

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614.2:618.3:616.97:316.477

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРАКТИВНОЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Е. Ю. Шкатова, О. Н. Еловицова**

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

QUALITY OF LIFE AS EFFICIENCY CRITERION OF INTERACTIVE PROGRAM FOR TRAINING PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC URINARY INFECTIONS

*E.Yu. Shkatova, O.N. Elovikova**

Izhevsk State Academy of Medicine, Izhevsk, Russian Federation

Цель. Оценить уровень и показатели качества жизни беременных с хроническими инфекциями мочевыводящих путей (ХИМП) в ходе внедрения обучающих сестринских технологий на уровне семьи.

Материалы и методы. Эффективность разработанной обучающей интерактивной программы оценивалась в динамике по уровню показателей качества жизни, медицинской активности и гигиенической грамотности 102 беременных. В качестве инструмента был использован универсальный международный русскоязычный опросник SF-36 (Health status survey). Математический аппарат включал параметрические (расчёт относительных и средних величин с оценкой их достоверности) и непараметрические методы (χ^2).

Результаты. Обучение в «Школе здоровья для беременных с инфекциями мочевыводящих путей» строилось с применением интерактивных и информационных программ на основе сестринской технологии «Сестринский процесс». Показано, что внедрение данной методики приводит не только к повышению уровня гигиенической грамотности и медицинской активности пациенток на 51,0%, но и к повышению качества жизни на 16,4% за счет показателей ролевого эмоционального и физического функционирования (по 42,9%).

Выводы. Уровень качества жизни и его показатели являются важными критериями эффективности инновационных форм обучения беременных. Обучение беременных с ХИМП способствует не только повышению уровня качества жизни, гигиенической грамотности и медицинской активности, но и нивелированию кризиса социальной роли женщины во время беременности.

Ключевые слова. Беременные, хронические инфекции мочевыводящих путей, гигиеническая грамотность, медицинская активность, качество жизни.

Aim. To estimate the level and indices of the quality of life (QL) in pregnant women with chronic urinary infections (CUI).

© Шкатова Е. Ю., Еловицова О. Н., 2013

e-mail: olga-elovikova@yandex.ru

тел. 8 (34241) 3 16 47

[Шкатова Е. Ю. – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф; Еловицова О. Н. (*контактное лицо) – аспирант кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф].

Materials and methods. The efficiency of the developed training interactive program was estimated in dynamics by QL level, medical activity and hygienic literacy of 102 pregnant women. The universal international Russian-language health status survey SF-36 was used as an instrument. Mathematical apparatus included parametric (calculation of relative and mean values with estimation of their reliability) and nonparametric methods (χ^2).

Results. Training at «Health School for Pregnant Women with Urinary Infections» was conducted by means of interactive and informative programs based on the nursing technology «nursing process». It was shown that introduction of this method leads not only to raising the level of patients' hygienic literacy (HL) and medical activity (MA) by 51,0%, but also the QL level at the expense of role emotional and role physical functioning indices (42,9% each).

Conclusion. The QL level and its indices, variability of their contribution to QL are important efficiency criteria of innovation forms of training. Training of pregnant women with CUI promotes not only elevation of QL, HL and MA levels, but smoothes women's role crisis during pregnancy.

Key words. Pregnant women, chronic urinary infection, literacy, medical activity, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации указывается, что основными направлениями её обеспечения в сфере здравоохранения и здоровья нации на среднесрочную перспективу являются: усиление профилактической направленности здравоохранения, совершенствование в качестве основы жизнедеятельности общества, института семьи, охраны материнства, отцовства и детства [8]. Демографический кризис в стране резко повысил ценность каждой беременности, многократно увеличил ответственность специалистов, участвующих в оказании помощи беременным, роженицам и новорожденным [7]. В настоящее время важным профилактическим направлением является широкое внедрение образовательных программ в систему здравоохранения. Школа здоровья – одна из медицинских профилактических услуг, в основе которой лежит индивидуальное или групповое консультирование с целью повышения уровня знаний пациентов по вопросам рационального лечения заболеваний, профилактики осложнений и повышения качества жизни [6]. Однако, учитывая, что качество жизни беременных определяется осведомленностью всех членов семьи отно-

сительно настоящих и потенциальных проблем, связанных со здоровьем будущих матерей (в частности – с патологией мочевыделительной системы), и способностью оказать помощь по поддержке здоровья в случае необходимости, важно привлекать в школу здоровья членов семей беременных.

Надёжным методом оценки общего благополучия различных возрастно-половых, профессиональных и других категорий населения, позволяющим обеспечивать возможность получения таких характеристик здоровья, которые не могут быть идентифицированы никакими другими методами, сегодня является исследование качества жизни [5, 9]. Данный метод позволяет получить такие характеристики, которые не могут быть выведены на основании показателей врачебного осмотра, клинико-инструментальных методов, так как в его оценке учитывается субъективное мнение индивидуума [2, 11]. В настоящее время для оценки качества жизни беременных используют общие (опросник SF-36) и специальные опросники (FACT-An – Funktional Assessment of Chronic Therapy-Anemia; «Поза качества жизни» И. А. Гундарова) [3, 10].

Цель исследования – повышение качества жизни беременных с хроническими инфекциями мочевыводящих путей (ХИМП) при внедрении обучающих сестринских технологий на уровне семьи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки эффективности разработанной нами обучающей интерактивной программы в динамике оценивалась медицинская активность, гигиеническая грамотность и качество жизни 102 беременных с хроническими инфекциями мочевыводящих путей (группа наблюдения). Средний возраст беременных составил $27,2 \pm 1,6$ г., среди них 39,3% женщин было в возрасте до 27 лет (нормородящие) и 16,4% – в позднем репродуктивном возрасте (позднородящие). Высшее и незаконченное высшее образование имели $45,2 \pm 4,9$, среднее специальное – $41,0 \pm 4,8$, среднее и незаконченное среднее образование – $11,0 \pm 3,1$ и $2,8 \pm 0,5$ из 100 женщин. Первородящих было $36,4 \pm 4,8$, повторнородящих – $67,6 \pm 4,6$ на 100 обследованных.

Медицинскую активность и гигиеническую грамотность изучали по специально разработанной программе. Для исследования качества жизни в качестве инструмента был использован универсальный международный русскоязычный опросник SF-36 (Health status survey), включающий 36 вопросов. Количественно в нём оценивались следующие параметры: физическое функционирование (ФФ); ролевое физическое функционирование (РФФ); интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (ИБ); общее здоровье (ОЗ); жизнеспособность (ЖБ); социальное функционирование (СФ); ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ); психическое здоровье (ПЗ). Для оценки параметров качества жизни была сформирована группа сравнения, которую составили 107 практически здоровых беременных. Группы были уравновешены по репродуктивному возрасту, образованию, числу беременностей.

Анкетирование проведено с информированного согласия респондентов и с со-

блюдением этических норм. Опросники заполнялись пациентками собственноручно, что позволяло получить более объективную информацию, подлежащую формализованной обработке.

Математический аппарат включал параметрические (расчёт относительных и средних величин с оценкой их достоверности) и непараметрические методы (χ^2).

Обработку данных осуществляли с помощью программы PsyLab – методика оценки качества жизни и компьютерных программ Microsoft Office Excel, 2007 (описательная статистика).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обучение пациенток проводили на базе женской консультации МБУЗ «Чайковская центральная городская больница», при этом организатором школы для беременных с ХИМП являлся менеджер сестринского дела. Именно ей – медицинской сестре с высшим образованием, имеющей медицинскую, организационную, психологическую и педагогическую подготовку, самостоятельно выполняющей организационно-управленческие и информационно-познавательные функции, отводилась значимая роль в профилактике обострений хронической патологии у беременных. Особенность программы обучения – вовлечение членов семей беременных в образовательный процесс. Полный цикл обучения в школе здоровья беременных состоял из 10 занятий (по 45–90 мин) и был построен на основе инновационной сестринской технологии «сестринский процесс» (рис. 1). Организационная структура процесса обучения состояла из шести этапов, представляла собой замкнутый цикл, отражающий профессиональные функции медицинской сестры при осуществлении обучения беременных и членов её семьи. Цикл начинается и заканчивается оценкой состояния гигиенической грамотности, ме-



Рис. 1. Модель процесса обучения беременных с ХИМП на уровне семьи. ГГ – гигиеническая грамотность, МА – медицинская активность, ПЗ – психическое здоровье, КЖ – качество жизни

дицинской активности, качества жизни и психологического здоровья обучавшихся. Для повышения эффективности обучения были разработаны учебно-методические пособия (методические рекомендации для медицинского персонала, памятки для беременных и тестовые задания), для членов её семьи, а также последующий контроль уровня усвоения полученных знаний и навыков с помощью тест-опросов. Для обучавшихся в Школе были разработаны памятки, которые являлись неотъемлемой частью процесса обучения и содержали справочный материал, необходимый как в процессе обучения, так и в повседневной жизни семьи.

Обучение в Школе здоровья велось с применением интерактивных методов: дискуссии, деловой игры с использованием программных продуктов, применяемых как на стадии обучения, так и на стадии проверки полученных знаний. Были разработаны тестирующие и обучающие компьютерные программы: мультимедийный продукт «Своя

игра», выполненный в *Microsoft Power Point 2007*, использующийся как средство контроля знаний по теме «Обследование беременных с ХИМП». Целью его являлось не только определение уровня знаний о методах исследований при заболеваниях мочевыделительной системы, но и повышение уровня знаний, обеспечение качественной подготовки пациентов к исследованию.

Процесс обучения, построенный на взаимодействии всех членов группы, позволял избегать больших информационных блоков в структуре занятий, что способствовало созданию партнёрских отношений между медицинской сестрой, беременной и членами её семьи.

Данные социально-гигиенического опроса показали, что большинство семей беременных проживало в благоустроенных квартирах ($74,3 \pm 4,3\%$), снимали жилую площадь – $8,6 \pm 2,8\%$, жили в коммунальных квартирах и в общежитии – по $2,9 \pm 1,7\%$, в частном доме – $11,3 \pm 3,3\%$, проживали совместно с родителями $16,7 \pm 3,7\%$. Полностью были удовлетворены своими жилищными условиями только треть из них ($34,3 \pm 4,7\%$).

Несмотря на относительно молодой возраст, прегравидарный фон у многих опрошенных был неблагоприятным: в анамнезе $14,8 \pm 3,5$ из 100 беременных перенесли ангину, $16,7 \pm 3,7$ – острый бронхит, $11,1 \pm 3,1$ – внегоспитальную пневмонию. Заболевания, передающиеся половым путём (трихомониаз, бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит, хламидиоз и урогенитальный микоплазмоз), были диагностированы у $90,1 \pm 3,0\%$ женщин. Воспалительные заболевания половой сферы выявлены в $62,3 \pm 4,8\%$ случаях, при высокой частоте острого и хронического сальпингоофорита – у $37,8 \pm 4,8\%$. В анамнезе имели патологию кишечника (синдром раздражённой кишки, хронический колит) $52,8 \pm 4,9$ из 100 женщин, хронический назофарингит – $20,0 \pm 3,9$, хронический гайморит –

46,7±4,9. Анализ частоты патологии мочевыделительной системы показал, что каждая третья беременная группы наблюдения страдала хроническим пиелонефритом (34,8±4,7%), острый цистит в анамнезе выявлен у 56,5±4,9% женщин, мочекаменная болезнь диагностирована у 8,7±2,8%. При этом известно, что наличие ИМВП у беременной достоверно ($Q=0,89$) увеличивает риск ($OR=16,8$) возникновения осложнений во время родов ($\chi^2=5,82$).

Уровни медицинской активности, гигиенической грамотности, качества жизни и психического здоровья у беременных оценивали на первом занятии. Несмотря на длительность течения заболеваний мочевыводящей системы более 5 лет у 65,6±4,7 из 100 опрошенных, многие респонденты (61,7±4,8) были плохо информированы о своей патологии. Недостаточный уровень знаний о течении и возможных осложнениях беременности при данных заболеваниях отмечали 82,4±3,8 из 100 опрошенных, о методах профилактики – 79,4±4,0. Оценка формирования навыков здорового образа жизни и гигиенического поведения показала их низкий уровень: употребляли спиртные напитки до беременности – 45,9±4,9 из 100 опрошенных, продолжали их потребление (красное вино и пиво) и во время беременности – 21,3±4,0; курили ранее, но бросили во время беременности – 29,5±4,5, продолжили курить во время беременности – 11,5±3,1 из 100 респондентов.

Выполняли назначения врача в полном объёме и регулярно – 19,7±3,9 из 100 опрошенных; частично – 47,5±4,9; нерегулярно – 32,7±4,6. Причиной возникновения заболевания являлись, по мнению 31,7±4,6 из 100 пациенток, перенесённые ранее заболевания мочеполовой системы, 30,3±4,5 – снижение иммунитета, 14,8±3,5 – данная беременность. Сразу за медицинской помощью при заболевании обращались 16,6±3,7, всегда выполняли назначения врача только 25,0±4,3 из

Таблица 1

Уровень знаний беременных о заболевании до обучения (на 100 опрошенных)

Раздел	Знания достаточные	Только представления	Знания отсутствовали
	$p \pm m$	$p \pm m$	$p \pm m$
Причины заболевания	20,6±4,0	41,2±4,9	38,2±4,8
Течение заболевания при беременности	17,6±3,8	29,4±4,5	53,0±5,0
Методы диагностических и лабораторных исследований	14,7±3,5	32,4±4,6	52,9±5,0
Режим и качество питания	26,5±4,4	35,3±4,7	38,2±4,8
Методы профилактики обострений заболевания во время беременности	20,6±4,0	14,7±3,5	64,7±4,7
Возможные осложнения	17,6±3,8	3,0±0,5	79,4±4,0

100 опрошенных. Среди причин невыполнения врачебных назначений респонденты отмечали нехватку времени (37,9±4,8), другие не считали необходимым выполнять назначения врача (17,2±3,7), для третьих (24,1±4,2) рекомендации врача были неубедительными. Невыполнение рекомендаций врача при заболевании, негигиеническое поведение свидетельствовали об отсутствии сформированных навыков здорового образа жизни и установок на сохранение здоровья у некоторых беременных.

При изучении уровня осведомлённости женщин о своём заболевании, его течении и осложнениях во время беременности установлено (табл. 1), что знания были недостаточны у 82,4% беременных. Основным источником информации о заболевании и методах профилактики обострений для женщин являлся лечащий врач (55,7%) и крайне редко – медицинская сестра (5,9%), средства массовой информации (9,6%), популярная медицинская литература (13,4%), а также родственники и знакомые (15,4%).

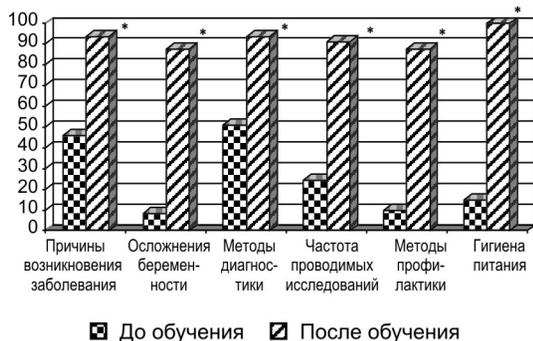


Рис. 2. Динамика уровня знаний пациенток по ряду аспектов (на 100 беременных);

* – достоверность по отношению к показателям до обучения ($p < 0,05$)

Анкетирование, проведённое в конце курса обучения, показало, что у 87,5–100,0% женщин достоверно расширились знания по всем изучаемым вопросам (рис. 2). После обучения 93,7±3,1 из 100 женщин стали внимательнее относиться к рекомендациям врача. Увеличили время на отдых и сон – 87,5±4,2%, изменили режим дня – 91,0±3,6%, режим питания – 96,8±2,3%. После обучения в школе хотели бы продолжить его – 15,6±6,4%, углубить знания – 6,2±4,2%, посещать школу ради общения – 9,4±5,1%. Если до обучения только 11,1±2,8% респонденток предпочитали общение с медсестрой, то после обучения – 56,2±8,7% ($p < 0,001$). Повысили знания о заболевании – 93,7±3,1 из 100 опрошенных женщин, получили достаточную информацию – 84,3±6,4%.

Использование программы терапевтического обучения в комплексной терапии беременных с ИМВП выявило резервы улучшения общественного здоровья и уменьшения социально-экономических потерь общества вследствие снижения частоты осложнений беременности при повышении уровня гигиенической грамотности и медицинской активности пациенток. Математическое моделирование по теореме гипотез (формула Байеса) показало, что повышение гигиенической грамотности позволяет сни-

Таблица 2

Показатели качества жизни в обследованных группах (балл, $M \pm m$)

Шкала	Беременные с ХИМП		Группа сравнения
	до обучения	после обучения	
Интенсивность боли	63,2±0,9*	69,8±1,2**,*	76,7±1,4
Психическое здоровье	65,8±0,8*	64,9±0,6*	70,6±1,2
Социальное функционирование	66,8±1,0*	46,7±1,3**,*	76,7±1,4
Физическое функционирование	60,0±0,9*	67,1±1,3**,*	74,8±1,2
Общее состояние здоровья	58,8±0,9*	62,8±1,0**,*	74,8±1,2
Жизнеспособность	57,3±0,8*	61,8±0,9**,*	45,3±1,1
Роль эмоциональное функционирование	45,3±1,2*	79,4±2,0**,*	62,2±1,5
Роль физическое функционирование	36,7±1,0*	77,9±2,0**,*	45,3±1,5
Суммарный показатель КЖ	434,0±11,9*	519,4±6,5**,*	495,9±13,4

Примечание: * – достоверность по отношению к группе сравнения ($p < 0,05$); ** – достоверность по отношению к показателям до обучения ($p < 0,05$).

зять частоту родовых осложнений в 2,7 раза, повышение медицинской активности женщин при выполнении всех назначений врача позволило бы уменьшить частоту осложнений в 3,1 раза, отказ от негигиенических привычек – в 5,5, что обеспечивает не только медицинскую, но и социально-экономическую эффективность обучающей программы.

В результате проведённого исследования установлено, что как суммарный показатель качества жизни, так и уровни по всем шкалам у беременных с ХИМП были значительно ниже, чем в группе сравнения (табл. 2). Статистически значимое влияние на снижение качества жизни оказали шкалы «ролевое эмоциональное функционирование», «общее состояние здоровья», «ролевое физическое функционирование» и «физическое функционирование», показатели по которым были ниже на 27,2; 21,4; 19,0 и 19,0 соответст-

Таблица 3

Вклад шкал в суммарный показатель качества жизни

Шкала качества жизни	Беременные с ХИМП		Группа сравнения
	до обучения	после обучения	
Интенсивность боли	15,7	13,2	14,6
Психическое здоровье	14,2	12,2	13,3
Социальное функционирование	14,4	8,8	14,6
Физическое функционирование	12,9	12,7	14,3
Общее состояние здоровья	12,7	11,8	14,3
Жизнеспособность	12,4	11,7	8,6
Ролевое эмоциональное функционирование	9,7	14,9	11,9
Ролевое физическое функционирование	8,0	14,7	8,6

венно, чем в группе сравнения. Следует отметить значительное снижение в обеих группах показателей по шкале «Ролевое физическое функционирование», отражающей степень влияния физического состояния на выполнение таких физических нагрузок, как самообслуживание, ходьба, подъём по лестнице, переноска тяжести, выполнение любой будничной деятельности.

Уровень социальной активности, вероятно, был снижен у беременных за счёт частого нахождения на листе нетрудоспособности и снижения социальных контактов. Наши результаты подтверждают данные Г. Я. Клименко и др. (2010) о том, что снижение уровня отдельных компонентов и общей оценки качества жизни в период беременности говорит о том, что женщина в это время относится к наиболее уязвимой группе населения в плане воздействия неблагоприятных факторов и нарушения состояния здоровья.

Нами был рассчитан размер вклада в суммарный показатель качества жизни у больных и практически здоровых беременных, чтобы определить, по каким шкалам в первую очередь снижается или повышается уровень качества жизни (табл. 3). Несмотря на то что уровень жизнеспособности был достоверно выше у лиц группы наблюдения на 20,9%, чем в группе сравнения, по соотношению с другими показателями он был наиболее низким и по вкладу в качество жизни занимал только 6-е место.

На последних местах также были показатели ролевого эмоционального и ролевого физического функционирования, что свидетельствовало о кризисе роли женщины, когда во время беременности на фоне ролей дочери, жены, подруги, сотрудницы, начальника у неё явственно выступает новая социальная роль – роль матери, вызывая ролевые конфликты, негативно отражающиеся на ее личности. Возможны межролевые конфликты, связанные, прежде всего, с двойной занятостью на работе и дома, необходимостью

выбора между продолжением карьеры и здоровьем малыша. Особенно значимым для женщины является конфликт между ролью будущей матери и ролью жены, в процессе которого происходит смещение ролевого набора беременной женщины в пользу роли будущей матери. Если до обучения у них была не сформирована готовность к материнству, то обучение способствовало успешному завершению кризиса идентичности во время беременности, что сопровождалось психологическим благополучием, стабилизацией эмоционального состояния, а также осознанием и принятием своей новой роли – роли матери.

К сожалению, проблемы идентификации социальных ролей часто остаются без внимания акушеров-гинекологов, в результате чего у женщин формируется отрицательное отношение к опыту беременности, приводящее не только к различным осложнениям её течения и родов, но и, как следствие, к отказу женщины от повторной беременности [1, 4].

После обучения вариабельность вклада качества жизни по шкалам стала значительно ниже, чем до обучения, а амплитуда его составила соответственно 6,1 против 7,7%.

Несмотря на то что Пермский край лидирует среди регионов по рождаемости, её рост сдерживается снижением уровня и качества жизни беременных, вызванным длительным периодом социально-экономической нестабильности, распространением городского образа жизни, переориентацией на внесемейные ценности, низким уровнем гигиенических знаний и недостаточной мотивацией к соблюдению принципов здорового образа жизни.

Выводы

Беременные с ХИМП наряду со сниженными ресурсами здоровья, уровнями медицинской активности и гигиенической грамотности имели низкие показатели качества жизни (особенно по шкалам ролевого эмоционального, физического и ролевого физического функционирования, общего состояния здоровья), что связано не только с физиологическими причинами, но и с психологическими особенностями личности – с изменением ролевой функции женщины.

Индивидуальный мониторинг качества жизни позволяет выявить группу риска среди беременных с ХИМП при ухудшении состояния их здоровья и является индикатором эффективности профилактических программ, что имеет особое значение в условиях новой концепции здравоохранения с ориентацией на семейный принцип обслуживания.

Интерактивные сестринские технологии по обучению беременных и членов её семьи способам управления течением хронического заболевания являются эффективным направлением в профилактической медицине по повышению качества жизни и приверженности пациенток к выполнению рекомендаций врача.

Библиографический список

1. Андриянова Е.А., Новокрещенова И.Г., Аранович И.Ю. Готовность к роли матери: медико-социологический анализ факторов формирования. Известия Саратовского университета 2011; 11 (4): 5–12.
2. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г., Черепашкина М.А. Использование критериев качества жизни в современной медицине. Сестринское дело 2013; 1: 15–18.
3. Ковалева Т.А., Алексеева Е.А., Курдюнова И.Е., Чуйкова К.И. Оценка качества жизни и уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С. Сибирский медицинский журнал 2011; 26 (4): 96–99.
4. Немировская Ю.В. Факторы адаптации беременной женщины к социальной роли матери. Вестник Саратов. гос. техн. ун-та 2007; 1: 215–219.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. М.: ГЭОТАР-Медиа 2004; 304.
6. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Еганян Р.А. и др. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией: информационно-методическое пособие для врачей / под ред. Р. Г. Оганова. М. 2002; 112.
7. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М: Status Praesens 2011; 688.
8. Указ Президента РФ №537 от 12 мая 2009 г. «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года», available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/95521/>.
9. Щепин В.О., Молчанова Л.Ф., Калининская А.А., Шкатова Е.Ю. Качество жизни как критерий здоровья и эффективности лечебно-профилактической помощи. Ижевск 2011; 172.
10. Dalfrà M. G., Nicolucci B., Bisson T., Bonsembiante B., Lapolla A. QLISG (Quality of Life Italian Study Group) Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. Qual. Life Res. 2012; 21 (2): 291–298.
11. Ionova T.A., Gandek B., Novik A. et al. Comparative study of physical and mental health in Russia and the United States. Qual. Life Res. 2001; 10 (3): 286.

Материал поступил в редакцию 17.09.2013