УДК 616-084:004.5]:614.2-053.2/.055.2-036-092.1.7

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ КАК КРИТЕРИЯ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РАЗРАБОТКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

М.Ю.Сурмач, А.К.Епифанова

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

По данным анализа методических рекомендаций ВОЗ и опубликованных результатов эпидемиологических исследований, обосновывается заключение о том, что самооценка здоровья является компонентом (фактором) качества жизни, простым в изучении и, вместе с тем, объективно отражающим уровень связанного со здоровьем качества жизни. Значения самооценки здоровья тесно связаны со значениями интегрального показателя качества жизни, а их изменения происходят однонаправленно. Раскрыта методология исследования самооценки здоровья. На основе собственных медико-социологических данных изучена самооценка здоровья женщин во время беременности и установлено, что данный социологический показатель можно использовать в эпидемиологических, статистических и скрининговых исследованиях в охране материнства и детства, что, в свою очередь, может применяться для разработки профилактических программ и оценки их эффективности.

Ключевые слова: самооценка здоровья; связанное со здоровьем качество жизни; беременность; охрана материнства и детства; профилактические программы.

Для каждой из женщин, поступающих под наблюдение акушера-гинеколога территориальной женской консультации, важнейшей задачей является обеспечить благоприятное течение беременности, адекватную подготовку к родам, способствовать благополучному родоразрешению. Психофизиопрофилактическая подготовка к родам рассматривается как комплекс мероприятий, имеющих целью воздействовать на различные стороны жизнедеятельности беременной женщины с тем, чтобы обеспечить благополучное течение гестационного процесса и рождение здорового ребенка. Выявлено положительное влияние психологической коррекции в период гестации, которое проявляется снижением акушерской и соматической патологии, способствует благоприятному течению родов, длительной лактации и повышению мотивации на повторное деторождение [19]. По данным С.И.Знаменской [18], с помощью специальных физических упражнений можно корректировать негативные эмоциональные состояния беременных женщин, в свою очередь, эмоциональное состояние оказывает влияние на качество родовой деятельности. Выявление управляемых факторов, способствующих повышению связанного со здоровьем качества жизни женщин, их учет в организации психофизиологической подготовки к родам – важная задача. Вместе с тем, методологически изучение оценки качества жизни – процесс трудоемкий, поскольку само понятие качества жизни многокомпонентно.

Цель исследования – выявить компонент (фактор) качества жизни, методологически простой в изучении и, вместе с тем, отражающий связанное со здоровьем качество жизни женщин во время беременности, который можно было бы использовать в эпидемиологических, статистических и скрининговых исследованиях в охране материнства и детства.

Материалы и методы

Нами проанализированы методические рекомендации ВОЗ и опубликованные результаты эпидемиологических исследований. Установлена значимость самооценки здоровья как компонента связанного со здоровьем качества жизни, и охарактеризованы методические подходы к ее изучению. Изучена самооценка здоровья женщин во время беременности, выявлено ее соответствие объективному состоянию здоровья беременных. Материалами собственного исследования являлись данные опросов выборочной совокупности беременных женщин в возрасте 18–45 лет, госпитали-

зированных в акушерско-гинекологические отделения стационаров (преимущественно – центральных районных больниц) всех регионов Республики Беларусь в период июнь – июль 2017 года (всего – 650 человек), критерий включения – беременность, критерий исключения – отказ женщины от опроса. По территориальному распределению выборка отвечала параметрам репрезентативности для Республики Беларусь. Для статистической обработки и анализа данных использованы компьютерные программы Microsoft Excel 2010 и Statistica 10,0. Для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками применяли критерии Манна-Уитни, «хи-квадрат» (χ^2), для выявления взаимосвязи между изучаемыми факторами применялся корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена r [20].

Результаты и обсуждение

Самооценка здоровья как обязательный компонент качества жизни. Согласно определению ВОЗ, качество жизни (QOL) – это индивидуальный способ ощущения отдельных людей в контексте их культуры и системы ценностей, а также их личных целей, стандартов и интересов [13]. В медицине чаще используется термин «связанное со здоровьем качество жизни» (health-related quality of life – HRQOL) [12; 21]. Качество жизни – интегральная характеристика благополучия, являющаяся многокомпонентной. Наиболее широко распространенными инструментами изучения и оценки качества жизни являются опросники SF-36 и WHQOL (WHQOL-BREF) [13]. SF-36 состоит из 11 разделов, результаты оценок по которым представляются в баллах по следующим 8 шкалам: Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей); Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности); Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.); Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы). WHOQOL-BREF является краткой версией состоящего из 100 вопросов опросника WHOQOL-100. Краткий опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов, которые оценивают физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду [10].

На данных популяционных исследований, проведенных в Тайване, эксперты ВОЗ доказали, что SF-36 и WHQOL (WHQOL-BREF) измеряют разные конструкты: SF-36 в большей степени характеризует связанное со здоровьем качество жизни, WHQOL (WHQOL-BREF) – глобальное (общее) качество жизни [6].

Общие и специальные опросники, разрабатываемые для изучения и оценки связанного со здоровьем качества жизни, могут различаться для тех или иных популяций и нозологических единиц. Независимо от этой специфики, связанное со здоровьем качество жизни изучается, как минимум, по пяти основным измерениям: функционирование физическое, психологическое, социальное, ролевое, а также общее чувство благополучия (самооценка здоровья), в их связи с состоянием здоровья. Самооценка здоровья (SRH – Self Rated Health) – компонент качества жизни, непосредственно влияющий на его интегральный показатель.

Самооценка здоровья – обязательная переменная, изучаемая при оценках связанного со здоровьем качества жизни. Это значимый элемент человеческой личности, который влияет на функционирование индивида в обществе. Позитивное отношение к себе и окружающей среде влияет на благополучие, здоровье и является залогом успеха в профессиональной и личной сфере [8; 9].

Доказано, что ряд факторов могут влиять на качество жизни (его интегральный показатель) и на самооценку здоровья с разной силой, однако, при этом, взаимосвязь между самооценкой здоровья и качеством жизни сохраняется. Влияние на

качество жизни оказывает ряд факторов, среди которых пол, возраст, семейное положение, социальный статус, наличие специальных медицинских знаний и др. Важную роль в формировании качества жизни играет такой фактор, как физическая активность. Установлено, что спорт способствует созданию уверенности в себе, веры в свои силы, высокому уровню самовосприятия такой характеристики качества жизни, как Vitality (VT) (жизнеспособность) [15]. Вместе с тем, существуют концепции, показывающие как положительное влияние активного образа жизни на самооценку здоровья [4], так и иллюстрирующие отсутствие прямой зависимости между уровнем физической активности и самооценкой здоровья, при этом, связь между уровнем качества жизни и самооценкой здоровья также сохраняется [5].

Самооценка здоровья как мера оценки здоровья населения. Самооценка здоровья часто используется в эпидемиологических исследованиях как мера оценки состояния здоровья населения. Она играет все более важную роль в клинических испытаниях и скрининговых исследованиях. Самооценка здоровья – структурный компонент отношения человека к здоровью и косвенно отражает мотивацию на здоровьесбережение. Вместе с тем, самооценка физического и психического состояния индивида выступает в качестве реального показателя здоровья населения, поскольку обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья (до 80%) [1; 11].

Во многих исследованиях подтверждена взаимосвязь самооценки состояния здоровья с риском смерти, особенно среди пожилых людей, мужчин. Оценка состояния здоровья по самооценке состояния здоровья, при использовании для сравнения состояния здоровья в странах Восточной и Западной Европы, показала результат, соответствующий данным, полученным для этих стран с точки зрения показателей смертности [2]. Основываясь на данных социолого-статистических исследований, Elzbieta Dziankowska-Zaborszczyk, Beata Ciabiada и Irena Maniecka-Bryla [3] статистически обосновали, что самооценка здоровья – независимый предиктор преждевременной смертности. В рамках программы СИНДИ ВОЗ ими были проанализированы данные, полученные при опросе в 2001 г. 1002 мужчин и 826 женщин 18–64 лет, с последующим 8-летним демографо-эпидемиологическим наблюдением за выживанием, фактом смерти или миграции из Лодзи, и обоснован вывод о том, что вопросы, касающиеся самооценки здоровья, должны являться необходимым элементом эпидемиологических исследований, касающихся здоровья популяции.

Будучи не клиническим и потому относительно субъективным – социологическим – показателем, самооценка здоровья, как и иные социологические показатели, при их идентичности объективным характеристикам здоровья используются даже шире клинических, поскольку характеризуют косвенным образом здоровье и тех респондентов, которые не обращаются за медицинской помощью, хотя имеют отклонения в здоровье. Благодаря информативности этого показателя, большинство исследований по проблемам здоровья включают вопросы по самооценке в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья [16]. Показатели самооценки здоровья и информированности в совокупности с другими показателями позволяют прогнозировать поведение людей в случае формирования групп риска [17].

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

SF-36 для анализа самооценки здоровья предлагает шесть вопросов, основанных 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.).

Как правило, для изучения самооценки здоровья используют 5–10-балльные шкалы и вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?». ВОЗ рекомендует использовать 5-балльную шкалу со смысловым описанием вариантов ответов, расположенных в ранжированном порядке: «очень хорошее», «хорошее», «ни хорошее, ни плохое», «плохое», «очень плохое» [7]. Часто используется также такой вариант вопроса, как «Как вы / Вы оцениваете состояние своего здоровья по сравнению с другими людьми того же возраста?», с предложением респонденту вербальной шкалы

Таблица

Самооценка состояния здоровья в методике SF-36

Вопросы	Варианты ответов				
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

вариантов ответов [14]. Следует отметить, что не всегда вербальная формулировка ответов достаточно четко понимается 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-балльной 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-балльная шкала может быть переведена в 5-балльную путем объединения позиций: 1+2, 3+4, 5+6, 7+8, 9+10, соответственно, и даже в наиболее простую для анализа – 3-балльную – путем объединения позиций: 1+2+3+4 («плохое»), 5+6+7 («удовлетворительное»), 8+9+10 («хорошее»).

Самооценка здоровья женщин во время беременности. Изучение здоровья на основе субъективного восприятия позволило выяснить, что большинство опрошенных женщин (64,6%) оценило его как «удовлетворительное», как «хорошее» оценили всего 22,1% и как «плохое» – 13,3% опрошенных.

Наиболее позитивно состояние своего здоровья оценивают женщины в возрастной группе «19 лет и младше», а негативно в группе «35 лет и старше». Нами установлено, что с возрастом качество здоровья женщин достоверно снижается: выявлена слабая отрицательная корреляционная зависимость между самооценкой здоровья по 10-балльной шкале и возрастом беременной женщины ($r=0,13$ при $p<0,05$).

По нашим данным, более половины опрошенных женщин, несмотря на социальное положение, оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное». В то же время, отмечаются различия в оценках своего здоровья по категориям «плохое» и «хорошее». Так, удельный вес безработных женщин, оценивших свое состояние здоровья как «плохое», значительно превышает удельный вес женщин других социальных групп, давших аналогичную оценку ($\chi^2=49,5$, $p<0,05$). Удельный вес женщин, работающих по найму в частном секторе, являющихся частным предпринимателем и военнослужащих, оценивших свое состояние здоровья как «хорошее», превышает удельный вес женщин других социальных групп, давших аналогичную оценку ($\chi^2=9,7$, $p>0,05$), что возможно связано с влиянием условий труда.

Уровень дохода оказывает значительное влияние на самооценку здоровья беременных женщин: выявлена средняя корреляционная зависимость ($r=0,38$ при $p<0,05$) между самооценкой здоровья женщин и их материальным положением.

Наличие осложненного течения беременности значимо влияет на самооценку здоровья женщин: в группе, где имеются осложнения в ходе беременности (отмечены у 36,6% женщин), среднее значение самооценки здоровья составило 6,82 баллов, при отсутствии осложнений – 7,36 баллов, критерий Манна-Уитни = 4,6, $p<0,000$.

Выводы

Самооценка здоровья – обязательный компонент при изучении связанного со здоровьем качества жизни, изменение которого происходит однонаправленно с изменениями интегрального показателя. Самооценка здоровья является также фактором, который в статистических, эпидемиологических и скрининговых клинических исследованиях может использоваться в качестве меры оценки состояния здоровья населения. Анализ данных о самооценке здоровья беременных женщин, проживающих в Республике Беларусь, по-

казал, что данный социологический показатель может использоваться и как индикатор связанного со здоровьем качества жизни беременных женщин, что, в свою очередь, может применяться для разработки профилактических программ в сфере охраны материнства и детства и оценки их эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bombak, Andrea E.* Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective / Andrea E. Bombak // Front Public Health. – 2013. – No.1. – P.15.
2. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality / M.R.Benjamins [et al.] // Soc Sci Med. – 2004. – No.59. – P.1297–1306.
3. *Dziankowska-Zaborszczyk, Elzbieta.* Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralnosci przedwczesnej / Elzbieta Dziankowska-Zaborszczyk, Beata Ciabiada, Irena Maniecka-Bryla // Probl Hig Epidemiol. – 2014. – T.95, Nr.4. – S.866–870.
4. *Fox, K.R.* The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation / K.R.Fox, C.B.Corbin // J Sport Excercise Psy. – 1989. – Vol.11, No.4. – P.408–430.
5. *Gruszczynska, Magdalena.* Aktywnosc fizyczna a jakosc zycia i samoocena / Magdalena Gruszczynska, Patrycja Skorupa // Probl Hig Epidemiol. – 2018. – T.99, Nr.1. – S.69–73.
6. *I-Chan Huang.* 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. – Vol.15, Issue 1. – P.15–24.
7. *Jylha, M.* What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model / M.Jylha // Soc Sci Med. – 2009. – Vol.69, No.3. – P.307–316.
8. *Laguna, Mariola.* Orientacja pozytywna i jej pomiar: polska adaptacja skali orientacji pozytywnej / Mariola Laguna, Piotr Oles, Dorota Filipiuk // The Central European Journal of Social Sciences and Humanities. – 2011. – Vol.49, Issue 4. – P.47–54.
9. *Rosenberg, M.* Society and the adolescent self-image / M.Rosenberg. – New York: Princeton University Press, 1965. – 326 p.
10. *Skevington, S.M.* 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 / S.M.Skevington, M.Lotfy, K.A.O'Connel // Quality of Life Research. – 2004. – Vol.13, Issue 2. – P.299–310.
11. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study / Shunquan Wu [et al.] // BMC Public Health. – 2013. – Vol.13. – P.320.
12. *Trzebiatowski, J.* Jakosc zycia w perspektywie nauk spolecznych i medycznych – systematyzacja ujec definicyjnych / J.Trzebiatowski // Hygeia Public Health. – 2011. – T.46, Nr.1. – S.25–31.
13. WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9) / / Quality of Life Research. – 1993. – Vol.2, Issue 2. – P.153–159.
14. *Wroblewska, W.* Samoocena stanu zdrowia jako wskaznik oceny stanu zdrowia populacji / W.Wroblewska // Zesz Nauk Instytutu Statystyki i Demografii. – 2010. – Nr.2. – S.3–26.
15. *Zukowski, R.* Edukacyjne i wychowawcze wartosci sportu w refleksji pedagogicznej i w ocenie mlodziezy / R.Zukowski // Kultura fizyczna i zdrowotna wspolczesnego czlowieka – teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje / red.: A.Kazmierczak, A.Maszorek-Szymala, E.Debowska. – Lodz, 2008. – S.24–33.
16. *Журавлева, И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества / И.В.Журавлева; Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
17. Здоровье студентов: социологический анализ: Монография / Т.С.Болховитина [и др.]. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 272 с.
18. *Знаменская, С.И.* Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений: автореф. дис. … канд. псих. наук: 14.00.04 / С.И.Знаменская; Санкт-Петер. госуд. ун-т физ. культ. имени П.Ф.Лесгафта. – Санкт-Петербург, 2007. – 39 с.
19. *Лазарева, Н.И.* Оптимизация метода психофизиопрофилактической подготовки беременных к родам: автореф. дис. … канд. псих. наук: 14.00.01 / Н.И.Лазарева; Смолен. гос. мед. акад. фед. аг-ва. по здравоохр. и соц. разв. – Смоленск, 2006. – 28 с.
20. *Реброва, О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных: Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю.Реброва. – 3-е изд. – Изд-во Медиа Сфера, 2006. – 305 с.
21. *Сурмач, М.Ю.* Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины / М.Ю.Сурмач // Социология. – 2011. – №2. – С.100–104.

POSSIBILITIES OF HEALTH SELF-ASSESSMENT USE AS A CRITERION OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN DEVELOPMENT AND ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD PROTECTION PREVENTION PROGRAMS

M.Yu.Surmach, H.K.Yepifanava

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

According to the WHO recommendations and published results of epidemiological studies, opinion is provided that health self-assessment is a component (a factor) of quality of life, which

is easy to learn and reflecting objectively the level of health-related quality of life. The values of health self-assessment are closely related to the values of the integral indicator of quality of life, and their changes occur unidirectionally. Methodology of research of health self-assessment is revealed. Self-assessment of women's health during pregnancy is studied on the basis of own medical and sociological data, and it is found that this sociological indicator can be used in motherhood and childhood protection epidemiological, statistical and screening studies, that in turn can be used to develop preventive programs and assess their effectiveness.

Keywords: health self-assessment; health-related quality of life; pregnancy; protection of motherhood and childhood; prevention programs.

Сведения об авторах:

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Епифанова Анна Константиновна; УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, аспирант; e-mail: zhandik@inbox.ru.

Поступила 10.12.2018 г.