣрцами	2,6	9	3	8	3	6	2,5	8	2,8	9
Удовлетворительные отношения с соседями	2,8	8	3,5	5	2,8	7	3,3	2	3,1	7
Интересное проведение свободного времени	3,9	4	4	3	3,5	3	3,1	6	3,6	4
Здоровье	4,1	3	4	3	4,1	1	4,3	1	4,1	1

Стабильность в жизни такая же неотъемлемая ценность в жизни пожилых людей, как и здоровье, поэтому на втором месте у женщин находится потребность в удовлетворяющем жилье, у мужчин в защите от угроз и лишений и уверенности в завтрашнем дне. Третье место у женщин разделили потребность в личной жизни и интересном проведении свободного времени, мужчины пожилого возраста на третье место поставили удовлетворительные отношения с соседями. Также в число значимых потребностей для этой возрастной категории вошли – умение управлять собой, уважение со стороны окружающих, обеспеченность продуктами и товарами.

Среди наименее значимых потребностей в обеих возрастных группах находятся удовлетворение потребности в карьере, участие в общественно-политической деятельности, удовлетворенность работой и чистая совесть.

Применение дисперсионного анализа позволило установить, что в структуру ценностей респондентов трудоспособного возраста вошли четыре компонента: «Самореализация», «Общение», «Обеспеченность», «Здоровье». В этом возрасте более половины потребностей вошли в группу «Самореализация». Группу «Здоровье» образуют всего две потребности – потребность в здоровье объединяется с потребностью в интересном проведении свободного времени.

Таблица 2. Таблица компонентов (Процент дисперсии, объясняемый для каждого компонента) у респондентов трудоспособного возраста

Компонент	% от дисперсии	% накопленных
1 «Самореализация»	28,33	31,33
2 «Общение»	10,59	21,92
3 «Обеспеченность»	9,72	41,64
4 «Здоровье»	6,83	48,47

Для лиц трудоспособного возраста потребность в здоровье имеет очень существенное значение, но занимает обособленное положение, то есть обладает самостоятельной ценностью и не воспринимается человеком, как средство удовлетворения других потребностей.

У респондентов пенсионного возраста потребности были разделены на четыре группы: «Обеспеченность», «Активность», «Авторитет», «Общение» (Табл. 3).

Таблица 3. Таблица компонентов (Процент дисперсии, объясняемый для каждого компонента) у респондентов пенсионного возраста

Компонент	% от дисперсии	% накопленных
1 «Обеспеченность»	34,05	29,65
2 «Активность»	29,25	41,33
3 «Авторитет»	21,09	25,41
4 «Общение»	14,53	36,72

В «Активность» вошли потребности в удовлетворенности работой, независимой творческой деятельности, участие в общественно-политической деятельности и общение с единовѣрцами.

Потребность в здоровье вошла в группу «Общение», куда также можно отнести потребность в друзьях, удовлетворительных отношениях с соседями, потребность в интересном проведении свободного времени. Это свидетельствует о том, что в пожилом возрасте здоровье имеет не только самостоятельную ценность, оно ценится в первую очередь за те возможности, которые дает для сохранения межличностных отношений и социальных контактов.

Таким образом, потребность в здоровье в разные возрастные периоды имеет одинаково большую ценность, но различается по смыслу. У пациентов трудоспособного возраста оно имеет самостоятельную ценность. В пожилом возрасте

здоровье ценится за то, что позволяет поддерживать более широкие межличностные связи.

Далее респондентам предлагалось ответить на вопрос: «Что бы Вы хотели улучшить в своей жизни?», и про ранжировать в порядке убывания значимости 10 различных сторон жизни (см. Рисунок).



Рисунок. Сопоставление желаемых изменений в жизни у респондентов трудоспособного и пожилого возраста

Желаемые изменения жизни у людей трудоспособного возраста ранжируются следующим образом: на первом месте – здоровье, на втором – финансовое положение, на третьем – жилье и питание.

На вопрос: «Что Вы предприняли, чтобы улучшить свою жизнь?» респонденты трудоспособного возраста ответили, что изменили образ жизни – 45 %; обратились за помощью к специалистам – 36 %; не сделали ничего – 27 %; обратились в общественные организации – 18 %; обратились за помощью в государственные органы – 9 %; обратились за помощью к родственникам – 9 %; сменили работу, стали по-другому работать – 9 %.

У пожилых людей доминирует желание улучшить здоровье, затем следуют желания изменить свое финансовое положение, питание, жилье, отношения с людьми и досуг. Для изменения своей жизни они предприняли следующие шаги: обратились за помощью к специалистам – 50 %; обратились за помощью к друзьям – 17,8 %; изменили свой образ жизни – 13 %; не сделали ничего – 11 %; обратились за помощью в общественные организации – 9 %; обратились за помощью в государственные органы – 9 %; обратились за помощью к родственникам – 8,8 %.

Сопоставление сферы потребностей с желанием изменить жизнь и предпочитаемыми средствами достижения цели приводит к выводу, что между ними нет достаточного соответствия, побуждающего к активным действиям и конструктивному поведению. У людей в трудоспособном возрасте сила желания улучшить свое материальное положение не сочетается по силе с желанием перестроить свой основной источник существования – профессию. Достаточно высок процент полной социальной пассивности, что значительно затрудняет адаптацию, в том числе и профессиональную. Было установлено, что для улучшения своей жизни пожилые люди охотнее обращаются за помощью к специалистам, в государственные и общественные организации, к родственникам и друзьям, только 13 % рассматривают возможность изменения привычного образа жизни.

Сравнение двух возрастных групп показывает, что в трудоспособном возрасте у людей более выражена готовность принимать ответственность за свою жизнь. Желание улучшить здоровье, прежде всего, зависит от самого человека, а потом уже от специалистов, государства, общества, близкого окружения. Только сам человек решает, какому образу жизни следовать, он свободен в своем выборе и ответственен за него. Важным препятствием в изменении своего существования является недостаточно активная личностная позиция в организации собственной жизни. Из данных опроса видно, что в потребностях, устремлениях и в выбираемых средствах изменения своей жизни наблюдается значительный разрыв между мотивацией потребления и мотивацией активного преобразования.

В заключении можно сказать, что в число важнейших жизненных потребностей пациентов не зависимо от их возраста вошло здоровье. Удовлетворение этой потребности у пациентов в пожилом возрасте позволяет поддерживать самоуважение личности, уважение окружающих и постоянство межличностных контактов, обеспечивая тем самым социальную адаптацию. Поэтому приоритетным направлением деятельности должна стать работа по укреплению, восстановлению и сохранению здоровья, ведущее место в которой необходимо отводить профилактике осложнений и рецидивов хронических заболеваний хронического заболевания, формированию здорового образа жизни, здоровом питании.

У лиц трудоспособного возраста оно имеет самостоятельную ценность и дает возможность улучшить благосостояние. У пожилых людей удовлетворение потребности в здоровье позволяет им поддерживать самоуважение личности, уважение окружающих и постоянство межличностных контактов, обеспечивая тем самым ресоциализацию. Для оказания качественной медицинской помощи необходима вовлеченность пациента в процесс профилактики, лечения и реабилитации. Задача формирования приверженности ложится на плечи медицинского персонала и от её реализации во многом может зависеть успех медицинской помощи, особенно у пациентов с хронической патологией или нуждающихся в долговременном уходе. Поэтому приоритетным направлением в оказании медицинской помощи должна стать работа по укреплению, восстановлению и сохранению здоровья, ведущее место в которой необходимо отводить профилактике осложнений и рецидивов хронических

заболеваний хронического заболевания, формировании здорового образа жизни, здоровом питании. Для работы с пациентами старше 65 лет в поддержании и укреплении здоровья более приемлемыми будут групповые методы работы, которые обеспечат им возможность обмена информацией, обогащения социальных контактов. Доказано, что обучение в группах повышает комплаентность пациентов, что положительно сказывается на результатах лечения. Эффект обучения усиливается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из жизни, совместными занятиями спортом вне обучения и т.д. Исчезает чувство обучения, повышается эмоциональность, в атмосфере коллектива пациентам легче придерживаться рекомендаций укреплению и восстановлению здоровья.

Библиографический список

Бояк Т. Н. Здоровье как ценность // *Здоровье и образование в XXI веке.* 2016. № 18 (9). С. 142–146.

Груздева М. А., Барсуков В. Н. Здоровье населения старших возрастов: современные вызовы // *Социальные исследования и безопасность.* 2018. № 4. С. 184–191.

Кадыров Р. В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.

Козырева П. М., Низамова А. Э., Смирнов А. И. Счастье и его детерминанты (статья 1) // *Социологические исследования.* 2015. № 12. С. 120–132.

Козырева П. М., Низамова А. Э., Смирнов А. И. Счастье и его детерминанты (статья 2) // *Социологические исследования.* 2016. № 1. С. 66–76.

Малыхин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // *Качественная клиническая практика.* 2011. № 1. С. 11–18.

Мартынов А. А., Спиридонова Е. В., Бутарева М. М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // *Вестник дерматологии и венерологии.* 2012. С. 21–27.

Фирсова И. В. Концепция комплаентности в стоматологической практике: автореф. дис. д-ра мед. наук / Волгоград: гос. мед. Ун-т, 2009. 52 с.

Binhas E. Comment augmenter l'acceptation des plans de traitement // *Dialgue.* 1999. P. 13–15.