

---

УДК 614.2:616-053.2

Т.П. Павлович, И.Н. Гирко

г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность.** Оценка качества жизни в педиатрической практике является актуальной. Здоровье детей относится к основополагающим критериям здоровья населения и является надежным индикатором общественной, социально-экономической и политической жизни страны.

Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, через оценку всех его составляющих - физического, психологического, социального благополучия - позволяет выявить особенности влияния патологических процессов и использования медицинских технологий на показатели качества жизни больного человека. Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни. Используется для оценки эффективности всего технологического медицинского комплекса. В настоящее время оценка качества жизни является одним из элементов 2 уровня доказательности в медицинских исследованиях.

Качество жизни пациентов, имеющих хроническую патологию, является одним из ключевых методов оценки состояния здоровья и благополучия детей. Особенность использования методики качества жизни состоит в том, что ее характеристики, выступая критериями удовлетворенности применения медицинских технологий, позволяют дать оценку состояния ребенка не только родителями детей, но и самими детьми, которые выражают мнение через субъективную оценку своего состояния.

Целью данного исследования явилось выявление особенностей качества жизни, связанного со здоровьем, детей на основании опросника PedsQLtm4.0.

**Материалы и методы.** В исследовании использованы социологический и статистический методы. Исследование выборочное, наблюдение – единовременное.

В работе выделено два этапа. На первом – оценивали качество жизни здоровых детей, особенности его изменения в зависимости от пола и возраста. Сформирована выборочная статистическая совокупность, состоящая из 409 учащихся гимназии №19 г. Минска. Средний возраст детей составил  $12,1 \pm 3,1$  лет. Девочки составили 45,5%, мальчики – 54,5%.

На втором – детей с патологией сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. Сформирована группа пациентов, состоящая из 67 человек, которые были госпитализированы в кардиологическое (59,7%) и нефрологическое (40,3%) отделения УЗ «2-я городская детская клиническая больница г. Минска». Средний возраст детей –  $11,5 \pm 3,4$  года. Из числа опрошенных девочки составили 62,7%, мальчики – 37,3%.

Для оценки качества жизни использован опросник PedsQLtm4.0, состоящий из 23 вопросов, объединенных в следующие шкалы: «физическая активность», «эмоциональное состояние», «социальная деятельность», «школьная активность», суммарная шкала.

Опросник разделен на блоки по возрастам – 5-7, 8-12 и 13-17 лет у детей и родителей. Ответы оценивались по 100-бальной системе с последующим вычислением психо-социального компонента здоровья (ПСКЗ), физического компонента здоровья (ФКЗ) и общего уровня качества жизни (ОКЖ).

Обработка материала осуществлена с использованием программы Statistica 10.0. Для анализа данных применили как параметрические методы (критерий Стьюдента, корреляционный анализ Пирсона), так и непараметрические методы (критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена). Статистически значимыми принимали уровни коэффициентов при величине безошибочного прогноза более 95,5% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Показатели ОКЖ, ПСКЗ, ФКЗ как в целом во всей группе здоровых детей, так и в разных возрастных группах не достигли максимально возможных значений в 100 баллов. Выявлено существенное различие в оценке качества жизни, связанного со

здоровьем, в различных возрастных группах - с увеличением возраста компоненты качества жизни оцениваются респондентами выше ( $p < 0,05$ ). Что отражает особую чувствительностью к возрасту респондента методики оценки качества жизни у детей, так как с возрастом ребенка увеличивается самооценка жизнедеятельности, а также его социализация. С 8-летнего возраста появляются значимые различия в ответах детей в зависимости от пола. Девочки достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем мальчики, оценивают качество жизни характеризующее эмоционального состояния, социальной деятельности, ролевого функционирования, ПСКЗ и общей оценки качества жизни. Девочки старшего школьного возраста (13-17 лет) значимо ниже, чем мальчики оценивают физические критерии здоровья ( $p < 0,05$ ). Данные особенности свидетельствуют о том, что методика оценки качества жизни выявляет не только возрастные особенности детского организма, но и преобразования в организме, обусловленные гормональной перестройкой и проявляющиеся в изменении как на уровне физических возможностей, так и психической и эмоциональной составляющей человека.

Выявлены значимо более низкие уровни качества жизни детей с патологией, чем у здоровых ( $p < 0,05$ ). При оценке компонентов качества жизни пациентов в зависимости от наличия определенной патологии выявлено, что дети с кардиологической патологией, начиная с 8-летнего возраста, ниже оценивают компоненты физической активности, чем дети с заболеваниями почек ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Одной из основных задач в области медицины в настоящее время является не только улучшение здоровья человека, но и его социализация, Используя данных о качестве жизни ребенка у врача появляется возможность достигать улучшения не только физической составляющей здоровья, но и психологического и социального благополучия. Применение методики оценки качества жизни позволяет учитывать индивидуальные особенности пациента, особенности патологического состояния при выборе медицинской технологии. Чувствительность метода оценки качества жизни при использовании его у детей с различными хроническими заболеваниями, дает возможность улучшить качество медицинской помощи пациентам, продолжить разработку вопросов реабилитации детей на всех этапах оказания медицинской помощи.