

*А. В. Сикорский, И. Н. Мороз, Т. П. Павлович,
В. Э. Сушинский, Н. Н. Мороз-Водолажская, В. Ч. Можейко,
М. В. Штонда, Е. В. Боровая*

**О РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА
«ДОЛГОЛЕТИЕ, ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПИТАНИЕ:
ВАЖНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ»**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УО здравоохранения «Островецкая центральная больница»*

В статье представлены результаты реализации Международного проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования».

Ключевые слова: *активное долголетие, долгожители, старение населения.*

***A. V. Sikorsky, I. N. Moroz, T. P. Pavlovich,
V. E. Sushinsky, N. N. Moroz-Vodolazhskaya,
V. Ch. Mozheiko, M. V. Shtonda, E. V. Borovaya***

***THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL PROJECT
“LONGEVITY, LIFESTYLES AND EATING:
THE IMPORTANCE OF EDUCATION”***

The article presents the results of the international project “Longevity, Lifestyles and eating: the importance of education”.

Key words: *active longevity, long-livers, population ageing.*

Приоритетным направлением демографической политики многих стран мира является увеличение продолжительности жизни населения на основе формирования активного долголетия граждан, которое выражается в поддержании физического и психологического состояния здоровья человека в течение как можно более длительного периода. В этой связи особую важность приобретает проблема не просто долголетия, а активного долголетия, которое выражается не только в сохранении удовлетворительного состояния здоровья в пожилом возрасте, возможности продления периода трудовой деятельности в старости, но и формирования установки на долгожительство, начиная с молодости [1–25].

Существует большое количество работ, посвящённых изучению долгожительства человека, ведущих факторов и условий этого явления [5, 6, 15, 17–25]. В многочисленных исследованиях описаны наиболее известные мировые регионы или так называемые «голубые зоны» долголетия: Япония (о. Окинава), Китай (горы Тибета, провинция Бама), Италия (о. Сардиния), Франция (южное побережье), Греция (о-ва Икария, Родос), горные районы Абхазии, Грузии, Коста-Рика (п-ов Никоя), Куба (провинция Вилья Клара) и др. В данных регионах средняя продолжительность жизни людей составляет от 90 до 100 лет [5, 6, 15, 17–25].

Ряд исследователей считают, что среди рассматриваемых факторов активного долголетия наибольшую значимость и вклад в увеличение продолжительности жизни имеют не биологические (генетические) или географические (хотя традиционно их рассматривают как первичные факторы при исследовании предрасположенности к долгожительству), а поведенческие факторы, такие как физическая активность, сбалансированное питание и правильный режим дня, отсутствие вредных привычек, вовлечённость в общественную деятельность и широта социальных связей, высокая трудовая активность, «антииждивенческий» тип поведения, целеустремлённость и стрессоустойчивость [1–25]. В отличие от генетических, поведенческие факторы активного долголетия могут регулироваться, и любой человек может формировать установки на долгожительство, используя как свой личный опыт, так и опыт сограждан, которым удалось дожить до преклонного возраста, сохраняя физический и духовный статус [1–25].

В настоящее время повышен интерес специалистов к вопросам здоровьесбережения разных возрастных групп так данный процесс является

основой формирования и сохранения активного долголетия населения. Поддержание здоровья населения зависит от многих условий, в частности от участия государства, выступающего в качестве института охраны здоровья, системы здравоохранения, образования, общественных организаций, средств массовой информации и других заинтересованных структур. Но значительная роль в здоровьесбережении отводится конкретным людям, с их установками, привычками и индивидуальными практиками поддержания здоровья [1–25]. Президент Всемирного сообщества долголетия, доктор наук Роберто Пили: «Старение – характерная черта Европы». По прогнозам, к 2060 году двое работающих людей будут заботиться об одном пенсионере. «Наша организация исследует вопросы здорового старения. Мы сравниваем европейские, восточные и американские модели старения, используя регионы разных стран в качестве естественных лабораторий. В результате исследований мы пришли к биопсихосоциальной модели старения, при которой качество жизни человека является определяющим», – отметил эксперт.

По мнению многих экспертов, одним из направлений решения проблемы формирования и сохранения активного долголетия населения является объединение усилий не только специалистов различных сфер деятельности, но и стран. В связи с чем заключено соглашение о сотрудничестве между Университетом Кальяри и учреждением образования «Белорусский государственный медицинский университет» (далее – университет), в рамках которого осуществляется реализация международного проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования» (Сардиния, Италия–Беларусь).

Партнерами Международного проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования» (далее – проект) также являются: Институт повышения квалификации и переподготовки БГПУ; Институт генетики и цитологии НАН Беларуси; Республиканское общественное объединение «Белая Русь»; СООО «Итало-белорусский центр сотрудничества и образования «Сардиния», учреждение здравоохранения «Островецкая центральная больница».

Проект предусматривает совместные исследования, направленные на разработку мероприятий по формированию активного долголетия населения Италии и Беларуси, основанные на изучении качества жизни, образа жизни населения Республики Беларусь, восприятия индивидом своего фи-

зического и психологического состояния здоровья, окружающей среды, удовлетворенности различными аспектами жизни.

Материалы и методы. При проведении исследования были использованы социологический (интервью), лабораторные, инструментальные и статистические методы. Дизайн исследования: выборочное, одномоментное, поперечное.

В пилотном исследовании приняли участие 250 жителей Республики Беларусь в возрасте 25 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения здравоохранения.

Группа исследования была однородна по полу и возрастным группам. Статистически значимых различий не установлено (Chi-square test: $\chi^2 = 0,77$, $p = 0,94$). В исследовании приняло участие 50 % мужчин и женщин. Удельный вес пациентов каждой возрастной группы составлял 20 % (рисунок).

В ходе исследования проводилась оценка качества жизни пациентов, состояния здоровья, физической активности, рациона питания, отношения респондентов к активному долголетию.

В качестве инструмента для проведения исследования использована краткая версия опросника качества жизни ВОЗ (WHOQOL-BREF), состоящего из 26 вопросов, объединенных в 4 домена (оценка сферы физического и психологического благополучия, оценка самовосприятия, оценка ми-

кросоциальной поддержки, оценка социального благополучия).

Были соблюдены эτικο-деонтологические принципы проведения исследования. Каждый участник исследования подписал информированное согласие.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square, χ^2). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты и обсуждение. Большинство экспертов считают, что основой активной и долгой жизни является рациональное питание. Оценка индекса массы тела показала, что у более половины пациентов (58 %) масса тела избыточна, в том числе у 26 % отмечается ожирение, у 41,2 % – масса тела соответствует норме, у 0,8 % – дефицит (таблица). Установлено, что нарушения веса пациентов зависит от возраста (Chi-square test: $\chi^2 = 24,7$, $p = 0,016$). Избыточный вес отмечается у 48 % пациентов в возрастной группе 25–39 лет, 59,6 % – в возрастной группе 40–59 лет, 77,5 % – в возрастной группе 60–74 лет, 59,1 % – в возрастной группе 75–89 лет, 46 % – 90 лет и старше. Дефицит массы тела отме-

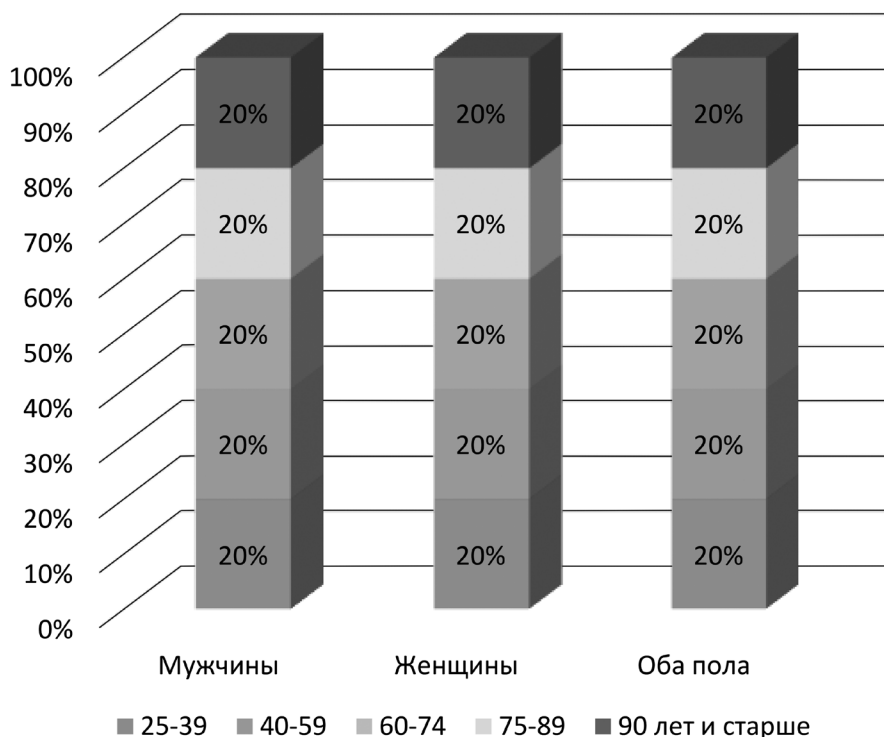


Рисунок. Удельный вес пациентов каждой возрастной группы среди мужчин и женщин (%).

Таблица. Индекс массы тела у пациентов разных возрастных групп (%)

| Возрастные группы (лет) | Индекс массы тела (n = 250) | | | | Итого |
|--|-----------------------------|--------|---------|----------|---------|
| | дефицит | норма | избыток | ожирение | |
| 25–39 | 2,0 % | 50,0 % | 32,0 % | 16,0 % | 100,0 % |
| 40–59 | 0,0 % | 40,4 % | 32,7 % | 26,9 % | 100,0 % |
| 60–74 | 0,0 % | 22,4 % | 36,7 % | 40,8 % | 100,0 % |
| 75–89 | 0,0 % | 40,8 % | 22,4 % | 36,7 % | 100,0 % |
| 90 лет и ст. | 2,0 % | 52,0 % | 36,0 % | 10,0 % | 100,0 % |
| Всего | 0,8 % | 41,2 % | 32,0 % | 26,0 % | 100,0 % |
| Статистическая значимость различия (Chi-square test: χ^2 , p) | $\chi^2 = 24,7$. p = 0,016 | | | | |

чается у 2 % респондентов в возрасте 25–39 и 90 лет и старше соответственно.

Установлено, что масса тела соответствует норме только у 48 % мужчин и 34,6 % женщин. У 51,3 % мужчин и 64,5 % женщин отмечается избыточная масса тела.

Общая оценка качества жизни на основе опросника WHOQOL-BREF, включающая оценку 4 составляющих (физическое и психическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие), показала, что у 0,4 % респондентов – высокое качество жизни, 79,6 % – выше среднего, 19,2 % – среднее, и у 0,8 % респондентов ниже среднего.

Достаточно высокую оценку качества жизни дали большинство респондентов независимо от индекса массы тела. Оценили качество жизни выше среднего 80,6% респондентов с индексом массы тела соответствующим норме, 73,85 % респондентов с ожирением, 82,5% с избыточной массой и 100,0 % респондентов с дефицитом массы тела.

Необходимо отметить, что высокий уровень общей оценки качества жизни обеспечивается в основном за счет составляющих: самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие. Оценка составляющей физическое и психическое благополучие качества жизни показало, что только 22,0 % респондентов дали оценку выше среднего, 70 % – среднюю. Каждый четвертый респондент с ожирением (24,6 %) и каждый пятый респондент с индексом массы тела соответствующим норме и с избыточной массой оценили физическое и психическое благополучие выше среднего.

Установлены статистически значимые различия приверженности респондентов к средиземноморской диете в зависимости от возраста (Kruskal-Wallis test: $H = 38,70823$, p = 0,0001). Минимальный уровень общей оценки привержен-

ности респондентов к средиземноморской диете отмечался в возрастной группе 90 лет и старше, медиана которого составила 25,0 баллов ($Q_{25} = 22,0$; $Q_{75} = 28,0$). Максимальный уровень общей оценки приверженности респондентов к средиземноморской диете был в возрастной группе 75–89 лет, медиана которого составила 32,0 баллов ($Q_{25} = 28,0$; $Q_{75} = 34,0$).

Статистически значимых различий приверженности респондентов к средиземноморской диете в зависимости от индекса массы тела не установлено (Kruskal-Wallis test: $H = 4,41$, p = 0,22). Минимальный уровень общей оценки приверженности респондентов к средиземноморской диете отмечался у респондентов с дефицитом массы тела, медиана которого составила 27,0 баллов ($Q_{25} = 27,0$; $Q_{75} = 27,0$). Максимальный уровень общей оценки приверженности респондентов к средиземноморской диете был у респондентов с избытком массы тела, медиана которого составила 30,5 баллов ($Q_{25} = 27,0$; $Q_{75} = 33,0$).

Выводы

1. Избыточный вес отмечается у более половины респондентов (58 %), в том числе у 48 % пациентов в возрастной группе 25–39 лет, 59,6 % – в возрастной группе 40–59 лет, 77,5 % – в возрастной группе 60–74 лет, 59,1 % – в возрастной группе 75–89 лет, 46 % – 90 лет и старше, что требует разработки мероприятий, направленных на формирование активной жизненной позиции населения по сохранению своего здоровья, бережного к нему отношения.

2. Достаточно высокую оценку качества жизни, основанную на анализе результатов опросника WHOQOL-BREF дали большинство респондентов независимо от индекса массы тела. Высокий уровень оценки качества жизни обусловлен тремя составляющими: самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие.

3. Оценка составляющей физическое и психическое благополучие (опросник WHOQOL-BREF) свидетельствует о низком качестве жизни. Лишь 22,0% респондентов дали оценку составляющей физическое и психическое благополучие качества жизни выше среднего. Высокую оценку данного параметра никто из респондентов не дал.

Таким образом, предварительные результаты исследования показали необходимость разработки комплекса мероприятий, касающихся вопросов медицинского обслуживания, физической активности, питания, образования, основанных на объединении усилий специалистов разных сфер деятельности (врачей, педагогов, психологов, политиков), которые бы обеспечили формирование и сохранение активного долголетия, способствовали повышению качества жизни населения.

Литература

1. Андриянов, В. Социально-экономические и философские проблемы старения населения / В. Андриянов // Общество и экономика. – 2011. – № 4–5. – С. 87–121.
2. Андриянова, Е. А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: автореф. ... д-ра социол. наук. – Волгоград, 2006. – 39 с.
3. Арстангалиева, З. Ж., Чернышкова Е. В., Андриянова Е. А. Практики здоровьесбережения современных работающих пенсионеров / З. Ж. Арстангалиева, Е. В. Чернышкова, Е. А. Андриянова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), Modern Research of Social Problems. – 2015. – № 7 (51). – С. 41–51.
4. Барсуков, В. Н. Трудовая активность населения пенсионного возраста как фактор социально-экономического развития территории / В. Н. Барсуков // Экономические и социальные перемены, факты, тенденции прогноз. – 2016. – № 1 (43). – С. 195–213.
5. Бердышев, В. Г. Эколого-генетические факторы старения и долголетия / В. Г. Бердышев. – Л.: Наука, 1968. – 203 с.
6. Бюттнер, Д. Правила долголетия. Результаты крупнейшего исследования долгожителей / Д. Бюттнер. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 272 с.
7. Гельман, В. Я. Непрерывное образование и старение населения / В. Я. Гельман // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10, № 2. – С. 40–49.
8. Доброхлеб, В. Г. Активное долголетие как проблема современной молодежи / В. Г. Доброхлеб // Народонаселение. – 2012. – № 4 (58). – С. 87–91.
9. Ермолина, А. А. Индекс активного долголетия как инструмент оценки политики в отношении пожилых в России (Active Ageing Index as an Instrument of Evaluation of Social Policy Toward Elderly People in Russia): доклад на научно-практическом семинаре «Активное долголетие в контексте социальной политики: проблемы измерения», г. Москва, 10 марта 2015 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://csils.hse.ru/seminari>.
10. Миллер, М. А. Физическая активность населения в реализации демографической политики России / М. А. Миллер // Вестник Томского государственного университета. – 2008. – № 310. – С. 142–149.
11. Островская, И. В. Продолжительность активного долголетия / И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 14–17.
12. Программная справка ЕЭК ООН № 13 по вопросам старения «Активное старение» / Европейская экономическая комиссия ООН, июнь 2012 г. – 16 с.
13. Савченков, М. Ф., Соседова Л. М. Здоровый образ жизни как фактор активного долголетия / М. Ф. Савченков, Л. М. Соседова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 103, № 4. – С. 138–143.
14. Соловьев, А. К. Повышение пенсионного возраста: демографические условия и макроэкономические риски / А. К. Соловьев // Экономист. – 2015. – № 7. – С. 3–12.
15. Уилкоккс, Б. Программа жизни острова Окинава: Секреты долгой и здоровой жизни / Б. Уилкоккс, Д. Уилкоккс, М. Судзуки. – М.: РИПОЛ классик, 2005. – 544 с.
16. Характеристика феномена долголетия. Взгляд на проблему / М. С. Пристром, В. Э. Сушинский, И. И. Семенов, В. В. Артючик // Медицинские новости. – 2016. – № 1. – С. 48–51.
17. Факторы активного долголетия: итоги обследования вологодских долгожителей / О. Н. Калачикова, В. Н. Барсуков, А. В. Короленко, Е. Б. Шулупов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2016. – № 5. – С. 76–94.
18. Чернышкова, Е. В., Андриянова Е. А. Активный образ жизни в пожилом возрасте: медико-социальные стратегии, риски, практики. – Саратов: ИЦ «Наука», 2012. – 259 с.
19. Шааб, К. С. Долгожительство как социальный феномен / К. С. Шааб // Аналитика культурологии. – 2008. – № 12. – С. 300–302.
20. Шабунцова, А. А., Россошанский А. И. Оценка субъективного качества жизни представителями старшего поколения / А. А. Шабунцова, А. И. Россошанский // Проблемы развития территории. – 2018. – № 3 (95). – С. 7–19.
21. Lee, R. Population aging, wealth, and economic growth: demographic dividends and public policy / R. Lee, A. Mason. – WESS background paper, 2015. – 35 p.
22. World Bank. Health Nutrition and Population Statistics [Electronic resource]. – Access of mode: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics>. – Access of date: 18.06.2019.
23. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Electronic resource]. – Access of mode: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.680lang=en>. – Access of date: 18.06.2019.
24. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). World Health Organization. – Access of mode: <https://www.who.int/healthinfo/sage/en/>. – Access of date: 18.01.2019.
25. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)–BREF // World Health Organization, 2004.

Поступила 23.12.2019 г.