

УДК 618.2-055.25:613.95

О.В. Коломієць

## Показники якості життя у вікових первісток

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2016.1(65):55-58;doi 10.15574/PP.2016.65.55

**Мета** — вивчити показники якості життя у вікових первісток.**Пацієнти та методи.** Дослідження показників якості життя проводилось у двох групах: I група — вікові першовагітні (від 30 до 45 років) — 100 пацієнток; II група (контрольна) — молоді першовагітні (від 18 до 30 років) — 100 пацієнток, методом оцінки якості життя був опитувальник SF-36 Health Status Survey, розроблений The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA.**Результати.** Отримані результати були кращими, тобто якість життя вища, у II групі — молодих першовагітних. Помітно нижчими, крім соціальної ролі і больового синдрому, були показники в I групі — у вікових первісток. Показники якості життя у вікових первісток порівняно з молодими були: фізичне функціонування — 62,7 балу в I групі і 91,6 балу у II групі; фізичний стан — відповідно 61,8 і 90,3; больовий синдром — 83,2 і 66,8; загальне здоров'я — 65,0 і 91,0; енергійність — 70,4 і 89,3; соціальна роль — 92,4 і 82,9; емоційний стан — 63,0 і 74,3; психічний стан — 73,3 і 84,0 балу.**Висновки.** У вікових первісток спостерігалось суттєве погіршення показників якості життя порівняно з молодими першовагітними (крім соціальної ролі та больового синдрому). Більш низькі показники якості життя в I групі жінок були за шкалами «фізичне функціонування», «загальне здоров'я», «емоційний стан». Найнижчими були бали за шкалою «фізичний стан». Визначення показників якості життя у вікових первісток є невід'ємною складовою нагляду в період виношування вагітності. Це дає змогу адекватно оцінити й своєчасно скоригувати: фізичну, соціальну і психоемоційну функції в інтересах матері та плода.**Ключові слова:** пізня перша вагітність, вікові первістки, якість життя.

### Вступ

Останніми роками все більше жінок відкладають народження дитини на четвертий десяток життя. Коли йдеться про жінку, яка вирішила народити першу дитину у віці після 30 років, багато хто уявляє таку собі кар'єристку, для якої робота і гроші на першому місці. Однак це далеко не завжди так. Не всі жінки відкладають народження дитини через кар'єру. У багатьох народження дитини відкладається через те, що довго не складається особисте життя, а деякі тривалий час не можуть завагітніти, багато років лікуються від безпліддя. Загалом, життєві обставини у всіх різні.

Крім того, змінилися суспільні погляди. Якщо раніше жінка до 25 років поспішала вийти заміж або народити «для себе», щоб взагалі не залишитися без дітей, то в даний час жінки після 30–35 років народжують здорових дітей і стають щасливими молодими мамами.

Діагноз «стара першородяча» кілька десятиків років тому ставилося жінкам від 28 років. Зараз термін «старородяча» замінили на «вікова», а вік діагнозу зрушився до 30 років, і все більше лікарів пропонують перенести його до 35 років.

Відомо, що хоча фізіологічно організм жінки найкраще готовий до пологів у віці 20–25 років, психологічно жінка дозріває для материнства в 30–35 років. Тому вікові першородячі жінки зазвичай більш відповідальні; вагітність у цьому віці найчастіше бажана, запланована, дитина сприймається не як тягар, а як найбільше щастя в житті.

Батьки старшого віку зазвичай більше займаються з дітьми, відповідальніше ставляться до їх розвитку. Тому більше число «геніїв» у вікових батьків пояснюється не тільки якимись фізіологічними або генетичними причинами, але й особливостями виховання.

Майбутня мама більш уважно ставиться до власного стану, більш стійко переносить такі неприємності: як нудоту, набряки тощо, оскільки морально до них готова.

У цьому віці жінка зазвичай має хорошу роботу, стабільний зарібок, може собі дозволити здавати аналізи, коли їй зручно, а не сидіти в чергах в консультації; може купити своєму малюку все найкраще. Тим не менш, навіть сама незалежна жінка при вагітності стає вразливою і чутливою, їй потрібно турбота, про що необхідно пам'ятати оточуючим.

Визначення оцінки якості життя допомагає встановити об'єктивний стан фізичної, соціальної та психоемо-

ційної сфери життєдіяльності конкретної пацієнтки, виявити проблемні аспекти та вжити заходів щодо запобігання їх негативного впливу на виношування й пологи. За даними анамнезу й перебігу вагітності, віком, наявністю гінекологічної патології, високим рівнем екстрагенітальної захворюваності, вікові первістки становлять групу високого акушерського ризику з розвитку різноманітних ускладнень. На сучасному етапі розвитку медицини показники якості життя є одними з ключових критеріїв, що відображують стан здоров'я в сенсі потенційних ризиків.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (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 випливає, що сутність якості життя має соціально-психологічну природу і полягає в оцінці задоволеності різними аспектами власного життя в соціумі щодо психологічних особливостей, пов'язаних із рівнем запитів [1, 2].

Якість життя — це системне поняття, яке визначається єдністю його компонентів: самої людини як біологічної і духовної істоти, її життєдіяльності та умов, в яких вона перебуває. Звідси випливає, що номенклатура показників якості життя має включати як об'єктивні характеристики самої людини, її життєдіяльності та умов життя, так і суб'єктивні оціночні характеристики, які відображують відношення суб'єкта до реалій його життя.

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

Оцінки якості життя складні не лише через багатогранність цього поняття. Для різних верст населення поняття якості життя досить різне і вони виявляється через суб'єктивні оцінки [3, 4].

Якість життя, що визначається здоров'ям пацієнта, дає змогу диференційовано встановити вплив хвороби і лікування на стан людини. Оцінка самою вагітною показників якості життя надає надійну інформацію, що суттєво доповнює картину захворювання.

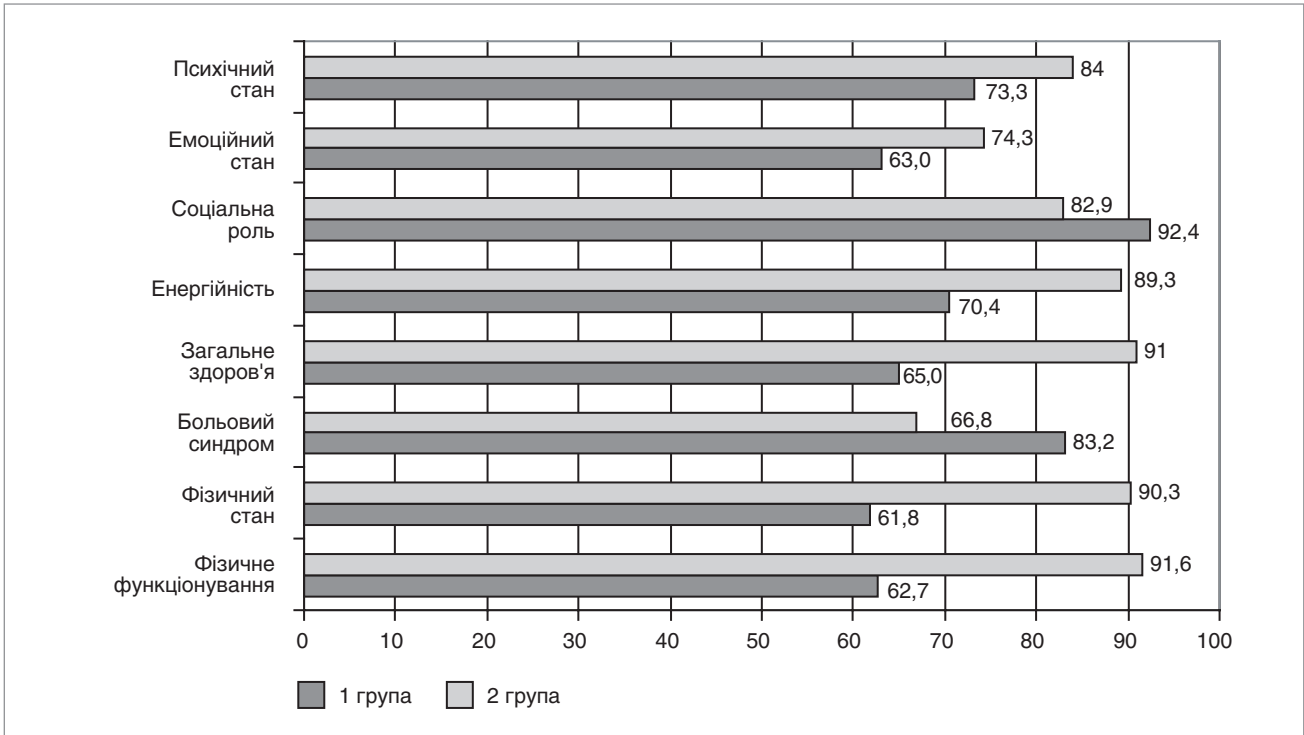


Рис. Порівняльна характеристика показників якості життя пацієнток

### Матеріали та методи дослідження

Вікові першовагітні (первістки) — це жінки, які вирішили народити першу дитину після 30 років.

Дослідження показників якості життя проводилось у двох групах: I група — вікові першовагітні (від 30 до 45 років) — 100 пацієнток; II група (контрольна) — молоді першовагітні (від 18 до 30 років) — 100 пацієнток.

У 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 [8, 5].

Якість життя оцінювалася із застосуванням короткої форми опитувальника SF-36, який дав змогу оцінити: суб'єктивну задоволеність пацієнтки власним фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображав самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Результати наводилися у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, складеними таким чином, що більш висока оцінка вказувала на кращу якість життя, тобто показники варіювали від 0 до 100, де 100 — повне здоров'я. Опитувальник SF-36 дав змогу оцінювати фізичний і психічний компонент здоров'я. Для обробки даних дослідження використовувалася інструкція, розроблена компанією Евіденс, — Клініко-фармакологічні дослідження.

Оцінка якості життя згідно з опитувальником SF-36 HEALTH STATUS SURVEY здійснювалася за такими шкалами:

1) General Health (GH) — загальний стан здоров'я — оцінка хворим стану власного здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

2) Physical Functioning (PF) — фізичне функціонування, яке відображає ступінь, за якої здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, перенесення тяжких речей тощо).

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

4) Role-Emotional (RE) — вплив емоційного стану на роліве функціонування, передбачає оцінку ступеня, за якого емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження якості її виконання тощо).

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 і поза ним.

7) Vitality (VT) — життєздатність (відчуття себе сповненим 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 здійснювалася за допомогою програм Microsoft Office 2007: Word, Excel, Access; BIOSTAT.

### Результати дослідження та їх обговорення

У цілому отримані результати були кращими, тобто якість життя вища, у II групі — молодих першовагітних. Помітно нижчими, крім соціальної ролі і больового синдрому, були показники в I групі — у вікових первісток (рис.).

Так, фізичне функціонування пацієнти I групи оцінили в 62,7 балу, II групи — в 91,6 балу. Саме в групі вікових першовагітних оцінка власної фізичної працездатності була нижчою.

Наступний показник — «фізичний стан», який оцінював вплив фізичної форми на здатність виконувати повсякден-

ну діяльність, засвідчив, що ця діяльність мала найбільше обмеження у зв'язку з вагітністю в I групі — 61,8 балу; у II групі така діяльність отримала вищий бал — 90,3.

Показник інтенсивності болю та її вплив на здатність виконання щоденного життєзабезпечення (включно роботою вдома і за його межами) виявився нижчим у II групі — 66,8 проти 83,2 балу в I групі. Це засвідчило, що найбільше біль обмежував фізичну активність у вікових першовагітних (пов'язано з наявністю в більшій кількості в них акушерських ускладнень та екстрагенітальних захворювань).

Показники загального здоров'я, за суб'єктивною оцінкою пацієнток, були нижчими в I групі. Пацієнтки віком від 30 до 45 років оцінили власне здоров'я в 65 балів проти 91 балу у вагітних II групи. Слід зазначити, що оцінка даного показника була найбільш об'єктивною у II групі вагітних.

Жінки I групи, навпаки, надмірно оптимістично охарактеризували власне здоров'я, дещо применшуючи існуючі проблеми. Це мало вигляд, що вони ніби намагалися запереченням певної проблеми взагалі її не помічати.

Найвищий бал енергійності — наповненість енергією та відчуття себе повною сил, був у II групі — 89,3. Як не дивно, але вагітні I групи теж мали високий бал — 70,4. Це пояснювалось непереборним бажанням відчувати радість материнства, бажанням прикласти максимум сил для здійснення цієї мрії. Велике значення мала підтримка дорослих членів родини, які теж із нетерпінням чекали появи немовляти 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 порівняно з пацієнтками II групи були значно старшими, у переважній більшості мали вищу освіту, вагому кар'єру, значущий життєвий досвід і, як результат, зріло давали визначення соціальної ролі й що дуже важливо — під час вагітності. Їх оцінка дорівнювала 92,4 балу. Жінки II групи, вкладаючи дещо інший сенс у поняття соціальної ролі, оцінили її в 82,9 балу. Але, якщо жінки I групи мали на увазі можливість якомога довше і повноцінно працювати, брати участь у соціально значущих подіях, то вагітні II групи вказували на можливість спілкування з подругами, відвідування розважальних заходів тощо.

Вплив емоційного стану на виконання повсякденної праці (включаючи більші затрати часу, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження її якості тощо) був оцінений таким чином: I група — 63,0 балу; II група — 74,3 балу.

Як видно, зниження оцінок спостерігалось в обох групах. Причини зниження оцінки в I групі були тотожними — усвідомлення ситуації про ймовірні ризики стає підґрунтям для постійних роздумів, що певною мірою заважає в повсякденній діяльності і однозначно має на неї негативний вплив. При цьому жінки I групи відмічали, що вагітність після 30 років більш тривожна, бо зважена. Хоча медицина і просунулася далеко вперед, надаючи віковим первісткам значно більше можливостей виносити і народити здорову дитину, однак самостійно нормалізувати емоційний стан досить важко. Причинами помітного зниження оцінки у II групі є інші чинники. Молоді вагітні відмічали значний негативний вплив емоцій через: страх перед майбутніми пологами, невідомістю правильного догляду за немовлям; обмеження вільного часу на власні потреби після народження дитини тощо. Оцінка психічного здоров'я, яка свідчила про наявність депресій, занепокоєння та тривоги, була найвищою у II групі і становила 84 бали. Вікові вагітні оцінили власне психічне здоров'я в 73,3 бали. Безперечно, що високий ступінь тривоги і занепокоєння спостерігався як у I, так і в II групі. Слід зазначити, що вікові жінки правдиво і відверто вказували на цей стан і кожна третя вагітна зазначала про необхідність психологічної корекції за допомогою відповідного фахівця. При чому 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 власний психологічний стан і почуватися добре.

## Висновки

У вікових первісток спостерігалось суттєве погіршення показників якості життя порівняно з молодими першовагітними (крім соціальної ролі та більшого синдрому).

Більш низькі показники якості життя в I групі жінок були за шкалами «фізичне функціонування», «загальне здоров'я», «емоційний стан». Найнижчими були бали за шкалою «фізичний стан».

Визначення показників якості життя у вікових первісток є невід'ємною складовою нагляду в період виношування вагітності. Це дає змогу адекватно оцінити й своєчасно скоригувати фізичну, соціальну і психоемоціональну функцію в інтересах матері та плода.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вплив нервово-психічного напруження на перебіг вагітності та пологів у молодих жінок / П.М. Веропотвелян, М.П. Веропотвелян, О.М. Панасенко, А.С. Шевченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2006. — № 3. — С. 74—77.
2. Гайсин И.Р. Качество жизни беременных с артериальной гипертензией / И.Р. Гайсин, Л.А. Лещинский // Казанский медицинский журнал. — 2005. — № 5. — С. 368—372.
3. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л.—Шевченко. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — С. 12—13.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — Санкт-Петербург, 2002. — С. 15—40.
5. 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, J. Merrick // Scientific. World J. — 2005. — Vol. 5. — P. 933—941.
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.
7. Ware J.E. 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.
8. 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, J. Merrick // J. Coll. Physicians. Surg. Pak. — 2008. — Vol. 18. — P. 445—450.

**Показатели качества жизни у возрастных первородящих****Е.В. Коломиец**

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

**Цель** — изучить показатели качества жизни у возрастных первородящих.**Пациенты и методы.** Исследование показателей качества жизни проводилось в двух группах: I группа — возрастные первородящие (от 30 до 45 лет) — 100 пациенток; II группа (контрольная) — молодые первородящие (от 18 до 30 лет) — 100 пациенток. Методом оценки качества жизни был опросник SF-36 Health Status Survey, разработанный The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA.**Результаты.** Полученные результаты, то есть качество жизни, были лучшими во II группе — молодых первородящих. Значительно ниже, кроме социальной роли и болевого синдрома, были показатели в I группе — у возрастных первородящих. Показатели качества жизни у возрастных первородящих по сравнению с молодыми были следующими: физическое функционирование составило 62,7 балла в I группе и 91,6 балла во II группе; физическое состояние — соответственно 61,8 и 90,3; болевой синдром — 83,2 и 66,8; общее здоровье — 65,0 и 91,0; энергичность — 70,4 и 89,3; социальная роль — 92,4 и 82,9; эмоциональное состояние — 63,0 и 74,3; психическое состояние — 73,3 и 84,0 балла.**Выводы.** У возрастных первородящих имело место существенное ухудшение показателей качества жизни по сравнению с молодыми первородящими (кроме социальной роли и болевого синдрома). Более низкие показатели качества жизни в I группе женщин были по шкалам: физическое функционирование, общее здоровье, эмоциональное состояние. Самыми низкими были баллы по шкале физическое состояние. Изучение показателей качества жизни у возрастных первородящих является неотъемлемой составляющей наблюдения в период вынашивания беременности. Это позволяет адекватно оценить и своевременно корректировать: физическую, социальную и психоэмоциональную функции в интересах матери и плода.**Ключевые слова:** поздняя первая беременность, возрастные первородящие, качество жизни.**Quality of life in the age firstborn****O.V. Kolomiyets**

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** — to study the quality of life in the age firstborn.**Patients and methods.** Research quality of life conducted in two groups: I group — age firstborn (30 to 45 years) — 100 patients; The second group (control) — young firstborn (18 to 30 years) — 100 patients. The method of assessment of quality of life was questionnaire SF-36 Health Status Survey, developed by The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA.**Results.** The results were better quality of life is higher in the II group — young firstborn. Markedly lower except social role, and pain, and have performance in the group — in age firstborn. Quality of life in the age firstborn compared with young following: physical functioning scores 62.7 and in group and 91, 6 points in the second group; physical condition conformance 61.8 and 90.3; pain — 83.2 and 66.8; general health — 65.0 and 91.0; energy — 70.4 and 89.3; social role — 92.4 and 82.9; emotional state of — 63.0 and 74.3; mental condition — 73.3 and 84.0 points.**Conclusions.** At age firstborn been a significant deterioration in quality of life compared with young firstborn (except social roles and pain). Lower quality of life and a group of women were on the scales: physical functioning, general health, emotional state. The lowest scores were on a scale physical condition. Determining the quality of life in the age firstborn is an integral part of supervision during pregnancy. It provides the way adequately to estimate and in a timely manner: physical, psycho-social and emotional function in the interests of the mother and fetus.**Key words:** late first pregnancy, age firstborn, the quality of life.**Сведения об авторах:****Коломиец Елена Владимировна** — к.мед.н., ст. н. с. отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 21.02.2016 г.