

Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций

Котельникова А.В.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, лаборатория медицинской психологии и психотерапии, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» Москва, Россия, pav-kotelnikov@ya.ru

Кукшина А.А.,

кандидат медицинских наук, руководитель, лаборатория медицинской психологии и психотерапии ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия, kukshina@list.ru

Целью настоящей работы явилось исследование психосоциальных факторов качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций. На репрезентативной выборке 126 пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии, получающих восстановительное лечение, исследован вклад социально-демографических и анамнестических характеристик (пол, возраст, образование, семейное положение, социальный статус, количество предыдущих госпитализаций) в формирование качества жизни. В качестве значимых факторов обозначены возраст пациентов и социальный статус (выход на пенсию), при этом половая принадлежность, семейное положение, уровень образования и количество госпитализаций по восстановительному лечению не ассоциируются с субъективной оценкой качества жизни у обследованного контингента больных.

Ключевые слова: качество жизни, нарушение двигательных функций, возраст, социальный статус, выход на пенсию, пол, семейное положение, количество госпитализаций.

Для цитаты:

Котельникова А.В., Кукшина А.А. Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций

[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 63–78. doi: 10.17759/psyclin.2017060105

For citation:

Kotel'nikova, A.V., Kukshina, A.A. Psychosocial Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Movement Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 63–78. doi: 10.17759/psycljn.2017060105 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

По определению Всемирной организации здравоохранения качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, в современных условиях рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [12]. Такое понимание качества жизни отражает, прежде всего, гуманистическую тенденцию отношения к человеку как к целостной личности в ее биопсихосоциальном единстве [18], основанную на многокомпонентной трактовке здоровья. Хорошее состояние здоровья человека и его жизненное благополучие отражают не отсутствие болезней, а удовлетворение его потребностей и адаптацию в физической, психологической и социальной сферах [14].

Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, как указывают А.А. Новик и Т.И. Ионова, является высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп, поскольку позволяет количественно оценить компоненты здоровья, связанные или не связанные с заболеванием, а также дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного [12].

По мнению ряда ученых, особенно важным представляется исследование именно психологических механизмов формирования индивидуального КЖ, связанного со здоровьем, что является необходимым условием корректной интерпретации любой информации, касающейся субъективной удовлетворенности/неудовлетворенности (больного и здорового) человека различными сторонами своей жизнедеятельности [7]. Однако понимание этих механизмов возможно лишь при целостном, всестороннем изучении психосоциальных факторов, определяющих успешность адаптации личности, ее адаптационно-компенсаторный потенциал и реализацию этого потенциала в конкретных жизненных условиях.

В связи со сменой глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую к настоящему моменту исследования психосоциальных факторов формирования КЖ, связанного со здоровьем, приобретают все большую актуальность для различных континентов больных. Анализ доступных литературных источников по заявленной проблеме выявил неоднозначность роли обозначенных факторов в формировании субъективного КЖ, связанного со

здоровьем. Так, в работе И.А. Васильевой и коллег изучалась связь показателей КЖ больных на гемодиализе с социально-демографическими характеристиками (полом, возрастом, образованием и семейным положением) и было показано, что мужчин отличают более высокие показатели КЖ, а увеличение возраста ухудшает все показатели КЖ как у мужчин, так и у женщин; в то же время уровень образования и семейное положение не сказываются на субъективной оценке КЖ у этой категории пациентов [6]. При этом у больных сахарным диабетом 1 типа более высокий уровень КЖ ассоциирован со старшим возрастом, мужским полом, отсутствием инвалидности и наличием партнера [16]. А в исследовании Г.Б. Колотовой и коллег влияние социально-демографических факторов на КЖ пациентов с анкилозирующим спондилитом, сопровождающимся нарушением двигательных функций, выявлено не было [9].

В исследовании КЖ пациентов с ортодонтической патологией было обнаружено, что семейное положение может являться значимым фактором КЖ: женатые (замужние) пациенты отмечают более низкое КЖ по сравнению с холостыми [2]. Аналогичный результат получен и в исследовании больных с синдромом Эйзенменгера [1].

По мнению Н.А. Бернштейна, «из всех областей вопросов, относящихся к компетенции общей физиологии, ни одна не является столь специфически человеческой, как область физиологии двигательных функций... Судьбу индивидуума в борьбе за существование решают его действия...» [4, с. 7, 9]. Распространенность двигательных нарушений в общей популяции, частота обращаемости за медицинской помощью (вторая после респираторных заболеваний), а также высокий риск инвалидизации трудоспособного населения делают особенно актуальным изучение обозначенной проблемы на этом контингенте больных. В нашей стране за период 1999–2003 гг. официальный показатель (по статистическим сводкам Министерства здравоохранения РФ) заболеваемости для болезней костно-мышечной системы (БКМС), рассчитанный на 100000 населения страны, возрос на 23,9%. При этом доля БКМС среди всех болезней повысилась с 6,5% до 7,2%. Дорсалгии, характеризующиеся этиологической и прогностической гетерогенностью, возникают на протяжении жизни у 70-90% населения и занимают третье место по частоте поводов для госпитализации, являясь самой распространенной причиной продолжительной временной нетрудоспособности после 45 лет [5; 10; 17]. В возрасте около 50 лет дорсопатии диагностируются примерно у 80% мужчин и 60% женщин [10]. Двигательные нарушения, явившиеся следствием инсульта, дополняют этот список: слабость в руке (примерно у 50% больных) и/или слабость в ноге (примерно 40-45% случаев) в сочетании с болевым синдромом приводят к снижению общей двигательной активности и становятся причиной зависимости от окружающих в повседневной жизни [3].

Таким образом, **целью** настоящей работы явилось исследование психосоциальных факторов КЖ, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций.

Описание выборки и методы

В исследовании участвовали 126 пациентов, находившихся на лечении в филиале № 3 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы. Среди них были:

- 47 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст $54,2 \pm 12,1$), из них 19 (40,4%) женщин, 28 (59,6%) мужчин;
- 48 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (средний возраст $54,4 \pm 11,4$), среди них 28 (58,3%) женщин, 20 (41,7%) мужчин;
- 31 пациент с двигательными нарушениями на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (средний возраст $53,4 \pm 9,0$), среди них 19 (61,3%) женщин, 12 (38,7%) мужчин.

Сопоставимость нозологических групп с точки зрения возрастного и полового состава была оценена на основе статистических критериев равнозначности. Для анализа значимости различий в возрастном составе исследовательских групп использовался Н-критерий Крускала–Уоллиса: $H(2, 126) = 0,51$ при $p = 0,76$. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в исследовательских группах анализировалась статистикой Фишера, уровень значимости которой при попарном сопоставлении составлял $p > 0,05$.

Для исследования КЖ больных применялся рекомендованный международными протоколами опросник SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey) [12]. Результаты опросника представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются показатели, представленные ниже.

1. *Общее состояние здоровья* (General Health, GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже баллы по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

2. *Физическое функционирование* (Physical Functioning, PF) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность больного значительно ограничивается состоянием его здоровья.

3. *Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием* (Role-Physical Functioning, RP), отражает влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие

показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием больного.

4. *Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием* (Role-Emotional, RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Низкие показатели по шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

5. *Социальное функционирование* (Social Functioning, SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

6. *Интенсивность боли* (Bodily Pain, BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность больного.

7. *Жизненная активность* (Vitality, VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности, астении.

8. *Психическое здоровье* (Mental Health, MH) определяет настроение и общий эмоциональный фон, наличие депрессии, тревоги. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Под психосоциальными факторами КЖ в настоящем исследовании понимались социально-демографические и анамнестические характеристики пациентов: пол, возраст, образование, семейное положение, социальный статус, количество предыдущих госпитализаций.

Математико-статистическая обработка данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала в себя анализ данных описательной статистики, оценку значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок с помощью критериев Крускала–Уоллиса и Манна–Уитни, анализ значимости различий в пропорциональном соотношении бинарного признака в группах по критерию Фишера, кластерный анализ по методу k-средних.

Результаты и их обсуждение

На *первом этапе* работы было проведено исследование КЖ, связанного со здоровьем, контингента больных с нарушением двигательных функций различной

этиологии в сопоставлении с имеющимися условно-нормативными показателями, полученными по результатам психометрической апробации русскоязычной версии опросника SF-36 [12]. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ значимости различий в качестве жизни пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии (N=126) в сопоставлении с условно-нормативными показателями

Субшкалы опросника SF-36	Условно-нормативные показатели (n=2114)*	Последствия ОНМК (n=47)		Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (n=48)		Хронические ревматоидные заболевания (n=31)	
		M±SD	M±SD	p*	M±SD	p*	M±SD
GH – Общее состояние здоровья	54,1±19,4	45,1±13,1	0,002	43,9±20,3	0,000	55,5±17,8	0,691
PF – Физическое функционирование	79,6±22,0	42,5±22,4	0,000	41,0±24,7	0,000	47,0±27,8	0,000
RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	64,9±37,0	17,0±23,2	0,000	13,8±26,2	0,000	16,7±34,3	0,000
RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	66,5±36,7	35,0±41,7	0,000	47,7±40,5	0,001	33,4±41,1	0,000
SF – Социальное функционирование	68,0±22,1	47,2±19,3	0,000	45,7±14,2	0,000	40,8±14,4	0,000
BP – Интенсивность боли	66,4±25,0	55,6±25,0	0,003	29,9±16,7	0,000	29,4±16,7	0,000
VT – Жизненная активность	56,2±18,2	49,5±21,1	0,012	50,9±19,2	0,044	43,6±19,7	0,000
MH – Психическое здоровье	58,0±16,4	56,1±18,3	0,433	62,0±18,5	0,096	56,0±18,9	0,501

Примечание: * – уровень статистической значимости различий.

Обозначение: ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.

Как видно из табл. 1, в результате сопоставления средних показателей КЖ обследованных групп больных с двигательными нарушениями различной этиологии с условно-нормативными было выявлено достоверное снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36 за исключением шкалы психического здоровья. Таким образом, нарушение двигательных функций, безусловно, снижает КЖ по всем аспектам функционирования, при этом показатели психического здоровья обследованной выборки остаются конкордатными общепопуляционным.

На *втором этапе* работы изучались социально-психологические факторы КЖ, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций различной этиологии. Для исследования КЖ было использовано двукатегориальное ранжирование: к данным, характеризующим КЖ пациентов, применялась процедура кластерного анализа по методу *k*-средних, позволяющая сгруппировать объекты в заданное число кластеров [11]. С учетом многофакторной структуры исходных данных для каждой нозологии были выделены контрастные по уровню КЖ группы: с высоким и низким уровнями КЖ.

В группе пациентов с двигательными нарушениями в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) было 14 человек с высоким КЖ и 33 человека с низким КЖ; в группе пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника – 22 человека с высоким КЖ и 26 человек с низким КЖ; в группе с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматоидных заболеваний – 9 человек с высоким КЖ и 22 человека с низким КЖ. В результате попарного сравнения пропорционального соотношения указанных категорий пациентов в обследованных нозологических группах при помощи критерия Фишера достоверных различий зафиксировано не было ($p > 0,05$). Это позволило объединить имеющиеся данные всех обследованных нозологических групп для дальнейшего анализа КЖ. Таким образом, общее количество пациентов с двигательными нарушениями, оценивающих свое КЖ как высокое, составило 45 человек (35,7%), как низкое – 81 человек (64,3%) (рис. 1).

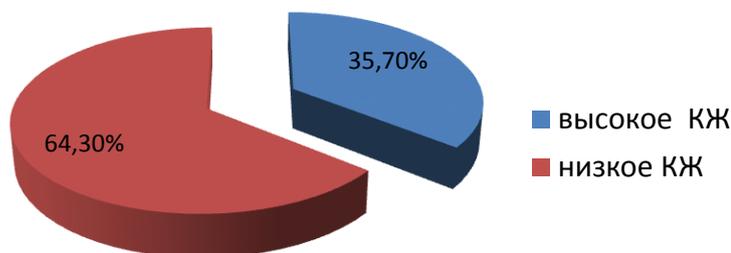


Рис. 1. Пропорциональная представленность высокого и низкого КЖ у больных с нарушением двигательных функций

Далее психосоциальные факторы КЖ, связанного со здоровьем, изучались в рамках произведенной кластеризации. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Социально-демографические и анамнестические характеристики
обследованного контингента больных
с нарушением двигательных функций (N=126)**

Социально-демографические и анамнестические характеристики		Высокое КЖ (n=45)	Низкое КЖ (n=81)
Пол (абс./%)	Женский	20 (44,4%)	46 (56,8 %)
	Мужской	25 (56,6%)	35 (43,2 %)
Возраст (M±SD)		50,7±12,3	55,9±10,0
Количество лет, затраченных на получение образования (M±SD)		13,3±1,9	12,9±1,9
Семейное положение (абс./%)	В браке	24 (53,3%)	48 (59,3%)
	Разведен	14 (31,1%)	19 (23,5%)
	Вдова (вдовец)	2 (4,4%)	11 (13,6%)
	Никогда не состоял в браке	5 (11,2%)	3 (3,6%)
Социальный статус (абс./%)	Работает	16 (35,6%)	17 (21,0%)
	Домохозяйка	2 (4,4%)	4 (4,9%)
	Пенсионер	19 (42,2%)	49 (60,5%)
	Временно не работает	8 (17,8%)	11 (13,6%)
Количество предыдущих госпитализаций (абс./%)	Ни одной	15 (33,3%)	21 (25,9%)
	1-2	10 (22,2%)	26 (32,1%)
	3 и более	20 (44,5%)	34 (42,0%)

Из табл. 2 видно, что, с точки зрения половой представленности, группы больных, оценивающих свое КЖ как высокое и как низкое, состоят из приблизительно одинакового соотношения мужчин и женщин. Достоверных различий в пропорциях мужчин и женщин в группах с высоким и низким КЖ, оцениваемых с помощью критерия Фишера, зафиксировано не было ($p=0,13$). Таким

образом, можно сделать вывод о том, что биологический пол для обследованного контингента больных не является значимым фактором КЖ, связанного со здоровьем.

Средний возраст в группе лиц, оценивающих свое КЖ, связанное со здоровьем, как высокое, составил $50,7 \pm 12,3$ лет; в группе, оценивающих свое КЖ как низкое – $55,9 \pm 10,0$ лет. Анализ значимости возрастных различий по критерию Манна–Уитни позволил интерпретировать описанные различия, как статистически достоверные ($U=1310,5$, $p=0,01$), то есть возраст является фактором снижения КЖ, связанного со здоровьем.

Уровень образования обследованных групп в основном описывается как среднее специальное и достоверно не различается ($U=1615,5$, $p=0,25$): $13,3 \pm 1,9$ лет и $12,9 \pm 1,9$ лет, потраченных на получение образования в группах соответственно.

Семейное положение также не является значимым фактором КЖ, связанного со здоровьем, в обследованных группах. Результаты анализа пропорциональной представленности в группах больных с высоким и низким КЖ у лиц, состоящих в браке, разведенных, овдовевших и никогда не состоявших в браке, достоверных различий не подтвердили ($p>0,05$). При этом проведение аналогичной процедуры анализа применительно к социальному статусу обследованных выявило достоверное преобладание лиц, находящихся на пенсии в группе больных, оценивающих свое КЖ как низкое (60,5%) по сравнению с лицами, оценивающими свое КЖ, как высокое (42,2%). Доля же работающих в группе с высоким КЖ превышает соответствующий показатель группы с низким КЖ (35,6% против 21,0%) на уровне статистической тенденции ($p=0,06$) (рис. 2).

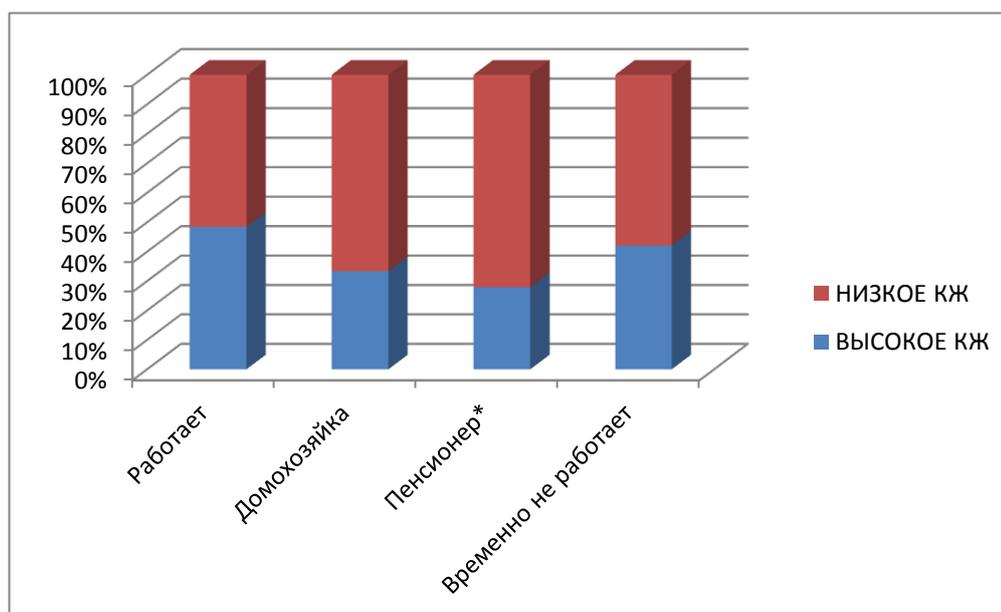


Рис. 2. Социальный статус в группах больных с высоким ($n=45$) и низким ($n=81$) КЖ

Описанный результат соответствует имеющимся в литературе данным о психологической «болезненности» выхода на пенсию, обусловленной резкой переменой социального положения, тем, от чего страдают самооценка и самоуважение человека [8]. Двигательные нарушения зачастую приводят к ранней инвалидизации трудоспособного населения, к вынужденному уходу с работы [13], вследствие чего люди перестают осознавать себя востребованными и начинают испытывать оторванность от социальной жизни, переживать свою ненужность государству и обществу [15]. Нельзя не учитывать и резкое ухудшение их материального благосостояния. Многие из них оказываются за чертой бедности, что сопровождается стрессом, вследствие которого могут развиваться психосоматические расстройства [8].

Анализ значимости различий показателей КЖ в группах с высоким и низким КЖ выявил наличие достоверных различий по всем шкалам опросника SF-36, кроме шкал SF (социальное функционирование) и ВР (интенсивность боли). Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Анализ значимости различий (U-критерий Манна-Уитни) показателей КЖ в группах с высоким и низким КЖ (N=126)

Субшкалы опросника SF-36	U	p*	Высокое КЖ (n=45) (M±SD)	Низкое КЖ (n=81) (M±SD)
GH – Общее состояние здоровья	1392,5	0,040	51,1±17,0	44,8±17,9
PF – Физическое функционирование	1390,0	0,030	49,4±25,7	39,4±22,5
RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	1265,5	0,001	28,3±36,8	8,6±16,2
RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	28,5	0,000	89,0±17,2	11,7±18,1
SF – Социальное функционирование	1664,5	0,410	43,9±15,4	45,7±17,0
BP – Интенсивность боли	1470,5	0,070	46,0±28,3	35,6±19,9
VT – Жизненная активность	878,5	0,000	60,1±18,0	42,2±18,3
MH – Психическое здоровье	855,5	0,000	68,9±13,9	52,5±18,4

Примечание: * – уровень статистической значимости различий. Факт имеющегося в ряде случаев превышения показателей стандартного отклонения над соответствующими значениями средних по шкалам опросника SF-36 свидетельствует об отсутствии нормального распределения данных и учтен при выборе критериев анализа (непараметрические).

Из табл. 3 видно, что максимальные различия (на уровне $p \leq 0,001$) между группами с высоким и низким КЖ получены по шкалам опросника SF-36, отражающим преимущественно психологическую составляющую: Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, Жизненная активность, Психическое здоровье. По шкалам, отражающим в большей мере физическую составляющую КЖ, различия имеют либо меньшую статистическую достоверность ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$ для шкал Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, Общее состояние здоровья, Физическое функционирование), либо отсутствуют вовсе (шкалы Социальное функционирование и Интенсивность боли).

Переменная количества предыдущих госпитализаций была введена в исследование с учетом фармакоэкономических аспектов, возможного формирования госпитализма, наличия вторичной выгоды от заболевания и т.п. Таким образом, предшествующий опыт прохождения медицинской реабилитации больных описывался в следующих градациях: «никогда не госпитализировался», «госпитализировался один-два раза», «госпитализировался три и более раз». В ходе попарного сравнения (критерий Фишера) пропорциональной представленности соответствующих категорий в группах больных с высоким и низким КЖ достоверных различий обнаружено не было. Как в группе с высоким КЖ, так и в группе с низким КЖ процентная представленность часто госпитализирующихся (3 и более раз) больных составляет чуть более 40% (44,5% и 42,0% соответственно). Описанный результат не позволяет интерпретировать количество госпитализаций как фактор формирования качества жизни, однако заставляет задуматься, прежде всего, о происхождении столь высокой частотности госпитализаций: возможно, это соотносится с продолжительностью заболевания, однако возникает также предположение, что большое количество госпитализаций у людей пожилого возраста – это одна из возможных форм социализации.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование позволяет обозначить субъективно оцениваемое качество жизни как методическую основу для составления индивидуальных программ психологической реабилитации.

Представляется важным для практикующих специалистов (медицинских психологов, реабилитологов, социальных работников) факт отсутствия связи между нозологией заболевания и субъективным качеством жизни. Можно предположить, что чувства бессилия, беспомощности, утраты контроля, возникающие вследствие невозможности полноценно реализовать одну из основных потребностей человеческого организма – потребность в движении, – создают идентичный психологический контекст состояния и субъективных переживаний больного вне зависимости от того, чем вызваны двигательные нарушения.

Вполне ожидаемые результаты, позволяющие обозначить возраст и социальный статус (выход на пенсию) в качестве значимых психосоциальных

факторов формирования КЖ, связанного со здоровьем, также необходимо учитывать в процессе психокоррекционной работы. При этом показано, что половая принадлежность, семейное положение, уровень образования, количество предыдущих госпитализаций по восстановительному лечению не ассоциируются с субъективной оценкой КЖ.

Литература

1. *Алехин А.Н., Андреева Е.В., Гончарова Н.С., Мусеева О.М., Трифонова Е.А.* Факторы социально-психологической адаптации пациентов с синдромом Эйзенменгера // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2012. Т. 91. № 9. С. 14–22.
2. *Архарова О.Н., Вагнер В.Д.* Влияние социально-демографических признаков на качество жизни ортодонтических пациентов // Институт стоматологии. 2015. Т. 69. № 4. С. 42–45.
3. *Батышева Т.Т., Бойко А.Н., Костенко Е.В.* Методологические основы лечения спастичности. Медико-социальные аспекты лечения спастичности в практике врача-невролога // Материалы научно-практической конференции. М., 2010. С. 6–9.
4. *Бернштейн Н.А.* О построении движений. М.: Книга по требованию, 2012. 253 с.
5. *Бучнов А.Д., Лупанов А.И., Матвиенко В.В., Карп В.Н.* Медико-социальные аспекты здоровья и качества жизни военнослужащих с заболеваниями позвоночника // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2006. № 2. С. 76–80.
6. *Васильева И.А., Бабарыкина Е.В., Добронравов В.А.* Социально-демографические характеристики и качество жизни больных на гемодиализе // Нефрология. 2012. Т. 16. № 4. С. 55–61.
7. *Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д.* Психологическая структура качества жизни больных с эпилепсией. Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2008. 22 с.
8. *Ильин Е.П.* Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб.: Питер. 2011. 224 с.
9. *Колотова Г.Б., Кузнецова Н.А.* Качество жизни больных анкилозирующим спондилитом // Уральский медицинский журнал. 2012. Т. 101. № 9. С. 96–101.
10. *Манвелов Л.С.* Вертеброгенные болевые синдромы // Нервные болезни. 2004. № 3. С. 42–44.
11. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2004. 392 с.

12. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.

13. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.). Т. 2. Депрессия и соматические заболевания / под ред. В.Н. Краснова. М.: МНИИ Психиатрии, 2010. 171 с.

14. Проценко А.С. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни // Материалы международной заочной научно-практической конференции «Современная медицина: тенденции развития». Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2012. С. 92–96.

15. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга/ Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. 640 с.

16. Шишкова Ю.А. Клинические, психологические и социально-демографические аспекты качества жизни у больных сахарным диабетом 1 типа молодого возраста. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2012. 28 с.

17. Crowe M., Whitehead L., Gagan M.J., Baxter D., Panckhurst A. Self-management and chronic low back pain: a qualitative study // Journal of Advanced Nursing. 2010. Vol. 66. № 7. P. 1478–1486. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05316.x (дата обращения: 24.06.2015).

18. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137. № 5. P. 535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535 (дата обращения: 24.06.2015).

Psychosocial Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Movement Disorders

Kotel'nikova, A.V.,

PhD. (Psychology), Senior Research Assistant, Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine, Moscow, Russia, pav-kotelnikov@ya.ru

Kukshina, A.A.,

PhD. (Medicine), Director, Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine, Moscow, Russia, kukshina@list.ru

The aim of present work was to investigate the psychosocial factors of quality of life associated with health in patients with impaired motor functions. Representative sample consisted of 126 patients with impaired motor functions of various etiologies receiving medical rehabilitation. The contribution of socio-demographic and anamnesis characteristics (gender, age, education, marital status, social status, number of previous hospitalizations) in the formation of the quality of life has studied. The patients age, social status (retirement) are designated as significant factors. At the same time gender, marital status, education level, number of hospitalizations for rehabilitation treatment is not associated with the subjective assessment of the quality of life in the examined group of patients.

Keywords: quality of life, movement disorders, gender, age, marital status, social status, retirement, number of hospitalizations.

References

1. Alekhin A.N., Andreeva E.V., Goncharova N.S., Moiseeva O.M., Trifonova E.A. Faktory sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii patsientov s sindromom Eizenmengera [Factors of psychosocial adaptation in patients with Eisenmenger syndrome]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta [Scientific Notes of P.F. Lesgaft University]*, 2012, vol. 91, no. 9, pp. 14–22. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Arharova O.N., Vagner V.D. Vliyanie sotsial'no-demograficheskikh priznakov na kachestvo zhizni ortodonticheskikh patsientov [Influence of social and demographic

attributes on quality of life of orthodontic patients]. *Institut stomatologii [Institute of Dentistry]*, 2015, vol. 69, no. 4, pp. 42–45. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Batysheva T.T., Boiko A.N., Kostenko E.V. Metodologicheskie osnovy lecheniya spastichnosti. Mediko-sotsial'nye aspekty lecheniya spastichnosti v praktike vrach-nevrologa [Methodological bases of the treatment of spasticity. Medical and social aspects of spasticity treatment in the practice of a neurologist]. *Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii [Materials of scientific-practical conference]*. Moscow, 2010, pp. 6–9. (in Russ.).

4. Bernshtein N.A. O postroenii dvizhenii [About construction of movements]. Moscow: Kniga po trebovaniyu, 2012. 253 p. (In Russ.).

5. Buchnov A.D., Lupanov A.I., Matvienko V.V., Karp V.N. Mediko-sotsial'nye aspekty zdorov'ya i kachestva zhizni voennosluzhashchikh s zabolevaniyami pozvonochnika [Medical and social aspects of health and quality of life of soldiers with spinal disorders]. *Vestnik Rossiyskoy Voенno-meditsinskoy akademii [Bulletin of the Russian Academy of Military Medicine]*, 2006, no. 2, pp. 76–80. (in Russ.).

6. Vasilieva I.A., Babarykina E.V., Dobronravov V.A. Sotsial'no-demograficheskie kharakteristiki i kachestvo zhizni bol'nykh na gemodialize [Social-demographic characteristics and quality of life of patients on the hemodialysis]. *Nefrologiya [Nephrology]*, 2012, vol. 16, no. 4, pp. 55–61. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Vasserman L.I., Mikhailov V.A., Tabulina S.D. Psikhologicheskaya struktura kachestva zhizni bol'nykh s epilepsiei. Posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Psychological structure of the quality of life of patients with epilepsy. Manual for physicians and medical psychologists]. Saint-Petersburg: publ. of Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva, 2008. 22 p. (In Russ.).

8. Il'in E.P. Rabota i lichnost'. Trudogolizm, perfektsionizm, len' [Work and personality. Workaholism, perfectionism, laziness]. Saint-Petersburg: Piter, 2011. 224 p. (In Russ.).

9. Kolotova G.B., Kuznetsova N.A. Kachestvo zhizni bol'nykh ankiloziruyushchim spondilitom [Quality of life of patients with ankylosing spondylitis]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal [Urals Medical Journal]*, 2012, vol. 101, no. 9, pp. 96–101. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Manvelov L.S. Vertebroгенные болевые синдромы [Vertebrogenic pain syndromes]. *Nervnye bolezni [Nerve Disease]*, 2004, no. 3, pp. 42–44. (In Russ.).

11. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh. Uchebnoe posobie [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data. Textbook]. Saint-Petersburg: Rech', 2004. 392 p. (In Russ.).

12. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guidelines for the study of quality of life in medicine]*. 2-e izd. Yu.L. Shevchenko (ed.). Moscow: OLMA Media Group, 2007. 320 p. (In Russ.).

13. Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroystvam (redaktsiya 2008). T. 2: Depressiya i somaticheskie zabolevaniya [Educational program for depressive disorders (revised 2008). Vol. 2: Depression and somatic diseases]. V.N. Krasnov (ed.). Moscow: publ. of MNII Psikhiiatrii, 2010. 171 p. (In Russ.).

14. Protsenko A.S. Sovremennye tendentsii otsenki effektivnosti meditsinskoi pomoshchi cherez kriterii kachestva zhizni [Modern trends in estimation of the effectiveness of medical care through the quality of life criterion]. *Materialy mezhdunarodnoi zaochnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Sovremennaya meditsina: tendentsii razvitiya»* [Proceedings of the International Correspondence Scientific-Practical Conference «Modern Medicine: Development Trends»]. Novosibirsk: Sibirskaya assotsiatsiya konsul'tantov, 2012, pp. 92–96. (In Russ.).

15. Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoi bolezn'yu spinnogo mozga [Rehabilitation of patients with traumatic spinal cord disease]. G.E. Ivanova, V.V. Krylov, M.B. Tsykunov, B.A. Polyayev (eds.). Moscow: OAO "Moskovskie uchebniki i Kartolitografiya", 2010. 640 p. (In Russ.).

16. Shishkova Yu.A. Klinicheskie, psikhologicheskie i sotsial'no-demograficheskie aspekty kachestva zhizni u bol'nykh sakharnym diabetom 1 tipa molodogo vozrasta [Clinical, psychological and socio-demographic aspects of quality of life in young patients with type 1 diabetes. PhD. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2012. 28 p. (In Russ.).

17. Crowe M., Whitehead L., Gagan M.J., Baxter D., Panckhurst A. Self-management and chronic low back pain: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 7, pp. 1478–1486. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05316.x (Accessed: 24.06.2015).

18. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980, vol. 137, no. 5, pp. 535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535 (Accessed: 24.06.2015)