

С.Я. Волгина<sup>1</sup>, А.С. Кондратьев<sup>2</sup>, В.Ю. Альбицкий<sup>3</sup>, Н.В. Устинова<sup>3</sup>, Р.Ф. Шавалиев<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет, Российская Федерация

<sup>2</sup> Аппарат Кабинета Министров Республики Татарстан

<sup>3</sup> Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Детская республиканская клиническая больница, Казань, Российская Федерация

# Подростки с девиантным поведением: особенности личности, качество жизни, организация медико-социальной помощи

### Контактная информация:

Волгина Светлана Яковлевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский институт» МЗ РФ

Адрес: 420012, Казань, ул. Булгерова, д. 49, тел.: (904) 671-16-59, e-mail: Volgina\_Svetlana@mail.ru

Статья поступила: 30.05.2013 г., принята к печати: 25.06.2013 г.

**Цель исследования:** научно обосновать систему мероприятий по оптимизации оказания медико-социальной помощи подросткам с девиантным поведением. **Пациенты и методы:** изучена заболеваемость детей в возрасте от 15 до 17 лет с использованием программного комплекса «SOC/PEDIATRIA-2». Личностная структура исследована с помощью опросника MMPI-СМОЛ. Для оценки качества жизни применялся опросник SF-36. **Результаты:** выявлена тенденция к росту заболеваемости детей подросткового возраста. Показано, что для получения объективной оценки необходимо анализировать не только данные первичной (1004,1%) и общей (1528,8%), но также накопленной (2373%) и истощенной заболеваемости (2945,6%). Личностными характеристиками, определяющими расстройство поведения, у одних подростков были психическая неустойчивость, возбудимость, расторможенность влечений, склонность к риску и алкоголизации, у других — аффективная взрывчатость, склонность к формированию злобно-тоскливого настроения с чувством внутренней раздраженности, недовольство окружающими. Разработаны критерии, позволяющие своевременно идентифицировать подростков с акцентуированными и психопатологическими чертами. На снижение отдельных параметров качества жизни подростков с девиантным поведением достоверно чаще влияли такие медико-социальные факторы, как тип семьи, психологический климат в семье, наличие вредных привычек у родителей. Показатель качества жизни использовался в качестве критерия эффективности оздоровления подростков. Предложена комплексная система мероприятий по профилактике и коррекции девиантного поведения подростков. **Выводы:** для сохранения и укрепления здоровья подростков необходимо своевременно выявлять среди них лиц с девиантными формами поведения с последующим проведением комплекса мероприятий по оказанию им медико-социальной помощи.

**Ключевые слова:** девиантное поведение, подростки, медико-социальная помощь, качество жизни, особенности личности.

(Вопросы современной педиатрии. 2013; 12 (3): 5–11)

S.Ja. Volgina<sup>1</sup>, A.S. Kondrat'ev<sup>2</sup>, V.Ju. Al'bickij<sup>3</sup>, N.V. Ustinova<sup>3</sup>, R.F. Shavaliiev<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Kazan State Medical University, Russian Federation

<sup>2</sup> The Cabinet of Ministers of the Republic of Tatarstan

<sup>3</sup> Scientific Centre of Children's Health RAMN, Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup> Children's Republican Clinical Hospital, Kazan, Russian Federation

## Adolescents with Behavioral Problems: Personality, Quality of Life and Social Health Care

**Aim:** to make evidence-based substantiation of system of measures aimed at optimization of medico-social program for adolescents with deviant behavior. **Patients and methods:** incidence of this disorder was studied in children aged from 15 to 17 years old using the special software complex «SOC/PEDIATRIA-2». Identity structure analysis was performed by the means of MMPI-SMOL questionnaire. In order to assess quality of life questionnaire SF-36 was used. **Results:** according to received data morbidity among adolescents tended to increase. It was shown that in order to perform unprejudiced assessment it is important to analyze not only primary (1004,1%) and general (1528,8%), but also depleted incidence (2945,6%). Personality characteristics determining behavioral disorders included mental instability, excitability, disinhibition of impulses, inclination to risk and alcoholization in some patients and affective irascibility, tendency to angry-depressed mood with internal irritation and displeasure with other people in other ones. The authors developed criteria allowing appropriate and timely identification of adolescents with accentuated and psychopathological features. Certain characteristics of adolescents with deviant behavior quality of life were affected reliably more often by such medico-social factors as family type, psychological family climate and pernicious habits among parents. Quality of life index was used as an efficacy criterion of adolescents health improvement. A complex system of measures aiming at prophylaxis and correction of deviant behavior in adolescents was offered. **Conclusions:** in order to maintain and strengthen health of adolescents it is necessary to timely identify persons with deviant behavior and provide them with complex of medico-social measures.

**Key words:** deviant behavior, adolescents, health and social care, quality of life, personality.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2013; 12 (3): 5–11)

## ВВЕДЕНИЕ

Девиантное поведение подростков — острая проблема современного общества, связанная со значительной распространенностью указанного явления в молодежной среде. Последствия отклоняющихся форм поведения опасны для самих подростков: они приводят к ухудшению состояния их здоровья, развитию более тяжелой психической и психосоматической патологии, лишению возможности к социальной адаптации. Кроме того, крайние степени девиаций (пьянство, наркомания, антиобщественные действия сексуального характера, суицид, подростковый криминал) дезорганизуют общественную систему [1, 2].

**Цель исследования:** на основании комплексного изучения заболеваемости, личностных характеристик и качества жизни научно обосновать систему мероприятий по оптимизации оказания медико-социальной помощи подросткам с девиантным поведением.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

### Участники исследования

Изучение первичной, общей, накопленной и истинной заболеваемости проводили в группе подростков в возрасте от 15 до 17 лет, проживающих в г. Бугульме (Республика Татарстан).

В исследовании приняли участие 150 детей с девиантным поведением и 150 — из группы сравнения, а также 50 детей с девиантным поведением до и после их оздоровления в летних лагерях.

### Методы исследования

Программа исследования включала 6 этапов:

- статистический анализ показателей заболеваемости детей в возрасте 15–17 лет;
- изучение специфики индивидуальных особенностей личности подростков с девиантным поведением;
- составление медико-социальной характеристики семей подростков с девиантным поведением;
- оценка качества жизни подростков с девиантным поведением и использование этого критерия как метода оценки эффективности оздоровительных мероприятий подростков [3];
- определение значимых корреляций между медико-социальными факторами и показателями качества жизни детей с девиантным поведением;
- разработка комплекса мероприятий (на основании собственного опыта), направленных на совершенствование медико-социальной помощи и оздоровление подростков с девиантным поведением.

Первичную заболеваемость оценивали как совокупность впервые зарегистрированных в данном году заболеваний. По обращаемости диагнозы острых заболеваний регистрировали при каждом новом их возникновении, хронические — только 1 раз в году. Общая накопленная заболеваемость — все заболевания, зарегистрированные в течение последнего года наблюдения и случаи первичной регистрации хронических заболеваний за 2 предшествующих года. Исчерпанная заболеваемость определялась как накопленная плюс первичные заболевания, диагностированные при осмотрах [4].

При анализе показателей заболеваемости использовали электронные базы данных лечебно-профилактических учреждений, отражающие конкретную персонафицированную информацию о 4433 пациентах. Для автоматизации процесса извлечения необходимых сведений применяли программный комплекс «SOC/PEDIATRIA-2» [5]. Анализировали также результаты углубленного осмотра 827 подростков.

Психологическое исследование личности подростков с девиантным поведением (76 человек, склонных к конфликтам, агрессии, систематическим прогулам уроков, проявлениям асоциального поведения, в результате чего происходило падение интереса к школьным занятиям и успеваемости) и детей из группы сравнения (113 человек, которые характеризовались как прилежные, исполнительные, целенаправленные в учебе, активные в общественной жизни) осуществляли при помощи сокращенного варианта многофакторного опросника MMPI-СМОЛ. Тест состоял из 71 утверждения, относящегося к 11 шкалам. Из них 3 были оценочными: L — «ложь» («достоверность»), F — «валидность», K — шкала «коррекции». Они позволяют определить достоверность результатов. Остальные 8 были клиническим: 1-я — «ипохондрия», 2-я — «пессимистичность–депрессия», 3-я — «эмоциональная лабильность», 4-я — «импульсивность», 6-я — «ригидность», 7-я — «тревожность», 8-я — «индивидуалистичность», 9-я — «оптимистичность» (в сокращенной версии 5-я шкала не представлена). Величины этих шкал для большей наглядности принято изображать графически в виде «профиля личности» [6, 7].

Медико-социальный статус 150 семей подростков с девиантным поведением оценивали путем интервьюирования и анкетирования родителей. Рассматривали следующие параметры:

- статус и детность семьи;
- образовательный уровень и трудовая занятость родителей;
- наличие у родителей вредных привычек;
- материальное положение и жилищно-бытовые условия;
- психологический климат в семье.

Группу сравнения составили 150 родителей детей, чье поведение определялось как хорошее.

Оценку качества жизни подростков осуществляли с применением опросника SF-36 [8], который формировал 8 оценочных шкал:

- «физическое функционирование»;
- «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»;
- «интенсивность телесной боли»;
- «общее состояние здоровья»;
- «жизненная активность»;
- «социальное функционирование»;
- «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»;
- «психическое здоровье».

### Статистическая обработка данных

Анализ корреляционных взаимодействий между медико-социальными факторами и показателями качества жизни осуществляли по алгоритму анализа таблиц

сопряженности. Статистическую обработку результатов выполняли с расчетом интенсивных и экстенсивных коэффициентов и средних величин, оценкой достоверности полученных данных при помощи критериев Стьюдента и Пуассона, определения связи между факторами с помощью критерия  $\chi^2$ , углового преобразования Фишера, точного метода Фишера, силы связи — критерия Крамера [9]. Различия считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

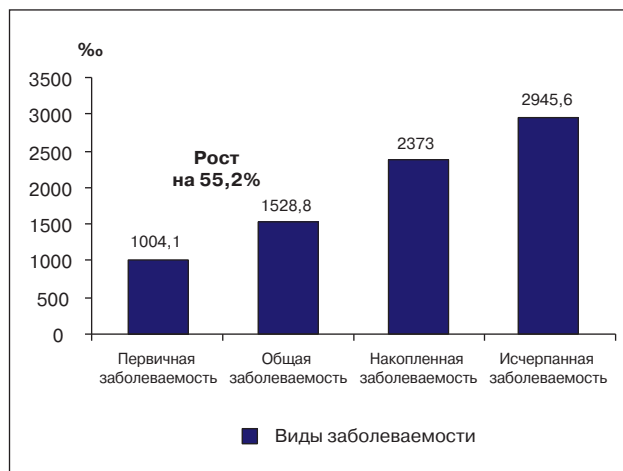
По данным официальной статистики, в г. Бугульме отмечалась тенденция к росту заболеваемости детей подросткового возраста, что обусловлено различными экономическими и медико-социальными факторами. Анализ данных электронной базы регистрации пациентов говорит о значительном колебании показателей заболеваемости у детей 15–17-летнего возраста (рис. 1).

Изучение первичной заболеваемости подростков показало, что ведущую ранговую позицию в структуре болезней занимала патология органов дыхания (45,2%). На втором месте оказались нарушения со стороны нервной системы (10,3%); на третьем — травмы, отравления и некоторые другие последствия влияния внешних причин (6,7%). Анализ общей, накопленной и исчерпанной заболеваемости указывал на сходство структурных составляющих по первым 2 ступеням (38,5; 34,3 и 32,2%; 13,3; 12,7 и 12,8%, соответственно) за исключением 3-й. На этой ступени в структуре общей заболеваемости регистрировали болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (6,8%), а в накопленной и исчерпанной — болезни глаза и его придаточного аппарата (7,5 и 7,6%).

Классами заболеваний, доминирующими по накоплению хронической патологии по сравнению с общей заболеваемостью, были психические расстройства и расстройства поведения (в 3,6 раза), болезни мочеполовой системы (в 2,1 раза), болезни глаза и его придаточного аппарата (в 2 раза). Следует отметить, что в классе психических расстройств накопление в течение ряда лет закономерно, диагноз устанавливается на продолжительное время, и заболевания требуют длительного и непрерывного лечения.

Анализ данных исчерпанной заболеваемости с учетом половой дифференцировки указал на преобладание у мальчиков-подростков показателей по таким классам болезней, как психические расстройства и расстройства поведения (в 4,1 раза); травмы и отравления (в 2,4 раза); болезни системы кровообращения (в 2,1 раза); врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (в 1,8 раза); травмы, отравления и некоторые другие

**Рис. 1.** Показатели заболеваемости детей в возрасте 15–17 лет



последствия воздействия внешних причин (в 2,4 раза). В свою очередь, у девушек-подростков преобладали новообразования (в 15 раз); болезни крови, кровеносных органов (в 6,4 раза); мочеполовой системы (в 2,2 раза). Было обнаружено, что у 15-летних подростков, как у мальчиков, так и у девочек, уровень исчерпанной заболеваемости достоверно выше, чем в других возрастных группах (табл. 1).

Использование методологии изучения исчерпанной заболеваемости позволяет получать объективные данные о состоянии здоровья подростков, необходимые для планирования первичной медико-санитарной помощи и принятия научно обоснованных организационных решений по повышению ее качества, доступности, разработки и проведения эффективных мер по укреплению здоровья детей.

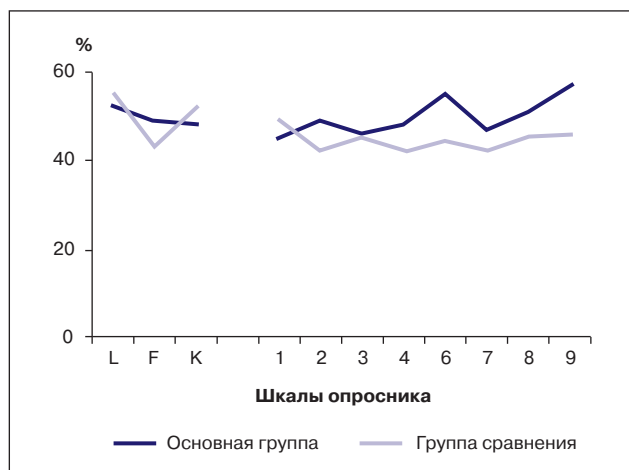
Девиантное поведение подростков в последние годы приобрело массовый характер, и эта проблема оказалась в центре внимания медиков, социологов, социальных психологов, работников правоохранительных органов. Использование теста MMPI-СМОЛ позволило количественно и качественно описать профиль личности школьников, установить степень различий индивидуальных особенностей у юношей и девушек.

На основании полученных данных можно утверждать, что мальчики-подростки, у которых, по мнению учителей и родителей, наблюдались конфликты со сверстниками и взрослыми, а также были сформированы коммуникативные проблемы, в большей степени склонны к их эмоциональной переработке. Обследуемые подростки отличались сниженным самоконтролем, наличием эйфории, гиперактивности, экзальтации, эмоциональной незрелости. Можно предположить, что нарушения

**Таблица 1.** Исчерпанная заболеваемость с учетом пола и возраста подростков, ‰

Возраст, лет	Исчерпанная заболеваемость		
	Юноши	Девушки	Оба пола
15	4007,1	3302,7	3700,0
16	2858,3	2300,0	2575,9
17	2360,3	2949,7	2653,1

**Рис. 2.** Усредненный показатель профиля личности юношей (в Т-баллах)



поведения юношей носили осознанный характер, т.к. у них присутствовала критичность оценки собственного поведения, и дезадаптивный паттерн поведения вызывал у них вторичные эмоциональные переживания. Вероятно, основой нарушений поведения у этих детей служит завышенный уровень притязаний с невоспринимаемой окружающими завышенной самооценкой. Это подтверждалось полученным профилем личности подростков с девиантным поведением (код 9–6 по шкалам «оптимистичность» и «ригидность») (рис. 2).

Возможно, именно поэтому для изучаемой категории детей характерны такие свойства, как аффективность, обидчивость, упрямство, ригидность мышления, злопамятность, самоуверенность, тяга к риску, употреблению алкоголя, склонность долго переживать несправедливое (с их точки зрения) отношение к ним со стороны сверстников и взрослых. С другой стороны, следует отметить тот факт, что отсутствие «синхронизации» по 2-й («депрессия») и 9-й («оптимистичность») шкале в группе мальчиков-подростков с девиантным поведением указывало на выраженный внутриличностный конфликт: собственные эмоциональные переживания они склонны скрывать за маской бравады и демонстрации собственной исключительности. «Позитивный» наклон кривой отражал высокий риск поведенческих

реакций у подростков основной группы. Достоверные различия по шкалам 9 («пессимистичность/оптимистичность») ( $57 \pm 4,1$  и  $46 \pm 3,1$ ;  $p < 0,05$ ) и 6 («ригидность») ( $55 \pm 4,3$  и  $44 \pm 3,6$ ;  $p < 0,05$ ) обнаруживались между группами обследованных юношей с девиантным и нормативным поведением. Итак, результаты тестирования свидетельствуют о том, что показатели по шкалам 9 и 6 являются системообразующими и определяющими склонность юношей-подростков к девиантным формам поведения.

Аналогичное исследование у девушек-подростков не продемонстрировало достоверных различий между группами обследуемых по отдельным шкалам. Вместе с тем у них также регистрировался код личности 9–6, поэтому их личностные характеристики оказались сходными в сравниваемых группах.

Определение частоты встречаемости различных профилей личности у подростков показало, что как среди юношей, так и у девушек основной группы достоверно чаще, чем в группе сравнения, встречались обследуемые с психопатологическими чертами личности (в 3,7 и 3,4 раза чаще, соответственно). Подростки с акцентуированными характеристиками в большей степени (в 2,2 раза) выявлялись среди лиц мужского пола (табл. 2, 3).

С учетом того, что усредненный профиль личности подростков дает только ориентировочные представления об отдельных индивидуумах, внутри каждой группы были сгруппированы и определены преобладающие шкалы личности, и установлена частота их встречаемости. Показано, что 18,6% детей основной группы и только 3,5% обследуемых группы сравнения имели код личностного профиля 9–6 ( $p < 0,05$ ). Основные особенности этого типа выражались в преобладании приподнятого фона настроения, активности, старании привлечь к себе больше внимания, стремлении к лидерству, к подчинению сверстников. У них инстинктивная сфера преобладала над рассудком, выявлялись склонности к ранним сексуальным эксцессам и алкоголизации.

Наряду с этим у части подростков с девиантным поведением (в 5,3% случаев) определялся профиль с кодом 4–6 (превалирование показателей по шкалам «импульсивность» и «ригидность») и эпилептоидно-возбудимый тип личности. Основными чертами личности подрост-

**Таблица 2.** Частота встречаемости различных профилей личности у юношей-подростков, %

Показатели, Т-баллы	Основная группа	Группа сравнения
40–60	27,3*	72,7
60–70	39,4*	18,2
70–80	33,3*	9,1

Примечание (здесь и в табл. 3). \* — достоверные различия показателей между группами ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 3.** Частота встречаемости различных профилей личности у девушек-подростков, %

Показатели, Т-баллы	Основная группа	Группа сравнения
40–60	39,5*	57,5
60–70	39,5	36,3
70–80	21,0*	6,2

ков, относящихся к нему, были аффективная взрывчатость, склонность к формированию злобно-тоскливого настроения с чувством внутренней раздраженности, недовольство окружающими. Среди их сверстников с нормальным поведением такой профиль не регистрировался.

Качество жизни является важным критерием состояния здоровья, который позволяет обоснованно подходить к разработке и проведению комплекса оздоровительных мероприятий. Его исследование продемонстрировало низкие значения ролевого функционирования, обусловленного физическим ( $71,0 \pm 4,2$  против  $87,5 \pm 3,9$  в группе сравнения;  $p > 0,05$ ) и эмоциональным состоянием ( $72,0 \pm 4,5$  и  $85,2 \pm 4,3$ , соответственно;  $p > 0,05$ ) у подростков с отклоняющимся поведением. Общий показатель качества жизни подростков основной группы был равен  $77,7 \pm 1,8$  балла из 100 возможных, не отличаясь от такового у детей из группы сравнения ( $79,4 \pm 2,3$ ;  $p > 0,05$ ).

Изучение некоторых медико-социальных факторов позволило установить, что 1/3 подростков как с девиантным, так и с нормальным поведением воспитывалась в неполных семьях. Подростки с девиантным поведением, воспитывающиеся в полных семьях, характеризовались достоверно более высокими показателями «общего состояния здоровья» ( $75,2 \pm 2,4$  и  $64,0 \pm 6,3$ ;  $p < 0,05$ ) и «ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием» ( $78,8 \pm 4,5$  и  $58,3 \pm 5,8$ ;  $p < 0,05$ ), чем дети из неполных семей.

Образовательный уровень родителей в основной группе оказался достоверно ниже, чем в группе сравнения. Только 16,0% матерей и 17,7% отцов имели высшее образование, в то время как в группе сравнения — 44,0 и 43,2% респондентов, соответственно. По трудовой занятости в обеих группах преобладали рабочие (68,0% матерей и 79,4% отцов, а также 79,4 и 73,0% в группе сравнения, соответственно). Установлено, что у детей

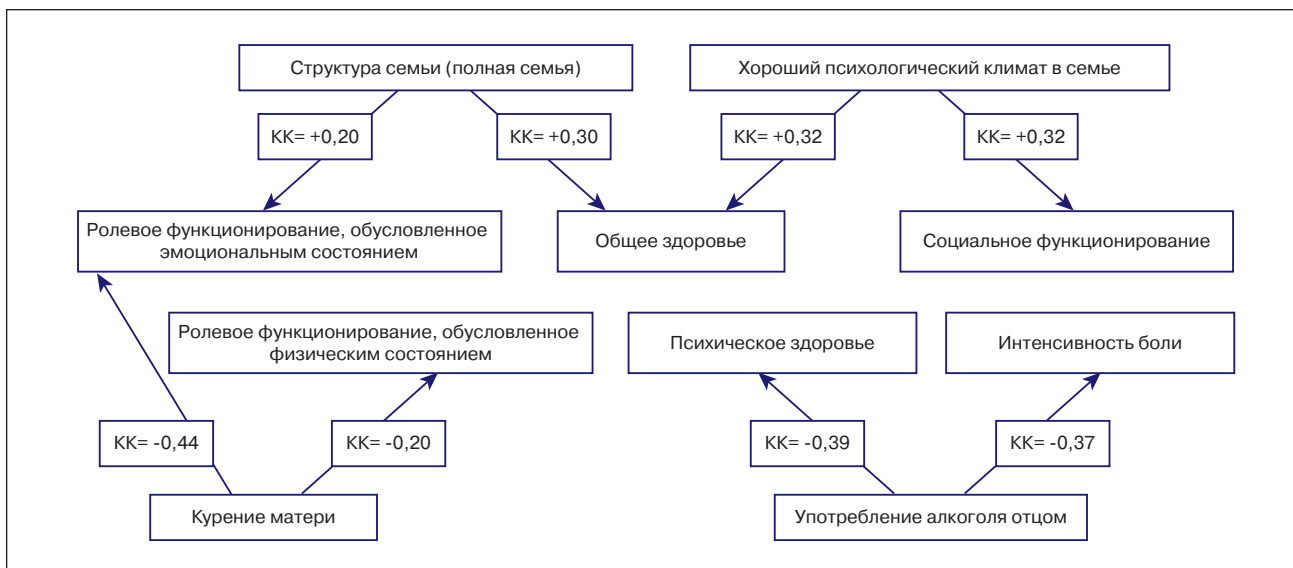
с девиантным поведением из семей, где матери имели высшее образование (по сравнению с имеющими среднее специальное или общее среднее), регистрировались сниженные показатели по шкале «жизненная активность» ( $56,7 \pm 10,3$  против  $76,5 \pm 2,6$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), что, вероятно, связано с более строгим контролем и воспитанием.

Большинство семей в основной и группе сравнения проживали в отдельных квартирах (48,0 и 74,0%) или частных домах (36,0 и 20,0%), однако первые чаще имели жилье с частичными удобствами (22,0 и 8,0%;  $p < 0,05$ ) или жили в общежитии (коммунальной квартире) (16,0 и 6,0%;  $p < 0,05$ ). Подростки с девиантным поведением, проживающие в менее комфортных условиях, лучше оценивали свое «общее состояние здоровья» и «интенсивность боли», что можно объяснить их привычностью к трудным ситуациям или невнимательностью к своему самочувствию и здоровью.

Следует отметить, что в 70,0 и 48,0% случаев изучаемых семей половина доходов тратилась на питание, что отражало меньшую материальную обеспеченность относительно группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Матери детей с девиантным поведением чаще курили (42,0 и 22,0%;  $p < 0,05$ ). Курение матери негативно сказывалось на формировании ролевого функционирования, обусловленного физическим ( $56,9 \pm 7,8$ ) и эмоциональным состоянием ( $55,6 \pm 8,1$ ) детей с девиантным поведением (у подростков от некурящих матерей —  $78,1 \pm 5,3$  и  $83,3 \pm 5,7$ , соответственно;  $p < 0,05$ ). Употребление алкоголя отцами подростков с девиантным поведением воздействовало на показатели «психическое здоровье» ( $72,9 \pm 2,9$  против  $82,4 \pm 3,5$ ;  $p < 0,05$ ) и «интенсивность боли» ( $77,7 \pm 5,3$  и  $90,7 \pm 3,9$ ;  $p < 0,05$ ), которые оказались достоверно ниже.

Здоровый психологический климат в семье детей с девиантным поведением определял более высокое качество жизни по шкалам «общее здоровье» ( $76,5 \pm 2,8$  про-

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



Примечание. КК — коэффициент Крамера.



**Рис. 4.** Схема организации медико-социальной помощи и оздоровления подростков с девиантным поведением



тив  $62,9 \pm 4,8$ ;  $p < 0,05$  при удовлетворительной или плохой оценке взаимоотношений) и «социальное функционирование» ( $87,9 \pm 3,0$  и  $76,6 \pm 4,1$ , соответственно;  $p < 0,05$ ).

Установлено, что на составляющие параметры качества жизни подростков с девиантным поведением влияли тип (структура) семьи, психологический климат в семье, наличие вредных привычек у родителей (рис. 3).

На основании результатов исследования разработана комплексная система мероприятий на региональном и муниципальном уровнях, позволяющих вести работу с подростками-девиантами в правовом, медицинском, педагогическом и социально-психологическом аспекте (рис. 4).

Крайне важно сформировать междисциплинарный подход к организации медико-социальной помощи и оздоровления подростков с девиантным поведением на муниципальном уровне, где было задействовано большое число служб. Межведомственная деятельность должна являться одним из значимых направлений работы с девиантными подростками в отделениях медико-социальной помощи лечебно-профилактических учреждений, поскольку именно эти отделения обеспечивают формирование практического взаимодействия с органами опеки и попечительства, службами социальной защиты населения, органами внутренних дел, специализированными диспансерами и иными учреждениями [10].

В настоящее время разработана республиканская целевая программа «Развитие системы организации отдыха и оздоровления детей и подростков (в т.ч.

с девиантным поведением) в Республике Татарстан на 2012–2014 гг.».

В качестве критерия изучения эффективности оздоровительных мероприятий в лагерях впервые использовалась динамическая оценка качества жизни подростков. Было установлено, что с помощью изучения качества жизни подростков можно оценивать эффективность оздоровительных мероприятий. На фоне оздоровления достоверно улучшилось качество жизни подростков основной группы (с  $77,7 \pm 1,8$  до  $82,1 \pm 1,6$ ;  $p < 0,05$ ) за счет показателей следующих шкал: «физическое функционирование» (с  $92,9 \pm 2,4$  до  $96,5 \pm 1,4$ ;  $p < 0,05$ ); «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (с  $71,0 \pm 4,2$  до  $79,5 \pm 3,4$ ;  $p < 0,05$ ); «общее здоровье» (с  $72,0 \pm 2,6$  до  $76,3 \pm 2,7$ ;  $p < 0,05$ ); «жизненная активность» (с  $70,7 \pm 2,7$  до  $75,3 \pm 2,4$ ;  $p < 0,05$ ); «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (с  $72,0 \pm 4,5$  до  $81,3 \pm 3,8$ ;  $p < 0,05$ ); «психическое здоровье» (с  $76,5 \pm 2,1$  до  $80,7 \pm 1,9$ ;  $p < 0,05$ ) (рис. 5).

Для получения объективной оценки заболеваемости подростков необходимо анализировать не только данные первичной ( $1004,1\%$ ) и общей ( $1528,8\%$ ), но также накопленной ( $2373\%$ ) и исчерпанной заболеваемости ( $2945,6\%$ ) как наиболее полные источники информации. Лидирующими классами исчерпанной заболеваемости подростков были следующие: болезни органов дыхания ( $948,0\%$ ), нервной системы ( $373,6\%$ ), глаза и его придаточного аппарата ( $224,9\%$ ), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ

(201,9%), органов пищеварения (193,5%), травмы и отравления (179%). Изучение показателей истощенной заболеваемости с учетом половой дифференцировки свидетельствует о преобладании показателей у мальчиков-подростков по классам психических расстройств и расстройств поведения. У девушек-подростков преобладали новообразования. Уровень истощенной заболеваемости у 15-летних подростков, как у мальчиков, так и у девочек, оказался достоверно выше, чем в других возрастных группах (15 лет — 3700%, 16 лет — 2575,9%, 17 лет — 2653,1%).

Личностными характеристиками, определяющими расстройство поведения одних подростков, были психическая неустойчивость, возбудимость, расторможенность влечений, склонность риску и алкоголизации; других — аффективная взрывчатость, склонность к формированию злобно-тоскливого настроения с чувством внутренней раздраженности, недовольство окружающими. Важно отметить, что каждого 3-го юношу и каждую 5-ю девушку с девиантными формами поведения следует относить к группе высокого риска по возникновению у них психопатологических черт личности.

На формирование отдельных параметров качества жизни подростков с девиантным поведением достоверно чаще влияли такие медико-социальные факторы, как тип семьи (полная/неполная), психологический климат в семье, наличие вредных привычек у родителей.

Разработанная на региональном и муниципальном уровне комплексная система мероприятий позволяет вести работу с подростками, имеющими девиантное поведение, в правовом, медицинском, педагогическом и социально-психологическом аспекте. Крайне важным является формирование междисциплинарного подхода к организации медико-социальной помощи и оздоровления подростков с девиантным поведением.

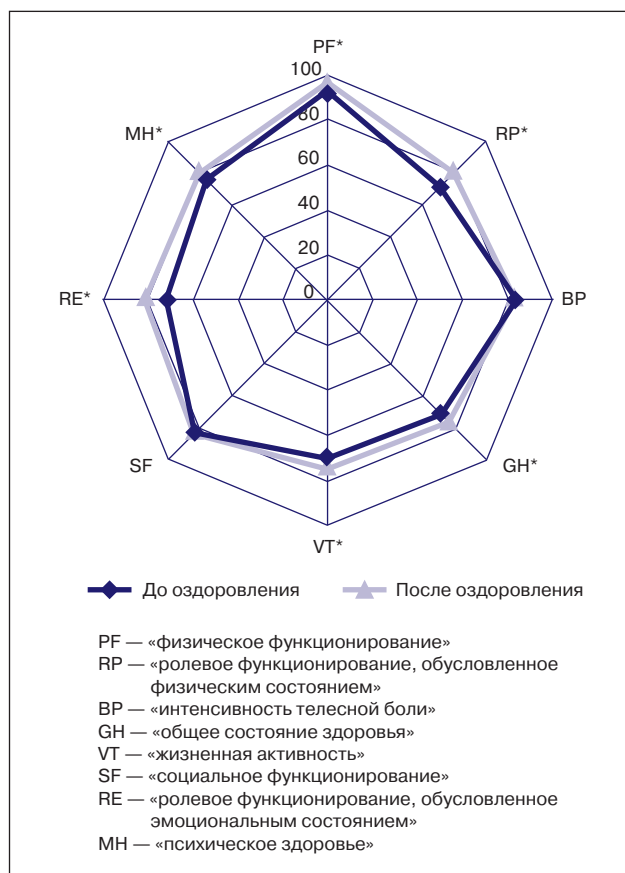
## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют об объективной оценке заболеваемости подростков на основе анализа данных о накопленной и истощенной заболеваемости. Исследование личностных характеристик позволяет своевременно выявлять подростков с акцентуированными и психопатологическими чертами. Несмотря

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. *Вестник РАМН*. 2009; 5: 25–49.
2. Чернышева Н. В., Рзянкина М. Ф. Образ жизни, состояние здоровья и проблемы медицинского обслуживания подростков. Актуальные проблемы подростковой и школьной медицины: сб. научн. статей. Под ред. М. Ф. Рзянкиной. *Хабаровск: ГОУ ВПО ДВГМУ*. 2010. С. 172–177.
3. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Валиуллина С. А., Винярская И. В. *РПЖ*. 2005; 5: 30–34.
4. Медик В. А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. *М.: Медицина*. 2003. 512 с.
5. Альбицкий В. Ю., Модестов А. А., Бондарь В. И. и др. Алгоритм работы с программным обеспечением «SOC/PEDIATRIA-2». *М.: НЦЗД РАМН. Союз педиатров России*. 2009. 19 с.

**Рис. 5.** Показатели качества жизни подростков с девиантным поведением до и после пребывания в оздоровительных лагерях (в баллах)



на отсутствие изменений общего показателя качества жизни подростков обеих групп, наблюдаются различия в уровне отдельных их составляющих. Показатели качества жизни подростков следует использовать как критерий эффективности оздоровления подростков с девиантным поведением в детских лагерях. Разработанную систему мероприятий по профилактике и коррекции девиантного поведения подростков возможно реализовать в рамках межотраслевой интеграции и активного участия семьи подростка в процессе медико-социальной, педагогической и трудовой реабилитации.

6. Зайцев В. П. Психологический тест СМОЛ. *Актуальные вопросы восстановительной медицины*. 2004; 2: 17–19.
7. Собчик Л. Н. Практикум по психодиагностике. СМЛ (ММР). Стандартизованный многофакторный метод исследования личности. С.Лб. 2003. 216 с.
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.
9. Ким Дж. -О., Мьюллер Ч. У., Клекка У. Р. и др. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ. Пер. с англ. Под ред. И. С. Енюкова. *М.: Финансы и статистика*. 1989. 215 с.
10. Рослова З. А., Манькова Т. Ю., Ким А. В., Устинова Н. В. *Вопр. совр. педиатрии*. 2013; 12 (1): 6–7.