

# Социальный портрет медицинской сестры в рамках дефиниции «качество жизни»

Л.И. Каспрук

Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ  
e-mail: kaspruk61@yandex.ru

## Информация об авторе:

Каспрук Людмила Ильинична, д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0003-2782-7916>

## Резюме

В представленной работе показаны итоги оценки социологического исследования сестринских медицинских кадров региона (Оренбургской области) в контексте изучения медико-социальной принадлежности и их качества жизни. Произведен также анализ качества оказываемой медицинской помощи. Осуществлен мониторинг основных показателей понятия «качество жизни», выявивший незначительно выше нижней границы нормы средние значения по шкалам SF-36. Автором скомпонован социально-гигиенический «портрет» специалистов среднего медицинского звена в качестве реципиентов медицинских услуг.

**Ключевые слова:** сестринский персонал, медицинская помощь, «качество жизни», здоровье, мониторинг, анкетированный.

**Для цитирования:** Каспрук Л.И. Социальный портрет медицинской сестры в рамках дефиниции «качество жизни». Медицинская сестра. 2021; 1 (23): 3–7. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-01-01>

## Nurse's «social portrait» as a part of «quality of life»-definition

L.I. Kaspruk

Orenburg State Medical University, Russian Health Ministry

## Information about the author:

Ludmila I. Kaspruk, MD, Public Health Department professor, Orenburg State Medical University, [kaspruk61@yandex.ru](mailto:kaspruk61@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-2782-7916>.

## Abstract

This paper shows the results of the evaluation of a sociological survey of nursing medical personnel in the region (Orenburg region) in the context of studying medical and social affiliation and their “quality of life”. The quality of medical care was also analyzed. Monitoring of the main indicators of «quality of life» was carried out, which revealed average values on the SF-36

scales slightly above the lower limit of the norm. The author has compiled a social and hygienic «portrait» of middle-level medical specialists as recipients of medical services.

**Key words:** nursing, medical, quality of life, health, monitoring, questionnaire.

**For citation:** Kaspruk L.I. Nurse's «social portrait» as a part of «quality of life»-definition. The Nurse, 2021; 1 (23): 3–7. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-01-01>



## Введение

Дефиниция «качество жизни» на сегодняшний день представляет собой интерес многих исследователей. Отметим, названное понятие трансформировано на данный момент в уточненное сочетание, которое звучит как «качество жизни, связанное со здоровьем».

В современных реалиях понятие «качество жизни» – это высокоинформативный и лаконичный инструмент определения рейтинга здоровья на индивидуальной ступени и на групповой. В 2001 году Всемирная Организация Здравоохранения определила критерии «качества жизни». К ним отнесены следующие:

- 1) физические,
- 2) психологические,
- 3) независимость,
- 4) общественная жизнь,
- 5) окружающая среда,
- 6) духовность.

Первые включают боль, сон, отдых, силу, энергию, усталость. В свою очередь, психологические (2) содержат эмоции и мышление, изучение и кон-

центрацию, самооценку, переживания и др. Быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи и др. характеризуют окружающую среду (5). Унитарные критерии, какие-либо нормативы «качества жизни» отсутствуют. Это происходит по причине влияния на данную оценку многих факторов. Таких как возраст, пол, национальность, социально-экономическое состояние, направление трудовой деятельности (в нашем случае – особенности профессиональной деятельности сестринских кадров). Важную роль играют территориальная специфика, культурные устои и др. Вышеперечисленное является субъективным признаком. Именно поэтому оценка «качества жизни» респондентов возможна в контексте сравнительном. Существующие на сегодняшний день литературные сведения указывают на достаточно высокую заболеваемость российского медперсонала. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что одновременно с этим заболеваемость работников среднего медицинского звена выше, чем у врачей. Профессиональной высококомпетентностью, подготовленностью медицинских кадров к активному участию в решении поставленных задач формируется успешное разрешение проблем российского здравоохранения [1–3].

Учитывая, что медико-социальные характеристики состояния здоровья медицинских кадров рассматриваются, главным образом, применительно к врачебным кадрам, а заболеваемость специалистов среднего звена превышает таковую не только у врачей, но и представителей иных отраслей, исследование и решение проблем укрепления и сохранения здоровья данной категории приобретает чрезвычайную актуальность. Среди специалистов среднего медицинского звена доля практически здоровых чуть больше тридцати процентов. В связи с этим, актуальность изыскания в контексте рассмотрения качества жизни и удовлетворенности медико-социальной помощью не вызывает сомнений.

**Цель:** осуществить оценку «качества жизни» и «удовлетворенности оказанием медико-социальной помощи» работников среднего медицинского звена на региональном уровне.

**Материал.** Единичей наблюдения явился работник среднего медицинского звена Оренбургской области: медицинская сестра, фельдшер.

**Методы:** аналитический, статистический, социологический/анкетирование (дизайн по Решетникову А.В.) [4–6]. Международные стандартизированные русскоязычные опросники для изучения качества жизни пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** На современном этапе показатели здоровья, физического и психиче-

ского самочувствия стали восприниматься в роли кумулятивных индикаторов уровня благополучия/«качества жизни» как общества в целом, так и его отдельных слоев. Рассматривая сестринский медицинский персонал в рамках потребления медицинских услуг, важно оценить его состав, социально-демографические, психологические и экономические характеристики, которые во многом определяют функции, содержание деятельности и механизм взаимодействия всех субъектов потребления медицинских услуг. Отметим такого рода параметры, как пол, возраст, семейное положение, род занятий, уровень образования и доходов в социальных группах. Подобные категории по-разному влияют на уровень потребления медицинской услуги и на отношение к работе медицинских учреждений. Определенный сегмент занимают и психографические сведения. Пункт первый – принадлежность к конкретной социальной прослойке, образ жизни, а также личностные и поведенческие стороны. Несомненно, их необходимо учитывать для определения уровня случайности пользования медицинскими услугами. И, кроме этого, установление нужды в медицинских услугах, в том числе платных, и удовлетворения оказанной медицинской помощью.

Нами взяты на вооружение элементы методики оценивания «качества жизни»: общий MOS SF-36, созданный WARE в 1992 г., усовершенствованный по формату и процедуре шкалирования в Межнациональном центре исследования качества жизни МЦИКЖ (1998). Непосредственно обработку собранных результатов анкетирования мы проводили нижеследующим порядком. Разделы анкет сгруппировали в восемь шкал. Итоги самооценки скомпоновали в баллах по 8 шкалам:

- 1) «ФФ» – физическое функционирование.
- 2) «РФФ» – ролевое физическое функционирование.
- 3) «Б» – боль.
- 4) «ОЗ» – общее здоровье.
- 5) «Ж» – жизнеспособность.
- 6) «СФ» – социальное функционирование.
- 7) «ЭФ» – эмоциональное функционирование.
- 8) «ПЗ» – психологическое здоровье.

Они составлены с тем учетом, что более высокая оценка указывает и на более высокий, соответственно, уровень качества жизни. Был установлен гендерный состав. Среди 125 опрошенных медицинских сестер и фельдшеров ФАПов (фельдшерско-акушерских пунктов) по полу преобладали женщины (96%), что предсказуемо, так как среди работников среднего медицинского звена абсолютное преобладание женщин.

Возрастной состав характеризовался следующим: респонденты в возрасте 25-30 лет – 17%.

Респонденты в возрастной группе от 31 до 35 лет – 15%. Опрошенных в возрасте 36–40 лет оказалось 19%. Доля лиц, возраст которых 41–45 лет, равнялась 18%. Самой малочисленной группой оказались лица от 46 до 50 лет (10%). Процент лиц 51–55 лет составил 16% анкетированных (в основном это оказались фельдшера ФАП).

Проведенное анкетирование позволило получить сведения о семейном положении и составе респондентов – медсестер и фельдшеров. Установлено, что большинство (64%) респондентов были замужем/женаты. При этом доля незамужних или холостых равна 33%. Вдов или вдовцов – 3%. В ходе изучения состава семьи обращено внимание на то, что преобладали (50%) семьи, где совместно проживают два поколения. Только с супругой или супругом проживают более 22%. Три поколения в семье встречались в 14%, и в 5%. – четыре поколения. Однако при этом были отмечены ситуации, когда респондент проживает один или одна (9%). Одиночество характеризует негативное влияние на здоровье, так как здесь отсутствует рекреативная семейная функция. «Хорошие» семейные отношения, когда члены семьи проявляют заботу о здоровье, друг о друге, что способствует снятию стрессовых состояний, указаны в анкетах в 50% случаев. Однако и «плохими» семейные отношения в опросниках не были названы. Можно предположить, что в анкетах не содержалось указаний на «плохие отношения в семье», вероятно, по той причине, что респонденты не хотели вскрывать свои внутрисемейные сложности.

При оценке своего материального статуса более половины (53%) респондентов указали, что имеют «удовлетворительное материальное положение». «Хорошее материальное положение» отмечено у 22%. Всего 12% опрошенных высказались о том, что их материальное положение «плохое» (8%) или «очень плохое» (4%). То есть, преобладали лица с удовлетворительным материальным положением.

По степени удовлетворенности второе ранговое место после семьи занимает отношение к работе. Материальное положение удовлетворяет в достаточной степени лишь 15% респондентов. Но при этом наше предположение, что главный фактор, определяющий отношение сестринского медицинского персонала к работе, – это зарплата, не подтвердилось. Анкетированные отметили, что удовлетворение от работы возникает не только из-за зарплаты, а еще благодаря возможности заниматься любимым делом, самореализации в формате сохранения своего социального статуса в трудовом коллективе. Респонденты указали, что работа, даже если она не обеспечивает желаемого полноценного существования, является для них

гарантом стабильности жизни и уверенности в себе, способствуют душевному равновесию и, вероятно, тем самым косвенному укреплению здоровья. Хотя число респондентов, удовлетворенных работой, составляет при этом 25%.

Отметим, на третье ранговое место по степени удовлетворенности анкетированные поставили жилищные условия. При изучении жилищно-бытовых условий установлено, что 64% анкетированных имеют жилье в городе, 30% – в селе, а 6% – в поселках городского типа. Больше всего «удовлетворенных своими жилищными условиями» было респондентов (51%) среди лиц старших возрастных групп. В группе недовольных (12%) своими жилищными условиями было наибольшее число оценивающих свое здоровье как «плохое» и «очень плохое». Респонденты из этой группы проживали в общежитии или имели съемное жилье. Не было ни одной анкеты с указанием на «очень плохие» жилищно-бытовые условия. Почти все респонденты отметили, что снабжены телефонной связью. Мобильная связь имеется у 97% респондентов. Наличие при этом и стационарной, и мобильной связи одновременно отмечалось почти у 67% анкетированных.

На основе социологического исследования, нами составлены социологические портреты сестринского медицинского персонала города и сельской местности в Оренбургской области. В городе работник среднего медицинского звена – это женщина, средний возраст которой 45 лет, чаще замужняя. Она, как правило, имеет одного ребенка. Считает себя здоровой. Имеет свою жилплощадь не менее 6–12 кв. метров (в городе в большинстве случаев это благоустроенное жилье). Она имеет небольшой доход, обеспечивающий потребительскую корзину в размере региональных особенностей.

В сельской территории средний медицинский работник – чаще женщина. Средний возраст – 49 лет. Чаще татаро-башкирской национальности. Она имеет семью и не менее 2 детей. Считает себя здоровой чаще, чем городские жительницы; меньше имеет вредных привычек в плане курения, но больше злоупотребляет алкоголем. Она, как правило, обеспечена неблагоустроенным жильем. Чаще работает на ФАП или СУБ. Получает заработную плату, которая обеспечивает ей «потребительскую корзину» в данном регионе.

С учетом результатов анонимного анкетирования отмечена следующая распространенность вредных привычек: курение – 35%, потребление пива – 57%, употребление крепких алкогольных напитков – 15%. В общем наличие вредных привычек отмечают 55 из 100 опрошенных средних медицинских работников городов и 64 – сельских

территорий. Наличие такой вредной привычки, как курение, признают 35 из 100 опрошенных. Из всех респондентов 15% респондентов эпизодически или систематически злоупотребляют алкоголем. Причем, на распространенность злоупотребления алкоголем место жительства (город или село) влияния не оказывает. Наиболее частыми дефектами образа жизни респонденты называли недостаточную физическую активность. Аналогичные данные мы получили при изучении образа жизни членов их семей (мужей/жен). В современных реалиях полным ходом перестраивается спрос на рынке труда сестринских медицинских кадров, снижается престиж профессий медицинских работников. Как следствие, это приводит к нарастанию психического, эмоционального напряжения, и также связано со стрессовыми ситуациями на рабочем месте. Выявляются тревога, депрессия, психосоматические расстройства, зависимость от психоактивных веществ, включая алкоголь и др., что является симптомами синдрома эмоционального выгорания сестринского персонала.

Следует отметить, что в существующих характеристиках социально-экономического положения главное внимание уделяется таким аспектам, как уменьшение доходов, жилищным вопросам и др. Тем не менее, население в целом, в том числе медсестры и фельдшеры, являющиеся объектом настоящего исследования, в большей мере обеспокоены не вышеуказанными проблемами, а чаще всего состоянием своего здоровья. Почти в 80% случаев респонденты отметили, что получают медицинское обслуживание по месту жительства. В ведомственных медицинских учреждениях всего чуть более 5%. При этом опрошенные отмечают достаточно высокую степень удовлетворенности данным видом помощи. Стационарное лечение 1 раз в год получали 15%. Дважды и более раз – 3% опрошенных. Состояние своего здоровья оценили как «хорошее» 49% респондентов, как «посредственное» – 39%. На «отлично» оценивают свое здоровье 5%, а «очень хорошо» – 4%. В то же время обращает на себя внимание то обстоятельство, что как «очень плохое» состояние здоровья оценили 3% респондентов.

Все анкетированные отметили, что у них видоизменяется отношение к работе. Респонденты в 51% опросников указали, что постепенно утрачивают чувство стабильности своего социального и материального состояния, а в 53% сомневаются в гарантированном обеспечении работой. Кроме того, обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу. В своей работе сестринский медицинский персонал в течение рабочего дня периодически сталкивается с физическими нагруз-

ками, которые в более чем 30% случаев, приносят значительные ограничения. Значительные ограничения, чтобы, например, преодолеть дистанцию в несколько километров, испытывают около 12% респондентов. У более 30% анкетированных специалистов среднего звена фиксируются незначительные ограничения при поднятии пешком по лестнице. Нарушения физического состояния вызвали затруднения в выполнении профессиональных функций, вследствие чего в 45% случаев анкетированные отметили, что выполнили меньше, чем стремились. В 34% анкет указано наличие ограничений в выполнении определенного вида профессиональных обязанностей или другой деятельности. В том числе, у 33% опрошенных были ситуации, когда им пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела по вышеуказанной причине. А у 27% респондентов были трудности при выполнении своей работы или других дел, потому что эта деятельность потребовала от них дополнительных усилий.

Среди анкетированных 34% респондентов ответили в анкетах, что чувствовали себя бодрыми и работоспособными. Однако, к сожалению, полностью уставшими, даже измученными чувствовали себя 37% соответственно. Также результаты анкетирования показали, что 14% опрошенных средних медицинских работников немотивированно «ждут ближайшего ухудшения» своего здоровья. Из них 7% полагают, что они более склонны к болезням по сравнению с другими. Считают свое здоровье «отличным» 32% респондентов. У 37% респондентов их эмоциональный статус вызывал затруднения в работе, в повседневной деятельности. Вследствие этого они делали меньше, чем планировали. В том числе, из этой группы 26% респондентов справлялись с работой и другими делами не так тщательно. Физический и эмоциональный статус в 30% случаев препятствовал фельдшерам полноценно отдыхать, заниматься физкультурой, проводить время с семьей, и в своем коллективе.

**Выводы.** Учитывая результаты исследования, проведенного среди сестринского медицинского персонала на уровне региона (Оренбургской области), можно констатировать определенное ухудшение самочувствия и наличие потребности в предоставлении медицинских услуг и социальной помощи. Обозначены количественные характеристики «качества жизни» средних медицинских работников. Профессиональная роль специалистов сестринского медицинского звена, большинство из которых, – женщины, – более, чем в 50% ситуаций, реализуется в затрудненных психологических и физических условиях, что приводит к нерациональному распределению тру-

довых затрат и высоким перегрузкам. Определены относительные рейтинги «качества жизни» по показателям «шкал SF-36» несколько выше нижней границы норматива, что свидетельствует о некотором ограничении повседневной и профессиональной деятельности вследствие их физического состояния. Выявлены ограничения в выполнении повседневных профессиональных обязанностей, обусловленные ухудшением эмоционального состояния, эмоциональным профессиональным «выгоранием». Результаты исследования позволяют при этом установить факт доступности медицинской помощи в регионе в полной мере.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
Статья не имеет спонсорской поддержки.

The author declares no conflict of interest.  
The article is not sponsored.

#### Литература

1. Акимова Е., Гакова Е., Акимов М., Гафаров В. Отношение к своему здоровью и медицинской помощи: мнение мужчин и женщин открытой городской популяции. *Врач*, 2019; (7): 28-32 <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-07-05>
2. Амлаев К., Зафирова В., Степанова Е. Отношение девушек Ставрополя к официальной медицине и профилактике заболеваний. *Врач*, 2015; (1): 87-88
3. Амлаев К., Дахкильгова Х. Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья. *Врач*, 2018; (12): 83-87 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-21>
4. Амлаев К., Хорошилова Е. Управление социально-экономическими детерминантами здоровья на различных уровнях. *Врач*, 2018; (1): 85-87 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-01-27>
5. Амлаев К., Дахкильгова Х. Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификации, методы оценки.

*Врач*, 2018; (6):83-86 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-19>

6. Амлаев К.П. Современные представления о стрессе. *Врач*, 2020; (8): 18-24 <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-08-03>

7. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем. // *Качественная клиническая практика*, 2010; 1: 36-38.

8. Каспрук Л.И. Медицинская статистика: актуальные историко-медицинские аспекты. *Медицинская сестра*, 2020; 7 (22): 13–18. <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-07-03>

9. Каспрук Л.И. Мониторинг социально-гигиенической характеристики первичного звена как фактор повышения качества медицинской помощи населению в Оренбуржье. *Справочник врача общей практики*, 2014; 7: 9-15.

10. Кошель В., Амлаев К. Результаты оценки некоторых аспектов профессиональной деятельности врачей городских поликлиник. *Врач*, 2018; (2): 80-82 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-02-22>

11. Петрова С. ВОЗ: сестринская служба – важное звено не только для здравоохранения, но и для мировой экономики в целом. *Медицинская сестра*, 2020; 3 (22): 3-5.

12. Потупчик Т. В., Белых И. Л., Лебедева П. Ю. Волонтерство как фактор формирования социальной ответственности будущих медицинских работников. *Медицинская сестра*, 2020; 3 (22): 6-11 <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-03-02>

13. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть IV). А. В. Решетников *Социология медицины*, 2011; 2: 3-10.

14. Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., Алексеева В.М., Кобяцкая А.Е., Жилина Т.Н. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие. Под редакцией. А.В. Решетникова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 179.

## Мы в соцсетях:



Одноклассники – Советы от журнала «Медицинская сестра» – <https://ok.ru/sovetyotzh>

В Контакте – Советы профессионалов молодым медсестрам – [https://vk.com/journal\\_medsestra](https://vk.com/journal_medsestra)

На Facebook – <https://www.facebook.com/groups/942621629467861>