

© С. Я. Волгина, А. С. Кондратьев,
С. Ш. Яфарова

Казанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной педиатрии с курсами поликлинической педиатрии и последипломного образования, г. Казань
МУЗ «Городская детская больница № 1», г. Казань

Резюме. В статье представлены результаты впервые проведенного исследования по оценке качества жизни подростков с девиантным поведением с помощью опросника SF-36. Приведены общие показатели и значения отдельных шкал в сопоставлении с группой сравнения, как на начальном этапе, так и после проведения оздоровительных мероприятий. Выявлена положительная динамика уровня качества жизни у детей с отклоняющимися формами поведения на фоне оздоровления. Показана важная роль изучения качества жизни у данного контингента для обоснованного подхода к оказанию медико-социальной помощи, оценки ее эффективности.

Ключевые слова: качество жизни; подростки; девиантные формы поведения.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В настоящее время признанным критерием оценки состояния здоровья является качество жизни, активное изучение которого проводится в России с 2004 г. [1, 3, 4, 6]. По определению ВОЗ, качество жизни — восприятие индивидуумом своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых он живет, и в связи с его собственными целями, ожиданиями, стандартами и интересами. Согласно Концепции исследования качества жизни в медицине, последнее представляет интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанную на его субъективном восприятии [5]. Кроме того, качество жизни служит важным инструментом при принятии решения о методах оздоровления и профилактики [2, 7]. Изучение его показателей в динамике позволяет судить об эффективности проводимых мероприятий, в том числе при оздоровлении подростков с девиантным поведением, что явилось целью данного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 50 подростков с девиантным поведением. В группу сравнения включены 50 подростков. Исследование проводилось в динамике: до и после отдыха в детском оздоровительном лагере.

Для оценки показателей качества жизни использовался опросник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36), разработанный Ware J. E. и соавт. в 1992 г. [8]. Перевод на русский язык и апробация методики были проведены Институтом клинко-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург). SF-36 относится к неспецифическим опросникам, может использоваться для оценки качества жизни различных популяционных групп — как здоровых людей, так и пациентов с различными хроническими заболеваниями. 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (ФФ); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ); интенсивность телесной боли (ИБ); общее состояние здоровья (ОЗ); жизненная активность (ЖА); социальное функционирование (СФ); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭ) и психическое здоровье (ПЗ). Все они формируют два показателя: физический и психологический компоненты здоровья. Обработка полученных сведений проводится по специальному ключу. Результаты по каждой шкале представляются в виде оценок в баллах, которые могут варьировать от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье, соответственно, более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием программы «Statistica 6.0». Для оценки достоверности полученных данных использовались критерии Стьюдента и Пуассона. Результат рассматривался как достоверный при $p \leq 0,05$.

УДК: 316.624-053.7

Таблица 1

Показатели качества жизни подростков с девиантным поведением на фоне оздоровления

Шкала КЖ	Подростки с девиантным поведением		Группа сравнения	
	до ДОЛ (M±σ)	после ДОЛ (M±σ)	до ДОЛ (M±σ)	после ДОЛ (M±σ)
	1	2	3	4
ФФ	92,9±2,4 **	96,5±1,4	91,9±2,4	94,3±1,7
РФФ	71,0±4,2 ****	79,5±3,4	87,5±3,9	77,9±6,3
ИБ	84,1±2,9	84,0±3,0****	76,8±4,4	71,7±4,9
ОЗ	72,0±2,6**	76,3±2,7	75,5±2,8	73,6±3,9
ЖА	70,7±2,7*	75,3±2,4	71,1±3,2	75,9±3,1
СФ	83,5±2,6	83,8±2,6	83,3±2,8	83,3±3,4
РЭ	72,0±4,5****	81,3±3,8	85,2±4,3	80,8±6,9
ПЗ	76,5±2,1*	80,7±1,9	71,0±3,3****	81,5±2,3
Физический компонент здоровья	79,8±1,9*	84,0±1,7	81,0±2,9	79,4±2,6
Психологический компонент здоровья	75,8±2,1*	80,2±1,9	78,0±2,3	80,4±3,1
Общий показатель	77,7±1,8*	82,1±1,6	79,4±2,3	79,9±2,4

* – Достоверность разницы показателей между группами 1 и 2 – p<0,001; ** – 1 и 2 – p<0,01; *** – 1 и 3 – p<0,01; **** 1 и 3, 2 и 4, 3 и 4 – p<0,05

РЕЗУЛЬТАТЫ

В начале исследования установлено, что общий показатель качества жизни подростков с девиантным поведением составил $77,7 \pm 1,8$ баллов из 100 возможных, две его составляющие — «физический компонент здоровья» — $79,8 \pm 1,9$, «психологический компонент здоровья» — $75,8 \pm 2,1$. Все они достоверно не отличались от таковых у детей из группы сравнения ($79,4 \pm 2,3$; $81,0 \pm 2,9$; $78,0 \pm 2,3$ соответственно).

В основной когорте выявлены сниженные «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (Role-Physical Functioning — RP) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (Role-Emotional — RE), предполагающие оценку влияния физического и эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества) (табл. 1).

На фоне оздоровления в первой группе достоверно повысилось «физическое функционирование» (Physical Functioning — PF). Данный показатель отражает степень, в которой состояние здоровья пациента ограничивает его физическую активность, выполнение нагрузок (ходьбы, подъема по лестнице, переноски тяжестей, самообслуживания).

Увеличение баллов по шкалам «общее состояние здоровья» (General Health — GH) и «жизненная активность» (Vitality — VT) свидетельствовало о том, что подростки с девиантным поведением лучше стали оценивать свое здоровье и перспективы оздоровления, у них появилось ощущение себя полными

сил и энергии. Кроме того, отмечен рост показателей «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием».

Необходимо подчеркнуть, что после оздоровления как в основной, так и в группе сравнения улучшились оценки по шкале «психическое здоровье» (Mental Health — MH). Последняя характеризует общий уровень положительных эмоций, настроение, наличие депрессии, тревоги.

В группе сравнения также обращало на себя внимание снижение уровня качества жизни по шкале «интенсивность телесной боли» (Bodily Pain — BP) после пребывания в ДОЛ, что, вероятно, связано с увеличением физической нагрузки (занятия физкультурой, подвижные игры, плавание). Можно предположить обострение хронических заболеваний, так как выявлена подгруппа подростков (16 человек), у которых уменьшились баллы «общего здоровья» (с $82,9$ до $74,0$), «физический компонент здоровья» (с $85,9$ до $80,8$), однако все равно лучше стало оцениваться «психическое здоровье» (с $75,5$ до $81,8$) ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что:

- качество жизни является важным критерием состояния здоровья, который позволяет обоснованно подходить к разработке и проведению оздоровительных мероприятий, в последующем анализировать их эффективность;
- общий показатель качества жизни подростков с девиантным поведением составляет $77,7 \pm 1,8$ баллов из 100 возможных, не отличаясь от такового у детей из группы сравнения ($79,4 \pm 2,3$);

- в начале исследования у детей с отклоняющимися формами поведения достоверно меньше, чем в группе сравнения, уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим ($71,0 \pm 4,2$ и $87,5 \pm 3,9$) и эмоциональным состоянием ($72,0 \pm 4,5$ и $85,2 \pm 4,3$);
- на фоне оздоровления достоверно улучшается качество жизни подростков основной группы по большинству шкал: «физическое функционирование» (с $92,9 \pm 2,4$ до $96,5 \pm 1,4$), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($71,0 \pm 4,2$ и $79,5 \pm 3,4$ соответственно), «общее здоровье» ($72,0 \pm 2,6$ и $76,3 \pm 2,7$), «жизненная активность» ($70,7 \pm 2,7$ и $75,3 \pm 2,4$), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($72,0 \pm 4,5$ и $81,3 \pm 3,8$), «психическое здоровье» ($76,5 \pm 2,1$ и $80,7 \pm 1,9$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Байтурина А. Т., Малиевский В. А., Валиуллина С. А., Винярская И. В. Качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — № 6. — С. 51–54.
2. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В., Валиуллина С. А. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в отечественной педиатрии // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 3. — С. 6–8.
3. Винярская И. В., Альбицкий В. Ю. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья детей // Российский педиатрический журнал. — 2007. — № 5. — С. 54–56.
4. Давыдова В. М., Землякова Э. И., Балакер М. А. Характеристика показателей качества жизни подростков с некоторыми хроническими заболеваниями // Сб. ма-

териалов XVI съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — Москва, 2009. — С. 102.

5. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. — 320 с.
6. Цыбульская И. С., Бахадова Е. В., Стерликов С. Н. и др. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения). — М.: РИО ЦНИИОИЗ. — 2006. — 52 с.
7. Ravens-Sieberer U. Special aspects of the quality of life of children // Dtsch. Med. Wochens. — 2006. — Vol. 131, N 19. — P. 27–30.
8. Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994. — 158 p.

STUDYING OF QUALITY OF LIFE TO ASSESS EFFECTIVENESS OF MANAGEMENT OF ADOLESCENCES WITH BEHAVIORAL DISORDERS (HIGH-RISK BEHAVIOR)

Volgina S. Ya., Kondratjev A. S., Yafarova S. Sh.

◆ **Resume:** In this article first studying of quality of life in adolescences with behavioral disorders is presented. Assessment is made with using of SF-36 «Health Status Survey» Scale twice (initially and after treatment), in comparing with healthy children. Increasing of quality of life in adolescences with behavioral disorders after treatment is shown. Conclusion: to compose a proper program of management for these patients measurement of quality of life should be done.

◆ **Key words:** quality of life; adolescences; behavioral disorders.

◆ Информация об авторах

Волгина Светлана Яковлевна — д. м. н., профессор кафедры госпитальной педиатрии с курсами поликлинической педиатрии и последипломного образования ГОУ ВПО Казанского государственного медицинского университета Росздрава. 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.
E-mail: Volgina_Svetlana@mail.ru

Кондратьев Андрей Станиславович — ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Росздрава. 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.
E-mail: Volgina_Svetlana@mail.ru

Яфарова Сабина Шамильевна — к. м. н., заведующая педиатрическим отделением поликлинического отделения МУЗ «Городская детская больница № 1» г. Казани, врач-педиатр. 420034, г. Казань, ул. Декабристов, д. 125а.
E-mail: yafarova@rambler.ru

Volgina Svetlana Yakovleva — Ph.D., professor. Kazan State Medical University. 420012, Kazan, Butlerova st. 49.
E-mail: Volgina_Svetlana@mail.ru

Kondratiev Andrey Stanislavovich — Kazan State Medical University. 420012, Kazan, Butlerova st. 49.
E-mail: Volgina_Svetlana@mail.ru

Yafarova Sabina Shamilieva — M.Sc., chief of the paediatric department of the polyclinical department. City Hospital N1. 420012, Kazan, Butlerova st. 49.
E-mail: Volgina_Svetlana@mail.ru