

ambulatory care sensitive conditions: a systematic review of peer-reviewed literature, 1990-2018. *Int J Equity Health*. 2020. Vol. 19, No. 60. Published 2020. 4 May. 16 p. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01160-0>

18. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be

reduced? Results of a group consensus study in Germany / L. Sundmacher et al. *Health Policy*. 2015. Vol. 119, No. 11. P. 1415-1423.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007>

Стаття надійшла до редакції
31.08.2020



УДК 616-092.11-053.2:331.556.4(478)

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221777>

Г.Д. Горбунова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Государственный университет медицины и фармакологии им. Николая Тестемицану

Департамент педиатрии

(зав. – д. мед. н., проф. Н.Е. Ревенко)

бул. Штефан чел Маре, 165, Кишинэу, 2004, Молдова

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova

Department of Pediatrics

Stefan cel Mare si Sfânt, bd., 165, Chişinău, 2004, Republic of Moldova

e-mail: galina.gorbunov@usmf.md

Цитування: *Медичні перспективи*. 2020. Т. 25, № 4. С. 198-206

Cited: *Medicni perspektivi*. 2020;25(4):198-206

Ключевые слова: качество жизни, связанное со здоровьем, клиническая практика, педиатрия, дети, медицинские услуги

Ключові слова: якість життя, пов'язана зі здоров'ям, клінічна практика, педіатрія, діти, медичні послуги

Key words: health-related quality of life, clinical practice, pediatrics, children, healthcare services

Реферат. Якість життя дітей трудових мігрантів. Горбунова Г.Д. Метою цієї роботи було визначення якості життя (ЯЖ) дітей трудових мігрантів у різних аспектах їхнього життя: фізичне функціонування (ФФ); емоційне функціонування (ЕФ); соціальне функціонування (СФ); шкільне / рольове функціонування (ШФ). У дослідженні брали участь 150 дітей Республіки Молдова, різних вікових груп (5-7, 8-12, 13-18 років), з них 75 дітей трудових мігрантів і їх батьки / опікуни, що залишилися в країні, та 75 дітей і їх батьки без досвіду трудової міграції. Інструментом дослідження був використаний опитувальник *Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0)*. У ході дослідження виділяли ЯЖ дітей на високому рівні – при 91-100 балах, на середньому – при 81-90 балах, низькому – при 71-80 балах, дуже низькому менше 70 балів. За результатами дослідження встановлено, що діти мігрантів усіх вікових груп, в усіх досліджуваних аспектах мали дуже низький рівень ЯЖ (менше 70 балів). У всіх вікових групах дітей мігрантів ЯЖ в аспекті фізичного функціонування має достовірно ($p < 0,001$) нижчий рівень показників порівняно з дітьми з контрольної групи. Найвищий рівень ЯЖ був у дітей 5-7 років, а найнижчий – у дітей у віці 13-18 років. Був виявлений дуже низький рівень ЯЖ дітей мігрантів (від $42,0 \pm 25,32$ до $43,7 \pm 25,94$), який достовірно відрізнявся ($p < 0,001$) від середнього рівня ЯЖ дітей з контрольної групи (від $85,0 \pm 19,83$ до $89,0 \pm 20,82$). Найнижчі показники ЯЖ в емоційному аспекті в дітей мігрантів 13-18 років ($42,0 \pm 25,32$) демонструють особливий емоційний, стресовий стан цих дітей. Діти мігрантів мають показники дуже низького рівня ЯЖ в аспекті соціального функціонування, які достовірно відрізнялися від середнього рівня ЯЖ дітей з контрольної групи, що демонструє низьку здатність до соціальної адаптації дітей після міграції батьків. Найнижчі показники ЯЖ в аспекті шкільного / рольового функціонування продемонстрували діти мігрантів у віці 13-18 років ($44,4 \pm 19,28$

бала) порівняно з показниками дітей у віці 5-7 років ($54,0 \pm 26,29$ бала). Ці результати достовірно відрізнялися ($p < 0,001$) від показників дітей з контрольної групи ($78,6 \pm 20,01$ бала в віці 13-18 років і відповідно $83,2 \pm 25,83$ бала у віці 5-7 років). Дуже низький рівень загального бала ЯЖ дітей мігрантів достовірно відрізнявся від середнього рівня загального бала дітей контрольної групи як за опитуваннями дітей, так і їхніх батьків. Найнижчі показники загального бала ЯЖ були виявлені у віці 13-18 років, як у групі дітей мігрантів ($46,8 \pm 24,19$), так і в контрольній групі дітей ($82,7 \pm 19,57$). У той же час найвищі показники загального бала ЯЖ були виявлені у віці 5-7 років, як у групі дітей мігрантів ($55,9 \pm 30,85$), так і в групі дітей контрольної групи ($85,9 \pm 23,70$). Представлені результати є переконливим фактом того, що діти трудових мігрантів порівняно з їх однолітками із сімей без досвіду трудової міграції мали достовірно низькі показники за всіма шкалами й інтегральної характеристики якості життя.

Abstract. The quality of life of labor migrants' children. Gorbunova G.D. In order to define the quality of life of labor migrants' children, there were researched different aspects of their lives, such as physical functioning (PF), emotional functioning (EF); social functioning (SF) and school functioning (SF). The given research involved 150 children from Republic of Moldova. They were of different age groups (5-7, 8-12, 13-18), of whom 75 children were of the labor migrants and their parents/guardians who remain in the country and 75 children of labor migrants and their parents without labor migration experience. As the instrument for given research there was used the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0) questionnaire. In the course of the research there was distinguished Quality of Life (QL) of children on high level, score from 100 to 91, the middle level – from 90 to 81, the low level – from 80 to 71 and the lowest level, less than 70 scores. According to the results of the investigation it was established that the migrants' children of various age groups, from all the examined aspects had a very low level of QL (less than 70 scores). In all age groups presented by the migrants' children, the QL in terms of physical functioning, has a considerably lower level of scores ($p < 0.001$) in comparison to the children from the control group. The highest level of QL was observed in the group of children aged 5-7 and the lowest in 13-18 aged group. There was also evidenced a very low level of QL of the migrants' children in emotional aspect (from 42.0 ± 25.32 to 43.7 ± 25.94 scores), that considerably differs ($p < 0.001$) from the middle level of QL of the children from the examined group (from 85.0 ± 19.83 to 89.0 ± 20.82 scores). The lowest data of QL in the emotional aspect of the migrants' children aged 13-18 years old (42.0 ± 25.32), demonstrate a very specific emotionally stressed state of these children. Migrants' children demonstrate a very low level of QL in terms of social functioning and it certainly differs from the middle level of QL of the children from the examined group. That definitely demonstrates a low ability to social adaptation of children after their parents' migration. The lowest indicators of the total score of QL were revealed at the age of 13-18, both in groups of migrants' children (46.8 ± 24.19 scores) and in the examined group of children (82.7 ± 19.57 scores). At the same time the highest indicators of the total score of QL were revealed at the age of 5-7, both in groups of migrants' children (55.9 ± 30.85 points), and children of the examined group (85.9 ± 23.70 scores). The presented results perform a very convincing fact that labor migrants' children in comparison to their peers from the families without labor migration experience had considerably low indices by all scales and integral characteristics of quality of life.

Здоров'я населення, а особливо дітей Республіки Молдови в сучасних умовах соціально-економічних трансформацій і розвитку держав в постсоціалістичному просторі, є не тільки медичною проблемою, але й в значній мірі фактором, що визначає майбутнє стійке розвиток Молдови.

Молдова пережила невідомий вибух еміграції в країни СНГ і Європейського союзу за останні 20 років. Нові соціально-економічні форми життя сімей, обумовлені процесами трудової міграції населення, привели до зміни сімейної ідеології і звичайної системи цінностей, викликали стан невпевненості, соціальної і психологічної дезадаптації.

Знаходяться в трудовій міграції, згідно з даними масової інформації Молдови, від 800 тисяч до 1,5 мільйона жителів республіки, що становить більше 25% економічно активних

жителів країни. Згідно з дослідженнями, причиною міграції є відсутність робочих місць і низький рівень зарплати [11].

Трудова міграція породжує ряд складних проблем, одна з яких – становище дітей, що залишилися вдома, у яких один або обидва батьки виїхали на заробітки за кордон [8, 10]. Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я, праці і соціальної захисту Республіки Молдова, в 2018 році у 37866 дітей батьки перебували в трудовій міграції. Згідно з наявними даними, більше ніж у третині дітей мігрантів за межі країни виїхали обидва батьки. Якщо в сім'ях, де мігрував один батько, діти мають соціальну і психологічну підтримку від батька, то в сім'ях, де на заробітки виїхали обидва батьки, ситуація значно гірше. Психологічний стан дітей мігрантів залежить від емоційних і соціальних змін у їхньому житті, так, більшість опитаних

детей утверждают, что им не хватает родительской любви и общения с родителями. При отсутствии обоих родителей или в отсутствие мамы дети часто находятся в состоянии депрессии. Часто дети мигрантов подвержены риску насилия, трафика, вовлечения в преступную деятельность. Эти сложные изменения обусловлены множеством факторов: длительностью отсутствия родителей, степенью подготовленности ребенка к самостоятельной жизни, взаимоотношениями ребенка с опекуном и др., а также отношением общества к детям мигрантов [1].

Отсутствие сексуального воспитания оставшихся детей, в условиях трудовой миграции родителей, особенно матерей, зачастую приводит к нежелательным результатам, а именно: к ранним сексуальным связям, нежелательным беременностям, заболеваниям, передающимся половым путем [16].

Рост заболеваемости, социально значимой патологии и болезней, связанных с поведенческими факторами риска, характеризуют современные особенности состояния здоровья детей трудовых мигрантов, а изучение показателей, характеризующих здоровье детского населения, пострадавшего от миграции родителей, является одной из основных задач системы здравоохранения. Разработка мероприятий по укреплению здоровья и качества жизни детей трудовых мигрантов является одним из основных направлений социальной педиатрии [3, 9, 14].

Одним из ключевых критериев, отражающих состояние здоровья и общего благополучия населения, на современном этапе развития медицины является качество жизни (КЖ) [19]. основополагающие критерии КЖ человека конца XX века, которые лежат в основе современных представлений об этом показателе, были разработаны ВОЗ: физические, психологические, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда и духовность. Таким образом, КЖ включает в себя информацию об основных составляющих благополучия человека: физической, психологической, социальной и духовной [10, 15].

В педиатрии понятие «качество жизни» отличается от такового у взрослых, что обусловлено зависимостью детей от родителей, ровесников, одноклассников, развитием, демографическими факторами, различиями систем медицинского обслуживания. Интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования ребенка,

основанная на его субъективном восприятии и/или субъективном восприятии родителей или других лиц из ближайшего окружения ребенка, определяет КЖ ребенка [2, 19]. Исследования КЖ в педиатрии открывают новые возможности комплексного анализа физического, психологического и социального функционирования детей [7, 17].

Следует отметить актуальность исследований КЖ особых социальных групп – детей из семей трудовых мигрантов или малообеспеченных семей [12]. Существует тесная взаимосвязь между бедностью в детстве и плохим физическим и психическим здоровьем, возможностью забеременеть в подростковом возрасте, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, антисоциальным поведением [5, 13, 16]. Нарушение физического развития и когнитивных функций у таких детей может быть обусловлено нерациональным питанием. Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми в семьях с трудовыми мигрантами приводит к нарушениям психического здоровья или физическим последствиям [12]. Нередко дети мигрантов, оставшиеся временно без родителей, не получают своевременной и адекватной медицинской помощи [14]. Определение особенностей КЖ данного контингента может лежать в основе улучшения их медико-социальной защиты [4, 6, 20].

Таким образом, актуальность данной работы обусловили проведение научных медико-социальных исследований условий и образа жизни семей мигрантов, состояния здоровья и КЖ их детей, необходимость коренного пересмотра концепции их медико-социальной защиты.

Цель – определить особенности КЖ детей из семей с трудовыми мигрантами с использованием инструмента для оценки КЖ в педиатрии опросника Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследование проводилось в Республике Молдова. Проведен анализ КЖ детей из семей трудовых мигрантов. Для проведения исследования использовались современные адекватные методы, а именно: аналитический, анкетно-опросный, статистический. Использовался опросник, который был разработан Департаментом педиатрии Кишиневского государственного медицинского университета имени Н. Тестемичану и прошел экспертную оценку ведущих специалистов учреждений Молдовы в области педиатрии, социальной медицины, психологии и социологии.

Дизайн исследования: поперечное (кросс-секционное) исследование. Анкетирование проводилось анонимно по предварительному согласию респондентов. Критерием включения были дети трудовых мигрантов и их оставшиеся в стране родители/опекуны. Критерием исключения были дети мигрантов без опекунов, оба родителя которых находились в трудовой миграции. Анкетирование проводилось в короткие временные сроки. Период анкетирования – с марта по май 2019 года. Анкетирование проводили заранее подготовленные интервьюеры (срок подготовки составлял 1 неделю).

В исследуемую группу были включены 75 детей разных возрастных групп: 5-7 лет (26,7%); 8-12 лет (40%); 13-18 лет (33,3%), из семей трудовых мигрантов и их родители, оставшиеся в стране или опекуны (n.75). В группу контроля вошли 75 детей соответствующего возраста: 5-7 лет (26,7%); 8-12 лет (40%); 13-18 лет (33,3%), не имеющих опыта трудовой миграции родителей, и их родители (n.75). Инструментом исследования стал опросник Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0). Опросник состоит из 23 вопросов, которые объединены в следующие шкалы: физическое функционирование (ФФ) – 8 вопросов; эмоциональное функционирование (ЭФ) – 5 вопросов; социальное функционирование (СФ) – 5 вопросов; школьное/ролевое функционирование (ШФ) – 5 вопросов. Опросник разделен на блоки по возрастам 5-7, 8-12 и 13-18 лет, которые имеют формы для заполнения детьми и родителями. Общее количество баллов для всех модулей рассчитывается по 100-балльной шкале после процедуры шкалирования: чем выше итоговая величина, тем лучше КЖ ребенка. В ходе исследования выделяли КЖ детей высокого уровня – при 91-100 баллах, среднего – при 81-90 баллах, низкого – при 71-80 баллах, очень низкого – от 70 баллов и ниже.

Статистически данные обработали с помощью программного продукта IBM SPSS Statistics Campus Editions (contract number: AU-EP-129/2014/245 from 29.12.2014; invoice number: 060315/1 from 06.03.2015). Проверка нормальности распределения выборки проведена с помощью критерия Шапиро–Уилка. Для определения достоверности различий показателей вычисляли критерий Стьюдента. Критический уровень значимости равен 5% ($p < 0,05$). Описательная статистика представлена в формате $M \pm \sigma$ (нормальное распределение). Меж- и внутри-групповое сравнения проведены при помощи

многофакторного непараметрического анализа ANOVA. Внутренняя согласованность характеристик была определена посредством вычисления коэффициента альфа Кронбаха [18].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование показало, что усредненные показатели КЖ детей по всем аспектам, по мнению детей, достоверно ниже в основной группе, чем в контрольной (табл.).

При оценки КЖ в аспекте физического функционирования можно отметить, что во всех возрастных группах детей мигрантов достоверно ($p < 0,001$) более низкий уровень показателей по сравнению с детьми из контрольной группы. Та же тенденция наблюдается при сравнении КЖ детей по опросам родителей. При изучении уровня КЖ в аспекте физического функционирования было отмечено, что дети мигрантов всех возрастных групп имели очень низкий уровень КЖ (менее 70 баллов), причем это выявлялось как при опросе детей, так и их родителей. Наибольший уровень жизни был у детей 5-7 лет, а наименьший у детей в возрасте 13-18 лет.

Оценивая уровень КЖ детей без опыта миграции родителей, был выявлен средний уровень (от 90 до 81 балла), причем по мнению как детей, так и их родителей, в то же время отмечено, что дети оценили свое КЖ (от $82,6 \pm 19,21$ до $86,6 \pm 23,61$ балла) выше, чем их родители (от $80,0 \pm 17,91$ до $81,1 \pm 22,56$ балла).

Изучая КЖ детей мигрантов в аспекте эмоционального функционирования, были выявлены во всех возрастных группах самые низкие показатели по сравнению с другими аспектами (ФФ, СФ, ШФ, ОБ). Эта тенденция наблюдалась как при оценке опроса детей, так и их родителей. Очень низкий уровень КЖ был выявлен во всех возрастных группах детей мигрантов, как при опросе детей, так и при опросе их родителей. Выявленный очень низкий уровень КЖ детей мигрантов (от $42,0 \pm 25,32$ до $43,7 \pm 25,94$ балла) достоверно отличался ($p < 0,001$) от среднего уровня детей из контрольной группы (от $85,0 \pm 19,83$ до $89,0 \pm 20,82$ балла). Так же достоверно отличался уровень КЖ детей по опросам родителей. Самые низкие показатели КЖ в эмоциональном аспекте демонстрировали дети мигрантов 13-18 лет ($42,0 \pm 25,32$ балла), скорее всего это может быть объяснено тем, что дети, находящиеся в пубертатном периоде, сильнее переживают отсутствие родителей, находясь в особенном эмоциональном состоянии, стрессе.

Параметры качества жизни детей (баллы, M±σ)

Модули анкеты	Возраст детей (лет)	Семья с трудовыми мигрантами		Семья без опыта трудовой миграции	
		дети (M±σ)	родители (M±σ)	дети (M±σ)	родители (M±σ)
ФФ (физическое функционирование)	5-7	59,7±28,95*	49,8±17,91	86,6±23,61	80,0±17,91**
	8-12	54,6±25,97*	36,8±26,15	83,3±20,30	80,2±20,16**
	13-18	48,4±26,36*	44,1±25,92	82,6±19,21	81,1±22,56**
ЭФ (эмоциональное функционирование)	5-7	43,5±35,29*	40,3±17,50	89,0±20,82	76,8±17,50**
	8-12	43,7±5,94*	42,5±22,94	85,8±19,30	82,4±21,65**
	13-18	42,0±25,32*	37,7±26,77	85,0±19,83	81,0±20,99**
СФ (социальное функционирование)	5-7	64,3±29,60*	53,0±18,77	84,5±24,30	84,8±18,77**
	8-12	53,5±28,57*	43,6±25,06	85,7±19,93	81,2±21,47**
	13-18	51,4±22,96*	52,1±23,85	84,5±19,02	82,6±20,39**
ШФ (школьное функционирование)	5-7	54,0±26,29*	42,3±23,30	83,2±25,83	75,5±23,30**
	8-12	52,2±21,66*	38,3±20,62	81,0±20,89	75,3±23,33**
	13-18	44,4±19,28*	43,8±20,74	78,6±20,01	71,4±20,50**
ОБ (общий балл)	5-7	55,9±30,85*	46,8±19,53	85,9±23,70	79,3±19,53**
	8-12	51,5±25,98*	40,4±24,34	83,9±20,18	79,8±21,59**
	13-18	48,8±24,19*	44,3±25,02	82,7±19,57	79,2±21,67**

Примечания: * – $p < 0,001$ – достоверность различий показателей между детьми мигрантов и детьми без опыта трудовой миграции родителей; ** – $p < 0,001$ – достоверность различий показателей между родителями детей мигрантов и родителями детей без опыта трудовой миграции; M±σ – среднее значение ± стандартное отклонение.

Проведя сравнение КЖ детей в аспекте социального функционирования, было выявлено, что дети мигрантов имеют показатели очень низкого уровня, которые достоверно отличались от среднего уровня КЖ детей из контрольной

группы (рис. 1). Родители/опекуны детей мигрантов оценили КЖ детей ниже, чем сами дети (46,3±25,06 балла по сравнению с 53,5±28,57 балла в возрасте 8-12 лет).

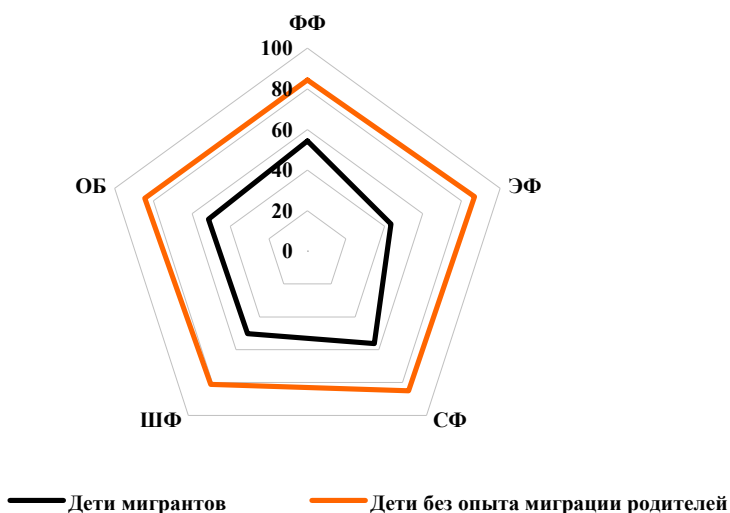


Рис. 1. Профили качества жизни детей (по ответам детей)

Отличалась КЖ детей в социальном аспекте не только по мнению детей, но и по мнению их родителей (рис. 2), что было достоверно доказано ($p < 0,001$).

При оценке КЖ в аспекте школьного/ролевого функционирования было отмечено, что как родители/опекуны детей мигрантов, так и родители детей из контрольной группы оценивают КЖ ниже, чем сами дети. Самые низкие показатели КЖ продемонстрировали дети

мигрантов в возрасте 13-18 лет ($44,4 \pm 19,28$ балла) по сравнению с показателями детей в возрасте 5-7 лет ($54,0 \pm 26,29$ балла). При сравнении было выявлено, что КЖ детей мигрантов и детей из контрольной группы достоверно отличаются (как по мнению детей, так и по мнению родителей), причем уровень КЖ детей мигрантов был намного ниже, чем у детей контрольной группы.

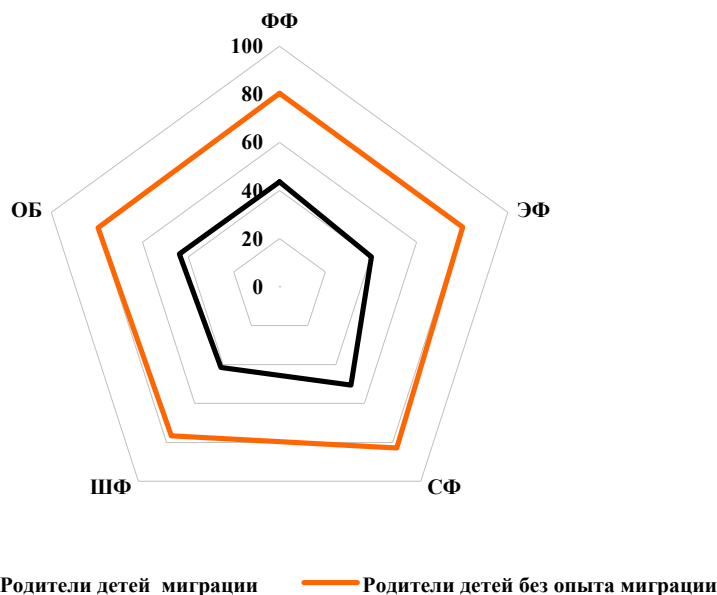


Рис. 2. Профили качества жизни детей (по ответам родителей)

При анализе общего балла КЖ детей было выявлено, что показатели опроса родителей (как родителей мигрантов, так и родителей детей контрольной группы) были ниже, чем показатели опроса самих детей.

Самые высокие показатели общего балла КЖ были выявлены в возрасте 5-7 лет, как в группе детей мигрантов ($55,9 \pm 30,85$ балла), так и в группе детей контрольной группы ($85,9 \pm 23,70$ балла). Очень низкий уровень общего балла КЖ детей мигрантов достоверно отличался от среднего уровня общего балла детей контрольной группы как по опросам детей, так и их родителей. В то же время самые низкие показатели общего балла КЖ были выявлены в возрасте 13-18 лет, как в группе детей мигрантов ($46,8 \pm 24,19$ балла), так и в контрольной группе детей ($82,7 \pm 19,57$ балла).

Представленные результаты являются убедительным фактом того, что дети трудовых мигрантов по сравнению с их сверстниками из семей без опыта трудовой миграции родителей имели достоверно низкие показатели по всем

шкалам и интегральной характеристике КЖ. Было установлено при определении уровней качества жизни и соответственного распределения детей, что достоверно все исследуемые дети мигрантов оказались в группе с очень низкими показателями качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. Усредненные показатели КЖ детей мигрантов по всем аспектам, как по мнению детей, так и их родителей, достоверно ниже, чем у детей из семей без опыта трудовой миграции. Дети мигрантов всех возрастных групп во всех изучаемых аспектах имели очень низкий уровень КЖ (менее 70 баллов).

2. Во всех возрастных группах детей мигрантов КЖ в аспекте физического функционирования имеет достоверно более низкий уровень показателей ($p < 0,001$) по сравнению с детьми из контрольной группы. Самый высокий уровень КЖ был у детей 5-7 лет, а самый низкий у детей в возрасте 13-18 лет.

3. Во всех возрастных группах детей мигрантов выявлены самые низкие показатели КЖ в аспекте эмоционального функционирования, по сравнению с другими аспектами (ФФ, СФ, ШФ, ОБ). Выявленный очень низкий уровень КЖ детей мигрантов (от 42,0±25,32 до 43,7±25,94 балла) достоверно отличался ($p < 0,001$) от среднего уровня КЖ детей из контрольной группы (от 85,0±19,83 до 89,0±20,82 балла). Самые низкие показатели КЖ в эмоциональном аспекте у детей мигрантов 13-18 лет (42,0±25,32 балла) демонстрируют особенное эмоциональное, стрессовое состояние этих детей.

4. Дети мигрантов имеют показатели очень низкого уровня КЖ детей в аспекте социального функционирования, которые достоверно отличались от среднего уровня КЖ детей из контрольной группы. Родители/опекуны детей мигрантов оценили КЖ детей ниже, чем сами дети (46,3±25,06 балла по сравнению с 53,5±28,57 балла в возрасте 8-12 лет). Представленные данные демонстрируют низкую способность к социальной адаптации детей после миграции родителей.

5. Родители/опекуны детей мигрантов и родители детей из контрольной группы оценивают КЖ в аспекте школьного/ролевого функционирования ниже, чем сами дети. Самые низкие показатели КЖ в аспекте школьного функционирования продемонстрировали дети мигрантов в возрасте 13-18 лет (44,4±19,28 балла) по сравнению с показателями детей в возрасте 5-7 лет (54,0±26,29 балла).

6. Очень низкий уровень общего балла КЖ детей мигрантов достоверно отличался от среднего уровня общего балла детей контрольной группы, как по опросам детей, так и их родителей. Самые высокие показатели общего балла КЖ были выявлены в возрасте 5-7 лет, как в группе детей мигрантов (55,9±30,85 балла), так и в группе детей контрольной группы (85,9±23,70 балла). В то же время самые низкие показатели общего балла КЖ были выявлены в возрасте 13-18 лет, как в группе детей мигрантов (46,8±24,19 балла), так и в контрольной группе детей (82,7±19,57 балла).

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Степанов А. М. Эмпирические проблемы изучения современных миграционных процессов. *Теория и практика общественного развития*. 2017. № 10. С. 24-26. DOI: <https://doi.org/10.24158/tipor.2017.10.4>
2. Butz C., Valleru J., Castillo A., Butter E. M. Implementation of an Outcome Measure in Pediatric Behavioral Health: A Process Improvement Initiative. *Pediatr Qual Saf*. 2017. 20 Oct. Vol. 2, No. 6. P. e043. DOI: <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000043>
3. Childhood chronic conditions and health-related quality of life: Findings from a large population-based study / Guannan Bai et al. *PLoS One*. 2017. Vol. 12, No. 6. P. e0178539. Published online 2017 Jun 2. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178539>
4. Children and Young People's Health Partnership (CYPHP) Evelina London model of care: protocol for an opportunistic cluster randomised controlled trial (cRCT) to assess child health outcomes, healthcare quality and health service use / James Joseph Newham, et al. *BMJ Open*. 2019. Vol. 9, No. 8. P. 27301. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027301>
5. Cross-Cultural Measurement Invariance of Adolescent Self-Report on the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0. / D. Stevanovic et al. *J Res Adolesc*. 2016. Dec. (Vol. 26, No. 4). P. 687-695. Epub 2015 Aug 4. DOI: <https://doi.org/10.1111/jora.12218>
6. Gastrointestinal symptoms predictors of health-related quality of life in pediatric patients with functional gastrointestinal disorders / J. W. Varni et al. *Quality of Life Research*. 2017. Vol. 26. P. 1015-1025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1430-3>
7. Germain N., Aballéa S., Toumi M. Measuring health-related quality of life in young children: how far have we come? *Journal of Market Access & Health Policy*. 2019. Vol. 7, No. 1. P. 1618661. DOI: <https://doi.org/10.1080/20016689.2019.1618661>
8. Health-related quality of life and influencing factors among migrant children in Shaoxing, China / F. Xu et al. *Health Qual Life Outcomes*. 2017. 30 Aug. (Vol. 15, No. 1). P. 100. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0679-8>
9. Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Illness Compared to Parents: A Systematic Review / C. A. Hall et al. *Pediatric Physical Therapy*. 2019. Oct. (Vol. 31, No. 4). P. 315-322. PMID:31568372 DOI: <https://doi.org/10.1097/PEP.00000000000006388>
10. Immigration as a social determinant of health / H. Castañeda et al. *Annu Rev Public Health*. 2015. Vol. 36. P. 375-392. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
11. International Migration Outlook 2019. OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/c3e35eec-en>
12. Lanier P., Dunnigan A., Kohl P. L. Impact of Pathways Triple P on Pediatric Health-Related Quality of Life in Maltreated Children. *J Dev Behav Pediatr*. 2018. Dec. (Vol. 39, No. 9). P. 701-708. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000608>

13. Lanier P., Kohl P. L., Raghavan R., Auslander W. A preliminary examination of child well-being of physically abused and neglected children compared to a normative pediatric population. *Child Maltreat.* 2015. Feb. (Vol. 20, No. 1). P. 72-9. Epub 2014 Nov 2. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559514557517>.
14. Ma. J. L., Sheng N., Ding W. W., Zhang Y. Impact of transition readiness on quality of life in children with chronic diseases. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2018. Jan. (Vol. 20, No. 1). P. 60-66. Chinese
15. Measures of General Pediatric Quality of Life Child Health Questionnaire (CHQ), DISABKIDS Chronic Generic Measure (DCGM), KINDL-R, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales, and Quality of My Life Questionnaire (QoML) / E. Stephanie et al. *Arthritis Care & Research.* 2011. Nov. (Vol. 63, No. S11). P. S420-S430. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.20637>
16. Measuring Health-Related Quality of Life in Adolescent Populations: An Empirical Comparison of the CHU9D and the PedsQL™ 4.0 Short Form 15 / K. D. Petersen et al. *Patient.* 2018. Feb. (Vol. 11, No. 1). P. 29-37. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0265-5>
17. Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 3.2 Diabetes Module for youth with Type 2 diabetes: Reliability and validity / J. W. Varni et al. *Diabetic Medicine.* 2019. Vol. 36. P. 465-472. DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.13841>
18. Sharashova E. E., Holmatova K. K., Gorbato-va M. A., Grzhibovskij A. M. Applying Health Survival Analysis Using SPSS Statistical Pack. *Nauka i zdravooohranenie.* 2017. No. 5. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/-primenenie-analiza-vyzhivaemosti-v-zdravooohranenii-sispolzovaniem-paketa-statisticheskikh-programm-spss>
19. Validity and Responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales in the Pediatric Inpatient Setting / Arti D. Desai et al. *JAMA Pediatr.* 2014. Vol. 168, No. 12. P. 1114-1121. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1600>
20. Varni JW, Junger KF, Kellermann T, Grossman LB. PedsQL™ Cognitive Functioning Scale in youth with epilepsy: *Reliability and validity.* *Epilepsy & Behavior.* 2020. Vol. 103, No. 1. P. 106850. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106850>

REFERENCES

1. Stepanov AM. [Empirical challenges for studying the contemporary migration processes]. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya.* 2017;10:24-26. Russian. doi: <https://doi.org/10.24158/tpor.2017.10.4>
2. Butz C, Valleru J, Castillo A, Butter EM. Implementation of an Outcome Measure in Pediatric Behavioral Health: A Process Improvement Initiative. *Pediatr Qual Saf.* 2017 Oct 20;2(6):e043. doi: <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000043>
3. Guannan Bai, Marieke Houben-van Herten, Jeanne M. Landgraf, Ida J. Korfage, Hein Raat. Childhood chronic conditions and health-related quality of life: Findings from a large population-based study. *PLoS One.* 2017;12(6):e0178539. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178539>
4. James Joseph Newham, Julia Forman, Michelle Heys, Simon Couzens, Claire Lemer, Mohamed Elsherbiny, Rose-Marie Satherley, Raghu Lingam, Ingrid Wolfe. Children and Young People's Health Partnership (CYPHP) Evelina London model of care: protocol for an opportunistic cluster randomised controlled trial (cRCT) to assess child health outcomes, healthcare quality and health service use. *BMJ Open.* 2019;9(8):27301. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027301>
5. Stevanovic D, Atilola O, Vostanis P, Pal Singh Balhara Y, Avicenna M, Kandemir H, Knez R, Franic T, Petrov P, Maroco J, Terzic Supic Z, Bagheri Z. Cross-Cultural Measurement Invariance of Adolescent Self-Report on the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0. *J Res Adolesc.* 2016 Dec;26(4):687-95. doi: <https://doi.org/10.1111/jora.12218>. Epub 2015 Aug 4
6. Varni JW, Shulman RJ, Self MM, Nurko S et al. Gastrointestinal symptoms predictors of health-related quality of life in pediatric patients with functional gastrointestinal disorders. *Quality of Life Research.* 2017;26:1015-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1430-3>
7. Germain N, Aballéa S, Toumi M. Measuring health-related quality of life in young children: how far have we come? *Journal of Market Access & Health Policy.* 2019;7(1):1618661. doi: <https://doi.org/10.1080/20016689.2019.1618661>
8. Xu F, Xing H, Yu W, Chen S, Li H. Health-related quality of life and influencing factors among migrant children in Shaoxing, China. *Health Qual Life Outcomes.* 2017 Aug 30;15(1):100. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0679-8>
9. Hall CA, Donza C, McGinn S, Rimmer A, Skomial S, Todd E, Vaccaro F. Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Illness Compared to Parents: A Systematic Review. *Pediatric Physical Therapy.* 2019 Oct;31(4):315-22. PMID:31568372 doi: <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000638>.
10. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* [Internet]. 2015;36:375-92. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
11. International Migration Outlook 2019. OECD Publishing. [Internet]. doi: <https://doi.org/10.1787/c3e35eec-en>
12. Lanier P, Dunnigan A, Kohl PL. Impact of Pathways Triple P on Pediatric Health-Related Quality of Life in Maltreated Children. *J Dev Behav Pediatr.* 2018 Dec;39(9):701-708. doi: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000608>

13. Lanier P, Kohl PL, Raghavan R, Auslander W. A preliminary examination of child well-being of physically abused and neglected children compared to a normative pediatric population. *Child Maltreat*. 2015 Feb;20(1):72-9. doi: <https://doi.org/10.1177/1077559514557517>.
14. Ma JL, Sheng N, Ding WW, Zhang Y. [Impact of transition readiness on quality of life in children with chronic diseases]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2018 Jan;20(1):60-66. Chinese.
15. Stephanie E. Hullmann, Jamie L. Ryan, Rachel R. Ramsey, John M. Chaney, Larry L. Mullins. Measures of General Pediatric Quality of Life Child Health Questionnaire (CHQ), DISABKIDS Chronic Generic Measure (DCGM), KINDL-R, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales, and Quality of My Life Questionnaire (QoML). *Arthritis Care & Research*. 2011 Nov;63(S11):S420-30. doi: <https://doi.org/10.1002/acr.20637>
16. Petersen KD, Chen G, Mpundu-Kaambwa C, Stevens K, Brazier J, Ratcliffe J. Measuring Health-Related Quality of Life in Adolescent Populations: An Empirical Comparison of the CHU9D and the PedsQLTM 4.0 Short Form 15. *Patient*. 2018 Feb;11(1):29-37. doi: <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0265-5>
17. Varni JW, Junger KF, Kellermann T, Grosman LB. PedsQL™ Cognitive Functioning Scale in youth with epilepsy: Reliability and validity. *Epilepsy & Behavior*. 2020.103(1), 106850. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106850>
18. Sharashova EE, Holmatova KK, GorbatoVA MA, Grzhibovskij AM. [Applying Health Survival Analysis Using SPSS Statistical Pack]. *Nauka i zdravooohranenie*. 2017;5. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/-primenenie-analiza-vyzhivaemosti-v-zdravooohranenii-sispolzovaniem-paketa-statisticheskikh-programm-spss>
19. Arti D Desai, Chuan Zhou, Susan Stanford, et al. Validity and Responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales in the Pediatric Inpatient Setting. *JAMA Pediatr*. 2014;168(12):1114-21. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1600>
20. Varni JW, Delamater AM, Hood KK, Raymond JK, et al. Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 3.2 Diabetes Module for youth with Type 2 diabetes: Reliability and validity. *Diabetic Medicine*. 2019;36:465-72. doi: <https://doi.org/10.1111/dme.13841>

Стаття надійшла до редакції
05.03.2020

