

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Иркутский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук
(ИНЦ СО РАН)
Больница ИНЦ СО РАН

Оценка качества жизни участников проекта «Старшее поколение 65+» в дистанци-
онном режиме, в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19

Научно-методические рекомендации

Иркутск – 2020

ФГБУН Иркутский научный центр СО РАН, Больница ИНЦ СО РАН

Оценка качества жизни участников проекта «Старшее поколение 65+» в дистанционном режиме, в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. С.А. Лепехова, Л.Н. Мансурова, В.В. Киреева, П.О. Иноземцев, Л.В. Коробейникова, Л.Ю. Кукушкина, В.К. Станкевич, К.А. Апарцин. – Иркутск: Иркутский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук, 2020 – 33 стр., выполнены в соответствии с Государственным заданием на 2020 г., раздел «Научно-методическое обеспечение деятельности научных учреждений, подведомственных Минобрнауки России, расположенных на территории Иркутской области» для работников научно-организационных подразделений. Методические рекомендации направлены на обеспечение научно-организационной работы по оценке качества жизни участников проекта «Старшее поколение 65+» в дистанционном режиме, в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. Представлена методика оценки качества жизни у лиц старшей возрастной группы в дистанционном режиме, с учетом эпидемиологической обстановки связанной с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19.

Научно-методические рекомендации предназначены для научных сотрудников, врачей больницы ИНЦ СО РАН, студентов, аспирантов и волонтеров работающих с лицами старшего поколения.

Научно-методические рекомендации утверждены на ученом совете ИНЦ СО РАН

Авторы: С.А. Лепехова, Л.Н. Мансурова, В.В. Киреева, П.О. Иноземцев, Л.В. Коробейникова, Л.Ю. Кукушкина, В.К. Станкевич, К.А. Апарцин.

Рецензент:

к.м.н. Усольцев Ю.К. – гл. врач Больница ИНЦ СО РАН

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	5
ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ТЕРМИНЫ	7
СТАРШАЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА	9
Старение	9
Особенности состояния здоровья лиц старшей возрастной группы	10
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.....	12
Понятие. История изучения качества жизни	12
Измерение качества жизни	12
Исследование качества жизни у лиц старшего поколения.....	13
Результаты разработки и применения методических рекомендации.....	15
Способы проведения оценки качества жизни	15
Дистанционный режим оценки качества жизни	15
Факторы включения/исключения из исследования.	16
Алгоритм телефонного разговора дистанционной оценки качества жизни с заполнением опросников, согласно протокола исследования	16
Приложение 1.....	22
Приложение 2.....	26
Приложение 3.....	28
Приложение 4.....	29
ЛИТЕРАТУРА	30

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДНК - Дезоксирибонуклеиновая кислота

ИНЦ СО РАН – Иркутский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук

КЖ - качество жизни

ОМБИТ – Отдел медико-биологических исследований и технологий Иркутского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук

CAPS - «Clinical-administered posttraumatic stress disorder Scale»

COVID-19 - коронавирусная инфекция

EQ-5D - «European Quality of Life Questionnaire»

HRQOL - The health-related quality of life

ICCV - Cercetare a Calității Vieții

MOS SF-36 - «The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey»,

MRT –«Mapi Research trust»

ВВЕДЕНИЕ

В связи с невозможностью очного участия субъектов исследования из-за сложной эпидемиологической ситуации нами были разработаны методические рекомендации по дистанционному заполнению опросников по оценке качества жизни участников проекта «Старшее поколение 65+» в дистанционном режиме, в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, которые предназначены для научных сотрудников, врачей Больницы ИНЦ СО РАН, студентов, аспирантов и волонтеров работающих с лицами старшего поколения.

В современной медицине используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (HRQOL). Основываясь на этих рекомендациях качество жизни – это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества. При изучении данного вопроса авторами разработано и внедрено множество опросников шкал оценки качества жизни. Все опросники подразделяются на общие (генерические) и специальные (болезнь-специфичные). Первые - могут нести в себе общие характеристики, и быть направлены на оценку состояния здоровья популяции в целом, без привязки к конкретному заболеванию, либо для оценки широкого диапазона состояний. Европейский опросник оценки качества жизни European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D) затрагивает 5 аспектов для анализа: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль или дискомфорт, тревога или депрессия.

Инициатором проекта «СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ» выступил ИНЦ СО РАН, который является научной организацией, занимающейся фундаментальными исследованиями. В проекте на данный момент принимает участие 100 человек из них 77 научные сотрудники ИНЦ СО РАН, в возрасте 65+. Организован мониторинг качества жизни сотрудников научных учреждений старшего возраста 65+, проводится наблюдательное исследование с использованием опросника EQ5D-3L, по оценке состояния здоровья.

Для объективизации состояния здоровья из медицинской карты участника исследования взята информация о состоянии здоровья: использованы данные диспансерных наблюдений и стационарные обследования за последние 5 лет. Важным элементом данного исследования является анкетирование по опросникам, что позволяет нам оценивать влияние проводимых мероприятий на качество жизни участников проекта «Старшее поколение».

Анализ качества жизни традиционно проводимый с использованием опросников при личной беседе стал затруднителен с весны 2020 года, когда Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о начале пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 (COVID-19).

На основании Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", Приказа ФМБА России N 71 от 25.03.2020 "О мерах по противодействию распространения новой коронавирусной инфекции", Указа Прези-

дента РФ от 02.04.2020 "О мерах по противодействию распространения новой коронавирусной инфекции", Постановления Правительства Российской Федерации N 402 от 01.04.2020, в связи с ростом числа случаев коронавирусной инфекции в Российской Федерации, вызванной 2019-NCOV, граждане в возрасте старше 65 лет должны находиться на самоизоляции.

Именно по этой причине возникла необходимость изучения качества жизни в дистанционном режиме, с использованием телефонии и телемедицинских технологий. Методические рекомендации позволят углубить знания по вопросам геронтологии, по сохранению здоровья, повышению качества жизни лиц старшей возрастной группы.

Старость отличает организм утратой способности к продолжению рода, а также угасанием всех жизненных функций до момента наступления смерти. Данная тема очень актуальна, так как в настоящее время пожилые и старые люди стали третьей по значимости категорией населения, что породило очень серьезные экономические, социальные, медицинские проблемы [1].

При этом нельзя не учитывать, что несмотря на успехи медицины растёт количество хронических больных и инвалидов, в том числе пожилого и старческого возраста [2]. С другой стороны, именно физиологический, а не хронологический возраст, наряду с возможностью к самообслуживанию пациентов старшей возрастной группы, являются определяющими понятиями для отождествления конкретного человека с понятием «старость».

В этой связи, перед государством стоит 2 задачи: необходимость обеспечения неопределённо длительного поддержания, а иногда и протезирования функций организма полностью компетентного не смертельно больного пациента, а также комплекс мер при отказе такого пациента от жизнеспасения ввиду неприемлемости для него обеспечиваемого в результате этого качества жизни [3]. В контексте изложенного успешным шагом может являться анализ качества жизни пациентов старшей возрастной группы и его оптимизация в последующем.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ТЕРМИНЫ

Старость — период возрастного развития человека, от утраты способности организма к продолжению рода до смерти.

Хронологический возраст – количество астрономического времени, прошедшего со дня рождения человека.

Биологический возраст – мера степень морфологического и физиологического развития, определяется совокупностью обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма.

Мультиморбидность - сочетание множества (≥ 2) хронических или острых болезней и медицинских состояний у одного человека (National Library of Medicine).

Пресбиакюзис – возрастная потеря слуха (старческая глухота), носит двусторонний характер и в наибольшей степени проявляется в области высоких частот.

Пресбиопия – ослабление способности фокусировать зрение, что ведет к нарушению зрения на малое расстояние и часто возникает в среднем возрасте.

Катаракта - патологическое состояние, связанное с помутнением хрусталика глаза и вызывающее различные степени расстройства зрения вплоть до полной его утраты. Помутнение хрусталика обусловлено денатурацией белка, входящего в его состав.

Возрастная макулярная дегенерация – это хроническая прогрессирующая патология, которая заключается в поражении макулярной зоны глазного дна, при этом страдает сетчатка, капилляры сосудистой оболочки и пигментный эпителий. Возрастная макулярная дегенерация является основной причиной плохого зрения и слепоты у пациентов после 50 лет и в странах Европы и США, и в Юго-Восточной Азии. Число потерявших зрение с возрастом увеличивается.

Эректильная дисфункция - неспособность достичь стойкой эрекции или совершить полноценный половой акт.

Либи́до – (от лат.) сексуальное влечение.

Мастэктомия (от др.-греч. *mastòs* «грудь» и *ek tome* «удаляю») — хирургическая операция по удалению молочной железы.

T-лимфоциты, или T-клетки (от лат. *thymus* «тимус») — лимфоциты, развивающиеся у млекопитающих в тимусе из предшественников — претимоцитов, поступающих в него из красного костного мозга. Играют важную роль в приобретённом иммунном ответе. Обеспечивают распознавание и уничтожение клеток, несущих чужеродные антигены, усиливают действие моноцитов, NK-клеток, а также принимают участие в переключении изотипов иммуноглобулинов

(в начале иммунного ответа В-клетки синтезируют IgM, позже переключаются на продукцию IgG, IgE, IgA).

Цитокины — небольшие пептидные информационные молекулы. Они регулируют межклеточные и межсистемные взаимодействия, определяют выживаемость клеток, стимуляцию или подавление их роста, дифференциацию, функциональную активность и апоптоз, а также обеспечивают согласованность действия иммунной, эндокринной и нервной систем в нормальных условиях и в ответ на патологические воздействия.

Атеросклероз (от греч. *ἀθήρος*, «мякина, каша» и *σκληρός*, «твёрдый, плотный») — хроническое заболевание артерий эластического и мышечно-эластического типа, возникающее вследствие нарушения липидного обмена и сопровождающееся отложением холестерина и некоторых фракций липопротеидов в интима сосудов. Отложения формируются в виде атероматозных бляшек. Последующее разрастание в них соединительной ткани (склероз), и кальциноз стенки сосуда приводят к деформации и сужению просвета вплоть до облитерации (закупорки).

Саркопения — возрастное атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы.

Коллаген — фибриллярный белок, составляющий основу соединительной ткани организма (сухожилие, кость, хрящ, дерма и т. п.) и обеспечивающий её прочность и эластичность.

Эластин — это структурный белок эластических волокон, который в большом объеме содержится в соединительной ткани. Он присутствует в коже, в стенках кровеносных сосудов, в связках и легких. Волокна эластина обладают очень важным качеством: они способны растягиваться в несколько раз по сравнению с первоначальной длиной. При этом сохраняется высокая прочность волокон и их способность возвращаться в исходное состояние после устранения нагрузки.

Скрипт - это сценарий разговора с респондентом, построенный по определенным правилам.

СТАРШАЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА

Старение

Старение – многопричинный процесс, в основе которого лежат эндогенные (генетические, аутоинтоксикация продуктами метаболизма клеток.) и экзогенные (питание, стресс, гиподинамия, вредные привычки) факторы.

Старение связано с изменениями, происходящими на всех уровнях организации живой материи – молекулярном, субклеточном, клеточном, системном, целостного организма.

Старение – это закономерный физиологический процесс, являющийся следствием накопления невосстанавливаемых повреждений клеток, тканей и организма в течение жизни:

1. Снижение адаптационных возможностей организма.
2. Повышение вероятности гибели.
3. Снижение возможности давать потомство.

Особенности процесса старения:

1. Неодновременное наступление старения разных клеток.
2. Различная степень выраженности возрастных изменений в разных органах и даже в разных структурах одного и того же органа.
3. Появление возрастных изменений в различных органах и системах с разной скоростью.
4. Разнонаправленность возрастных изменений, связанных с активацией одних и угнетением других жизненных процессов.

Специалисты института геронтологии и гериатрии АМН СССР выделили молекулярные, клеточные и нейрогуморальные механизмы старения [4].

Молекулярные и клеточные механизмы старения представлены главным образом нарушением генетического аппарата клетки, программы биосинтеза белка – нарушение изменение концентрации митохондриальной ДНК, и как следствие - нарушение клеточной биоэнергетики, уменьшение клеточной массы, нарушение функции клеток и их гибель

Нейрогуморальные изменения представлены тем, что с возрастом изменяются функции клеток: снижается способность нейронов воспринимать информацию; секреторных клеток – синтезировать и выделять вещества; сократительных клеток сердца – длительно поддерживать высокий уровень работоспособности; резко ограничиваются функциональные возможности органа при нагрузке. В условиях целостного организма старение клеток является сложной совокупностью их собственных возрастных изменений и регуляторных влияний всей внутренней среды организма.

Необходимо отметить, что старение – это результат взаимодействия различных эндогенных и экзогенных повреждающих агентов с генетическим материалом клетки и постепенного

накопления случайных мутаций в геноме соматических клеток. Повреждения ядерной и митохондриальной ДНК соматических клеток - основной фактор, определяющий развитие возрастной патологии, включая рак. В ряде работ установлена положительная корреляция между продолжительностью жизни вида и скоростью репарации ДНК. При старении может изменяться не только структура генов, но и направление их функционирования. С возрастом в соматических клетках накапливаются не только мутации, но и хромосомные перестройки. Большинство повреждений ДНК репарируются, но не все.

Согласно классификации возрастов взрослого населения по ВОЗ, выделяют следующие группы:

Молодой возраст - 18-44

Средний возраст - 45-59

Пожилой возраст - 60-74

Старческий возраст - 75-90

Долголетие - 90+

Особенности состояния здоровья лиц старшей возрастной группы

Как отмечено выше, на биологическом уровне старение характеризуется постепенным хроническим накоплением молекулярных и клеточных повреждений, которые приводят к прогрессирующим и генерализованным нарушениям многих функций организма, а также повышают уязвимость к экологическим воздействиям и ведут к повышенному риску заболеваний и смерти [5]. Несмотря на выраженное разнообразие воздействия таких изменений на индивидуальном уровне, можно выявить общие тенденции при рассмотрении всего населения в целом [6]. Тем не менее, такое снижение индивидуальной жизнеспособности может быть компенсировано за счет адаптации, и зачастую оно сопровождается накоплением опыта и знаний.

Отметим особенности функционирования людей старшей возрастной группы.

Двигательные функции - мышечная масса имеет тенденцию к снижению, что может ассоциироваться со снижением силы и ослаблением функции костно-мышечной системы [7, 8]. По мере старения костная масса, или плотность, имеет тенденцию к снижению, особенно у женщин постклимактерического возраста. Эти процессы приводят к существенному росту риска переломов (это состояние известно как остеопороз), что имеет серьезные последствия в виде инвалидности, снижения качества жизни и смертности. По мере изнашивания хряща и уменьшения количества околоуставной жидкости повышается ригидность и хрупкость сустава [9].

Сенсорные функции Старение часто ассоциируется с ухудшением зрения и слуха, хотя на индивидуальном уровне такие ухудшения могут существенно различаться. Пресбиакузис объясняется старением ушной улитки, воздействием таких факторов окружающей среды, как шум, генетической предрасположенностью, повышенной уязвимостью к физиологическим факторам

стресса и изменениями образа жизни [10]. Более 180 млн. человек в мире в возрасте старше 65 лет страдают от потери слуха, что вызывает сложности с восприятием нормальной разговорной речи [11,12]. Старение также ассоциируется со сложными функциональными изменениями глаз, которые приводят к пресбиопии [13]. Распространенные изменения, связанные со старением – это катаракта, а также возрастная макулярная дегенерация.

Когнитивные функции Когнитивные функции у людей широко варьируются, и их уровень тесно связан с уровнем образования. Многие когнитивные функции начинают ухудшаться в относительно молодом возрасте, причем разные функции ухудшаются с разной скоростью [14]. Распространенными нарушениями являются - ухудшения памяти и скорости обработки информации. Тем не менее, хотя старение и ассоциируется с ослаблением способности к выполнению сложных задач, требующих разделения или переключения внимания, такие процессы не приводят к ухудшению способности к концентрации внимания или к неспособности сосредоточиться [15]. Таким образом, не все когнитивные функции ухудшаются с возрастом, а такие языковые функции, как понимание, чтение и словарный запас, в частности, остаются стабильными на протяжении всей жизни. Возрастные ухудшения когнитивных функций носят индивидуальный характер и определяются многими факторами, включая социально-экономическое положение, образ жизни, наличие хронических заболеваний и применение лекарственных средств, что свидетельствует о возможности принятия мер общественного здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла человека. Также есть основания полагать, что нормальное возрастное ухудшение когнитивных функций можно частично компенсировать за счет практических навыков и опыта, приобретенного в течение жизни [16], а также уменьшить при помощи умственных тренировок и физической активности [17]. Важно отметить, что незначительные и разнородные изменения когнитивной функции, которые наблюдаются у здоровых пожилых людей, существенно отличаются от изменений, связанных с деменцией.

Иммунная функция Иммунная функция, в частности активность Т-клеток, с возрастом снижается [20]. Такие изменения означают, что на склоне лет снижается способность реагировать на новые инфекции (и вакцины); это явление называют старением иммунной системы [21]. Нередко встречается мнение о том, что хронический стресс может ослаблять иммунный ответ и снижать эффективность вакцин у пожилых людей, а возрастное повышение уровня воспалительных цитокинов в сыворотке, известное как хронический вялотекущий воспалительный процесс в старости, приводит к целому ряду последствий, включая старческую дряхлость, атеросклероз и саркопению [22].

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Понятие. История изучения качества жизни

Экспертами ВОЗ были разработаны критерии КЖ человека в конце XX века. В современной медицине используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» «The health-related quality of life» (HRQOL) [26]. КЖ – это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества [27]. Первое упоминание об изучении качества жизни принадлежит профессору Колумбийского университета США D.A. Karnofsky, который предложил шкалу оценки состояния онкологических больных на химиотерапии [28]. Кроме того, в ряде первых статей с упоминанием понятия КЖ стало именно описание 90-летнего пациента-долгожителя, наслаждавшегося празднованием его юбилея [29]. С 1980-х годов произошел переход к оценке результатов медицинской помощи по конечному результату, в котором особое значение придаётся КЖ конкретных исследуемых пациентов в ближайшем и отдалённом периодах [30]. Одновременно с этим происходит возрастание значения понятия КЖ и в рамках здравоохранения в целом. В частности, директор Российского геронтологического научно-клинического центра Минздравсоцразвития РФ, академик РАМН Шабалин В.Н. относит изучение роли качества жизни пожилых людей в формировании здоровья к числу приоритетных направлений фундаментальных и прикладных научных исследований [31]. В настоящее время существует несколько сотен опросников шкал оценки КЖ. При этом, разнящиеся результаты исследований даже в одном географическом регионе, потребовали систематизации науки о связанным со здоровьем КЖ. Например, во Франции в 1974 году создан *Mapi Research trust* (MRT), целью которого стала централизация исследований о КЖ, одобрение и географическая адаптация разработанных опросников. На протяжении последних десятилетий создаются научные кластеры по изучению КЖ граждан внутри стран. В 1990 был создан научно-исследовательский институт *Institutul de Cercetare a Calităţii Vieţii* (ICCV) в Румынии. Существуют самостоятельные платформы с предоставлением аналитических данных [32]. К примеру, Numbeo - проект, собирающий данные о разных аспектах жизни, в том числе о КЖ в странах мира с 2009 года [33].

Измерение качества жизни

Технически, оценка КЖ проводится методом суммирования рейтингов тщательно выстроенных взаимосвязей стандартных вопросов и ответов на них, данных респондентами [34]. Когда речь идет об измерении качества жизни, рассматриваются два аспекта: измерение степени удовлетворенности объективных потребностей, интересов и субъективная оценка качества жизни (этой удовлетворенности) самим исследуемым [35].

Исследователи ВОЗ выделяют группы ключевых аспектов КЖ: физические и психологические. Первая группа представлена параметрами: энергичность, усталость, дискомфорт, боль. Психологические аспекты определены эмоциональностью, познавательностью и самооценкой. Кроме того важны аспекты общественной жизни и окружающей среды [36].

1. Все опросники подразделяются на общие (генерические) - могут нести в себе общие характеристики, и быть направлены на оценку состояния здоровья популяции в целом, без привязки к конкретному заболеванию, либо для оценки широкого диапазона состояний, и специальные (болезнь-специфичные) - являются оптимальным средством для анализа, планирования исходов при применении различных методов профилактики и терапии конкретного заболевания [37].

Максимально адаптированы для РФ такие общие опросники, как: «The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey» («MOS SF-36»), «European Quality of Life Questionnaire» («EQ-5D»), «General Health Rating Index», «Clinical-administered PTSD Scale» («CAPS») [38].

Опросник EQ-5D является широко используемым инструментом оценки состояний здоровья в большинстве стран по всему миру [39]. Содержит как опросную, так и графическую часть и доступен для понимания. Итоговые данные представляют собой единую балльную оценку здоровья респондента. Благодаря удобству заполнения, универсальности и возможности количественно оценить состояние здоровья респондента, EQ-5D используется в клинических исследованиях, практической медицине и экономике здоровья [40].

Исходная шкала CASP-19 (Hyde et al., 2003) является теоретически обоснованным показателем качества жизни в старшем возрасте. CASP-12 - это переработанная, более компактная 12-позиционная версия CASP-12. Шкала составлена из четырех разделов, инициалы которых составляют аббревиатуру: контроль, автономия, самореализация и удовольствие. 12 пунктов, которые представлены в виде вопросов или утверждений. Респонденты оцениваются по четырехбалльной шкале Лайкерта («часто», «иногда», «редко», «никогда»). Итоговая оценка представляет собой сумму этих 12 пунктов и колеблется от минимального (от 12 до 48). Высокий балл свидетельствует о высоком качестве жизни. В литературе не указан порог, по которому качество жизни подразделяется на «низкое» и «высокое».

Исследование качества жизни у лиц старшего поколения

Особенностью пожилых больных является то, что с каждым годом увеличивается риск развития заболеваний, их хронизация. Сочетание нескольких патологий (мультиморбидность), зачастую встречающихся с увеличением количества лет, приводит к тому, что лица старшего по-

коления с одной стороны не могут выздороветь, с другой – хотят полноценной жизни, достаточно высокого её качества.

Для компенсации нарушенных функций органов и систем организма следует проводить их длительную медикаментозную, а также немедикаментозную коррекцию. В этой связи, главной составляющей понятия КЖ для них, прежде всего, является доступность медико-социальной помощи, как комплекса медицинских и социальных услуг, предоставляемых больным пожилого возраста в учреждениях медицинского профиля и на дому и оказываемых профессиональными коллективами, состоящими из врачей, ученых, медсестёр, социальных работников, психологов, трудотерапевтов, и ухаживающего персонала [41]. В этом случае, суть медико-социальной помощи заключается в поддержании такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения [42].

На КЖ влияет и то, что пожилые пациенты в сравнении с лицами трудоспособного возраста имеют существенно меньшие финансовые ресурсы и социальную поддержку (о возможностях которой они к тому же ещё и могут не иметь адекватной информации или за счёт снижения мобильности лишаются способности обращения за ней) [43].

Учитывая повышенный риск заболеваний, а также важные социальные изменения и личные потери, которые зачастую характерны для второй половины жизни, можно было бы ожидать, что этот период связан с неотвратимым упадком и страданиями. Тем не менее это не так. Результаты множества исследований субъективных оценок благополучия на протяжении всего жизненного цикла свидетельствуют о том, что во многих странах общий уровень удовлетворенности жизнью в пожилом возрасте на самом деле повышается [44, 45]. Можно найти целый ряд причин, объясняющих такие результаты, однако вполне вероятно, что это отчасти отражает потенциал для восстановления, адаптации и психосоциального роста в пожилом возрасте. Тем не менее такие модели не носят универсальный характер, и в некоторых странах пожилые люди в меньшей степени удовлетворены жизнью, чем молодые совершеннолетние. Это подчеркивает важную роль условий окружающей среды, способствующих формированию позитивного восприятия жизни в пожилом возрасте. Кроме того, широкие оценки функционирования являются более точными прогностическими факторами для позитивных исходов в пожилом возрасте, чем наличие какого-либо одного заболевания или даже мультиморбидности.

В связи с этим основная задача организаций, оказывающих медико-социальную помощь пожилым людям, заключается в поддержании удовлетворительного КЖ больных, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, и защите гарантированных государством прав на медицинское и социальное обслуживание [46].

Результаты разработки и применения методических рекомендации

Способы проведения оценки качества жизни

Оценка качества жизни включает в себя проведение очного анкетирования - интервьюирование или самостоятельное заполнение анкеты. Метод является одним из основных средств контроля эффективности проводимой у больных длительной базисной терапии и их социальной адаптации в обществе, что соответствует социальному портрету пациента старшей возрастной группы [41].

В рамках выполнения протокола исследования используются опросники EQ5D-3L, и CASP-12, а так же, опросник «Самоизоляция». Заполнение опросников осуществляется при очном присутствии участника проекта «Старшее поколение».

Дистанционный режим оценки качества жизни

Нами был разработан и предложен дистанционный способ заполнения опросников, сотрудниками ОМБИТ разработан и внедрен опросник «САМОИЗОЛЯЦИЯ», который нацелен на выявление потребностей медико-социальной сферы для опрашиваемого, и помогает в последующем скорректировать качество жизни лица старшего поколения. Предоставление медицинской помощи с применением телемедицинских технологий является одним из ключевых акцентов современного здравоохранения. Информационно-коммуникационные технологии произвели революцию в способах общения, а также поиска и обмена информацией, что позволило значительно повысить качество жизни людей. Эти технологии имеют огромный потенциал в области решения современных глобальных проблем здравоохранения [47]. По мнению экспертов ВОЗ ключевыми вопросами и современными глобальными проблемами являются доступность, справедливость, качество и эффективность затрат на развитие медицины в мире. Одним из направлений решения вышеуказанных ключевых проблем является развитие телездравоохранения в системе медицинской помощи. Основой системы оказания эффективной медицинской помощи в РФ на сегодняшний день является профилактика социально значимых неинфекционных заболеваний, коррекция факторов риска, обучение людей навыкам по сохранению и укреплению здоровья. Кроме того, в 2020 году появилась новая угроза человечеству: пандемия COVID-19, что вызвало необходимость ограничивать общение в живом и больше времени проводить в самоизоляции. Учитывая тот факт, что последнее особенно актуально для лиц старшей возрастной группы, телемедицина, а конкретнее анкетирование пожилых пациентов в дистанционном режиме, может являться настоящим прорывом. В сложившихся условиях возникшей пандемии, и необходимости группы лиц, старше 65 лет находиться на самоизоляции весной 2020 года.

В РФ дистанционное консультирование, в том числе для оценки качества жизни пациента соответствует законодательству. Согласно статье 36 Федерального закона от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» особенностью медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий, является то, что дистанционные консультации пациента медицинским работником осуществляются в целях: профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента и принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

В рамках проводимого в настоящее время в ИНЦ СО РАН исследования «Оценка качества жизни: исследование с участием сотрудников учреждений ИНЦ СО РАН 65+, был разработан и апробирован «скрипт» - алгоритм опроса лиц старшего поколения в дистанционном режиме (телефония; видеоконференцсвязь; переписка посредством электронной почты). Разговор ведется с соблюдением средств защиты персональных данных. Информационный листок пациента и согласие на проведение исследования и обработку персональных данных участники подписывает после опроса, по приглашению на территорию ОМБИТ (Приложение 1). Исследуемые в дистанционном режиме отвечают на вопросы опросников: EQ-5D в модификации 3L (приложение 2) и CASP-12 (приложение 3), а так же, опросника «Самоизоляция» (приложение 4).

Факторы включения/исключения из исследования.

Главным критерием исключения из исследования, является устный или письменный отказ субъекта, от участия в исследовании.

Материально-техническое обеспечение.

Письменное согласие субъекта на участие в исследовании.

Наличие телефонной связи или связи через сеть интернет, позволяющей обеспечить защиту персональных данных субъекта исследования.

Опросники (EQ-5D и CASP-12) в электронном или бумажном формате

Алгоритм телефонного разговора дистанционной оценки качества жизни с выполнением опросников, согласно протокола исследования

Первостепенно необходимо устное согласие опрашиваемого на участие в исследовании.

Рекомендуемый алгоритм дистанционного заполнения опросников для оценки качества жизни участников проекта при самоизоляции в условиях пандемии включает в себя ряд шагов.

Шаг 1. Подготовка необходимой документации. Для ускорения и упрощения заполнения опросника, рекомендуется подготовить всю необходимую документацию (в нашем случае это список

субъектов исследования, опросники EQ-5D в модификации 3L и CASP-12), что бы в процессе заполнения не заставлял ждать субъекта исследования.

Шаг 2. Согласование удобного времени для беседы. В случае, если субъекту исследования удобно в настоящий момент ответить на ряд вопросов, приступаем к заполнению опросника. Если поступает отрицательный ответ, необходимо согласовать удобное время

Шаг 3. Непосредственное заполнение опросника.

На данном этапе необходимо разъяснить субъекту исследования необходимость проведения данного исследования, какие ожидаемые результаты будут получены, а так же как в конечном итоге данные этого опроса отразятся на самом субъекте исследования. Про возникновении каких-либо затруднительных моментов в процессе заполнения опросника, субъекту исследования необходимо повторить вопрос более четко и размеренно. Нельзя допускать изменения в формулировке вопроса, либо оценочное суждение исследователя в отношении сути вопроса.

Шаг 4. Завершение опроса. Необходимо сообщить, когда результаты опросника будут проанализированы и пригласить субъект исследования для подписания информационного согласия, которое будет подписано очно при посещении организации. По результатам заполнения анкет и их анализа, в случае выявления сниженного качества жизни формируется программа курации субъекта исследования, добавляются мероприятия по коррекции физического и психического компонентов качества жизни, привлекаются волонтеры, либо информация направляется сотрудникам Больница ИНЦ СО РАН.

Предложенный алгоритм был применен при опросе участников проекта «СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ», на данный момент получены результаты опросов 94 человек, из них 77 научные сотрудники ИНЦ СО РАН, в возрасте 65+. В исследовании приняло участие 24 мужчин, 70 женщин. Для сравнения результатов опросов, использовали данные полученные при очном заполнении опросников и дистанционном заполнении через месяц после введения режима «самоизоляции». Во всех случаях были заполнены одномоментно опросники EQ-5D в модификации 3L, CASP-12, дополнительно в условиях самоизоляции нами был заполнен оригинальный опросник «САМОИЗОЛЯЦИЯ». Опросник EQ-5D-3L профиля здоровья, отражает три уровня проблем в пяти компонентах (подвижность, уход за собой, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия), рассчитывается путем сложения данных. Балльная оценка аналоговой шкалы EQ-VAS равна 100, при заполнении описательного опросника по жизнеощущению CASP-12 исследуемый отмечал на вопросы по 4-градуированной шкале, опросник «САМОИЗОЛЯЦИЯ» отражает соблюдение правил самоизоляции, образ жизни; эмоциональные переживания по поводу опасности заражения коронавирусной инфекцией, социальную защищенность и необходимость в медицинской помощи.

Результаты опроса о компонентах качества жизни до самоизоляции при очном опросе представлены на рис.1.

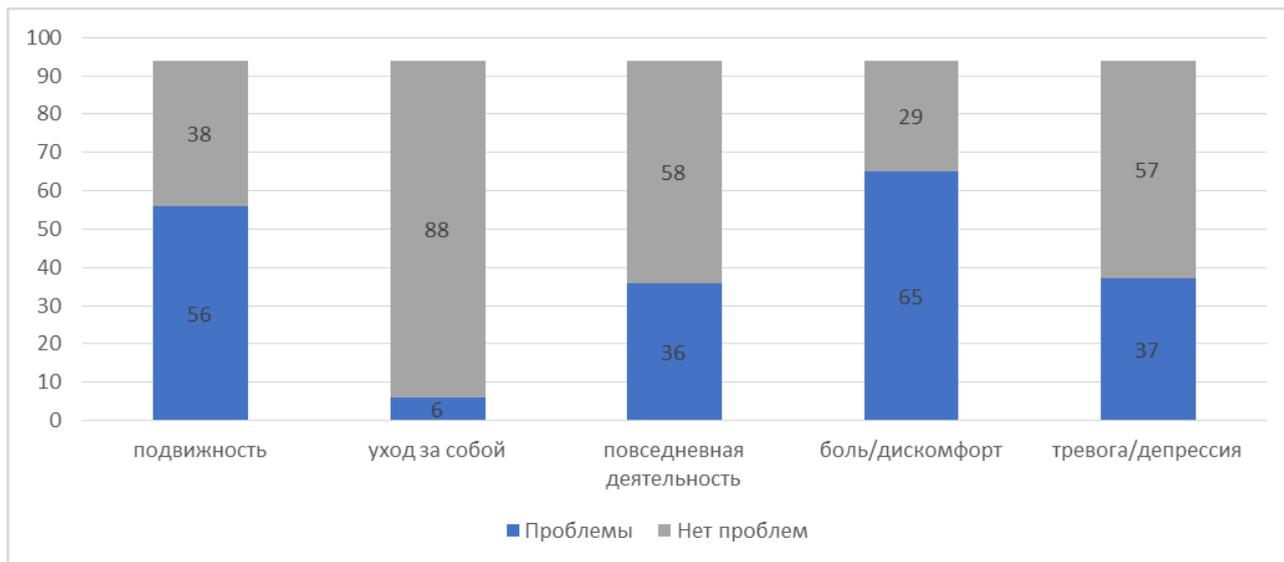


Рис. 1. Распределение участников по ответам о компонентах качества их жизни, при очном опросе.

Все 94 участника исследования при очном опросе отметили наличие проблем со здоровьем, некоторые участники отметили наличие проблем по всем компонентам качества жизни. Анализ опросников показал, что в наименьшей степени среди опрошенных наблюдались проблемы по уходу за собой: отсутствие проблем в этой области отметили 88 человек. Сообщили, что испытывают некоторые затруднения в подвижности, 38 опрошенных, легкое беспокойство и депрессию – 37 участников. В повседневной деятельности некоторые проблемы испытывают 36, умеренную боль и дискомфорт ощущают большая часть опрошенных – 65 человек.

Результаты опроса по ответам о компонентах качества жизни после 1 месяца в условиях самоизоляции при дистанционном опросе представлены на рис.2.

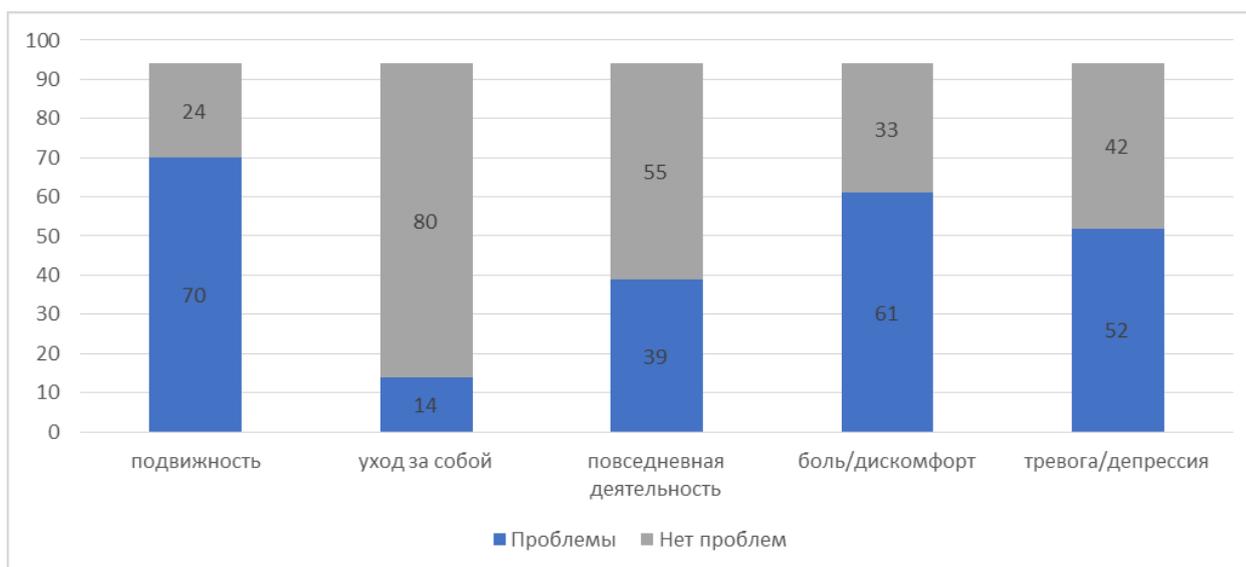
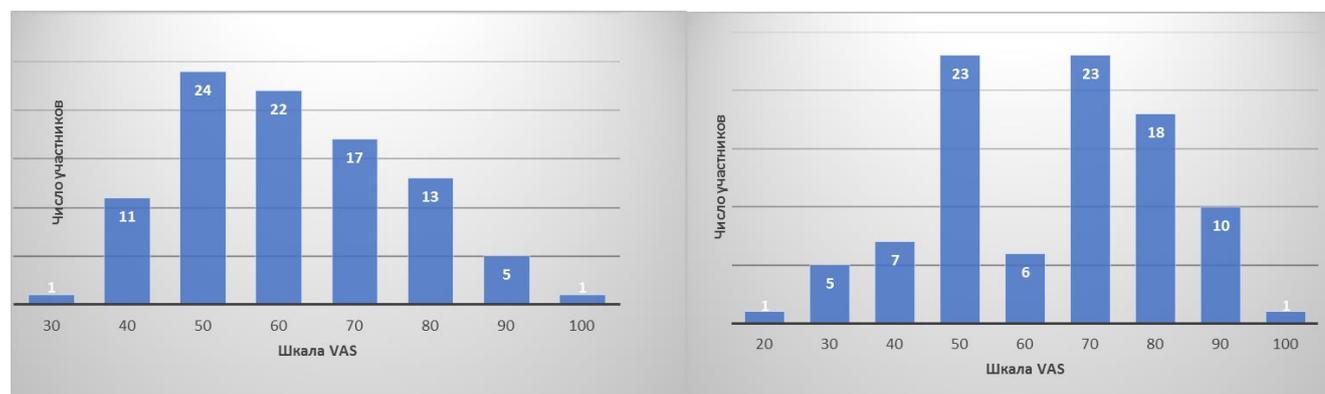


Рис. 2. Распределение участников по ответам о компонентах качества их жизни через месяц

после самоизоляции, при дистанционном опросе.

Данные полученные при дистанционном опросе сопоставимы с результатами, полученными при очном опросе, следует отметить увеличение тревожности и проблем с подвижностью, по нашему мнению, это связано с режимом «самоизоляции», в условиях которой участники нашего проекта вынуждены ограничивать свою подвижность, что негативно отражается на показателях.

На рис. 3 показано распределение уровней оценки КЖ участников по VAS в динамике.



А. Показатель по VAS до самоизоляции Б. Показатель по VAS через месяц после самоизоляции

Рис. 3. Динамика качества жизни по VAS при очном и дистанционном опросе (А,Б).

Как видно, после введения режима самоизоляции наблюдается некоторое смещение распределения оценок в сторону более высоких показателей, однако на фоне общего положительного момента по сохранению уровня качества жизни, у некоторых участников исследования отмечается снижение качества жизни.

За период введения режима самоизоляции для лиц 65+ с мая по сентябрь 2020 года, в дистанционном заполнении опросников по качеству жизни приняли участие 94 субъекта исследования. Дистанционный режим ведения опроса, позволило субъекту исследования соблюсти все рекомендованные ограничительные меры, связанные с эпидемиологической обстановкой, что минимизировало риски, которые могли возникнуть при очном участии в исследовании. Полученные нами результаты свидетельствуют о сопоставимости результатов полученных при очном и дистанционном опросе, а предложенный способ дистанционного заполнения опросников может быть использован для оценки качества жизни.

Клинический пример

Субъект Б. 91 год.

Исследование предполагало 3 этапа: опрос задолго до пандемии (29.11.2019 г); опрос до момента введения режима самоизоляции и опрос спустя 1 месяц после введения режима по Указу Президента Российской Федерации от 28 апреля 2020 года № 294 «О продлении действия мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской

Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (28.05.2020 г.).

Б. дал согласие на участие в проекте «Старшее поколение» - 29.11.2019 г. В тот же день проведено дистанционное исследование по формам EQ-5D в модификации 3L и CASP-12.

EQ-5D-3L профиля здоровья, описываемого тремя уровнями выраженности проблем в пяти компонентах (подвижность, уход за собой, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия) получен результат 8 баллов. Балльная оценка, полученная с помощью визуальной аналоговой шкалы EQ-VAS равна 50. В описательном опроснике по жизнеощущению CASP-12 исследуемый отмечал ответы на вопросы по 4-градуированной шкале. Общая оценка определена в 30 баллов. Результаты 1 этапа свидетельствуют о хороших показателях степени комфортности, и качества жизни исследуемого.

Результаты опроса 2 этапа (от 15.04.2020) показали, что: Согласно опросникам, оценивалось качество жизни в 7 баллов по профилю здоровья, 40 баллов по шкале VAS. Суммарный балл по опроснику CASP-12 равен 27 баллам. На данном этапе показатели степень комфортности и качество жизни оказались ниже, чем до возникновения в СМИ информации о коронавирусной инфекции. Со слов исследуемого именно наличие тревожной информации и уровень эмоционального напряжения в обществе стали определяющими при ответах на вопросы анкет.

После введения режима самоизоляции при опросе 28.05.2020 получены следующие результаты. По опроснику EQ-5D-3L в профиле здоровья получен общий балл 7, (степень ограниченности в повседневной жизни в сравнение со 2 этапом осталась на прежнем уровне). По шкале VAS набрано 25 баллов, что существенно ниже, чем на 1 и 2 этапах. Суммарный балл по опроснику CASP-12 равен 25 баллам, что так же ниже первых 2 этапов. При анализе ответов на опросник «САМОИЗОЛЯЦИЯ» выявлено, что исследуемый строго привержен правилам самоизоляции, проживает в квартире, ведет малоподвижный образ жизни особенно с введением самоизоляции; испытывает переживания по поводу опасности заражения коронавирусной инфекцией, не нуждается в социальной помощи, но при этом испытывает недостаточную доступность медицинской помощи.

Результаты свидетельствуют об ухудшении показателей, которые вероятней всего связаны с введением режима самоизоляции и ограничением передвижения исследуемого, малоподвижным образом жизни.

Таким образом, предложенный нами метод дистанционного заполнения опросников для оценки качества жизни участников проекта «Старшее поколение 65+» в дистанционном режиме, в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, позволяет продолжать исследования. В связи с невозможностью очного участия субъектов исследования из-за сложной эпидемиологической ситуации нами были разработаны методические рекомендации по дистанци-

онному заполнению опросников, которые предназначены для научных сотрудников, врачей Больницы ИНЦ СО РАН, студентов, аспирантов и волонтеров работающих с лицами старшего поколения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данные по оценке качества жизни, полученные дистанционно, в период самоизоляции участников исследования в полной мере отражают состояние здоровья субъектов и сопоставимы с данными полученными напрямую, при непосредственном участии субъектов исследования, до введения ограничительных мер, что позволяет выполнять исследование в удаленном режиме.

Своевременная оценка качества жизни лиц старшей возрастной группы с использованием дистанционного опроса, позволяет не только спрогнозировать персональную программу динамического наблюдения за состоянием их здоровья, а также в последующем - снизить количество осложнений от хронических заболеваний, обострений течения заболеваний, но и повысить психологический и физический компоненты качества жизни, за счет привлечения в случае необходимости к работе волонтеров, сотрудников Больницы ИНЦ СО РАН.

Приложение 1.

Информационный листок пациента

Информационный листок пациента

Название наблюдательного исследования: оценка качества жизни сотрудников учреждений ИИЦ СО РАН старшей возрастной группы

Организатор исследования: Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Иркутский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» (ИИЦ СО РАН), 664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 134.

Главный исследователь: директор ФГБУН ИИЦ СО РАН, доктор мед. наук профессор Апарцин Константин Анатольевич

Сотрудник исследовательского центра, выполняющий процедуру получения информированного согласия : _____

В этом документе описывается процедура наблюдательного исследования, которое заключается в оценке качества жизни с помощью анкетирования и сбора информации о состоянии здоровья для проверки предположения о том, что формирование корпоративного стандарта укрепления здоровья и создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, занятых умственным / научным трудом в учреждениях Иркутского научного центра СО РАН, позволит улучшить качество и продолжительность жизни целевой группы.

В данном исследовании Вам не придется принимать никаких экспериментальных препаратов, методов лечения, реабилитации или проходить процедур, кроме тех, которые обычно проводятся пациентам во время визита диспансерного наблюдения. Вас попросят явиться в назначенное время в Больницу ИИЦ СО РАН или центр клинических исследований «Старшее поколение» ИИЦ СО РАН для анкетирования и осмотра.

Суть Вашего участия в исследовании заключается в согласии предоставить информацию о состоянии Вашего здоровья, включая медицинские записи в Вашей амбулаторной карте, а также пройти анкетирование один или несколько раз на усмотрение врача-исследователя. Позже с Вашего согласия информация о состоянии Вашего здоровья будет использована учеными-исследователями, которые сопоставят результаты Вашего обследования, анкетирования с известными базами данных или с Вашими предыдущими результатами.

В дальнейшем на основании данных о качестве жизни научных работников старшей возрастной группы, как продолжающих работать в научном учреждении, так и завершивших профессиональную деятельность, будут сформированы программы укрепления здоровья, включающие социальные, медицинские, научно-просветительские и прочие аспекты. Мы предложим Вам принять участие в одной или нескольких программах, и если Вы примете решение об участии, Вам необходимо будет подписать отдельное информированное согласие, в котором будет детально описана суть программы. Оценка эффективности разрабатываемых процедур и программ для научных работников старшей возрастной группы является научным исследованием, субъектом которого являетесь Вы, поэтому нет гарантии, что в результате участия в той или иной программе Ваше качество жизни улучшится. Именно поэтому данное исследование проводится с вовлечением наиболее организованной и склонной к аналитическому процессу группы – научных сотрудников старшей возрастной группы.

Что такое «согласие»?

Решение о том, принимать ли участие в данном исследовании или нет, остается на Ваше усмотрение. Если Вы примете решение об участии, Вы должны подписать страницы в конце этой формы, подтвердив тем самым свое согласие на участие в исследовании. Это и называется «предоставлением согласия».

Вам следует принять свое решение лишь после того, как:

1. Сотрудник исследовательского центра разъяснит Вам информацию об исследовании.
2. Вам будет известна задача исследования и связанные с ним процедуры, а также

3. Вы хотите выполнять то, что от Вас требуется во время этого исследования.

Помочь в принятии решения Вам сможет обсуждение с семьей, друзьями и своим врачом, сколько бы для этого ни понадобилось времени. В любое время в ходе исследования Вы можете изменить свое решение. Даже после подписания этой формы Вы всегда вправе выйти из исследования. При этом Вы не обязаны указывать причину подобного решения.

С кем следует связаться, если у меня есть вопросы?

Любые имеющиеся у Вас вопросы или сомнения, касающиеся этого исследования, Вы можете обсудить с главным исследователем Апарциным Константином Анатольевичем по телефонам +7(3952) 453080 (раб.); +79025767839 (моб.) или по адресу электронной почты director@isc.irk.ru Также Вы можете связаться с сотрудником исследовательской группы _____

по телефону _____.

Если у Вас есть вопросы, касающиеся Ваших прав как участника исследования, Вы можете задать их Комитету по биомедицинской этике ФГБУН Иркутского научного центра Сибирского отделения РАН, который одобрил проведение этого исследования.

Секретарь Комитета: Грибанова Лариса Григорьевна, телефон +7 (3952) 453161

Если Вы считаете, что Вам нанесен ущерб в данном исследовании или у Вас есть вопросы, касающиеся побочных эффектов, пожалуйста, свяжитесь с главным исследователем Апарциным Константином Анатольевичем по телефонам +7(3952) 453080 (раб.); +79025767839 (моб.) или по адресу электронной почты director@isc.irk.ru

Зачем проводится это исследование?

Это исследование проводится для того, чтобы понять, насколько отличаются показатели качества жизни у граждан пожилого возраста, занятых умственным / научным трудом в учреждениях Иркутского научного центра СО РАН от показателей качества жизни граждан пожилого возраста, занятых иными видами деятельности, а также от показателей качества жизни граждан иного возраста, занятых умственным / научным трудом. В дальнейшем на этой основе будут предложены меры социальной реабилитации, программы укрепления здоровья и сформирован корпоративный стандарт укрепления здоровья и создана система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, занятых умственным / научным трудом в учреждениях Иркутского научного центра СО РАН. Если оценка разработанных мероприятий подтвердит их эффективность, результаты исследования будут предложены для применения в системе СО РАН.

«Наблюдательное» означает, что врачи-исследователи не станут изменять стандартного лечения, если оно необходимо при Вашем состоянии, а будут лишь углубленно оценивать результаты Вашего обследования и анкетирования. Впоследствии Вам будет предложено участие в каких-либо программах медицинского, социального характера и прочих, направленных на улучшение качества жизни, это потребует подписания отдельного информированного согласия.

Что мне потребуется делать во время этого исследования?

Все процедуры, которые Вам будут проведены в рамках наблюдательного исследования, являются общепринятыми и необходимыми для определения уровня качества жизни, социально-демографического профиля и объема использования услуг здравоохранения, включающие заполнение двух валидированных форм опросов (EQ5D-3L, CASP-12), формы дополнительной информации, измерения антропометрических показателей. После того, как Вы предоставите свое согласие на участие в исследовании Вас попросят ответить на некоторые общепринятые вопросы, связанные с Вашим здоровьем при личном контакте с исследователем во время первого визита, проведенного при первичном обращении в центр «Старшее поколение» или во время специально назначенного интервью. Опрос может быть повторен один или несколько раз с Вашего согласия.

Какие побочные эффекты или риски можно ожидать от участия в этом исследовании?

Все процедуры и анкеты в рамках данного наблюдательного исследования хорошо известны и разрешены к применению в медицинской практике. Вам придется один или несколько раз дополнительно посетить медицинское учреждение/исследовательский центр, что может доставить определенные неудобства. Если Ваше состояние здоровья и качество жизни ухудшится настолько, что Вы не сможете посетить исследовательский центр лично, сотрудник проведет телефонный контакт или посетит Вас на дому с Вашего согласия.

Какую пользу можно ожидать от участия в этом исследовании?

Информация, полученная в этом исследовании, поможет ученым, врачам и организаторам системы здравоохранения больше узнать об особенностях оценки качества жизни граждан пожилого возраста, занятых умственным / научным трудом в учреждениях Иркутского научного центра СО РАН, выработать корпоративный стандарт укрепления здоровья для данной категории граждан и создать системы долговременного, в дальнейшем это позволит улучшить качество и продолжительность жизни целевой группы.

Согласие на участие в наблюдательном исследовании

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что:

1. Я прочитал(а) этот информационный листок пациента, и мне разъяснили информацию об этом исследовании
2. Я обсудил(а) информацию об исследовании и задал(а) интересующие меня вопросы. Я получил(а) удовлетворительные ответы на все свои вопросы.
3. Мне было дано время для того, чтобы принять решение по поводу участия в этом исследовании.
4. Я даю добровольное согласие на участие в исследовании, описанном в этом Информационном листке пациента.
5. Мне предоставили ФИО сотрудников исследовательского центра, с которыми я могу связаться.
6. Я даю согласие на то, что сотрудники исследовательского центра и другие уполномоченные лица могут иметь доступ к моей медицинской и персональной информации в порядке, описанном в этом Информационном листке пациента.

Подпись

Дата

ФИО (печатными буквами)

Подпись законного представителя (если имеется)

Дата

ФИО законного представителя (печатными буквами)

Подпись сотрудника исследовательского центра,
получавшего информированное согласие

Дата

ФИО сотрудника исследовательского центра (печатными буквами)

Приложение 2.

Опросник по форме EG5D-3L
(заполняется респондентом)

Для каждой группы высказываний, отметьте то, которое наилучшим образом описывает Ваше здоровье **на сегодняшний день**. Пожалуйста, отметьте один квадрат в каждой группе.

Подвижность

Я не испытываю трудностей при ходьбе

Я испытываю некоторые трудности при ходьбе

Я прикован (-а) к постели

Уход за собой

Я не испытываю трудностей при уходе за собой

Я испытываю некоторые трудности с мытьем или одеванием

Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

Обычная повседневная деятельность (например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

Я не испытываю трудностей в привычной повседневной деятельности

Я испытываю некоторые трудности в привычной повседневной деятельности

Я не в состоянии заниматься привычной повседневной деятельностью

Боль/Дискомфорт

Я не испытываю боли или дискомфорта

Я испытываю умеренную боль или дискомфорт

Я испытываю крайне сильную боль или дискомфорт

Тревога/Депрессия

Я не испытываю тревоги или депрессии

Я испытываю умеренную тревогу или депрессию

Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию

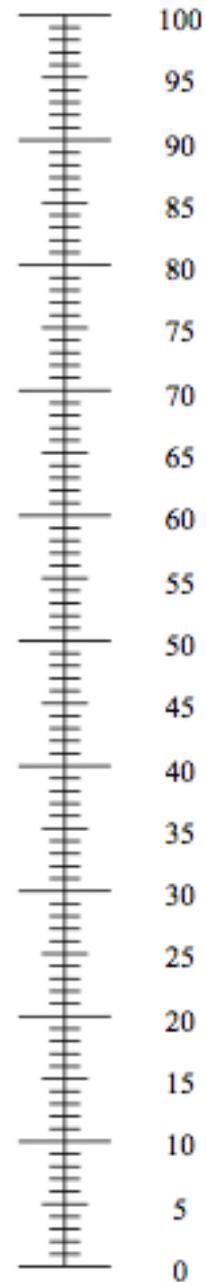
Наилучшее состояние здоровья,
которое можно себе представить

Мы хотели бы узнать, как Вы оцениваете состояние своего здоровья на сегодняшний день.

- Перед Вами шкала от 0 до 100.
- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое Вы можете представить.
- 0 – наихудшее состояние здоровья, которое вы можете представить.

- Поставьте крестик «X» на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует Вашему состоянию здоровья на сегодняшний день.

- Теперь впишите отмеченное Вами на шкале число в приведенный ниже четырехугольник.



Наихудшее состояние здоровья,
которое можно себе представить

Приложение 3.

Опросник по форме CASP-12

Ниже приводятся высказывания, которыми люди обычно описывают свою жизнь или ощущения.

Мы хотели бы знать, как часто Вы думаете, что это относится к Вам, если вообще относится.
(Просьба отметить один квадрат в каждом ряду)

Часто	Иногда	Редко	Никогда	
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	В силу возраста я не могу делать вещи, которые мне хотелось бы
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я чувствую, что я не контролирую то, что происходит со мной
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я чувствую, что я в стороне от жизни
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я могу делать то, что мне хочется
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Семейные обязанности не дают мне делать то, что хотелось бы
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Из-за нехватки денег я не могу себе позволить делать то, что хотелось бы
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я радуюсь приходу каждого дня
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я чувствую, что в моей жизни есть смысл
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	В общем, я оглядываюсь на прожитую жизнь с чувством счастья
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	В эти дни я чувствую, что я полон (полна) энергии
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я чувствую, что жизнь открывает массу возможностей
<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Я чувствую, что в будущем меня ждет много хорошего

Приложение 4.

Опросник «САМОИЗОЛЯЦИЯ»

№	Вопрос	Ответ
1	Обострились ли у Вас хронические заболевания во время самоизоляции? Если да, то какие?	
2	Ухудшилось ли у Вас психоэмоциональное состояние во время самоизоляции?	
3	Как Вы соблюдаете самоизоляцию (строго, частично, не соблюдаете вообще)?	
4	Где Вы находитесь на самоизоляции (в квартире, на даче, другое)?	
5	Обращались ли Вы в медучреждения за медпомощью во время самоизоляции?	
6	Были ли у Вас проблемы с получением медпомощи во время самоизоляции? Если да, то какие?	
7	Что не хватает Вам для улучшения жизни (лекарства, деньги, внимание, ничего не нужно)?	
8	Считаете ли Вы себя ущемленными/пострадавшими в условиях пандемии?	
9	Должны ли быть разработаны специальные меры по выходу из самоизоляции для лиц старше 65 лет? Какие?	

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В.Р., Донцов В.И., Кожин А.А. и др., Этапы жизнедеятельности человека и медицинские услуги в разные возрастные периоды. М., Мастерство, 2015 г
2. Scfield G. R. Ethical Considerations in Rehabilitation Medicine//Arch. Phys. Med. Rehabil. - 1992. - Vol. 74. - № 8. - P. 341-346.
3. Freed M. M. Quality of life: the physician's dilemma//Arch. Phys. Med. Rehabil. - 1984. - Vol. 65. - P. 109-111.
4. Фролькис В.В. Гипотеза о регуляторном механизме молекулярно-генетических изменений при старении // Старение и физиологические системы организма. - Киев, 1969.- С. 36-46.
5. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. Nature. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. <http://dx.doi.org/10.1038/451644a>
6. Sehl ME, Yates FE. Kinetics of human aging: I. Rates of senescence between ages 30 and 70 years in healthy people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 May;56(5):B198–208. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.5.B198>
7. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al.; European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412–23. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afq034>;
8. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. J Am Geriatr Soc. 2003 May;51(5):636–41. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x>
9. Novelli C. Effects of aging and physical activity on articular cartilage: a literature review. J Morphol Sci. 2012;29(1):1–7. (<http://jms.org.br/PDF/v29n1a01.pdf>, accessed August 17 2015).
10. Yamasoba T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. Current concepts in age-related hearing loss: epidemiology and mechanistic pathways. Hear Res. 2013 Sep;303:30–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021>.
11. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. Bull World Health Organ. 2014 May 1;92(5):367–73.
12. Davis A, Davis KA. Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses. Hearing care for adults – the challenge of aging. Chicago: Phonak; 2010. 23–32. (http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conference_proceedings/chicago_2009/proceedings/09_P69344_Ph0_Kapitel_2_S23_32.pdf, accessed 20.10.2020).

13. Hickenbotham A, Roorda A, Steinmaus C, Glasser A. Meta-analysis of sex differences in presbyopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2012 May;53(6):3215–20. <http://dx.doi.org/10.1167/iovs.12-9791>.
14. Park DC. The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In: Park DC, Schwarz N, editors. *Cognitive aging: a primer*. New York: Psychology Press.
15. Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR. A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychol Aging.* 2004 Mar;19(1):27–39. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.27>.
16. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
17. Muscari A, Giannoni C, Pierpaoli L, Berzigotti A, Maietta P, Foschi E, et al. Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Oct;25(10):1055–64. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2462>.
18. Lochlainn MN, Kenny RA. Sexual activity and aging. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Aug;14(8):565–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022>.
19. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007 Aug 23;357(8):762–74. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423>.
20. Castelo-Branco C, Soveral I. The immune system and aging: a review. *Gynecol Endocrinol.* 2014 Jan;30(1):16–22. <http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.852531>.
21. Lang PO, Mendes A, Socquet J, Assir N, Govind S, Aspinall R. Effectiveness of influenza vaccine in aging and older adults: comprehensive analysis of the evidence. *Clin Interv Aging.* 2012;7:55–64.
22. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr).* 2013 Jun;35(3):563–72. <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z>.
23. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol.* 2011 JanFeb;29(1):37–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.07.005>.
24. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(2):73–86. <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200910020-00001>.
25. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Lett.* 2010 Sep;15(8):5–9.

26. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем. Качественная клиническая практика. 2010;(1):36-38.
27. Россошанский А.И., Чекмарева Е.А. Современное состояние и развитие теории и методологии исследования качества жизни населения. Проблемы развития территории. 2016;(1):145-159.
28. Kamofsky DF, Burchenal D F. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. Columbia Univ Press. 1947:107-134.
29. Boncton K. P. Young's 90 th birthday party//Arch. Environ. Health. - 1969. - Vol. 18. - P. 306.
30. Relman A. S. Assessment and accountability: the third revolution in medical care//N. Engl. J. Med.;1988;319;18:1220-1222.
31. Руководство по геронтологии/Под ред. академика РАМН В. Н. Шабалина. - М., 2005. -800 с.
32. Katsi V, Kallistratos MS, Kontoangelos K, et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. Front. Psychiatry. 2017;8:270. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00270>
33. Чемидова Л.С. Системы показателей уровня и качества жизни населения. Вестник Института комплексных исследований аридных территорий. 2019;(1):112-115. <https://doi.org/10.24411/2071-7830-2019-10030>.
34. Guyatt G. H., Feeny D., Patrick D. Proceedings of the international conference on the measurement of quality of Life as an outcome in clinical trials: postscript//Control. Clin. Trials. - 1991. - Vol. 12. - P. 266-269.
35. Коваленко С. Н., Романцов М. Г., Коваленко А. Л. Качество жизни больных инфекционного стационара: Руководство для врачей-инфекционистов и клинических психологов//Под ред. М. Г. Романцова. - СПб.,2010. -152 с.
36. Муртазина И.Р. Качество жизни и личностные характеристики взрослых в контексте здорового образа жизни. Мир науки. Педагогика и психология. 2019;7(1):2-16.
37. Дзуева С.С., Ахкубекова З.А., Жамборова Ф.А., и др. Оценка качества жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях. Трудный пациент. 2018;16(10):6-9. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10013>.
38. Новик А.А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина. 2000; (2):10-13.
39. Brooks R., Coons S.J, Cock P., Devlin N. EQ-5D in selected countries around the world. In: Brooks R., Rabin R., Charro F., eds. The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective. Dordrecht: Springer; 2003: 207-27. Doi:10.1007/978-94-017-0233-1_13.

40. Payakachat N., Ali M.M., Tilford J.M. Can The EQ-5D Detect Meaningful Change? A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2015; 33(11): 1137-54. Doi:10.1007/s40273-015-0295-6.
41. Пушкова Э. С. Качество жизни пожилых. Опыт Санкт-Петербургской гериатрической службы//Мир медицины. - 1999. - № 9. - С. 1-3.: <http://medi.ru/doc/8590915.htm>.
42. Дворецкий Л. И. Качество жизни пожилого человека//Руководство по геронтологии и гериатрии: В IV т./Под ред. акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина, проф. А. С. Мелентьева. - Т. II. Введение в клиническую гериатрию. Часть I. Глава 11.- М., 2005. - С. 154-160.
43. Relman A. S. Assessment and accountability: the third revolution in medical care//*N. Engl. J. Med.*;1988;319;18:1220-1222.
44. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Soc Sci Med*. 2008 Apr;66(8):1733–49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>.
45. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0).
46. Эпельбом И. Роль психолога в обеспечении качества жизни пожилых людей во Франции//Клиническая геронтология. - 2005. - № 9. - С. 103-104.
47. Resultados De Búsqueda Para Telemedicina, *el Economista*, 27/11/2017. URL:www.elEconomista.es (last accessed 15.12.2018).