

# САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ КАК КОМПОНЕНТ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

*Сурмач М.Ю., Епифанова А.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Качество жизни - интегральная характеристика благополучия человека, основанная на самооценке и самовосприятии. Это индивидуальный способ ощущения отдельных людей в контексте их культуры и системы ценностей, а также их личных целей, стандартов и интересов [1].

Оценка качества жизни – трудоемкий процесс. Большинство инструментов измерения и оценки требуют перекодировки данных и подсчёта шкал. Не всегда технически возможно и экономически оправданно изучение всех компонентов качества жизни и расчёта его интегрального показателя. В эпидемиологических и скрининговых исследованиях всё чаще мерой оценки здоровья населения становится такой показатель, как самооценка состояния здоровья (SRH – Self Rated Health). Это компонент, непосредственно влияющий на интегральный показатель качества жизни.

Самооценка здоровья является структурным компонентом отношения человека к здоровью, и косвенно отражает мотивацию на здоровьесбережение. Обнаружена высокая (до 80%) степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья [2; 3]. Многие авторы подтверждают взаимосвязь самооценки состояния здоровья с риском смерти [4], и даже утверждают, что самооценка здоровья в эпидемиологических исследованиях может являться независимым предиктором преждевременной смертности [5].

Большинство социологических исследований по проблемам здоровья включают вопросы по самооценке в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья. При широком использовании социологических показателей в медицине необходима унификация методик, способствующая росту объективности изучаемых и оцениваемых данных.

**Цель.** Уточнить методологические особенности формирования и оценки показателя самооценки состояния здоровья, в том числе у женщин в период гестации.

**Методы исследования.** По данным анализа методических рекомендаций ВОЗ и опубликованных результатов эпидемиологических исследований, охарактеризованы методические подходы к изучению самооценки здоровья. На основе собственных данных изучена самооценка здоровья женщин во время беременности, её соответствие объективному состоянию здоровья. Материалами являлись данные опросов выборочной совокупности беременных женщин в возрасте 18-45 лет, госпитализированных в акушерско-гинекологические

отделения стационаров всех территориальных областей Республики Беларусь в период июнь – июль 2017 года (650 человек), критерий включения – беременность, критерий исключения – отказ женщины от опроса. Для статистической обработки данных использована программа «Statistica 10,0», выполнен орреляционный анализ с расчётом рангового коэффициента корреляции Спирмена r.

**Результаты и их обсуждение.** Наиболее распространёнными инструментами изучения и оценки качества жизни, рекомендованными ВОЗ, являются опросники SF-36 и WHQOL (и его краткая версия WHQOL-BREF) [1; 6]. При этом для характеристики качества жизни в целом рекомендуется применение WHQOL (WHQOL-BREF), для характеристики связанного со здоровьем качества жизни - SF-36 [7].

WHQOL, состоящий из 100 вопросов, для самооценки здоровья предлагает следующие два: «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем? 1 – совершенно неудовлетворён; 2 – неудовлетворён, 3 – ни удовлетворён, ни неудовлетворён, 4 – удовлетворён, 5 – абсолютно удовлетворён», «Какое у Вас здоровье? 1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – ни плохое, ни хорошее, 4 – хорошее, 5 – очень хорошее».

SF-36 состоит из 11 разделов, результаты оценок по которым представляются в баллах по 8 шкалам, которые объединены в два измерения: физический и психический компоненты здоровья. Для анализа самооценки здоровья SF-36 предлагает шесть вопросов. Они построены на 5-балльной шкале: «В целом, как бы Вы могли охарактеризовать Ваше здоровье: 1 – отличное, 2 – очень хорошее, 3 – хорошее, 4 – плохое, 5 – очень плохое»; «В сравнении с состоянием Вашего здоровья год назад, Ваше здоровье сейчас: 1 – значительно лучше, 2 – немного лучше, 3 – примерно такое же, 4 – немного хуже, 5 – значительно хуже, чем год назад»; четыре вопроса объединены (табл. 1).

Таблица 1. – Самооценка состояния здоровья в методике SF-36.

Насколько верным или неверным представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

В различных исследованиях, постановка вопросов о здоровье не совпадают. Как правило, используют 5-10- бальные шкалы и вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?». Рекомендуется использовать шкалы со смысловым описанием вариантов ответов, расположенных в ранжированном порядке: «Очень хорошее», «Хорошее», «Ни хорошее, ни плохое», «Плохое», «Очень плохое» [8]. Часто используется также такой вариант вопроса, как «Как вы / Вы оцениваете состояние своего здоровья по сравнению с другими людьми того же возраста?» [9].

Следует отметить, что не всегда вербальная формулировка ответов является достаточно чётко понимаемой респондентами. Для того, чтобы повысить объективность данных, возможно применение цифровых шкал. Например, вопрос может быть сформулирован следующим образом: «Оцените, пожалуйста, состояние Вашего здоровья, по 10-бальной шкале (от позиции 10: «отличное», до позиции 1: «очень плохое», где 5 – средний уровень): 1..2..3..4..5..6..7..8..9..10». В последующем, 10-бальная шкала может быть переведена в 5-бальную, путём объединения позиций: 1+2, 3+4, 5+6, 7+8, 9+10, соответственно. Именно так было сделано в нашем исследовании. При этом выявлена слабая обратная корреляционная зависимость ( $r = 0,16$ ,  $p < 0,05$ ) между самооценкой здоровья женщин и осложненным течением беременности, что подтверждает объективность показателя.

**Выводы.** Таким образом, самооценка здоровья может быть принята в качестве индикатора здоровья населения в статистических исследованиях для того, чтобы установить влияющие управляемые факторы риска, связанные с образом и условиями жизни, в том числе в период беременности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9) // Qual Life Res. – 1993. – Apr; 2(2). – p. 153-159.
2. Andrea E. Bombak. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective / Andrea E. Bombak // Front Public Health. – 2013. – N 1. – p. 15.
3. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study / Shunquan Wu, Rui Wang, Yanfang Zhao, Xiuqiang Ma, Meijing Wu, Xiaoyan Yan, Jia He // BMC Public Health. – 2013. – N 13. – p. 320.
4. Benjamins, MR [et all.]. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality / MR Benjamins, RA Hummer, IW Eberstein, CB. Nam // Soc Sci Med. - 2004. – N 59. – p. 1297–1306.
5. Dzikowska-Zaborszczyk, Elżbieta. Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej / Elżbieta Dzikowska-Zaborszczyk, Beata Ciabiada, Irena Maniecka-Bryła // Probl Hig Epidemiol. – 2014. – N. 95(4). – p. 866-870.
6. Skevington, SM [et all.]. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group / SM Skevington, M. Lotfy, KA O'Connell // Quality of Life Research. – 2004. - 13(2). – p. 299-310.

7. I-Chan Huang [et all.]. Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population / I-Chan Huang, Albert W. Wu, Constantine Frangakis // Quality of Life Research. – 2006. - N15. – p. 15–24.

8. Jylhä, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model / M. Jylhä // Soc Sci Med. – 2009. – N. 69(3). – p. 307-316.

9. Wróblewska, W. Samoocena stanu zdrowia jako wskaźnik oceny stanu zdrowia populacji / W. Wróblewska // Zesz Nauk Instytutu Statystyki i Demografii. – 2010. – N 2. – p. 3-26.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН 45 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Сурмач М.Ю., Гончарук Я.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Половозрастная структура является одной из базовых демографических характеристик. Изучение демографической структуры населения Республики Беларусь в последние десятилетия свидетельствует об увеличении продолжительности жизни женщин и сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста, вследствие которых старших возрастных группах сохраняется деформация половой структуры населения [2]. С возрастанием продолжительности жизни особое медико-социальное и научно-практическое значение приобретают факторы здоровья и качества жизни женщин пострепродуктивного возраста. Эта группа женщин составляет значительную часть трудового потенциала. Важное значение имеет социальная роль данной группы населения – в сохранении семейных традиций, воспитании молодого поколения, реализации здоровьесберегающей функции семьи. Исследования связанного со здоровьем качества жизни людей пожилого и старческого возраста являются одним из необходимых условий медико-социальной работы с данной категорией населения, поскольку позволяют определить уровень оказания им медицинской и социальной помощи с учетом индивидуальных особенностей и прогнозировать степень продолжительности их жизни [1]. Возраст, пол и семейное положение – факторы, для которых влияние на качество жизни является чётко доказанным [4]. Вместе с тем, в отечественной литературе отсутствуют данные, позволяющие дать четкое представление о возрастных изменениях качества жизни населения Беларуси, в том числе о параметрах этих изменений у женщин в пострепродуктивном возрасте.

**Цель.** Оценить параметры качества жизни женщин 45 лет и старше, проживающих в Гродненской области.

**Методы исследования.** В августе-сентябре 2018 года проведено