

## ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Андрей Станиславович Кондратьев<sup>1</sup>, Светлана Яковлевна Волгина<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Министерство по делам молодежи, спорта и туризма РТ, <sup>2</sup>Казанский государственный медицинский университет

### Реферат

**Цель.** Оценка влияния медико-социальных факторов на качество жизни детей с высоким риском девиантного поведения.

**Методы.** Изучался медико-социальный статус семей 50 подростков с девиантным поведением от 15 до 17 лет. Контрольную группу составляли 50 подростков без отклонений в поведении. Применялись методы интервьюирования, анкетирования родителей. Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36.

**Результаты.** Установлена группа медико-социальных факторов, достоверно влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением: тип семьи, психологический климат в семье, образовательный уровень матери и наличие вредных привычек у родителей.

**Выводы.** Полученная информация необходима при внедрении реабилитационных и профилактических программ на этапах семьи и школы.

**Ключевые слова:** девиантное поведение, медико-социальные факторы риска, качество жизни, подростки.

**THE STUDY OF MEDICO-SOCIAL FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF LIFE OF TEENAGERS WITH DEVIANT BEHAVIOR** A.S. Kondratiev<sup>1</sup>, S.Ya. Volgina<sup>2</sup>, <sup>1</sup>Ministry of Youth, Sport and Tourism of the Republic of Tatarstan, <sup>2</sup>Kazan State Medical University **Aim.** To assess the impact of medical and social factors on the quality of life of children with high risk of deviant behavior. **Methods.** Studied was the medical and social status of families of 50 teenagers with deviant behavior aged from 15 to 17 years. The control group consisted of 50 adolescents with no abnormalities in behavior. Applied were the methods of interviewing and questioning the parents. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire. **Results.** Revealed was a group of medical and social factors, significantly affecting the quality of life of adolescents with deviant behavioral problems: the type of family, psychological climate in the family, the educational level of the mother and the presence of bad habits from their parents. **Conclusions.** The obtained information is needed for implementing rehabilitation and prevention programs at the family and school stages. **Key words:** deviant behavior, medical and social risk factors, quality of life, teenagers.

Качество жизни представляет собой интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанную на их субъективном восприятии. Кроме того, оно служит важным инструментом при выборе метода лечения, профилактики, форм реабилитации пациентов [1, 2, 3].

Целью настоящего исследования являлась оценка влияния медико-социальных факторов на качество жизни детей с высоким риском девиантного поведения.

Проведено изучение медико-социального статуса семей 50 подростков от 15 до 17 лет с девиантным поведением, т. е. совершающих поступки, противоречащие в том или ином виде нормам социального благополучия общества. Группу контроля составляли 50 человек, подобранных по полу и возрасту, без отклонений в поведении. Применялись методы интервьюирования и анкетирования родителей. Изучались структура семьи, образовательный уровень и трудовая занятость родителей, наличие у них вредных привычек, материальное положение и жилищно-бытовые условия, психологический климат в семье.

Качество жизни оценивали по опроснику SF-36 J. Ware et al. (1994) [4], разработанного для оценки качества жизни различных популяционных групп — здоровых лиц и пациентов с различными хроническими заболеваниями и нарушениями поведения с 14-летнего возраста. Вопросы сгруппированы по 8 шкалам: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность телесной боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), и психическое здоровье (MH). Они формируют два основных показателя: физический и психологический компоненты здоровья. Результаты по каждой шкале представлялись в виде оценок в баллах, которые могли варьировать от 0 до 100, где 100 означало полное здоровье.

Для анализа корреляции между медико-социальными факторами и показателями качества жизни составлялись таблицы распределения частот по градациям каждой пары признаков (факторного и результативного). По алгоритму анализа таблиц сопряженности, разработанному Ш.М. Ва-

\* Автор для переписки: VolginaSvetlana@mail.ru

хитовым (1990), с помощью критерия  $\chi^2$ , углового преобразования Фишера, точного метода Фишера устанавливалось наличие связи между сочетаниями этих признаков. Для таковых с наличием достоверной связи рассчитывался показатель силы — критерий Крамера (КК), во внимание принимались пары признаков, для которых КК был больше 0,1. Большая часть респондентов воспитывалась в полных семьях (68,0%), треть — в неполных, матерями-одиначками (24,0%) или в опекунских (8,0%). Многодетные семьи составляли 12,0%, с ребенком-инвалидом — 4,0%. В контрольной группе также преобладали полные семьи (74,0%), доля многодетных семей или семей с ребенком-инвалидом составляла по 2,0%. Достоверных различий семей по их составу не обнаружено.

По сравнению с контрольной группой родители подростков с девиантным поведением чаще имели среднеспециальное, среднее, неполное среднее или начальное образование (56,0% и 84,0 матерей, 56,8% и 82,3% отцов соответственно;  $p < 0,05$ ), высшее образование среди них встречалось достоверно реже (44,0% против 16,0% у матерей, 43,2% против 17,7% у отцов). Анализ трудовой занятости родителей показал, что среди как матерей (68,0%), так и отцов (79,4%) подростков с девиантным поведением преобладали рабочие. Подобная ситуация наблюдалась и в группе контроля (соответственно 78,0% и 73,0%). В то же время выявлялись случаи, когда родители с высшим образованием работали не по специальности.

Жилищно-бытовые условия в основной и контрольной группах оказались следующими: большинство семей имели собственную квартиру (48,0% и 74,0%,  $p < 0,05$ ) или частный дом (36,0% и 20,0%,  $p < 0,05$ ), остальные проживали в общежитии (10,0% и 2,0%), в коммунальной (4,0% и 2,0%) или съемной квартире (по 2,0%). На наличие только частичных удобств указывали 22,0% респондентов основной группы и 8,0% из контрольной ( $p < 0,05$ ). Таким образом, подростки с девиантным поведением реже, чем в контрольной группе, проживали в отдельной квартире со всеми удобствами и, наоборот, чаще — в доме с частичными удобствами или в общежитии.

Размер жилой площади менее 6 м<sup>2</sup> на одного человека в каждой шестой семье был у 16,0% в основной группе против 12,0% в контроле, от 6 до 9 м<sup>2</sup> — соответственно у 42,0% и 26,0% ( $p < 0,05$ ) и более 9 м<sup>2</sup> — у 42,0% и 62,0% ( $p < 0,05$ ).

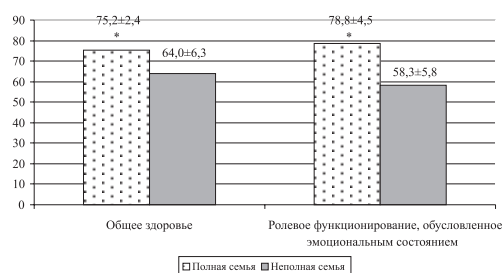


Рис. 1. Влияние структуры семьи на показатели качества жизни подростков с девиантным поведением. \* $p < 0,05$  — между оценками в полных и неполных семьях.

Ответы опрошенных о материальном положении показали, что бедными себя считали 2,0% семей подростков с девиантным поведением и 6,0% — из группы контроля (в том числе 2,0% — очень бедными), людьми со средним достатком — соответственно 94,0% и 88,0%, богатыми — 4,0% и 6,0% ( $p > 0,05$ ). Менее благоприятная ситуация обнаружилась в основной группе по расходам семейного бюджета на питание: треть зарплаты — у 26,0% родителей, половина — у 70,0%, почти вся — у 4,0% (в группе контроля — соответственно 46,0%, 48,0%, и 4,0%;  $p < 0,05$ ).

Психологический климат в семье респонденты чаще характеризовали как хороший (68,0% семей основной и 80,0% — из группы контроля;  $p > 0,05$ ), реже — как удовлетворительный (соответственно 30,0% и 20,0%;  $p > 0,05$ ) или плохой (2,0% и только среди подростков с девиантным поведением).

Алкогольные напитки совсем не употребляли 58,0% матерей из основной группы и 38,0% — из контрольной ( $p < 0,05$ ), употребляли по праздникам и торжествам — 36,0% и 56,0%, умеренно, но не чаще одного раза в неделю — по 6,0%. Матери детей с девиантным поведением чаще ( $p < 0,05$ ) курили (42,0%), чем в контрольной группе (22,0%). По частоте вредных привычек среди отцов основной и контрольной групп различия были статистически недостоверными: совсем не употребляли алкогольные напитки соответственно 50,0% и 37,8% мужчин, употребляли по праздникам и торжествам — 41,2% и 35,2%, умеренно, но не чаще одного раза в неделю — 8,8% и 24,3%, несколько раз в неделю — 2,7% отцов в группе контроля; курили соответственно 64,7% и 59,5%.

При анализе возможного влияния медико-социальных факторов на качество жизни подростков с девиантным поведением установлено (рис. 1), что в полных семьях пока-

затели «общее здоровье» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» были достоверно выше – соответственно  $KK=+0,30$  и  $KK=+0,20$  ( $p<0,05$ ) Другие параметры качества жизни детей из полных и неполных семей достоверно не различались.

Характеристика качества жизни подростков с девиантным поведением в зависимости от жилищно-бытовых условий представлена в табл. 1. При размерах жилой площади на одного члена семьи менее  $9 \text{ м}^2$  дети оценивали качество жизни по шкале «интенсивность боли» выше –  $92,7\pm3,0$  (при размерах жилой площади более  $9 \text{ м}^2$  –  $71,4\pm6,1$ ;  $p<0,05$ ). Вопреки первоначальной

Таблица 1

**Влияние жилищно-бытовых условий на качество жизни подростков с девиантным поведением ( $M\pm\sigma$ )**

Шкала КЖ	Подростки с девиантным поведением	
	отдельная квартира или частный дом	общежитие или коммунальная квартира
PF	94,6±1,9	84,4±11,6
RP	70,6±4,7	68,8±12,3
BP	83,9±3,4	88,6±5,9
GH	69,6±2,7*	89,7±3,2
VT	69,1±3,1	79,3±5,9
SF	82,5±3,0	90,6±3,9
RE	71,7±5,0	70,8±13,3
MH	74,9±2,4	85,7±3,1

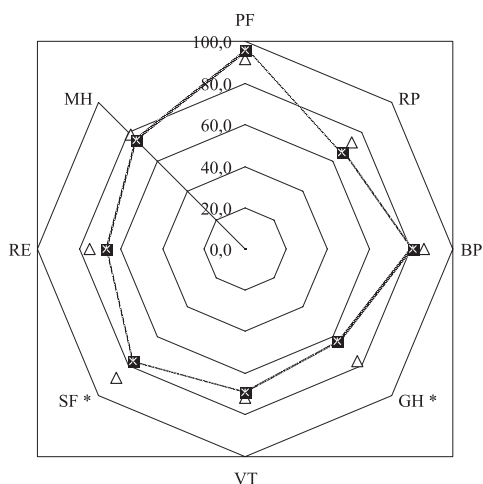
\*  $p<0,01$  – между показателями в группах 1 и 2. То же в табл. 2.

Таблица 2

**Качество жизни подростков с девиантным поведением в зависимости от размера жилой площади ( $M\pm\sigma$ )**

Шкала КЖ	Подростки с девиантным поведением	
	размер жилой площади более $9 \text{ кв. м}$	размер жилой площади менее $9 \text{ кв. м}$
PF	91,6±4,0	92,7±4,3
RP	62,5±8,5	69,3±5,9
BP	71,4±6,1*	92,7±3,0
GH	65,7±5,6	75,8±3,8
VT	67,8±4,9	74,3±4,3
SF	82,0±4,6	88,1±3,1
RE	62,5±8,5	77,3±6,0
MH	73,0±3,4	78,0±3,2

гипотезе, подростки, проживавшие в менее удобных жилищных условиях, лучше оценивали «общее здоровье» и «интенсивность боли», что можно объяснить привычкой к трудным ситуациям или невнимательностью к своему самочувствию и здоровью (табл. 2).



Хороший ПК — □ — Удовлетворительный или плохой ПК

Рис. 2. Показатели качества жизни подростков с девиантным поведением в зависимости от психологического климата в семье. \* $p<0,05$ .

Хороший психологический климат (ПК) в семье определял более высокое качество жизни по шкалам «общее здоровье» ( $76,5\pm2,8$  против  $62,9\pm4,8$  при удовлетворительной или плохой оценке взаимоотношений;  $KK=+0,32$ ) и «социальное функционирование» (соответственно  $87,9\pm3,0$  и  $76,6\pm4,1$ ;  $KK=+0,32$ ). Сравнение остальных шкал представлено на рис. 2.

При наличии у матери высшего образования у детей с девиантным поведением наблюдалась сниженная жизненная активность по сравнению с таковой в семьях, в которых матери имели среднеспециальное или среднее общее образование ( $56,7\pm10,3$  против  $76,5\pm2,6$  соответственно;  $p<0,05$ ,  $KK=-0,28$ ), что, на наш взгляд, связано с более строгим контролем и воспитанием.

Курение матери негативно сказывалось на ролевом функционировании, обусловленном физическим состоянием, –  $56,9\pm7,8$  (у подростков, имеющих некурящих матерей, –  $78,1\pm5,3$ ;  $p<0,05$ ,  $KK=-0,20$ ), в зависимости от эмоционального состояния – соответственно  $55,6\pm8,1$  и  $78,1\pm5,3$  ( $p<0,05$ ,  $KK=-0,44$ ). Кроме того, на качество жизни подростков с девиантным поведением влияло употребление алкоголя отцом. Если у отца не было данного пристрастия, то у детей баллы по параметрам «психическое здоровье» и «интенсивность боли» были достоверно выше ( $82,4\pm3,5$  против  $72,9\pm2,9$ ;  $p<0,05$ ,  $KK=+0,37$  и  $90,7\pm3,9$  и  $77,7\pm5,3$ ;  $p<0,05$ ,  $KK=+0,39$ ).

Данные взаимосвязи между медико-со-

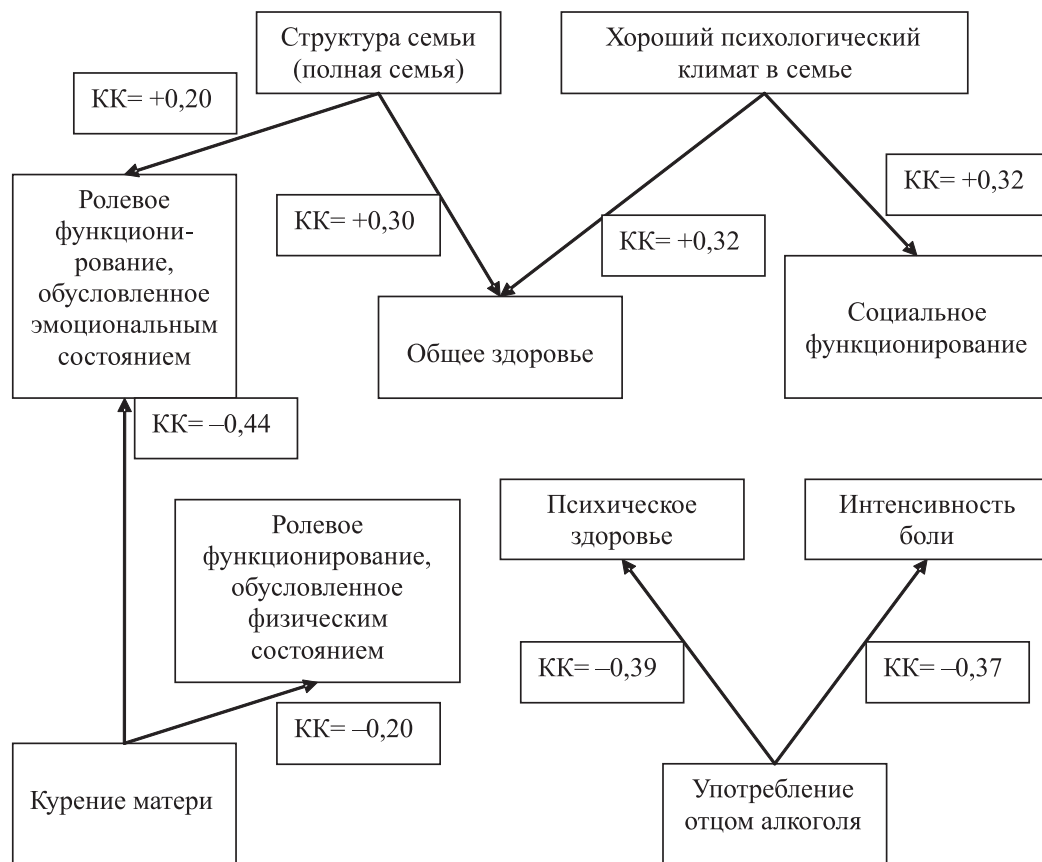


Рис. 3. Корреляционные плеяды медико-социальных факторов и показателей качества жизни подростков с девиантным поведением.

циальными условиями и качеством жизни подростков с девиантным поведением приведены в виде корреляционных плеяд на рис. 3.

Таким образом, в результате исследования установлена группа медико-социальных факторов, достоверно влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением — это прежде всего тип семьи, психологический климат в семье, образовательный уровень матери и наличие вредных привычек у родителей. Полученная информация необходима при разработке и внедрении реабилитационных программ для подростков с девиантным поведением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., Валулина С.А. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в отечественной педиатрии // *Вопр. совр. педиатр.* — 2007. — Т.6, № 3. — С. 6 — 8.
2. Винярская И.В., Альбицкий В.Ю. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья детей // *Росс. педиатр. ж.* — 2007. — № 5. — С. 54 — 56.
3. Модестов А.А., Иванова О.Ю., Лихоузова Н.И., Косова С.А. Качество жизни подростков-инвалидов // *Вестн. Всерос. общ-ва спец. мед.-соц. эксперт.* — 2004. — № 2. — С. 4 — 9.
4. Ware J.E., Kosinski M., Keller S. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1994. — 158 p.