

ВЛИЯНИЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Сурмач М. Ю. (marina_surmach@mail.ru), Сытый А. А. (balonka2802@gmail.com),
Ракович Д. Ю., Сытая К. О.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Введение. Являясь многокомпонентным понятием, связанное со здоровьем качество жизни может рассматриваться в качестве критерия эффективности медико-социальной помощи.

Цель исследования – установить, изменяет ли рождение ребёнка связанное со здоровьем качество жизни женщин молодого возраста.

Материал и методы. Выполнен анализ данных опроса 302 женщин в возрасте от 21 до 27 лет, проведенного в 2016 г. с использованием опросника WHOQOL-BREF.

Результаты. Установлено, что по компонентам «оценка качества жизни в целом», «удовлетворённость состоянием здоровья», «оценка качества и доступности медицинской помощи», «оценка связанного со здоровьем качества жизни в динамике» наилучшие результаты получены в группе женщин, имевших роды в анамнезе. По большинству компонентов связанного со здоровьем качества жизни наиболее низкие значения регистрируются в группе женщин, никогда не имевших беременности.

Выводы. Наличие ребёнка и факт его рождения положительно отражаются на качестве жизни молодых женщин.

Ключевые слова: качество жизни, роды, женщины молодого возраста, самооценка здоровья

Введение

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия [1].

Интерес к исследованиям качества жизни в социологии возник в 1960-х годах, впервые – у американских социологов, работавших над проблемой эффективности федеральных социальных программ [10]. Социологическая операция анализа понятия «качество жизни» началась на основе понятия «социальные индикаторы». Одновременно качество жизни стало предметом изучения и других наук – психологии, экономики. Для начального периода изучения качества жизни характерно отсутствие единого подхода как к самому понятию, так и к методологии его исследований. Психологи фокусировали внимание на аффективных и когнитивных структурных компонентах качества жизни [14]. Социологи выделили субъективные и объективные компоненты, что привело к возникновению соответствующих методологических подходов. «Субъективные» подходы сосредоточились на рассмотрении ценностных установок и переживаний [17], объективные – на таких компонентах, как пища, жильё, образование [18]. В первом случае элементами структуры качества жизни являются самочувствие, удовлетворённость жизнью, во втором качество жизни определяется как «качество социальной и физической окружающей среды, в которой люди пытаются реализовать свои нужды и потребности» [10].

Изучение качества жизни в научном исследовании впервые было выполнено в 1947 г. профессором Колумбийского университета в США Д. А. Катонку (работа «Клиническая оценка химиотерапии при раке»). Автор всесторонне исследовал личность пациента, страдающего соматическим заболеванием [15]. В 1960-70 гг. все чаще начинает звучать в медицинской литерату-

ре мнение о том, что болезнь влияет не только на физическое состояние, но и на эмоциональный статус индивида, что отражается в поведении и, как следствие, изменяет место человека в социальной жизни [6].

Изначально использовавшийся социологами и политологами термин «качество жизни» постепенно внедряется в медицину и в 1977 г. появляется в качестве рубрики Cumulated Index Medicus [11]. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Впервые он был предложен Kaplan и Bush в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нём, от широкой общей концепции качества жизни [12]. В 1995 г. Shumaker и Naughton определили связанное со здоровьем качество жизни как оценку людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать такой уровень функционирования, который позволял бы им следовать своим жизненным целям и отражал бы уровень их благополучия [16].

Первая монография, предложившая основы методологии исследования качества жизни в медицине отечественному научному сообществу профессионалов здравоохранения, была опубликована в России в 1999 г. [9]. Согласно определениям российских авторов, связанное со здоровьем качество жизни подразумевает категорию, включающую сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации [9].

В современной парадигме клинической медицины понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» положено в основу понимания болезни и определения эффективности методов её лечения. Изучение качества жизни, как указывают А. А. Новик и Т. И. Ионова, является

общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп, используемым в проведении популяционных исследований с выделением групп риска, динамическим наблюдением за ними, оценкой эффективности профилактических программ [8; 9].

Важным показателем качества жизни, связанного со здоровьем, является удовлетворённость индивида здоровьем [2]. И. Б. Назарова отмечает: «Здоровье является одним из индикаторов качества жизни» [7]. Подчёркивается влияние гендерного фактора на качество жизни [3].

И. Б. Назарова отмечает, что качество жизни может быть рассмотрено через поведение по сохранению здоровья. При этом выводы основываются на модели, которая связывает отношения между поведением по сохранению здоровья и уровнем здоровья, уровнем здоровья и понимаемым качеством жизни (perceived quality of life, QOL) [7; 19].

Концепция качества жизни в медицине включает три основные составляющие: многомерность (несёт информацию обо всех основных сферах жизнедеятельности человека), изменчивость во времени (изменяется в зависимости от состояния пациента, данные о качестве жизни позволяют осуществлять мониторинг и проводить коррекцию лечения и реабилитации), участие пациента в оценке своего состояния [9].

Несмотря на разнообразие методик, единственным инструментом исследования качества жизни является опросник. Имеется несколько классификаций опросников по изучению качества жизни в медицине, в зависимости от направлений исследования. Выделяют общие и специальные опросники; последние в свою очередь подразделяются по областям медицины, по изучаемой нозологии. Выделяют также опросники, специфичные для определённого состояния [4; 5]. В отличие от специальных, общие опросники позволяют оценить качество жизни как здоровых лиц, так и имеющих то или иное заболевание, без учета специфики последнего.

Являясь многокомпонентным понятием, связанное со здоровьем качество жизни в сочетании с данными о состоянии биологического здоровья женщины может рассматриваться в качестве объективного критерия эффективности медико-социальной помощи женщинам в период беременности. Перспективным представляется изучение качества жизни женщин во время беременности и после рождения ребёнка в целях поиска дополнительных возможностей в усвоении медицинской помощи, улучшении субъективного восприятия индивидуального благополучия данным контингентом [13].

Цель исследования – установить, изменяется ли рождение ребёнка связанное со здоровьем качество жизни женщин молодого возраста.

Материал и методы

Объектом исследования являлись 302 жен-

щины, в возрасте от 21 до 27 лет, пациентки УЗ «ГОКПЦ» (акушерские отделения) и УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» (гинекологическое и акушерские отделения). Объект разделен на 3 группы: контрольную (99 чел.) – женщины, не имевшие беременности в анамнезе; группу женщин, имевших роды в анамнезе (102 чел.); группу женщин, у которых после родов прошло не более 48 часов (101 чел.). Анкетирование проводилось по международной методике с помощью краткого опросника WHOQOL-BREF [5], в период с 01.03.2016 г. по 31.05.2016 г., методом сплошного отбора пациенток, находящихся в момент проведения опроса в отделении. Критерием исключения являлся добровольный отказ женщины соответствующей группы от опроса (8 человек, что составило около 2,5% выборки). Для анализа данных опроса применены методы непараметрической статистики (расчёт критерия χ^2 при сравнении групп по экстенсивным показателям).

Результаты и обсуждение

На вопрос, «Как Вы оцениваете качество своей жизни?», большая часть женщин выбрали вариант ответа «хорошо». В контрольной группе доля женщин, выбравших данный вариант ответа, составила 54%; среди женщин, имевших в анамнезе роды – 88%; в группе родильниц – 75% (достоверность различий по данному вопросу доказана: $p < 0,0001$, $\chi^2 = 11,911$). Выбор респондентами вариантов ответа «плохо» или «очень плохо» не зарегистрирован (рис. 1).

На вопрос, «Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья?», ответили положительно 68% женщин контрольной группы и 75% женщин, имевших роды в анамнезе. Не удовлетворены здоровьем оказались 7,1% женщин контрольной группы и 12,9% родильниц (доля максимальна среди трёх групп, $p < 0,0001$). Очевидно, такой характер ответов обусловлен физиологическим стрессом, которым являются роды для женщины.

Оценка качества и доступности медицинской помощи респондентом представляет значимую

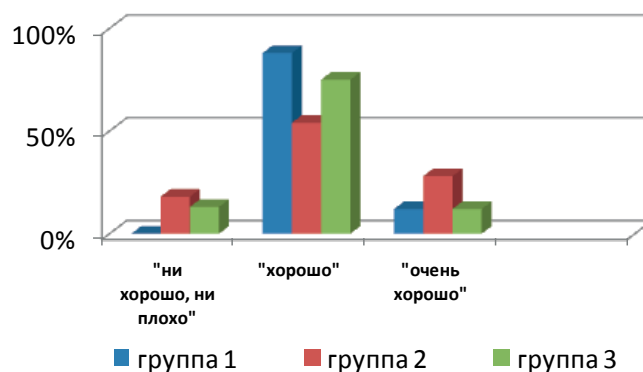


Рисунок 1. – Самооценка женщинами качества жизни

Группа 1 – контрольная; группа 2 – женщины, имевшие роды в анамнезе; группа 3 – женщины, с момента родов у которых прошло не более 48 часов

составляющую уровня связанного со здоровьем качества жизни. Большинство опрошенных женщин оказались удовлетворены или высоко удовлетворены оказанной им медицинской помощью (87% респондентов). Оценили доступность и качество медицинской помощи неудовлетворительно почти треть (30,3%) женщин контрольной группы и почти каждая десятая (9,9%) родильница ($\chi^2=18,7$, $p<0,0001$). Такой выбор ответа женщины объяснили трудностями с записью на прием к врачу поликлиники (72%), некомпетентностью медицинского персонала (8%), недоверием к медицинским работникам (13%), другими причинами (7%).

Удовлетворенность отдыхом – одна из значимых составляющих уровня качества жизни. Полностью удовлетворены качеством и временем своего отдыха оказались всего 12,1% женщин контрольной группы и по 24,8% женщин второй и третьей групп. Значительно больше пациентов оказались не удовлетворены своим отдыхом: 38,4% женщин контрольной группы, 27,5% женщин, имевших в анамнезе роды, и 49,5% родильниц (достоверность различий составила: $\chi^2=18,7$, $p=0,009$). В контрольной группе полностью удовлетворены сном 68% опрошенных, 32% полностью не удовлетворены сном. Количество и качества сна не устраивает 25% женщин второй группы и 13% родильниц.

Полная оценка связанного со здоровьем качества жизни требует анализа его отдельных компонентов в динамике. При этом нас в первую очередь интересовало влияние беременности и родов на связанное со здоровьем качество жизни.

В контрольной группе на вопрос, как изменилось здоровье женщин по сравнению с предыдущим годом, были получены следующие ответы: чувствуют себя лучше, чем год назад, только 12% женщин, 50% отмечают ухудшение в самочувствии и оценке своего здоровья. Второй и третьей группам вопрос был сформулирован следующим образом: «Как бы Вы оценили своё здоровье сейчас по сравнению с тем, каким оно было до беременности?». По данным самооценки, здоровье женщин преимущественно не изменилось (63,5% из суммы опрошенных из второй и третьей групп). Почувствовали ухудшение в своем здоровье 29%, у 14% женщин, имевших роды в анамнезе, отмечалось улучшение.

Выводы

Таким образом, по компонентам «оценка качества жизни в целом», «удовлетворённость состоянием здоровья», «оценка качества и доступности медицинской помощи», «оценка связанного со здоровьем качества жизни в динамике» наилучшие результаты получены в группе женщин, имевших роды в анамнезе. При этом интересен факт, что даже наличие родов в последние 48 часов является фактором, способствующим позитивной оценке качества жизни в целом и его отдельных компонентов. По большинству компонентов связанного со здоровьем качества жизни наиболее низкие значения регистрируются в группе женщин, не имевших беременности в анамнезе.

Следовательно, наличие ребёнка и факт его рождения положительно отражаются на связанном со здоровьем качестве жизни женщины.

Литература

- Алеева, Г. Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г. Н. Алеева, М. Э. Гурылева, М. В. Журавлева // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 1-4.
- Журавлёва, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлёва; Ин-т социологии РАН. – Москва: Наука, 2006. – 238 с.
- Журавлёва, И. В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели / И. В. Журавлёва // Социология медицины. – 2004. – № 2. – С. 11-17.
- Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. – 314 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>. – Дата доступа: 01.11.2016.
- Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/ru/. – Дата доступа: 01.11.2016.
- Митрофанова, О. И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и тендерный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. И. Митрофанова. – Москва, 2008. – 19 с.
- Назарова, И. Б. Здоровье занятого населения / И. Б. Назарова. – Москва: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
- Новик, А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – Санкт-Петербург: Элби, 1999. – 140 с.
- Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – Санкт-Петербург: Нева; Москва: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. – 320 с.
- Нугаев, Р. М. Качество жизни в трудах социологов США / Р. М. Нугаев, М. А. Нугаев // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 100-105.
- Райзберг, Б. А. Качество жизни / Б. А. Райзберг // Современный экономический словарь / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. – 2-е изд., испр. – Москва: ИНФРА-М., 1999. – С. 211-214.
- Татьякова, А. Ю. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем / А. Ю. Татьяна, С. М. Чечельницкая, А. Г. Румянцев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 6. – С. 46-51.
- Чесноков, П. Е. Компоненты качества жизни беременных и их оценка в сравнении с данными женщин, зарегистрировавших брак / П. Е. Чесноков, С. В. Говоров, Г. Я. Клименко // Институту последипломного медицинского образования – 25 лет: сб. науч. тр. – Воронеж: Консилиум, 2008. – С. 52-54.
- Abbey, A. Modeling the Psychological Determinants of Life Quality / A. Abbey, F. Andrews // Social Indicators Research. – 1985. – Vol. 16. – P. 1-34.

15. Green, D. R. The immunotrophic role of T cells in organ generation and regeneration / D. R. Green, T. G. Wegmann // *Progr. Immunol.* – 1987. – № 6. – P. 1100-1112.
16. Naughton, M. J. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales / M. J. Naughton, S. A. Shumaker, R. T. Anderson, S. M. Czajkowski // *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* / ed.: B. Spilker. – New York : Lippincott-Raven, 1996. – P. 117-131.
17. Shuessler, K. F. Quality-of-life research and sociology / K. F. Shuessler, G. A. Fisher // *Annual Review of Sociology.* – 1985. – Vol. 11. – P. 131.
18. Wingo, L. The Quality of Life: Toward a micro-economic definition / L. Wingo // *Urban Studies.* – 1973. – Vol. 10. – P. 3-8.
19. Woodruff, S. I. Impact of Health and Fitness-Related Behavior on Quality of Life / S. I. Woodruff, T. L. Conway // *Social Indicators Research.* – 1992. – № 25. – P. 391-405.
8. Novik AA, Ionova TI. *Koncepcija issledovanija kachestva zhizni v medicine.* – Sankt-Peterburg.: Jelbi; 1999. 140 p. (Russian).
9. Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine.* Sankt-Peterburg : Neva; Moskva: OLMA-PRESS Zvezdnyj mir; 2002. 320 p. (Russian).
10. Nugaev RM, Nugaev MA. *Kachestvo zhizni v trudah sociologov SShA. Sociologicheskie issledovanija.* 2003;6:100-105. (Russian).
11. Rajzberg BA. *Kachestvo zhizni.* In: Rajzberg BA, Lozovskij LSh, Starodubceva EB. *Sovremennyy ekonomicheskij slovar.* 2nd ed. Moskva: INFRA-M; 1999. p. 212-214. (Russian).
12. Tatkova AJu, Chechelnicaja SM, Rumjancev AG. *K voprosu o metodike ocenki kachestva zhizni, obuslovlennogo zdorov'em. Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny.* 2009;6:46-51. (Russian).
13. Chesnokov PE. *Komponenty kachestva zhizni beremnyh i ih ocenka v sravnenii s dannymi zhenshhin, zaregistrirovavshih brak.* In: Chesnokov PE, Govorov SV, Klimenko GJa. *Institutu posleddiplomnogo medicinskogo obrazovanija – 25 let: sbornik nauchnyh trudov.* Voronezh: Konsilium; 2008. p. 52-54. (Russian).
14. Abbey A, Andrews F. *Modeling the Psychological Determinants of Life Quality.* *Social Indicators Research.* 1985;16:1-34.
15. Green DR, Wegmann TG. *The immunotrophic role of T cells in organ generation and regeneration.* *Progr. Immunol.* 1987;6:1100-1112.
16. Naughton MJ. *Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales.* In: Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM, authors, Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* New York: Lippincott-Raven; 1996. p. 117-131.
17. Shuessler KF, Fisher GA. *Quality-of-life research and sociology.* *Annual Review of Sociology.* 1985;11:131.
18. Wingo L. *The Quality of Life: Toward a micro-economic definition.* *Urban Studies.* 1973;10:3-8.
19. Woodruff SI, Conway TL. *Impact of Health and Fitness-Related Behavior on Quality of Life.* *Social Indicators Research.* 1992;25:391-405.

References

1. Aleeva GN, Gurileva ME, Zhuravleva MV. *Kriterii kachestva shizni v medicine i kardiologii. Rossijskij medicinskij zhurnal.* 2006;2:1-4. (Russian).
2. Zhuravl'jova IV. *Otnoshenie k zdorov'ju individa i obshchestva.* Moskva : Nauka; 2006. 238 p. (Russian).
3. Zhuravl'jova IV. *Otnoshenie cheloveka k zdorov'ju: metodologija i pokazateli. Sociologija mediciny.* 2004;2:11-17. (Russian).
4. *Zdorov'e-21: Osnovy politiki dostizhenija zdorov'ja dlja vseh v Evropejskom regione VOZ* [Internet]; 1999. 314 p. (Evropejskaja serija po dostizheniju zdorov'ja dlja vseh; no 6). Available at: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>. (accessed 01.11.2016).
5. *Kratkij oprosnik VOZ dlja ocenki kachestva zhizni (WHOQOL-BREF).* Available at: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/ru/. (accessed: 01.11.2016).
6. Mitrofanova OI. *Kachestvo zhizni bol'nyh shizofreniej v raznyh gruppah naselenija (kliniko-social'nyj i tendernyj aspekty)* [masters thesis]. Moskva; 2008. 19 p. (Russian).
7. Nazarova IB. *Zdorov'e zanjatogo naselenija.* Moskva : MAKS Press; 2007. 526 p. (Russian).

BIRTH OF A CHILD AS A PROTECTIVE FACTOR OF YOUNG WOMEN QUALITY OF LIFE

Surmach M. Yu., Syty A. A., Rakovich D. Yu., Sytaya K. O.

Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

Background. Being a multidimensional concept, health-related quality of life can be regarded as a criterion of health and social care efficiency.

The aim of this work was to determine changes of health-related quality of life of young women due to childbirth.

Material and methods. We performed the analysis of the survey of 302 women aged from 21 to 27 years, which had been conducted in 2016 using the WHOQOL-BREF questionnaire.

Results. It was established that with regard to the components "assessment of the quality of life as a whole", "health satisfaction", "evaluation of the quality and accessibility of health care", "evaluation of health-related quality of life in dynamics" the best results were obtained in the group of women who had childbirth in their anamnesis. Most of the components of health-related quality of life were the lowest in the group of women who had never had pregnancy.

Conclusion. Having a child and the fact of his/her birth has a positive impact on the quality of life of young women.

Keywords: quality of life, labor, young women, health self-assessment

Поступила: 22.12.2016

Отрецензирована: 16.01.2017