

УДК 618.2-055.26-079.7

© Л. Є. Туманова, В. І. Медведь, О. В. Сорокін, 2012.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ВАГІТНИХ З ВЕЛИКИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ

Л. Є. Туманова, В. І. Медведь, О. В. Сорокін*Відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві (зав. – д.мед.н. Л. Є. Туманова), Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ.*

INDICES OF QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN WITH PROLONGED INTERGENETIC INTERVAL L. E. Tumanova, V. I. Medved, A. V. Sorokin

SUMMARY

Determination of quality of life in pregnant women with prolonged intergenetic interval is an essential component of the surveillance during period of gestation - this gives an opportunity to adequately assess and timely correct physical, social and psycho-emotional functions in the interests of mother and fetus.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ С БОЛЬШИМ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ Л. Е. Туманова, В. И. Медведь, А. В. Сорокин

РЕЗЮМЕ

Определение показателей качества жизни у беременных с большим интергенетическим интервалом является неотъемлемой составляющей наблюдения в период вынашивания – это предоставляет возможность адекватно оценивать и своевременно корректировать физическую, социальную и психоэмоциональную функции в интересах матери и плода.

Ключові слова: вагітність, великий інтергенетичний інтервал, якість життя.

Вагітні з великим інтергенетичним інтервалом – це жінки, які вирішили народити другу дитину через 10 і більше років.

За даними анамнезу, перебігу вагітності, віком, наявністю гінекологічної патології, високим рівнем екстрагенітальної захворюваності, становлять групу високого акушерського ризику з розвитку різноманітних ускладнень. Визначення оцінки якості життя допомагає встановити об'єктивний стан фізичної, соціальної та психоемоційної сфер життєдіяльності конкретної пацієнтки, виявити проблемні аспекти та вжити заходів щодо запобігання їх негативного впливу на виношування та пологи.

На сучасному етапі розвитку медицини показники якості життя являються одними з ключових критеріїв, що відображують стан здоров'я в сенсі потенційних ризиків.

Згідно визначення ВООЗ (1999), «якість життя – це ступінь сприйняття окремими людьми або групами людей того, що їх потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя і самореалізації можливості надаються». З цього визначення слідує, що сутність якості життя має соціально-психологічну природу і полягає в оцінці індивідуумом власної задоволеності різними аспектами свого життя в соціумі відносно тих своїх психологічних особливостей, які пов'язані з рівнем запитів [1, 2].

Якість життя – це системне поняття, що визначається єдністю його компонентів: самої

людини як біологічної і духовної істоти, її життєдіяльності та умов, в яких вона перебігає. Звідси слідує, що номенклатура показників якості життя повинна включати як об'єктивні характеристики самої людини, її життєдіяльності та умов життя, так і суб'єктивні оціночні характеристики, які відображають відношення суб'єкта к реаліям його життя.

Найбільш обґрунтованою є трактовка якості життя населення з позицій розуміння сутності життя людей як процесу, що направлений в цілому на збереження і розвиток життя людства в усе більш широких межах природних умов шляхом творчої діяльності та боротьби, подолання природних, особистісних і соціальних протиріч і труднощів.

Оцінки якості життя складні не лише із-за багатогранності цього поняття. Для різних верст населення уява про якість життя досить різна, і вони виявляються через суб'єктивні оцінки [3, 4].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження показників якості життя проводилося в двох групах: I група – вагітні з великим інтергенетичним інтервалом – 240 пацієнток; II група – вагітні з перервою між пологами 3-5 років – 259 пацієнток.

В сучасній медичній практиці найбільш часто використовується метод оцінки якості життя за допомогою опитувальника SF-36 Health Status Survey,

розробленого The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA [5, 6].

Якість життя оцінювали із застосуванням короткої форми опитувальника SF-36, який дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність пацієнтки своїм фізичним та психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, складеними таким чином, що більш висока оцінка вказує на кращу якість життя, тобто показники варіювали від 0 до 100, де 100 – являло повне здоров'я. Опитувальник SF-36 дозволяє оцінювати фізичний і психічний компонент здоров'я. Для обробки даних дослідження була використана інструкція, розроблена компанією Евіденс – Клініко-фармакологічні дослідження.

Оцінка якості життя згідно опитувальника SF-36 HEALTH STATUS SURVEY здійснювалась за наступними шкалами:

1) General Health (GH) – загальний стан здоров'я – оцінка хворим стану свого здоров'я в даний момент та перспектив лікування.

2) Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування, яке відображає ступінь, за яким здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по дробині, перенесення важких речей і т.п.).

3) Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).

4) Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, за якого емоційний стан заважає виконанню роботи або іншій повсякденній діяльності (включаючи

збільшення витрат часу, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження якості її виконання і т.п.).

5) Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, визначається ступенем, за якого фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

6) Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома та поза домом.

7) Vitality (VT) – життєздатність (відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, знесиленим).

8) Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Аналіз та обробка отриманих результатів здійснювалась за допомогою програм Microsoft Office 2007: Word, Excel, Access; BIOSTAT.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати були найкращими, тобто якість життя вища в II групі – вагітних, у яких перерва між пологами становила 3-5 років. Помітно нижчими були показники в I групі у вагітних з великим інтергенетичним інтервалом (табл. 1).

Так, фізичне функціонування було оцінено пацієнтами I групи в 67,7 балів і в 89,6 балів – в II групі. Саме в групі вагітних з великим інтергенетичним інтервалом мала місце найнижча оцінка власної фізичної працездатності.

Наступний показник – фізичний стан, який оцінював вплив фізичної форми на здатність виконувати повсякденну діяльність, засвідчив, що ця діяльність мала найбільше обмеження в зв'язку з вагітністю в I групі – 60,8 балів. Друга група мала вищий бал – 79,3.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика показників якості життя пацієнток

№	Показник	Оцінка	
		Вагітні з великим інтергенетичним інтервалом (I група)	Вагітні з перервою між пологами 3-5 років (II група)
1	Фізичне функціонування	67,7±4,3*	89,6±3,3
2	Фізичний стан	60,8±4,1*	79,3±4,3
3	Больовий синдром	64,2±5,1*	85,8±5,3
4	Загальне здоров'я	69,0±4,5*	91,0±7,1
5	Енергійність	77,4±4,9	79,3±5,8
6	Соціальна роль	92,4±6,3	92,9±6,9
7	Емоційний стан	64,0±5,2	74,3±5,2
8	Психічний стан	55,3±3,3*	84,0±7,1

Примітка. * – різниця між показниками I та II груп вагітних вірогідна (p<0,05).

Показник інтенсивності болю та її вплив на здатність виконання щоденного життєзабезпечення (включно роботу по дому та за його межами) виявився найнижчим в I групі 64,2 і 85,8 – в II групі. Це засвідчило, що найбільше біль обмежувала фізичну активність вагітних в I групі.

Показники загального здоров'я, за суб'єктивною оцінкою пацієнток, були найнижчими в I групі – так само, як і показник інтенсивності болю. Пацієнтки з великим інтергенетичним інтервалом оцінили своє здоров'я в 69 балів проти 91 бала вагітних II групи. Слід зазначити, що найбільш об'єктивна оцінка дано-

го показника мала місце в групі вагітних з перервою між пологами 3-5 років.

Жінки I групи, навпаки, надмірно оптимістично характеризували власне здоров'я, дещо применшували існуючі проблеми. Це мало вигляд, начебто, вони намагалися запереченням певної проблеми взагалі не помічати цієї проблеми.

Найвищий бал енергійності – наповненість енергією та відчуття себе повною сил – мало місце в II групі – 79,3. Як не дивно, але вагітні першої групи мали подібний бал – 77,4. Це пояснювалось неперборним бажанням знов відчувати радість материнства через багато років, бажанням прикласти максимум сил для здійснення цієї мрії. Велике значення мала підтримка дорослих членів родини, які теж з нетерпінням чекали появи немовля та всіляко підтримували майбутню маму, що, за словами жінок, мало додаткову стимулюючу функцію.

Оцінка соціальної ролі була чи не найбільш суб'єктивною серед усіх шкал. Жінки I групи, у порівнянні з пацієнтками II групи, були значно старшими, в переважній більшості мали вищу освіту, вагому кар'єру, значимий життєвий досвід і, як наслідок, сформовано та зріло давали визначення соціальної ролі і що дуже важливо – під час вагітності. Їх оцінка дорівнювала 92,4 бали. Жінки II групи, вкладаючи дещо інший сенс в поняття соціальної ролі, оцінили її в 92,9 балів. Але якщо жінки I групи мали на увазі можливість якомога довше і повноцінно працювати, приймати участь в соціально значимих подіях, то вагітні II групи вказували на можливість спілкування з подружками, відвідування розважальних заходів і тому подібне.

Вплив емоційного стану на виконання повсякденної праці (включаючи більші затрати часу, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження її якості тощо) був оцінений наступним чином: I група – 64,0 балів; II група – 74,3. Як видно, мало місце зниження оцінок в двох групах. Причини зниження оцінки в першій групі були тотожними – свідоме розуміння ситуації про ймовірні ризики стає підґрунтям для постійних роздумів, що в певній мірі заважає у повсякденній діяльності і однозначно має на неї негативний вплив. При цьому, жінки I групи відмічають, що вже маючи досвід народження дитини і розуміючи, що у порівнянні з попередньою вагітністю 10 і більше років тому медицина просунулася далеко вперед, надаючи значно більше можливостей виносити і народити здорову дитину, нормалізувати емоційний стан самостійно є досить важко. Причини помітного зниження оцінки в II групі є цілком протилежним: маючи вдома дитину в віці 3-5 років, яка активно розвивається, є надто активною і потребує значної і постійної уваги, вагітні відмічають значний негативний вплив емоцій із-за бажання «все встигати»: приділити достатньо уваги маленькій дитині, потурбуватися про себе і майбутню дитину, не забуваючи про чоловіка і хатні турботи, що, звичайно,

є нелегко і стає підґрунтям надлишку емоцій, які заважають «виконати все, що заплановано».

Оцінка психічного здоров'я, яка свідчить про наявність депресій, занепокоєння та тривоги була найвищою в II групі і становила 84,0 бали. Вагітні з великим інтергенетичним інтервалом оцінили своє психічне здоров'я в 55,3 бали – найвищий показник не лише за даною шкалою, а й за всіма восьми шкалами. Безперечно, що найвищий ступінь тривоги та занепокоєння мав місце в I групі. Слід зазначити, що жінки з великим інтергенетичним інтервалом правдиво і відверто вказують на цей стан і кожна третя вагітна відмічає необхідність психологічної корекції за допомогою відповідного фахівця. Жінкам, які мають серйозну підтримку сім'ї та яким, за їх словами, «пощастило з гарним лікарем», який їх добре розуміє, проявляє максимум уваги, і якому вони довіряють, значно легше, хоча б тимчасово, урівноважувати свій психологічний стан та почуватися добре.

ВИСНОВКИ

1. У вагітних з великим інтергенетичним інтервалом має місце суттєве погіршення якості життя за рахунок зниження показників якості життя порівняно з вагітними, у яких перерва між пологами 3-5 років.

2. Низькі показники якості життя в групі жінок з великим інтергенетичним інтервалом були за шкалами: фізичне функціонування, фізичний стан, емоційний стан. Самими низькими є бали за шкалою психічний стан.

ЛІТЕРАТУРА

1. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Издательский дом «Нева», М. : «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.

2. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. – М. : Гэотар-Мед, 2004. – 304 с.

3. Which factors determine our quality of life, health and ability? [Results from a Danish population sample and the Copenhagen Perinatal Cohort] / S. Ventegodt, T. F. Madsen, N. J. Andersen [et al.] // J. Coll. Physicians. Surg. Pak. – 2008. – Vol. 18. – P. 445–450.

4. Factors during pregnancy, delivery and birth affecting global quality of life of the adult child at long-term follow-up. [Results from the prospective Copenhagen Perinatal Birth Cohort 1959-61] / S. Ventegodt, T. Flensburg-Madsen, N. J. Anderson [et al.] // Scientific World J. – 2005. – Vol. 5. – P. 933–941.

5. The SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. / J. E. Jr Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center. – 1993.

6. Ware J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller. – The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.