

На правах рукописи

ГОВОРОВ Сергей Васильевич

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ПУТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава»

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор
Клименко Григорий Яковлевич

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор
Шарапова Елена Ивановна

Доктор медицинских наук, профессор
Фролова Ольга Григорьевна

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

Защита состоится «28» ноября 2008 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: г.Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

Автореферат разослан «___» _____ 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
канд. медицинских наук, с.н.с.

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Несмотря на усилия врачей акушеров-гинекологов и повышение качества медицинской помощи данному контингенту населения, уровень заболеваемости, осложнений беременности и родов растёт (В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Ю.И. Барашнев и др., 2000; О.В. Шарапова, 2000; Ю.Л. Шевченко, 2001; Т.Г. Захарова, Г.Н. Гончарова, Г.Н. Захаров, 2002; О.Г. Фролова, И.А. Ильичева, 2003; М.М. Шехтман, 2003; Е.Ф. Селезнева, 2007). По мнению В.Н. Серова (2007), улучшение акушерских показателей в условиях низкой рождаемости и повышенной заболеваемости беременных возможно лишь путем внедрения в практическое акушерство современных научных знаний и эффективных технологий.

Это требует в свою очередь дополнительных критериев для оценки состояния здоровья женщин во время беременности и в послеродовом периоде, которые бы адекватно отражали состояние физического, психологического и социального функционирования их организма.

Исследования, проведенные как на международном уровне, так и в России, показывают, что одним из таких критериев может быть оценка как отдельных составляющих (компонентов), так и в целом качества жизни (КЖ) (Е.Ф. Кира, В.Ф. Беженарь, Н.Н. Рухляда, 1999; А.А. Новик, Т.И. Ионова, Т.П. Никитина, 2002; А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2002; Д.Т. Усманова, Ж.Е. Пахомова, 2002; И.Р. Гайсин, Л.А. Лещинский, 2005; G. Guyatt, D. Feeny, 1991; J.B. Voer, F.S. Dam, M.A. Sprangers, 1995). Однако в современных условиях и на международном, и особенно на российском уровне до сих пор не осуществлена оценка отдельных компонентов и в целом КЖ беременных женщин, что затрудняет поиск дополнительных возможностей для улучшения состояния здоровья женщины во время беременности и в послеродовом периоде. Тем более, что проблема воспроизводства населения в нашей стране стала одной из государственных, от решения которой зависит не только состояние здоровья, но и национальная безопасность (Г.И. Гусарова,

В.В. Павлов, О.И. Линева и др., 2001; Е.Л. Сенькина, 2003; Е.П. Сиротина, Л.В. Агафонова, Н.В. Заикина и др., 2004; Э.К. Айламазян, 2005).

В настоящее время предпринимаются отдельные попытки оценки КЖ беременных женщин, но они носят разрозненный, фрагментарный характер. Изложенное выше определило актуальность и послужило основанием для выполнения данной темы исследования.

Исследование вошло в план НИР Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко (государственный номер регистрации 01.200.504950).

Цель исследования: разработать и внедрить научно-обоснованные рекомендации, направленные на повышение качества жизни беременных женщин за счет улучшения их медико-социальных характеристик.

Исходя из цели исследования, были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить существующие в настоящее время данные о КЖ беременных женщин и медико-социальных характеристиках, влияющих на состояние их организма, для разработки индивидуальной комплексной программы медико-социального оздоровления.

2. Провести оценку КЖ беременных женщин с использованием международной программы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) и выявить особенности медико-социальных характеристик беременных женщин.

3. Выявить зависимость КЖ беременных женщин от их медико-социальных характеристик.

4. Разработать и внедрить научно обоснованные рекомендации и организационно-методическую модель, направленные на повышение КЖ беременных женщин, с учетом их медико-социальных характеристик.

Научная новизна исследования заключается в том, что на региональном уровне впервые:

- проведено комплексное медико-социальное исследование КЖ беременных женщин;

- выделены основные медико-социальные характеристики беременных женщин, влияющие на их КЖ;
- проведен анализ и доказана математически величина влияния медико-социальных характеристик на КЖ беременных женщин;
- разработаны статистические модели, позволяющие прогнозировать изменение уровня КЖ беременных женщин по их медико-социальным характеристикам;
- разработаны и внедрены научно обоснованные рекомендации и организационно-методическая модель мониторинга, направленные на коррекцию медико-социальных характеристик беременных женщин с целью улучшения их КЖ.

Научно-практическая значимость исследования состоит в том, что на региональном уровне выявлены новые закономерности, характеризующие особенности КЖ беременных женщин и их взаимосвязь с медико-социальными характеристиками, а полученные выводы и разработанные практические рекомендации дают возможность их использовать в работе органов и учреждений здравоохранения, обслуживающих беременных женщин.

Выявленные тенденции так же могут быть использованы в практическом здравоохранении для текущего и перспективного планирования медико-социальных и медико-организационных мероприятий, направленных на повышение КЖ беременных женщин.

Разработанные прогностические модели состояния КЖ беременных женщин с учетом медико-социальных характеристик рекомендованы учреждениям здравоохранения, обслуживающим беременных женщин, для формирования диспансерных групп.

Внедрение результатов исследования позволило повысить КЖ беременных женщин в среднем на 12,4% и в целом эффективность медико-социальной помощи данному контингенту населения.

Материалы исследования используются в учебном процессе кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Инсти-

тута последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко (акт внедрения от 29.04.2008 г.) и Воронежского базового медицинского колледжа (акт внедрения от 19.06.2008 г.), а также в работе женской консультации «Городской поликлиники № 7» (акт внедрения от 10.06.2008 г.) и женской консультации «Городской поликлиники № 3» (акт внедрения от 16.06.2008 г.).

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на четвертой ежегодной научной конференции «Философские проблемы биологии и медицины» (Воронеж, 2008), на Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 145-летию образования общества врачей Восточной Сибири, «Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации» (Иркутск, 2008), на расширенном заседании кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института последипломного медицинского образования ВГМА им. Н.Н.Бурденко (26.06.2008 г.).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 2 работы в журналах, рекомендованных ВАК Российской Федерации, информационное письмо (утверждено Главным управлением здравоохранения Администрации Воронежской области от 12.10.2007 г.) и методические рекомендации (утверждены Центральным методическим советом Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко от 20.03.2008 г.).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Важнейшие характеристики КЖ беременных женщин как медико-социальная проблема.
2. Взаимосвязь КЖ беременных женщин с их медико-социальными характеристиками.

3. Индивидуальное улучшение КЖ беременных с учетом медико-социальных характеристик как научная основа для улучшения состояния их здоровья.

Объем и структура диссертации. Основное содержание работы изложено на 138 страницах машинописного текста, диссертация иллюстрирована 27 таблицами, 13 рисунками. Работа состоит из введения, пяти глав, выводов и практических рекомендаций, материалов, подтверждающих внедрение результатов исследования в практику, списка литературы, состоящего из 148 отечественных и 38 зарубежных авторов, приложений.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, определены цель и задачи работы, научная новизна и практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту, приведены сведения об апробации и внедрении результатов работы в практическое здравоохранение.

Первая глава содержит аналитический обзор данных литературы, характеризующей понятие КЖ, медико-социальные аспекты КЖ женщин во время беременности, факторы риска, влияющие на него, что позволило выявить нерешенные задачи по данной проблеме и обосновать актуальность исследования.

Во второй главе диссертации отражены программа, материалы и методические особенности исследования.

Объектом исследования было КЖ беременных женщин. Единицей наблюдения были женщины во время беременности и в послеродовом периоде, состоящие на учете в женской консультации, а также небеременные женщины фертильного возраста, находящиеся в браке (контрольная группа).

Исследование проводилось в течение 5 лет (с 2003 г. по 2007 г.) на базе женских консультаций г. Воронежа в тесном взаимодействии с Главным управлением здравоохранения Администрации Воронежской области. Необ-

ходимый объем выборки для получения устойчивых результатов с достаточной степенью достоверности был рассчитан по специальной формуле (Е.И Шиган, 1986; Ю.П. Лисицин и соавт., 1998). Было проведено двукратное анкетирование каждой из 451 женщины (во время беременности - в сроке 27-40 недель и в послеродовом периоде), а также однократное анкетирование 557 небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке. Таким образом, было собрано 1459 статистических карт.

КЖ беременных, родильниц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке, оценивали с помощью международной программы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36).

В соответствии с целями и задачами исследования, были использованы следующие методы: исторический, социологический, статистический, экспертных оценок, моделирования и прогнозирования. Связь между медико-социальными характеристиками и уровнем КЖ оценивалась с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а степень достоверности результатов – с помощью критерия Стьюдента.

Для построения моделей, описывающих взаимосвязь показателей, характеризующих КЖ женщин с их медико-социальными характеристиками, использовался многофакторный регрессионный анализ. Статистическая обработка и анализ данных проведены с использованием компьютерных программ MS Excel 2003, MS Access 2003, Statistica 6.0.

В третьей главе представлена медико-социальная характеристика беременных, среди которых преобладали лица в возрасте 20-29 лет (74,5 %); с наличием экстрагенитальных хронических (35,0 %) и гинекологических заболеваний (23,9%); с осложнениями беременности (67,4%), из-за которых были госпитализированы в стационар 37,9% женщин. В браке состояли 82,2% лиц; имели высшее образование 37,0% женщин, среднее специальное 27,8%, работали служащими 41,9%, безработные составили 33,% лиц; наличие профессиональных вредностей отметили 29,5% женщин, среди которых преобладали психоэмоциональные стрессы (40,1% лиц). Физическую рабо-

тоспособность и профессиональную активность оценили как «низкую» 44,3% и 34,0% женщин соответственно; сон считали «отличным» 40,4%, «очень хорошим» - 33,4% лиц; положительные эмоции испытывали «постоянно» 44,6%, «большую часть времени» - 24,9% женщин. Отношения с супругом (партнером) охарактеризовали как «хорошие» 40,2%, как «очень хорошие» 23,5%; качество питания оценили как «очень хорошее» 41,3%, как «хорошее» 35,9%. «Хорошо» информированными о состоянии своего здоровья во время беременности себя считали 42,0%, «удовлетворительно» - 28,6% лиц. Продолжают оставаться актуальными вредные привычки во время беременности, так курили 22,7%, употребляли алкоголь 4,0 % и наркотики – 0,4% женщин, что указывает на недостаточную санитарно-просветительскую работу среди данного контингента населения.

В четвертой главе представлена характеристика и сравнительная оценка (на основе t-критерия Стьюдента) отдельных компонентов и общего уровня КЖ женщин во время беременности и в послеродовом периоде, а также небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке.

В табл. 1 и на рис. 1 представлен показатель «физического компонента качества жизни» (ФККЖ) (отражает влияние физического состояния на повседневную работу, наличие боли и степень ее влияния на работу дома и вне дома, общее состояние здоровья), который имеет у беременных женщин меньшее значение ($53,9 \pm 1,1$ балла), чем у небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке ($77,7 \pm 1,0$ балла), родильницы по этому показателю занимают промежуточное положение ($63,3 \pm 1,3$ балла) ($P < 0,05$).

В группе беременных женщин показатель «психологического компонента качества жизни» (ПККЖ) (охватывает влияние эмоционального состояния на повседневную работу, ощущение себя полной сил и энергии и социальную активность) имеет наименьшее значение ($40,6 \pm 0,9$ балла). Наибольшее значение этот показатель имеет у небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке ($65,1 \pm 1,3$ балла). Данный показа-

тель у рожениц ($55,9 \pm 1,2$ балла) выше аналогичного показателя в группе беременных, но ниже по сравнению с небеременными женщинами фертильного возраста, находящимися в браке ($P < 0,05$).

У беременных женщин показатель «общей оценки качества жизни» (ООКЖ) (основывается на компонентах КЖ) имеет наименьшее значение ($47,3 \pm 0,9$ балла), а наибольшее – у небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке ($71,4 \pm 1,0$ балла). Роженицы по этому показателю занимают промежуточное положение ($59,6 \pm 1,1$ балла) ($P < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная оценка физического, психологического компонентов и общей оценки КЖ беременных, рожениц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке (в баллах)

№ п/п	Компоненты качества жизни	Оценка в баллах		
		Небеременные женщины фертильного возраста, находящиеся в браке (группа 1)	Беременные (группа 2)	Роженицы (группа 3)
1	2	3	4	5
1	Физический компонент качества жизни (ФККЖ)	$77,7 \pm 1,0$ $t_{1,2} = 31,43$ $P < 0,05$	$53,9 \pm 1,1$ $t_{2,3} = -10,87$ $P < 0,05$	$63,3 \pm 1,3$ $t_{1,3} = 17,54$ $P < 0,05$
2	Психологический компонент качества жизни (ПККЖ)	$65,1 \pm 1,3$ $t_{1,2} = 29,01$ $P < 0,05$	$40,6 \pm 0,9$ $t_{2,3} = -19,28$ $P < 0,05$	$55,9 \pm 1,2$ $t_{1,3} = 9,99$ $P < 0,05$
3	Общая оценка качества жизни (ООКЖ)	$71,4 \pm 1,0$ $t_{1,2} = 34,54$ $P < 0,05$	$47,3 \pm 0,9$ $t_{2,3} = -17,72$ $P < 0,05$	$59,6 \pm 1,1$ $t_{1,3} = 15,47$ $P < 0,05$

Примечание: достоверным считается различие тех показателей, где вероятность составляет не менее 95,5% ($P < 0,05$).

Снижение уровня отдельных компонентов и общей оценки КЖ во время беременности говорит о том, что беременная женщина относится к наиболее уязвимой группе населения в плане воздействия неблагоприятных факторов и нарушения состояния здоровья. Поэтому требуется более пристальное

внимание к данному контингенту населения, особенно в условиях сложившейся неблагоприятной демографической ситуации в России.

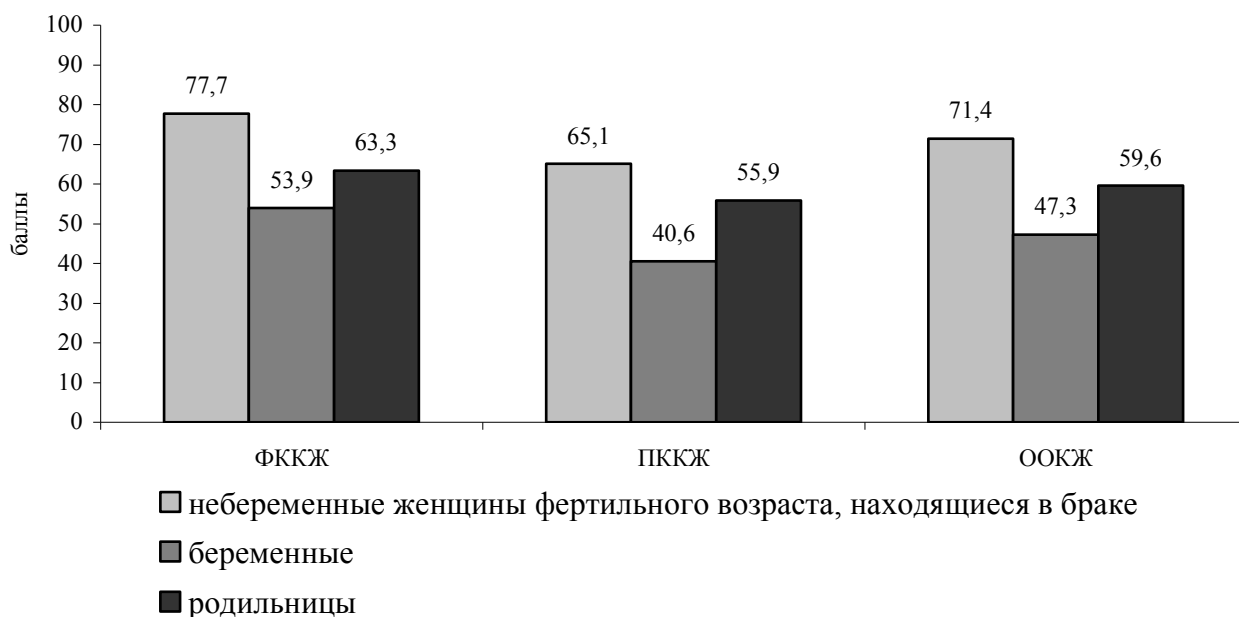


Рис. 1. Сравнительная оценка физического, психологического компонентов и общей оценки качества жизни беременных, родильниц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке (в баллах)

В пятой главе представлены моделирование и прогнозирование уровня КЖ по медико-социальным характеристикам и пути повышения уровня КЖ беременных женщин.

Как показал корреляционный анализ, физический компонент КЖ беременных женщин имеет прямую достоверную связь с такими медико-социальными характеристиками, как: «физическая работоспособность» ($r=+0,23$), «отношения с супругом» ($r=+0,20$), «уровень профессиональной активности» ($r=+0,20$), «уровень семейного дохода» ($r=+0,18$), «качество питания» ($r=+0,14$), «информированность о состоянии своего здоровья во время беременности» ($r=+0,12$), «семейное положение» ($r=+0,10$) и обратную достоверную связь со «способом подъема на свой этаж» ($r=-0,11$), с «длительностью брака» ($r=-0,10$) (это, по-видимому, связано с тем, что с длительностью брака увеличивается возраст женщины, а общеизвестно, что с возрастом снижается физическая активность и увеличивается число ослож-

нений беременности) и «числом госпитализаций по поводу осложнений беременности» ($r=-0,24$). Это объясняется тем, что одними из главных составляющих характеристику ФККЖ являются «общее состояние здоровья» и «наличие боли у женщины». При осложнениях беременности происходит ухудшение общего состояния женщины, появление у нее болей, что ведет к снижению ФККЖ и увеличению числа госпитализаций в стационар.

Психологический компонент КЖ имеет прямую достоверную связь с такими медико-социальными характеристиками, как: «положительные эмоции» ($r=+0,29$), «физическая работоспособность» ($r=+0,26$), «отношения с супругом» ($r=+0,20$), «информированность о состоянии своего здоровья во время беременности» ($r=+0,19$), «характер сна» ($r=+0,13$), «уровень профессиональной активности» ($r=+0,12$), «отношение врачебного персонала» ($r=+0,11$).

Общая оценка КЖ беременных женщин имеет достоверную прямую связь с такими медико-социальными характеристиками, как: «физическая работоспособность» ($r=+0,30$), «отношения с супругом» ($r=+0,24$), «положительные эмоции» ($r=+0,21$), «уровень профессиональной активности» ($r=+0,20$), «информированность о состоянии своего здоровья во время беременности» ($r=+0,19$), «качество питания» ($r=+0,18$), «уровень семейного дохода» ($r=+0,14$), «характер сна» ($r=+0,13$), «семейное положение» ($r=+0,10$), «отношение к беременной женщине врачебного персонала» ($r=+0,10$) и обратную достоверную связь с «длительностью брака» ($r=-0,10$) и с «числом госпитализаций по поводу осложнений беременности» ($r=-0,18$).

Прогнозирование уровня КЖ беременных по их медико-социальным характеристикам определяет оптимальный выбор управляющих воздействий и, в конечном итоге, улучшает показатели состояния здоровья данного контингента населения.

Для построения моделей использован линейный многофакторный регрессионный анализ, позволяющий описать взаимосвязь множества медико-социальных характеристик с компонентами КЖ. Для включения медико-

социальных характеристик в модели необходим выбор наиболее значимых показателей, влияющих на моделируемую величину. Построение уравнений множественной регрессии производилось путём многошагового анализа (последовательного добавления наиболее значимых или исключения незначимых переменных), в процессе которого выполняется решение модели и с помощью статистико-математических критериев завершается отбор факторов и уточняется сила связи каждого фактора с результивным признаком.

В ходе выполнения расчетов с использованием программного комплекса Statgraphics Plus 5.1 были получены следующие модели.

Качество жизни беременных женщин

Физический компонент КЖ беременных (ФККЖ) = 51,1939 -
 $0,046031 * X_1 + 0,0940374 * X_2 - 3,66279 * X_3 + 0,116577 * X_4 + 0,0956267 * X_5 -$
 $0,0591891 * X_6$

где X_1 – способ подъема на этаж; X_2 – оценка физической работоспособности; X_3 – число госпитализаций; X_4 – оценка профессиональной активности; X_5 – характер отношений с супругом; X_6 – длительность брака.

Психологический компонент КЖ беременных (ПККЖ) = 20,7439 +
 $0,066462 * X_1 + 0,0853089 * X_2 + 0,085481 * X_3 + 0,0706866 * X_4$

где X_1 – характер сна; X_2 – положительные эмоции; X_3 – характер отношений с супругом; X_4 – информированность о состоянии своего здоровья во время беременности.

Общая оценка КЖ беременных (ООКЖ) = 38,6743 - 0,0253536 * X_1 +
 $0,0858521 * X_2 + 0,050232 * X_3 - 1,7881 * X_4 -$
 $- 0,0502077 * X_5 + 0,0937342 * X_6 + 0,0532163 * X_7 + 0,0850745 * X_8$

где X_1 – способ подъема на этаж; X_2 – оценка физической работоспособности; X_3 – характер сна; X_4 – число госпитализаций; X_5 – общественно-профессиональная группа; X_6 – оценка профессиональной активности; X_7 – качество питания; X_8 – характер отношений с супругом.

На основе построенных моделей осуществляется прогнозирование значений показателей КЖ соответствующей группы женщин при изменении их медико-социальных характеристик.

Важно не только оценить в целом КЖ, но и при необходимости провести своевременную коррекцию его компонентов, направленную на их улучшение, т.е. управлять ими. Для этого была выявлена зависимость КЖ от медико-социальных характеристик беременных женщин, влияющих на него. Изменение медико-социальных характеристик приводит к изменению КЖ, что дает возможность при положительном их изменении улучшать КЖ.

Данные исследования позволяют нам среди беременных, родильниц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке, выделить группы с «низким», «средним» и «высоким» уровнем КЖ (табл. 2, 3).

Пример прогнозирования качества жизни беременных женщин: пациентка И., 23 года (100), брак зарегистрирован (100), в браке 3 года (32,7), уровень физической работоспособности очень низкий (0), на свой этаж поднимается, как всегда, пешком (100), сон удовлетворительный (20,8), положительные эмоции испытывала редко (20,8), имеются хронические соматические заболевания (0), гинекологические заболевания отсутствуют (100), госпитализации в стационар не было (0), образование общее среднее (20,4), рабочая (75,5) на государственном предприятии (44,2), имеются профессиональные вредности (0), профессиональная активность в связи с беременностью очень низкая (0), жилищно-бытовые условия удовлетворительные (43,8), семейный доход средний (44,2), качество питания удовлетворительное (26,6), отношения с супругом удовлетворительные (27,1), беременность была желанна (100), курить перестала (77,3), алкоголь не употребляет (100), плохо информирована о своем состоянии здоровья во время беременности (0), постоянно испытывала неудобства в связи с необходимостью посещений женской консультации (0), часто испытывала неудобства в связи с необходимостью регулярного приема лекарств (20,4), очень сильно беспокоила возможность побочного действия лекарственных препаратов (100), отношение со стороны врачей, среднего и младшего медицинского персонала отличное (100).

Таблица 2

Среднее значение оценок обобщающих компонентов и общей оценки КЖ беременных, рожениц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке (в баллах)

Характеристики оценок	Физический компонент качества жизни (ФККЖ)			Психологический компонент качества жизни (ПККЖ)			Общая оценка качества жизни (ООКЖ)		
	Небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке P ₁ (n=557)	Беременных P ₂ (n=451)	Рожениц P ₃ (n=451)	Небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке P ₁ (n=557)	Беременных P ₂ (n=451)	Рожениц P ₃ (n=451)	Небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке P ₁ (n=557)	Беременных P ₂ (n=451)	Рожениц P ₃ (n=451)
M±m	77,7±1,0	53,9±1,1	63,3±1,3	65,1±1,3	40,6±0,9	55,9±1,2	71,4±1,0	47,3±0,9	59,6±1,1
t	t _{1,2} = 31,43	t _{2,3} = -10,87	t _{1,3} = 17,54	t _{1,3} = 29,01	t _{1,2} = -19,28	t _{1,3} = 9,99	t _{1,3} = 34,54	t _{1,2} = -17,72	t _{1,3} = 15,47
P	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05
σ(±)	±11,9	±11,9	±14,0	±15,4	±10,2	±13,4	±12,3	±9,2	±11,6
Min	65,8	42,0	49,3	49,7	30,4	42,5	59,1	38,1	48,0
Max	89,6	65,8	77,3	80,5	50,8	69,3	83,7	56,5	71,2

Где: M - среднее значение оценки в баллах; m - ошибка среднего значения;
t - коэффициент достоверности Стьюдента; p - ошибка, коэффициент вероятности;
σ - среднее квадратическое отклонение в баллах; Min - минимальное значение оценки в баллах;
Max - максимальное значение оценки в баллах.

Таблица 3

**Сравнение групп беременных женщин с различным уровнем качества жизни
по числу осложнений беременности и родов**

Характеристика		Физический компонент качества жизни (ФККЖ) в баллах			Психологический компонент качества жизни (ПККЖ) в баллах			Общая оценка качества жизни (ООКЖ) в баллах		
		Низкий уровень (н), <M-1σ <42,0 (n = 73)	Средний уровень (с), M±1σ 53,9±11,9 (n = 322)	Высокий уровень (в), >M+1σ >65,8 (n = 56)	Низкий уровень (н), <M-1σ <30,4 (n = 65)	Средний уровень (с), M±1σ 40,6±10,2 (n = 325)	Высокий уровень (в), >M+1σ >50,8 (n = 61)	Низкий уровень (н), <M-1σ <38,1 (n = 65)	Средний уровень (с), M±1σ 47,3±9,2 (n = 334)	Высокий уровень (в), >M+1σ >56,5 (n = 52)
Осложнения беременности	абс.	54	213	37	46	222	36	49	221	34
	%	74	66,1	66,1	70,8	68,3	59,0	75,4	66,2	65,4
	сравнение по критерию χ^2 ($\chi^2_{\text{крит}} = 3,8415$)	$\chi^2_{\text{нс}} = 86,7020$ (p < 0,05) $\chi^2_{\text{св}} = 0,0054$ (p > 0,05) $\chi^2_{\text{нв}} = 25,0776$ (p < 0,05)			$\chi^2_{\text{нс}} = 7,1111$ (p < 0,05) $\chi^2_{\text{св}} = 91,0887$ (p < 0,05) $\chi^2_{\text{нв}} = 54,7130$ (p < 0,05)			$\chi^2_{\text{нс}} = 100,6024$ (p < 0,05) $\chi^2_{\text{св}} = 0,4966$ (p > 0,05) $\chi^2_{\text{нв}} = 33,3827$ (p < 0,05)		
Осложнения родов	абс.	62	218	37	46	228	43	52	230	35
	%	84,9	67,7	66,1	70,8	70,2	70,5	80,0	68,9	67,3
	сравнение по критерию χ^2 ($\chi^2_{\text{крит}} = 3,8415$)	$\chi^2_{\text{нс}} = 420,5095$ (p < 0,05) $\chi^2_{\text{св}} = 2,4198$ (p > 0,05) $\chi^2_{\text{нв}} = 142,8859$ (p < 0,05)			$\chi^2_{\text{нс}} = 0,4444$ (p > 0,05) $\chi^2_{\text{св}} = 0,1205$ (p > 0,05) $\chi^2_{\text{нв}} = 0,0305$ (p > 0,05)			$\chi^2_{\text{нс}} = 146,9017$ (p < 0,05) $\chi^2_{\text{св}} = 1,9571$ (p > 0,05) $\chi^2_{\text{нв}} = 53,7778$ (p < 0,05)		

Суммарные данные исследования вводились в разработанные модели:

$$\text{Физический компонент КЖ беременных (ФККЖ)} = 51,1939 - 0,046031*100 + 0,0940374*0 - 3,66279*0 + 0,116577*0 + 0,0956267*27,1 - 0,0591891*32,7 = 47,3 \text{ балла}$$

$$\text{Психологический компонент КЖ беременных (ПККЖ)} = 20,7439 + 0,066462*20,8 + 0,0853089*20,8 + 0,085481*27,1 + 0,0706866*0 = 26,2 \text{ балла}$$

$$\text{Общая оценка КЖ (ООКЖ) беременных} = 38,6743 - 0,0253536*100 + 0,0858521*0 + 0,050232*20,8 - 1,7881*0 - 0,0502077*75,5 + 0,0937342*0 + 0,0532163*26,6 + 0,0850745*27,1 = 37,1 \text{ балла}$$

Расчетные значения компонентов КЖ, оцененных в баллах (по международной методике SF-36), без учета влияния на них медико-социальных характеристик: физический компонент КЖ (ФККЖ) = 48,5 балла; психологический компонент КЖ (ПККЖ) = 27,5 балла; общая оценка КЖ (ООКЖ) = 38,0 балла. Вычисленные оценки компонентов КЖ жизни беременных по моделям оказались близки к расчетным данным по методике SF-36 (отклонения составили 1,2, 1,3 и 0,9 балла соответственно), что указывает на возможность использования разработанных моделей для оценки КЖ беременных женщин по их медико-социальным характеристикам.

По уровню общей оценки КЖ данная пациентка была отнесена в группу лиц с низким уровнем КЖ. После проведения индивидуальных мероприятий медико-социального характера (в том числе направленных на повышение уровня знаний о течении беременности и состоянии ее здоровья, о необходимости полноценного и регулярного питания, образе жизни, важности полноценного сна, а также проведены регулярные беседы с мужем женщины и ее родственниками, обращено их внимание на низкий уровень КЖ беременной и медико-социальные факторы, оказывающие на него негативное влияние, о необходимости создания в семье благоприятного микроклимата и др.) общая оценка КЖ выросла с 37,1 балла до 45,3 балла, т.е. на 22,1%. Все это позволило перевести беременную женщину из группы с низким в группу со средним уровнем КЖ, что снижает вероятность развития осложне-

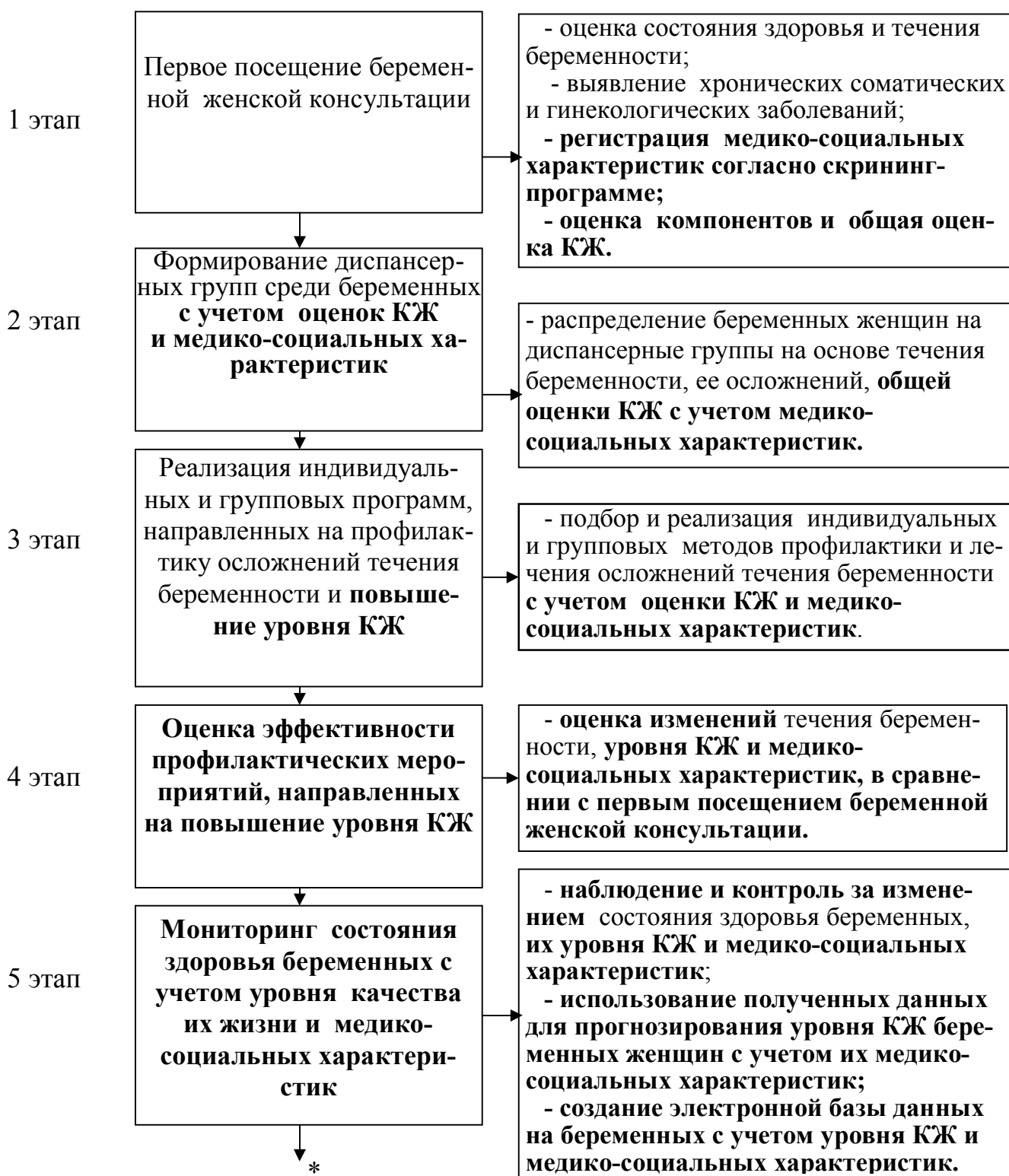
ний беременности и родов, т.к. в группе с низким уровнем КЖ удельный вес осложнений беременности составляет 75,4%, родов – 80,%, а в группе со средним уровнем КЖ – 66,2% и 68,9% соответственно, при этом различие по сравниваемым показателям в данных группах достоверно ($p < 0,05$).

На основе материалов медико-социального исследования беременных нами разработана система оценки управляемости их медико-социальными характеристиками в зависимости от состояния компонентов КЖ и система непрерывного поэтапного наблюдения и контроля за уровнем КЖ беременных женщин и их медико-социальными характеристиками с целью профилактики осложнений течения беременности и родов (рис. 2).

К формально существующей системе поэтапного наблюдения за беременными женщинами мы предлагаем уже на первом этапе (при первом посещении беременной женской консультации) проводить регистрацию их медико-социальных характеристик согласно скрининг-программе и осуществлять оценку как компонентов так и общего уровня КЖ.

На втором этапе представленные в индивидуальной скрининг-программе данные использовать для формирования диспансерных групп среди беременных, с учетом оценок их КЖ и медико-социальных характеристик, обращая внимание на беременных, имеющих низкие показатели КЖ и требующих в этой связи дополнительных медико-социальных мероприятий для профилактики осложнений течения беременности и родов. Для реализации этой цели нами разработаны и опубликованы методические рекомендации «Индивидуальный подход к оценке качества жизни беременных женщин, находящихся под наблюдением женских консультаций, и его прогнозирование по медико-социальным характеристикам».

На третьем этапе предлагается реализация индивидуальных и групповых программ, направленных на профилактику осложнений течения беременности, с учетом оценки КЖ беременных женщин по медико-социальным характеристикам, кроме лечебных мероприятий предлагается



*Продолжить мониторинг за состоянием здоровья женщины и ее качеством жизни в послеродовом периоде.

Рис. 2. Система непрерывного поэтапного наблюдения и контроля за уровнем качества жизни беременных женщин и их медико-социальными характеристиками с целью профилактики осложнений течения беременности и родов.

осуществлять мероприятия медико-социального характера с учетом достоверно влияющих на уровень КЖ беременных управляемых медико-социальных характеристик.

На четвертом этапе предлагается осуществлять оценку эффективности выполненных не только лечебно-профилактических мероприятий, но и медико-социальных, влияющих на уровень КЖ беременных, путем сравнения данных, которые были получены на беременную женщину в женской консультации при первом ее посещении. При этом необходимо учитывать удовлетворенность беременных уровнем оказанной им медицинской помощи как в женской консультации, так и во время их пребывания в родильном доме.

Для совершенствования КЖ беременных результаты его изменения и медико-социальных характеристик женщин предлагаем заносить в электронную базу данных (5 этап), которая позволит осуществлять мониторинг за состоянием здоровья каждой беременной с учетом оценки КЖ и медико-социальных характеристик.

Разработанные нами модели позволяют прогнозировать улучшение КЖ беременных женщин по их медико-социальным характеристикам. Это дает возможность повышать его уровень путем воздействия на сниженные управляемые медико-социальные характеристики, что расширяет диапазон лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление женщин во время беременности и рождение здоровых детей.

Результаты анализа материалов данного исследования позволили сделать следующие выводы и предложения.

ВЫВОДЫ

1. Анализ литературы показал, что профилактическая направленность службы родовспоможения в условиях роста уровня осложнений беременности и родов приобретает особую актуальность и требует первоочередного

внимания не только со стороны клиницистов, но и поиска новых организационно-методических решений для оценки состояния здоровья женщин во время беременности, которые бы адекватно отражали состояние их физического, психологического и социального функционирования. Одним из таких критериев является оценка как отдельных составляющих (компонентов), так и в целом КЖ.

2. Исследование медико-социальных характеристик беременных женщин выявило следующие особенности: преобладали беременные женщины в возрасте 20-29 лет (74,5%); на наличие экстрагенитальных хронических заболеваний указали 35,0%, гинекологических - 23,9% женщин; у 67,4% лиц беременность протекала с осложнениями, из-за которых 37,9% женщин были госпитализированы в стационар. В зарегистрированном браке находились 82,2% лиц; женщины с высшим образованием составили 37,0%, со средним специальным 27,8%; служащие составили 41,9%, безработные - 33,% лиц. Физическую работоспособность и профессиональную активность оценили как «низкую» 44,3% и 34,0% женщин соответственно. Свой сон охарактеризовали как «отличный» 40,4 %, «очень хороший» - 33,4% лиц. Отношения с супругом (партнером) считали «хорошими» 40,2% и «очень хорошими» - 23,5% лиц. Качество питания оценили как «очень хорошее» 41,3% и «хорошее» - 35,9%. Считали себя «хорошо» информированными о состоянии своего здоровья во время беременности 42,0%, «удовлетворительно» - 28,6% женщин. Во время беременности продолжали курить 22,7%, употреблять алкоголь 4,0% и наркотики – 0,4% женщин, что свидетельствует о недостаточной санитарно-просветительской работе с данным контингентом населения.

3. Сравнительная оценка общего уровня КЖ беременных ($47,3 \pm 0,9$ балла) и родильниц ($59,6 \pm 1,1$ балла) по сравнению с небеременными женщинами фертильного возраста, находящимися в браке ($71,4 \pm 1,0$ балла), показала, что общая оценка уровня КЖ ниже у беременных. Снижение уровня КЖ во время беременности говорит о том, что беременная женщина относится к наиболее уязвимой группе населения в плане воздействия неблагоприятных

факторов и нарушения состояния здоровья. Это требует более пристального внимания к данному контингенту населения особенно в условиях сложившейся неблагоприятной демографической ситуации в России.

4. Проведенный линейный многофакторный регрессионный анализ показал, что общая оценка КЖ беременных женщин имеет достоверную прямую связь с такими медико-социальными характеристиками, как: «физическая работоспособность» ($r=+0,30$), «отношения с супругом» ($r=+0,24$), «положительные эмоции» ($r=+0,21$), «уровень профессиональной активности» ($r=+0,20$), «информированность о состоянии своего здоровья во время беременности» ($r=+0,19$), «качество питания» ($r=+0,18$), «уровень семейного дохода» ($r=+0,14$), «характер сна» ($r=+0,13$), «семейное положение» ($r=+0,10$), «отношение к беременной женщине врачебного персонала» ($r=+0,10$) и обратную достоверную связь с «длительностью брака» ($r=-0,10$) и с «числом госпитализаций по поводу осложнений беременности» ($r=-0,18$).

5. Практическое применение разработанных математических моделей позволяет достоверно оценить КЖ беременной женщины по величине медико-социальных характеристик, что дает возможность повышать уровень КЖ путем воздействия на сниженные управляемые характеристики, что повышает уровень КЖ. Данный прием расширяет диапазон лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление женщин во время беременности и рождение здоровых детей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях совершенствования организации медицинской помощи беременным женщинам внедрить в программу диспансерного наблюдения беременных женщин оценку их уровня качества жизни, что позволит использовать эти данные как дополнительный критерий оценки состояния здоровья для оптимизации и индивидуализации лечебно-профилактических мероприятий для данного контингента населения.

2. Для мониторинга качества жизни женщин во время беременности необходимо использовать программу Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), поскольку полученные данные с помощью этой программы позволяют оценить физическое, психологическое состояние женщины и дать общую оценку качества жизни.

3. Выявленные медико-социальные характеристики, оказывающие влияние на качество жизни беременных женщин, следует использовать для его моделирования и прогнозирования, что позволит своевременно проводить индивидуальные и групповые мероприятия, направленные на сохранение их здоровья и повышение уровня качества жизни.

4. Усредненные данные о качестве жизни беременных женщин целесообразно использовать при формировании политики лечебно-профилактических учреждений в отношении данного контингента для текущего и перспективного планирования мероприятий, направленных на сохранение здоровья беременной женщины и профилактику осложнений течения беременности и родов.

**Основные результаты диссертации опубликованы
в следующих научных работах**

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

1. Говоров С.В. Качество жизни беременных женщин и родильниц / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Нижегородский медицинский журнал. – 2007. - № 6. - С. 108-110.

2. Говоров С.В. Сравнительная оценка компонентов качества жизни беременных и родильниц / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 1(41). – С. 99-102.

Статьи и материалы конференций.

3. Говоров С.В. Индивидуальный подход к оценке качества жизни беременных женщин, находящихся под наблюдением женских консультаций, и его прогнозирование по медико-социальным характеристикам: методические рекомендации / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко, П.Е. Чесноков, М.Н. Аль Ша-раа. – Воронеж: Издательство «Истоки», 2008. – 33 с.

4. Говоров С.В. Исследование качества жизни в современной медицине / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Философские проблемы биологии и медицины: сб. ст. науч. конференции. – Воронеж: ВГМА, 2008. – Вып. 4. – С. 35-39.

5. Говоров С.В. К вопросу об исследовании качества жизни беременных женщин / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко, Г.А. Шемаринов, В.П. Косолапов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2006. – Т. 2, № 9. – С. 68-72.

6. Говоров С.В. Общая характеристика демографической ситуации, состояния здоровья и заболеваемости беременных, родильниц и новорожденных в Воронежской области по данным за 2002-2006 годы: информационное письмо / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко, В.П. Косолапов, Г.А. Шемаринов. – Воронеж: Издательство «Истоки», 2007. – 26 с.

7. Говоров С.В. Репродуктивное поведение женщин, состояние здоровья и заболеваемость беременных, родильниц и новорожденных по Воронежской области в 2006 году / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Журнал теоретической и практической медицины. – 2007. – Т. 5, № 3. – С. 199-201.

8. Говоров С.В. Сравнительная характеристика качества жизни беременных и женщин, вступивших в брак / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Медицинский альманах. – 2008. - № 2. – С. 9-11.

9. 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 // Институт последипломного медицинского образования – 25 лет: сб. науч. тр. – Воронеж: Издательство «Консилиум», 2008. – С. 52-54.

10. Чесноков П.Е. Оценка качества жизни беременных женщин и его взаимосвязь с медико-социальными характеристиками / П.Е. Чесноков, С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: сб. науч. тр. всероссийской научно-практической конференции, посвященной 145-летию образования общества врачей Восточной Сибири. – Иркутск, 2008. – С. 556-559.