

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев М. Т., Гизатуллина М. А., Оренбуркина О. И. // Клиническая офтальмология. — 2006. — Т. 7, № 3. — С. 113—115.
2. Бойко Э. В., Даниличев В. Ф., Сажин Т. Г. // Офтальмохирургия. — 2005. — № 3. — С. 25—29.
3. Гундорова Р. А., Степанов А. В., Иванов А. Н., Кириченко В. О. // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2009. — Т. 9, № 2. — С. 22—26.
4. Даниличев В. Ф. Офтальмология: Энзимотерапия и экстракорпоральная гемокоррекция / Руководство для врачей. — СПб: «Гуманистика», 2002. — 302 с.
5. Егоров Е. А., Астахов Ю. С., Ставицкая Т. В. Офтальмофармакология: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — С.72.
6. Логай И. М., Леус Н. Ф., Георгиев Д. Д. // Офтальмологический журнал. — 2002. — № 3. — С. 22—27.
7. Нестеров А. П., Егоров Е. А., Новодережкин В. В., Алябьева Ж. Ю. Гемаза в медикаментозном лечении послеоперационного фибриноидного синдрома // Тезисы докладов VII съезда офтальмологов России. — М., 2005. — С. 606.
8. Новодережкин В. В. // Клиническая офтальмология. — 2001. — Т. 2, № 3. — С. 114—115.
9. Петраевский А. В., Гндоян И. А., Куштарева Л. Б. // Офтальмохирургия. — 2009. — № 1. — С. 9—13.

10. Тромбовазим. Современный таблетированный тромболитик. История создания, результаты доклинических испытаний, результаты клинических испытаний. Базовая информация по препарату: описание, фармакологические свойства, показания к применению, способ применения и режимы дозирования. — Сибирский центр фармакологии и биотехнологии, Новосибирск, 2009. — 12 с.

11. Эффективность проведения комплексной подготовки пациентов для профилактики осложнений при комбинированном хирургическом лечении катаракты и глаукомы / Х. П. Тахчиди, Э. М. Миронова, Н. П. Яновская и др. // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: Сборн. научн. статей VIII Междунар. научн.-практич. конф. — М., 2006. — С. 248—255.

12. Ченцова О. Б., Третьяк Е. В. // Офтальмология. — 2006. — Т. 3, № 3. — С. 10—17.

13. Jeban F. S., Mamalis N., Spenser T. S., et al. // J.Cataract. Refract. Surg. — 2000. — Vol. 26. — P. 1773—1777.

Контактная информация

Гндоян Ирина Асатуровна — к. м. н., доцент кафедры офтальмологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: volgophthalm@mail.ru

УДК 316:616.12-009.86-057.875:614.2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Е. В. Пивоварова, В. Б. Мандриков, М. П. Мицулина

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра физической культуры и здоровья*

В статье содержатся результаты исследования по определению качества жизни студентов до и после эксперимента, связанного с оценкой эффективности разработанной авторами программы для юношей и девушек специального учебного отделения, имеющих синдром вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: качество жизни, студенты специального учебного отделения, синдром вегетативной дисфункции.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF STUDENTS WITH AUTONOMIC DYSFUNCTION SYNDROME

E. V. Pivovarova, V. B. Mandrikov, M. P. Mitsulina

The article presents the results of a study of quality of life of students before and after the experiment aiming to evaluate the efficiency of the program designed by the authors for young male and female students with autonomic dysfunction syndrome trained at a specialized educational department.

Key words: quality of life, students of a specialized educational department, autonomic dysfunction syndrome.

На современном этапе развития медицины качество жизни признано одним из ключевых критериев, отражающих состояние здоровья в смысле потенциальных рисков [5, 6]. В настоящее время необходимо руководствоваться комплексным подходом к оценке здоровья населения и основываться не только на объективных данных, но и на субъек-

тивном восприятии самого человека психологических, эмоциональных, социально-гигиенических и физических аспектов его жизни. Исследование качества жизни является важным подходом, позволяющим принципиально изменить взгляд на проблемы студента, имеющего отклонения в состоянии здоровья [1, 3, 6].

В настоящее время существует несколько методов оценки качества жизни индивида, которые используются для исследования здоровых и больных людей [2, 4, 5]. Сходство и различия этих методов обусловлены тем, что все они построены на основе интуитивного понимания авторами сущности качества жизни. Вместе с тем существует общепризнанное определение качества жизни, зафиксированное в документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Согласно определению ВОЗ, «качество жизни — это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются». Из этого определения следует, что сущность качества жизни имеет социально-психологическую природу и заключается в оценке индивидом собственной удовлетворенности различными аспектами своей жизни в социуме относительно тех своих психологических особенностей, которые связаны с уровнем запросов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение качества жизни студентов с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) до и после эксперимента, связанного с оценкой эффективности разработанной нами авторской программы для студентов специального учебного отделения, имеющих СВД.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 124 студента ВолГМУ II—IV курсов специального учебного отделения. Студенты были распределены на 2 группы: экспериментальную (62 человека) и контрольную (62 человека). Контрольная группа занималась по общепринятой методике, экспериментальная — по предложенной нами авторской программе с комплексным использованием основных и вспомогательных средств физического воспитания.

Для оценки качества жизни нами был выбран опросник ВОЗ КЖ-100, разработанный Санкт-Петербургским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева («Качество Жизни», Версия «Февраль — 1995 г.»).

Опросник измеряет качество жизни, связанное со здоровьем, и разработан таким образом, чтобы быть чувствительным к изменениям состояния здоровья индивида, что особенно важно для оценки результатов эксперимента. Его содержание фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменения в которых наблюдаются в результате какого-либо заболевания или дисфункции (WHOQOL Group, 1993). Вопросник качества жизни ВОЗ КЖ-100 содержит 100 вопросов, объединенных в 6 шкалах (сфер), каждая из которых, в свою очередь, включает от 3 до 8 субсфер (всего 24 субсферы) по 4 вопроса:

1. Физическая сфера состоит из субсфер: «Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Сон и отдых».

2. Психологическая сфера состоит из субсфер: «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация», «Самооценка», «Образ тела и внешность», «Отрицательные эмоции».

3. Уровень независимости состоит из субсфер: «Подвижность», «Способность выполнять повседневные дела», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе».

4. Социальные взаимоотношения состоит из субсфер: «Личные отношения», «Практическая социальная поддержка», «Сексуальная активность».

5. Окружающая среда состоит из субсфер: «Физическая безопасность», «Окружающая среда дома», «Финансовые ресурсы», «Медицинская социальная помощь», «Возможность для приобретения новой информации и навыков», «Возможность для отдыха и развлечений и их использование», «Окружающая среда вокруг», «Транспорт».

6. Духовная сфера (духовность, религия, личные убеждения).

7. Общая оценка качества жизни

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ блока «Физическая сфера» показал, что до эксперимента количество баллов в контрольной ($11,8 \pm 0,8$) и экспериментальной ($11,7 \pm 1,3$) группах было одинаково и результаты не имели достоверных различий ($p > 0,05$). После исследования показатель «Физической сферы» достоверно улучшился в экспериментальной группе ($14,0 \pm 0,74$) баллов ($p < 0,01$) при изменении, не достигшем достоверности, в контрольной — ($12,2 \pm 0,98$) баллов ($p > 0,05$). Достоверные различия между группами отмечались по субсфере «Жизненная активность, энергия и усталость» [в экспериментальной группе до исследования ($10,6 \pm 0,87$) баллов, после — ($13,3 \pm 0,52$) ($p < 0,01$), в контрольной — ($10,4 \pm 0,99$) и ($11,2 \pm 0,96$) баллов ($p > 0,05$) соответственно]. У студентов экспериментальной группы произошло повышение энергии, энтузиазма и выносливости благодаря «приобретению навыков выполнять повседневные дела творчески, по-своему...», они стали ощущать в себе достаточно энергии, чтобы «...чувствовать себя действительно бодрым».

Более 85 % студентов в экспериментальной группе «стали более легко справляться с физической болью и дискомфортом», в контрольной — 47 %. До эксперимента положительно на этот вопрос ответили 32,6 и 38,9 % респондентов соответственно. «Неудовлетворенных своей жизненной активностью и работоспособностью» стало меньше на 16,7 % в экспериментальной и на 3,4 % в контрольной группах.

Зафиксирована положительная динамика оценки качества жизни в «Психологической сфере» обеих групп, однако в экспериментальной группе они были статистически достоверны [до ($9,7 \pm 1,38$) и после эксперимента ($13,9 \pm 1,26$) баллов ($p < 0,05$)], а в конт-

рольной группе различия достигли только уровня тенденции [до $(9,6 \pm 1,23)$ баллов и после эксперимента — $10,5 \pm 1,56$ ($p > 0,05$)]. В экспериментальной группе произошли статистически значимые ($p < 0,01$) изменения в субсферах: «Положительные эмоции» [до $(7,0 \pm 1,99)$ и после эксперимента $(16,5 \pm 2,0)$ баллов], «Самооценка» [до $(11,7 \pm 1,26)$ баллов и после эксперимента $(14,8 \pm 1,58)$], «Образ тела и внешность» [до $(11,6 \pm 1,12)$ баллов и после эксперимента $(13,6 \pm 1,39)$], «Мышление, обучаемость, память и концентрация» [до $(10,9 \pm 1,55)$ и после эксперимента $(11,7 \pm 1,98)$ баллов].

Студенты экспериментальной группы стали отмечать, что научились более эмоционально испытывать позитивные чувства (удовлетворение, внутреннее равновесие (гармония), покой, счастье, надежда, радость), стали задумываться о своем смысле в жизни. Это проявлялось в «разнообразной помощи близким и друзьям», «в творческом подходе к работе», «в удовольствии от обычного, когда это обычное и повседневное видишь по-своему, одухотворенно». Так, в начале исследования не испытывали положительных эмоций 38,9 % студентов экспериментальной группы и 41,2 % контрольной. Были не удовлетворены способностью принимать решения, усваивать новое, концентрировать внимание, оценивать свою память по 30,9 % студентов обеих групп. По окончании исследования студентов с негативными эмоциями было зафиксировано в экспериментальной группе 16,7 %, в контрольной — 39,7 %, а возможность более детально концентрировать свои мысли и внимание на учебных занятиях отметили 87,9 % студентов экспериментальной группы и 64,4 % контрольной.

До эксперимента неудовлетворенность своей самооценкой, образом тела и внешностью было отмечено у 50,6 % исследуемых в экспериментальной и 52,6 % в контрольной группах. Во время итогового анкетирования студенты, занимавшиеся по предложенной нами авторской программе, с удовлетворением отметили, что им «нравится, как они выглядят», они «испытывают удовольствие от своего отражения в зеркале», им «ничего не хочется изменить в своей внешности».

Но, несмотря на позитивное настроение, студенты обеих групп все также «чувствуют себя обеспокоенными своим здоровьем» и отмечают, что «чувства печали и депрессии очень сильно влияют на их повседневную жизнь».

Оценка качества жизни по сфере «Уровень независимости» изменилась в обеих группах. В экспериментальной группе это изменение достигло статистически достоверного значения ($15,3 \pm 0,94$) балла [до эксперимента $(11,8 \pm 0,96)$ при $p < 0,01$], в контрольной группе — $(12,3 \pm 1,21)$ балла [до эксперимента $(11,9 \pm 1,0)$ при $p > 0,05$]. В экспериментальной группе достоверно изменилась ($p < 0,01$) оценка качества жизни по субсферам: «Способность выполнять повседневные дела» и «Способность к работе». В субсфере «Зависимость от лекарств и лечения» изменений не зафиксировано [до эксперимента $(7,8 \pm 2,55)$ балла, после $(7,8 \pm 1,70)$].

Дополнительный опрос студентов экспериментальной группы показал, что они стали ежедневно заниматься утренней гигиенической гимнастикой, более 40 % из них после исследования изъявили желания посещать оздоровительные группы по пилатес, йоге, калланетике. На вопрос: «Будете ли Вы в дальнейшем придерживаться того двигательного режима, который был Вам предложен?» 89,9 % студентов ответили «да». Остальные сомневались и сослались на «нехватку времени».

Анализ качества жизни по сфере «Социальные отношения» показал, что статистически достоверными ($p < 0,05$) произошли изменения значений субсферы «Сексуальная активность» в обеих группах. В субсферах «Личные отношения» и «Практическая социальная поддержка» достоверных изменений не обнаружено. Вместе с тем дополнительное интервьюирование показало, что студенты экспериментальной группы стали «лучше понимать своих близких и родных», «прощать им мелкие обиды».

Достоверно изменились результаты сферы «Духовность/религия/личные убеждения» в экспериментальной группе [до эксперимента $(12,3 \pm 0,76)$ баллов, после $(16,1 \pm 1,24)$, $p < 0,01$] при неизменной в контрольной [до эксперимента $(12,5 \pm 0,65)$ баллов после $(14,2 \pm 0,87)$, $p > 0,05$]. У студентов экспериментальной группы усиливались или приобретались новые личные духовные убеждения, которые помогали справляться с трудностями в жизни, давали определенные ответы на духовные и бытовые вопросы, обеспечивали им некое чувство благополучия и таким образом повышали качество психического состояния. Во многом, на наш взгляд, им помогли занятия йогой и пилатес, где студенты уделяли больше времени дыханию, концентрации внимания, своим внутренним ощущениям. Многие представители начали проявлять интерес к научно-методической литературе по вопросам нетрадиционных и вспомогательных средств физической культуры, психоэмоциональной коррекции состояния здоровья средствами йоги и релаксационной лечебно-профилактической гимнастики.

Анализ качества жизни по сфере «Окружающая среда» показал, что средний балл достоверно повысился в экспериментальной группе — с $(14,9 \pm 0,76)$ баллов до $(13,0 \pm 0,74)$ при $p < 0,05$, в контрольной группе изменений не зафиксировано. Статистически значимо ($p < 0,01$) улучшилась в экспериментальной группе субсфера «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» [до эксперимента $(11,9 \pm 0,86)$ и после $(15,1 \pm 0,82)$ баллов]. У студентов появилось желание приобретать новые знания о характере их заболевания, методах и средствах физической культуры, получать больше информации о новинках лечения синдрома СВД. Вместе с тем остальные субсферы, такие как «Физическая безопасность и защищенность», «Окружающая среда дома», «Финансовые ресурсы», «Медицинская и социальная помощь», «Окружающая среда вокруг» и «Транспорт» остались неизменными. Так, анализ от-

ветов на вопросы окружающей среды показал: сильно беспокоятся о своей безопасности и защищенности 37,9 % студентов экспериментальной и 39,6 % контрольной групп. Имеющиеся финансовые ресурсы недостаточно удовлетворяют потребности 47,6 и 46,3 % человек соответственно. Качество медицинской и социальной помощи более 68 % студентов обеих групп оценили как плохое. Наиболее значимым показателем является окружающая среда вокруг (загрязненность, шум, климат), которая негативно отражается на всех студентах из числа анкетированных. Много сложностей с транспортом испытывают 75 % студентов экспериментальной и 69,8 % контрольной групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ общей оценки качества жизни показал, что в начале исследования студенты экспериментальной группы имели (170,1 ± 8,2) баллов, контрольной — (169,1 ± 6,7) ($p > 0,05$), что оценивается как «плохо» (методика ВОЗ КЖ-100). По результатам внедрения авторской программы по физической культуре для студентов специального учебного отделения, имеющих синдром вегетативной дисфункции, качество жизни у представителей экспериментальной группе достоверно ($p < 0,05$) «повысилось» на 35,2 % (229,9 баллов — оценка «среднее»), контрольной на 2,7 % (174,3 балла — оценка «плохо»).

При оценке динамики качества жизни в экспериментальной группе отмечалось статистически значимое ($p < 0,01$) повышение числа студентов, удовлетворенных своим психофизическим состоянием (до эксперимента — 23,0 %, после — 65,1 %), интеллектуальной продуктивностью (20,2 и 85,3 % соответственно), физическим само-

чувствием (37,4 и 65,3 % соответственно), дневной активностью (53,4 и 88,1 % соответственно) и качеством жизни «в целом» (23,5 и 87,7 % соответственно).

ЛИТЕРАТУРА

1. Губина О. И., Евдокимов В. И., Федотов А. Н. // Вестник новых медицинских технологий. — 2006. — Т. 13, № 3. — С. 167—169.
2. Губина О. И., Евдокимов В. И. // Мат. пленума науч. сов. по экологии человека и гигиене окружающей среды РАМН и Минздравсоцразвития России. — М., 2006. — С. 88—90.
3. Кувалдин В. А. // Теория и практика физической культуры. — 2010. — № 10. — С. 19—23.
4. Литвинов А. Г., Дмитриева Т. Н. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — № 2. — С. 39—43.
5. Мандриков В. Б., Мицулина М. П., Ушакова И. А. и др. // Научно-практический журнал «Вестник». — 2003. — Вып. 9. — С. 197—201.
6. Мандриков В. Б. Профилактическая и реабилитационная составляющие в работе специального учебного отделения / В. Б. Мандриков, М. П. Мицулина, И. А. Ушакова // Сбор. тр. межд. науч.-практ. конф. — Волгоград: ВГАФК. — 2009. — С. 15—17.

Контактная информация

Мандриков Виктор Борисович — д. пед. н., профессор, заслуженный работник физической культуры РФ, академик Международной академии наук педагогического образования, заведующий кафедрой физической культуры и здоровья, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: lena_65.07@mail.ru