
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

Р.Я. Нагаев¹, С.Г. Ахмерова¹,
Л.П. Чичерин³, Д.Х. Абилова²

¹Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО

²Кафедра педиатрии ИПО
Башкирский государственный медицинский университет
Минздрава России
ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000

³Отдел стратегии развития здравоохранения
Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко
ул. Воронцово поле, 12, Москва, Россия, 105064

В статье изучен социальный портрет семей и показатели качества жизни 2240 подростков в возрасте от 10 до 17 лет. Более 20% обследованных семей подростков можно отнести к семьям медико-демографического риска. Качество жизни подростков характеризуется высоким уровнем социального и физического функционирования при сравнительно низком уровне школьного функционирования. Суммарный показатель качества жизни подростков в возрасте 10—14 лет выше, чем среди подростков 15—17 лет.

Ключевые слова: подростки, медико-социальный портрет семей, качество жизни подростков.

Проблемы состояния здоровья подрастающего поколения приобретают в настоящее время медико-социальный характер [1; 8]. Определяющую роль в формировании здоровья детей играет семья и внутрисемейные отношения. Особенно важными в этом плане являются социально-экономические характеристики семьи — ее состав и доходы, питание ребенка, образование родителей [4; 5]. При этом сам институт семьи перманентно трансформируется под воздействием исторических изменений, всестороннего реформирования российского общества, преобразований социальных отношений [8].

Анализ восприятия и оценки подростками различных сфер жизни проводится посредством оценки качества жизни [2]. Оценка качества жизни дает возможность выявить имеющиеся проблемы в различных аспектах образа жизни и общения подростка, определить группы медико-социального риска в подростковой популяции [6; 7]. Сопоставление оценки качества жизни подростками с оценкой качества жизни родителями помогает определить современную картину взаимоотношений взрослых и подростков. Поэтому оценка качества жизни может рассматриваться как критерий комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков.

Изучение медико-социального портрета семей подростков и популяционных показателей качества жизни подростков может стать основой для разработки региональных и отраслевых программ в области охраны здоровья подрастающего поколения [2; 3; 5].

Цель исследования: для определения медико-социальных характеристик подростковой популяции изучить социальный портрет семей и показатели качества жизни подростков 10—17 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе средних образовательных организаций г. Сибай.

В исследовании приняло участие 2240 подростков. Из них 1508 подростков в возрасте 10—14 лет (736 мальчиков и 772 девочки) и 1152 подростков в возрасте 15—17 лет (352 юношей и 380 девушек).

Анализ условий и образа жизни семей подростков проводился посредством социологического исследования по специальной анкете, разработанной на основе анкеты СИНДИ по изучению причин возникновения неинфекционных заболеваний у молодежи.

Оценка качества жизни (КЖ) подростков проводилась с использованием русской версии общего опросника Peds QL-4.0 для детей 8—18 лет (самооценка) и их родителей [1]. Подростки и их родители заполняли опросник отдельно друг от друга. Показатели качества жизни оценивались по 5 шкалам: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование — жизнь в школе (ФШ), психосоциальное здоровье (ПСЗ), на основании которых рассчитывался суммарный показатель (СП). Общее количество баллов после перекодирования каждого из пяти вариантов ответа рассчитывается в итоге по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов): чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни по этой шкале.

Статистическая обработка результатов проводилась посредством статистической программы STATISTICA 6.0. Распределение значений количественных показателей оценивали с помощью критерия Шапиро—Уилка. Достоверность различия количественных показателей между двумя группами оценивали с помощью U-критерия Манна—Уитни и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ условий и образа жизни семей, в которых воспитывались подростки, показал, что 72,6% детей проживали в полных семьях, где оба родителя родные, 8,4% — в полных семьях с отчимом или мачехой, 18,6% воспитывались только матерью или отцом. В единичных случаях подростки проживали только с опекунами (0,4%). Преобладающее большинство составили семьи с двумя и более детьми: в 38,2% семей воспитывался один ребенок, в 46,6% — два ребенка, в 11,6% — три ребенка, в 3,6% — четыре и более ребенка.

Большая часть родителей имели среднее специальное образование (54,4% матерей и 63,2% отцов). Высшее образование было у 42,8% матерей и 34,3% отцов. Какое либо профессиональное образование отсутствовало у 2,8% матерей и 2,5% отцов.

подавляющее большинство родителей подростков работали (86,5% матерей и 97,2% отцов). Официально безработным никто из родителей признан не был. В каждой семье были взрослые, имеющие источники трудовых доходов. В структуре трудовой занятости родителей наиболее часто встречались инженерно-технические работники (18,4% матерей и 26,8% отцов), служащие (54,6% матерей и 32,8% отцов), рабочие (25,2% матерей и 32,7% отцов), индивидуальными предпринимателями работали 0,6% матерей и 4,2% отцов, аграриями — 1,2% матерей и 3,5% отцов.

Большинство подростков (77,8%) проживают в благоустроенных квартирах со всеми удобствами. Проживают в малосемейных, рабочих общежитиях или коммунальных квартирах 12,4% семей, в частных домах с частичными удобствами — 8,6% семей, в коттеджах со всеми удобствами — 1,2% семей. Среди семей, проживающих в благоустроенных квартирах, в 16,4% размер жилой площади на одного члена семьи не достигает 6 кв. метров.

Среднемесячный доход на одного члена семьи в 2,5% семей находится на уровне ниже прожиточного минимума, у 46,8% семей — на уровне прожиточного минимума, в 48,1% — выше прожиточного минимума, а в 2,6% — значительно выше прожиточного минимума. Таким образом, большинство опрошенных родителей причисляют свои семьи к тем, где доход на каждого члена семьи на уровне или превышает уровень прожиточного минимума.

В среднем в структуре расходования семейного бюджета 26,4% приходится на питание, 21,5% — на одежду, 16,4% — на коммунальные и другие платежи, 10,6% — на образование взрослых членов семьи и детей, 8,4% — на досуг, 5,9% — на лечение и оздоровление членов семьи, 5,6% — на культурные и развлекательные мероприятия, 5,2% — на другие расходы.

Большинство родителей (78,6%) оценили психологический климат в своей семье как «хороший» и «отличный», 12,2% считают его «удовлетворительным», а 9,2% — «неудовлетворительным». В 12,6% семьях конфликты, по мнению родителей, отсутствуют полностью. В качестве причин внутрисемейных конфликтов 26,4% указали на распределение семейных обязанностей, 14,4% — на взаимоотношения с другими родственниками, 14,2% — на финансовые проблемы и проблемы трудовой занятости, 12,4% — на проблемы в воспитании детей, 6,5% — на злоупотребление алкоголем одного из супругов, 4,6% — на организацию досуга, 2,4% — на проблемы со здоровьем одного из членов семьи.

Более трети родителей (38,6%) считают, что их семьи придерживаются здорового образа жизни. В 22,4% случаев родители указали, что иногда придерживаются отдельных элементов здорового образа жизни. 28,4% родителей отметили, что их семья в основном не придерживается здорового образа жизни. Каждый десятый родитель (10,6%) не смог определиться с ответом.

Препятствием для соблюдения здорового образа жизни большинство родителей посчитали недостаток времени (в 56,8% случаев), финансовые проблемы (в 14,5% случаев), неразвитость инфраструктуры и недоступность спортивного инвентаря и продуктов питания (в 12,8% случаев), состояние здоровья (в 8,6% случаев), отсутствие необходимости в здоровом образе жизни (в 4,5% случаев), другие проблемы (в 4,1% случаев).

Таким образом, ключевыми характеристиками социального портрета исследованных нами семей являются: полная семья (72,6%) с двумя и более детьми (61,8%), родители имеют высшее или среднее профессиональное образование (у 97,5%), имеют трудовые доходы. Среднемесячный доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума. Психологический климат в большинстве семей удовлетворительный. Причинами конфликтов являются внутрисемейные отноше-

ния, финансовые проблемы. Здорового образа жизни не придерживаются в большинстве семей.

Исследование качества жизни показало, что суммарный показатель качества жизни подростков 10—14 лет составил $84,3 \pm 25,6$ балла по самооценке и $83,8 \pm 24,7$ балла по оценке родителей, суммарный показатель качества жизни подростков 15—17 лет составил по самооценке $80,5 \pm 20,6$, по оценке родителей — $79,8 \pm 21,2$ (табл. 1). Как известно, при тяготении балла к 100 качество жизни считается высоким.

Таблица 1

Показатели параметров качества жизни подростков по самооценке и по оценке родителей ($M \pm \sigma$)

Шкала	Подростки 10—14 лет ($n = 1062$)		Подростки 15—17 лет ($n = 732$)	
	Самооценка подростков	Оценка КЖ родителями	Самооценка подростков	Оценка КЖ родителями
ФФ	$89,6 \pm 24,2$	$86,4 \pm 24,6$	$86,5 \pm 21,2$	$84,3 \pm 21,4$
ЭФ	$78,8 \pm 23,8$	$79,6 \pm 23,8$	$74,6 \pm 19,4$	$74,2 \pm 19,8$
СФ	$93,8 \pm 26,5$	$94,6 \pm 26,2$	$90,4 \pm 25,6$	$90,2 \pm 24,5$
ШФ	$74,3 \pm 23,4$	$72,4 \pm 23,5$	$68,8 \pm 16,8$	$70,2 \pm 19,6$
ПСЗ	$85,8 \pm 25,6$	$84,4 \pm 24,6$	$82,4 \pm 20,8$	$80,2 \pm 21,2$
СП	$84,4 \pm 25,6$	$83,8 \pm 24,7$	$80,5 \pm 20,6$	$79,8 \pm 21,2$

Как по самооценке подростков, так и по оценке родителей наиболее высокие значения имели показатели социального функционирования и физического функционирования, наиболее низкий уровень имели эмоциональное функционирование и школьное функционирование.

Поскольку в подростковом возрасте ведущей деятельностью является коммуникативная деятельность, то высокие значения по шкале социального функционирования показывают, что у обследуемых подростков становление социальных функций соответствует возрастным нормативам.

Анализ возрастной динамики, как по самооценке, так и по оценке родителей, не выявил существенных изменений параметров качества жизни по социальному и физическому функционированию, при этом среди подростков 15—17 лет определено статистически значимое снижение самооценки и оценки родителями эмоционального функционирования, школьного функционирования и суммарного показателя качества жизни.

Определены различия в оценке качества жизни самими подростками и их родителями. В группе подростков 10—14 лет самооценка по шкалам физического функционирования и школьного функционирования выше оценки родителей. В группе подростков 15—17 лет самооценка по шкале физического функционирования выше, а по шкале школьного функционирования, напротив, ниже оценки родителей.

Снижение уровня показателей по шкале школьного функционирования в старшей возрастной группе, очевидно, связано с интенсификацией учебного процесса, подготовкой к выпускным экзаменам, а также с возможными пропусками занятий

по состоянию здоровья и без уважительных причин (в частности, в связи с трудовой занятостью), затруднениями при выполнении школьных заданий и др. Сложности и напряжение в школе, особенности мировосприятия подростками может обуславливать снижение уровня эмоционального функционирования.

В любом случае выявленные разногласия в оценке качества жизни подростков во многом являются результатом недостаточной информированности родителей об отдельных сторонах образа жизни подростков, возможными непродуктивными конфликтами. Это может быть обусловлено амбивалентностью и парадоксальностью характера в подростковом периоде, недостатком родительской требовательности, а также неадекватной оценкой родителями психологических и физиологических особенностей подростков.

Заключение. Более 20% семей обследованных подростков г. Сибая можно отнести к семьям медико-демографического риска. Качество жизни подростков характеризуется высоким уровнем социального и физического функционирования при сравнительно низком уровне школьного функционирования. Суммарный показатель качества жизни подростков в возрасте 10—14 лет оказался выше, чем среди подростков 15—17 лет.

Учитывая, что в современных условиях на состояние здоровья подростков все в большей степени влияют медико-социальные факторы, изучение социального портрета семей, направленности на здоровьесформирующее поведение, исследование показателей качества жизни должны использоваться в работе подростковых врачей амбулаторно-поликлинической сети и Центров здоровья при комплексном исследовании и мониторинге состояния здоровья подростков.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Черников В.В. и др. Создание и валидация русской версии опросника для оценки утилитарных индексов в педиатрической практике // Педиатрическая фармакология. 2012. Т. 9. № 1. С. 6—8.
- [2] Винярская И.В. Показатели качества жизни здоровых подростков, проживающих в разных регионах России // Общественное здоровье и здравоохранение. 2007. № 3. С. 37—40.
- [3] Павленко Т.Н., Калинина Е.А., Винярская И.В. Состояние здоровья и качество жизни девочек подросткового возраста г. Оренбурга // Вопросы современной педиатрии. 2009. Т. 8. № 5. С. 9—12.
- [4] Полунина Н.В., Юмукян А.В. Медико-социальный портрет подростка, имеющего нарушения здоровья // Вестник Росздравнадзора. 2012. № 6. С. 35—38.
- [5] Сагитова Г.Р., Нураденов Х.П., Елисеев Ф.И. Медико-социальный портрет несовершеннолетнего пациента в современных условиях // Фундаментальные исследования. 2014. № 2. С. 156—158.
- [6] Строзенко Л.А., Гордеев В.В., Лобанов Ю.Ф., Винярская И.В. Гендерные особенности качества жизни и состояния здоровья подростков // Российский педиатрический журнал. 2013. № 2. С. 51—54.
- [7] Турчанинов Д.В., Афиногенова О.Б., Скоморин М.С. Комплексная оценка состояния здоровья и качество жизни подростков города Кемерово и факторы, влияющие на него // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012. № 5. URL: www.science-education.ru/102-5844.
- [8] Шабунова А.А., Морев М.В., Кондакова Н.А. Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF FAMILIES AND QUALITY OF LIFE OF TEENAGERS

R.YA. Nagai¹, S.G. Akhmerova¹,
D.H. Abilova², L.P. Chicherin³

¹Department of Public Health and Health Organization

²Department of Pediatrics

Institute of Postgraduate Education

Bashkir State Medical University of Health Ministry of Russia

Lenin str., 3, Ufa, Russia, 450000

³Department of health strategy

FGBNU «National Research Institute of Public Health n.a. N.A. Semashko»

Vorontsovo Pole str., 12, Moscow, Russia, 105064

Studied the social portrait of families and the quality of life of 2240 adolescents aged 10 to 17 years. More than 20% of families of surveyed adolescents can be attributed to the families of medico-demographic risk. Quality of life of adolescents is characterized by high levels of social and physical functioning at a relatively low level of school functioning. Total index of the quality of life of adolescents aged 10—14 years is higher than among adolescents aged 15—17 years.

Key words: adolescents, medical and social portrait of families, quality of life of adolescents.

REFERENCES

- [1] Baranov A.A., Albitsky V.Yu., Chernikov V.V. et al. Development and validation of the Russian version of the questionnaire to assess the utility of indices in pediatric practice. *Pediatric pharmacology*. 2012. Vol. 9. № 1. P. 6—8.
- [2] Vinyarskaya I.V. Quality of life of healthy adolescents living in different regions of Russia. *Public health and health care*. 2007. № 3. P. 37—40.
- [3] Pavlenko T.N., Kalinina E.A., Vinyarskaya I.V. Health and quality of life of adolescent girls in Orenburg. *Current Pediatrics*. 2009. Vol. 8. № 5. P. 9—12.
- [4] Polunina N.V., Yumukyan A.V. Medical and social portrait of a teenager with impairments. *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2012. № 6. P. 35—38.
- [5] Sagitova G.R., Nuradenov Kh.P., Eliseev F.I. Medico-social portrait of underage patient in modern conditions. *Basic Research*. 2014. № 2. P. 156—158.
- [6] Strozenko L.A., Gordeev V.V., Lobanov Yu.F., Vinyarskaya I.V. Gender characteristics of quality of life and the health of adolescents. *Russian Journal of Pediatrics*. 2013. № 2. P. 51—54.
- [7] Turchaninov D.V., Afinogenova O.B., Skomorin M.S. Comprehensive assessment of the health status and quality of life of adolescents in Kemerovo and the factors influencing it. *Modern studies of social problems (electronic scientific journal)*. 2012. № 5. URL: www.science-education.ru/102-5844.
- [8] Shabunova A.A., Morev M.V., Kondakova N.A. Children's health: results of a fifteen-year monitoring. Vologda: ISEDT RAS, 2012.