

---

---

# Научные исследования

---

---

## СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 15–18-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

*Обосновывается методика оценки качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, 15–18-летних подростков. Разработанный опросник позволяет изучить факторы образа и условий жизни подростков, выявить потенциальные факторы риска приобщения к психоактивным веществам, кризисных психологических состояний, опасного сексуального поведения, охарактеризовать медицинскую активность подростка. Исследуются репродуктивные установки. Оценка и самооценка состояния здоровья, полноценности питания, физической активности, психоэмоционального статуса, материального положения семьи подростка, возможностей его социальной реализации в будущем, информированности о репродуктивном здоровье осуществляются по балльным шкалам. Индивидуальные баллы факторов устанавливались исходя из значимости каждого из них и их влияния на остальные компоненты. При помощи параметрических и непараметрических методов обработки данных выполнен предварительный статистический анализ результатов опроса республиканской выборки подростков, который позволил установить влияние отдельных факторов, входящих в состав компонентов качества жизни, связанного со здоровьем, друг на друга.*

Подростки – возрастной контингент, организация медицинской помощи которому имеет определенную специфику [1; 2].

Единых подходов к определению подросткового возраста нет. Согласно рекомендациям ВОЗ, подростковым является период от 10 до 19 лет, термин «юность» используется в отношении лиц 15–25 лет, «молодые люди» – лиц 10–24 лет [3, с.5; 4, блок В5, с.14]. Общепринято разделять период с 10 до 19 лет на младший подростковый (10–14 лет) и старший подростковый возраст (15–19 лет). Кодекс о браке и семье Республики Беларусь определяет подростка как лицо от 14 до 18 лет [5].

Медицинское обслуживание подростков в Республике Беларусь строится по системе единого педиатра, от рождения до 18 лет включительно. По достижении 18-летия сведения о состоянии здоровья подростка передаются в территориальные организации здравоохранения для взрослого населения. В то же время, согласно Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет (в редакции постановления МЗ РБ от 01.07.2008 г. №114), в дет-

ских организациях здравоохранения (отделениях), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, имеются подростковые кабинеты. Все подростки подлежат обязательному диспансерному наблюдению, основной элемент которого – комплексные медицинские осмотры.

Основные принципы оказания медицинской помощи подросткам в Республике Беларусь заключаются в гарантии доступности, доброжелательности и конфиденциальности [1]. Подчеркивается необходимость межведомственного взаимодействия, обязательного подключения к ведению подростков психолога, психотерапевта, гинеколога (девочки), уролога (мальчики) [1; 6]. Принципы и положения, регламентирующие деятельность служб, созданных по целевому назначению – «дружественных к подросткам и молодежи», были выработаны в Женеве в 2001 г. представителями более 20 стран [7; 8]. В Республике Беларусь при поддержке ЮНИСЕФ и ЮНФПА организованы центры здоровья молодежи (центры, дружественные к подросткам), а также кабинеты услуг, дружественных молодежи. Основная функция такого рода центров и кабинетов – обеспечить

организацию консультирования здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Актуальность мер по охране здоровья подростков подчеркивается и важнейшими государственными документами [9; 10].

Работа подростковых служб направлена, таким образом, в первую очередь на формирование здоровьесберегающего поведения и имеет медико-социальную направленность. В то же время, методик, позволяющих быстро и с незначительными затратами определить, какие именно меры профилактики будут являться наиболее эффективными для данного подростка, отнести его (ее) к той или иной группе риска, учесть социальные факторы, связанные с семьей, в разработке мер по укреплению здоровья подростка, пока нет. Рассмотренная ситуация проблемна не только с практической, но и с методологической точки зрения. Ведь современные требования к оценке здоровья населения включают необходимость учета социальных факторов риска, особенностей качества жизни, связанного со здоровьем [11]. В первую очередь это относится к здоровью детей. Наиболее перспективным в оценке здоровья детей «является подход к решению вопроса здоровья и определения степени «нездоровья» с позиций определения «качества жизни» – по субъективному восприятию его показателей со стороны ребенка или его родителей» [12]. При этом понятия «качество жизни» и «качество жизни, связанное со здоровьем», разделены. Под качеством жизни, связанным со здоровьем, понимают «исследования качества жизни, изменяемые в зависимости от состояния здоровья» [13, с.34]. Один из ведущих педиатров России В.Ю.Альбицкий указывает, что «внедрение показателя качества жизни как дополнительного критерия позволит модифицировать существующую методику комплексной оценки состояния здоровья детей и сделать это на новом, современном уровне с применением международных подходов, а использование стандартного инструментария сделает исследования сравнимыми на любой территории» [14, с.17]. Изучение качества жизни и его взаимосвязь с состоянием здоровья рекомендуется использовать в долгосрочных государственных программах по улучшению здоровья подрастающего поколения [15].

Особенно значим медико-социальный контекст профилактической работы с подростками в отношении их репродуктивного и психического здоровья. Так, важное значение имеют информированность подростков в области репродуктивного

здоровья, особенности поведенческих и социальных факторов риска раннего сексуального опыта (тип семьи, влияние общества сверстников и другие) [16; 17].

Цель настоящей работы – обосновать методику оценки качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем (КЖСРЗ), подростков 15–18 лет. Такого рода методика позволит сделать процедуру оценки здоровья подростка более совершенной. Она может быть использована в организациях здравоохранения, осуществляющих медицинское обслуживание подростков, при диспансеризации, для выявления подростков групп риска низкого качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, а также при разработке направленных мер профилактики и медико-психологической коррекции.

Аналогов предлагаемой методике пока нет ни среди отечественных, ни среди зарубежных способов, применяемых в медицинской практике.

Исследования качества жизни детей, связанного со здоровьем, концентрируются, прежде всего, на соматических заболеваниях. В последние годы внедряются также методики изучения качества жизни, связанного со здоровьем, у детей с психическими расстройствами [18]. Данные об изучении качества жизни во взаимосвязи с репродуктивным здоровьем и реализацией репродуктивного потенциала в исследованной нами литературе отсутствуют.

Методологической проблемой в изучении качества жизни подростка, связанного со здоровьем, является отсутствие унифицированного подхода. Нет единого русскоязычного опросника и методологии оценки результатов опроса. Валидация иноязычных опросников возможна, но она требует учитывать условия социальной среды, культуральные факторы, в которых проживают подростки. Это делает процедуру валидации затратной и настолько сложной, что эффективность результатов при сравнении с процессом создания оригинальных отечественных методик ставится под сомнение [19].

При разработке способа использованы следующие данные.

Единых критериев и стандартных норм оценки качества жизни, связанного со здоровьем, не существует. Основным инструментом изучения являются профили (оценка каждого компонента качества жизни в отдельности) и опросники (для комплексной оценки). И те, и другие могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологий). Количество вопросов в опросниках варьирует в

широких пределах: от 14 (вопросник астмы у детей SAQ-A, 4-7) до 153 (вопросник здоровья и болезни детей – CHIP-AE подростки) [18].

Общие опросники не позволяют оценить изменения в состоянии здоровья в рамках отдельно взятого заболевания. Специальные опросники сфокусированы на конкретной нозологии и ее лечении, однако они направлены не на оценку клинической тяжести заболевания (нарушений здоровья), а отражают то, как больной переносит свою болезнь [20–22]. Специальные опросники позволяют уловить минимальные изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени, что обеспечивает возможность их применения для оценки эффективности конкретного метода лечения [13]. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки [13; 21; 23]. Для различных групп населения, регионов, стран можно определить условную норму качества жизни, связанного со здоровьем, и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем [23; 24].

Данные о результатах популяционных исследований качества жизни, так называемые популяционные нормы КЖ, представляют большую ценность для различных институтов общества [25, с.107]. Такие данные (нормативные показатели) имеются во всех развитых странах мира с конца 1990-х гг., что стало возможным при разработке и внедрении опросника SF-36 [26]. Этот инструментальный используется более чем в 90% клинических исследований в России [22; 27; 28]. Опросник SF-36 применим для возрастной категории лиц от 15 до 85 лет. Основным недостатком, резко ограничивающим возможности применения опросника SF-36 для подростков, является отсутствие чувствительности к специфичности подросткового возраста. В то же время известно, что проявление каждого из компонентов качества жизни зависит от возраста [25, с.233]. Репродуктивное здоровье и его влияние на качество жизни подростка также высоко специфичны, что должно быть отражено в опроснике.

Для определения качества жизни, связанного со здоровьем детей и подростков, наиболее часто применяется опросник PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) [29]. Вопросы PedsQL разделены на 4 шкалы, описывающие физическое, эмоциональное, социальное функционирование, жизнь в детском коллективе. Ответы ребенка дублируются ответами родителей (опекунов). Вопросник PedsQL включает несколько вариантов, адаптированных для возрастных групп. После запол-

нения опросники перекодируются по защищенным авторским правом процедурам [30; 31].

Опросники, применяемые в педиатрической практике, отражают специфику детского и подросткового возраста. Так же, как и для взрослых, они могут быть общими и специальными. Так, например, для изучения качества жизни детей, страдающих бронхиальной астмой, широко применяется опросник RAQLQ [32; 33]. В то же время, методики в подавляющем большинстве предполагают участие в опросе как детей, так и родителей, а именно комплексный подход, учитывающий в совокупности мнение ребенка (self-report) и родителей (proxy-report) [25, с.232]. До пятилетнего возраста качество жизни ребенка оценивают родители; после достижения ребенком пяти лет в оценке качества жизни участвуют как родители, так и дети. Общепринято, что дети могут начинать оценивать наиболее конкретные показатели качества жизни в возрасте 4–6 лет [18]. Установлено, что данные, полученные при опросах родителей, как правило, отличаются от таковых, полученных при опросах детей. Степень совпадения оценок качества жизни детьми и родителями сильно варьирует [18]. Известно также о существовании разногласий между родителями в оценке качества жизни их ребенка. Так, оценка динамики качества жизни родителями подростков, проживающих в Санкт-Петербурге, проводимая при помощи PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), версия 4.0, оказалась выше по сравнению с оценками самих детей и подростков [34]. Отцы оценивают качество жизни своих детей по всем шкалам оценки выше, чем матери [13]. Одновременно доказано, что у пациентов старше 11 лет родители могут лишь немногим дополнить содержание ответов ребенка [18].

Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) и Child Health Questionnaire – наиболее известные из числа международных опросников, однако их валидация и применение для исследования качества жизни подростков, связанного с репродуктивным здоровьем, нецелесообразны и даже невозможны. Во-первых, применение данных опросников предполагает участие родителей. В исследованиях репродуктивного здоровья подростков привлечение родителей очевидно снизило бы достоверность получаемой от подростка информации (как проявление «proxy-problem» или «cross-informant variance» феномена [30; 31]). Во-вторых, указанные опросники не позволяют получить искомую информацию о репродуктивном здоровье в полной мере.

По образцу доступных опросников для комплексной индивидуальной оценки состояния здоровья детей, на базе отделения охраны здоровья матери и ребенка российского ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения были разработаны возрастные опросники для детей от рождения до 18 лет, при помощи которых проведено анкетирование родителей и детей во всех регионах России [12; 35]. Полученные данные свидетельствуют о том, что для показателей качества жизни детей в России имеют решающее значение учет социального окружения и средовых факторов: статуса и уровня среднечеловеческого дохода семьи, характера жилья, семейного микроклимата.

До настоящего времени среди разработанных отечественными учеными методик по изучению качества жизни, связанного со здоровьем, ни одна не получила статус эталона. В то же время, ряд работ, как, например, разработанный в БелМАПО «Метод оценки индивидуального качества жизни» [36], заслуживают более пристального изучения. Результаты, полученные И.В.Мащенко, показали, что средний показатель качества жизни обследованных является низким и составляет 23,5%. Ведущие причины такой оценки качества жизни – обеспокоенность своим здоровьем и качество социализации [36].

Обобщая методики исследования связанного со здоровьем качества жизни, следует отметить, что они объединяют два типа критериев. Объективные критерии включают такие факторы, связанные с социальным функционированием, как физическая активность. Субъективные критерии содержат факторы эмоционального статуса, удовлетворенности различными аспектами жизни, самочувствие и самооценку связанных со здоровьем факторов – то есть степени восприятия подростком того, как удовлетворяются его потребности в здоровье и насколько предоставлены необходимые для этого возможности. Специальные опросники наряду с модулями для отдельных заболеваний имеют также шкалы общего характера.

К типичным ошибкам при оценке качества жизни следует отнести построение всех выводов на единственном сводном показателе [17]. Качество жизни является многокомпонентной структурой. Задача исследователя – оценка всех критериев, составляющих качество жизни.

Как следует из Руководства по исследованию качества жизни в медицине [25, с.40–41], общие опросники должны отвечать требованиям к любому социологическому инструментарию, а именно: надежности (точности измерения), валидности

(способности достоверно измерять ту характеристику, которая заложена в опроснике) и чувствительности (способности выявлять изменения в динамике при повторных опросах). Аналогичны требования к опросникам, применяемым в педиатрии [37, с.28].

Разработанный нами опросник позволяет изучить факторы образа и условий жизни подростков, выявить потенциальные факторы риска приобщения к психоактивным веществам, кризисных психологических состояний, опасного сексуального поведения, охарактеризовать медицинскую активность подростка. Оценка и самооценка состояния здоровья, полноценности питания, физической активности, психоэмоционального статуса, материального положения семьи подростка, возможностей его социальной реализации в будущем, информированности о репродуктивном здоровье осуществляются по балльным шкалам. Исследуются репродуктивные установки. Опросник сбалансирован по количеству вопросов (43 закрытых и полузакрытых вопроса), составлен с учетом фазности опроса, прошел предварительное испытание при проведении пилотного исследования [38]. При формулировке вопросов приняты во внимание рекомендации о «понимающей позиции» [39].

Методика опроса включает четыре этапа. Возможен выбор ручного и автоматического варианта (в последнем случае все этапы автоматизированы).

*Первый этап:* заполнение опросника.

*Второй этап:* расчет и оценка уровня каждого фактора. Выделены одиннадцать факторов качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, а именно: самооценка здоровья (F1), самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2), самооценка полноценности питания (F3), физическая активность (F4), продолжительность сна (F5), риск приобщения к психоактивным веществам (F6), риск опасного сексуального поведения (F7), риск развития кризисных психологических состояний (F8), самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9), оценка обращаемости за медицинской помощью и ее доступности в области репродуктивного здоровья (F10), социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11).

*Третий этап:* расчет и оценка уровня качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем (КЖСРЗ).

*Четвертый этап:* заключение – включает оценку КЖСРЗ, оценку уровня каждого фактора,

форму коррекции для каждого фактора, конкретные рекомендации, прогноз эффективности рекомендаций с учетом социальных факторов риска, оптимизировать которые медико-организационными мерами невозможно.

Форма корректирующих мероприятий зависит от результатов оценки уровня фактора. Они могут быть предупреждающими, плановыми, срочными и экстренными. Содержание корректирующих мероприятий определяется тем фактором, для коррекции которого они применяются.

Индивидуальные баллы факторов устанавливались исходя из значимости каждого из них и их влияния на остальные компоненты. При помощи параметрических и непараметрических методов обработки данных выполнен предварительный статистический анализ результатов опроса республиканской выборки подростков [40], который позволил установить влияние отдельных факторов, входящих в состав компонентов качества жизни, связанного со здоровьем, друг на друга. При этом в числе зависимых составляющих качества жизни были выделены те, что регулируются поведением подростка, то есть поддающиеся коррекции. Влияние социальных факторов учтено в технологии оценки и расчета. Для такого фактора, как продолжительность ночного сна, учтены требования к гигиенически полноценному сну подростка [41].

Пол относится к биологическим немодифицируемым факторам. Его учет в технологии оценки качества жизни определен значимым влиянием гендерной составляющей на некоторые факторы

качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем. Наиболее значимое влияние гендерного фактора выявлено для такого компонента, как *медико-гигиеническая грамотность подростка (знания о репродуктивном здоровье, F2)*. Так, мальчики, в сравнении с девочками, значимо чаще прибегают к неадекватным источникам информации о репродуктивном здоровье (табл. 1).

Мужской пол учитывается в технологии расчета уровня фактора F2 (самооценка знаний о репродуктивном здоровье) как минус 1 балл.

Влияние полноты семьи на *медико-гигиеническую грамотность подростка (знания о репродуктивном здоровье, F2)*. В формировании медико-гигиенической грамотности подростка и его уверенности в своих знаниях значимую роль играет семья.

Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях (рис. 1).

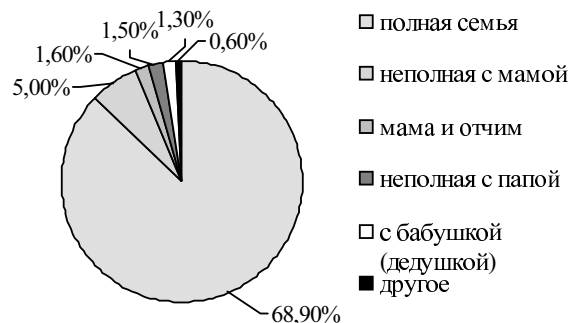


Рис. 1. Состав семей, в которых воспитываются подростки

Таблица 1

**Гендерные различия между подростками в частоте использования источников информации о репродуктивном здоровье**

Источник информации	Ранговое место	Доля подростков, выбравших источник
Печатная и наглядная информация организаций здравоохранения, книги	1	40,6% (31,07% мальчиков и 50,5% девочек, $\chi^2=15,8, p=0,0001$ )
Сверстники	2	34,9% (нет гендерных различий)
СМИ (телевидение, журналы)	3	33,2% (нет гендерных различий)
Семья, родители	3	32,3% (26,7% мальчиков и 38,2% девочек, $\chi^2=7,3, p=0,0069$ )
Учителя	4	19,9% (15,2% мальчиков и 24,8% девочек, $\chi^2=9,17, p=0,0025$ )
«Личный опыт»	4	17,5% (27,4% мальчиков и 7,1% девочек, $\chi^2=47,8, p=0,00001$ )
На приеме у врача-гинеколога, врача-уролога	5	13,6% (6,17% мальчиков и 21,4% девочек, $\chi^2=35,6, p=0,00001$ )
От «знакомого врача»	6	6,4% (3,7% мальчиков, 9,3% девочек, $\chi^2=10,8, p=0,001$ )
Другие источники	7	3%

**Таблица сопряженности вопросов «Укажи, пожалуйста, твоя семья...» и «Из каких источников ты получаешь основную информацию по вопросам полового воспитания?», вариант ответа – «От родителей, в семье»**

Состав семьи	Использование семьи в качестве источника информации о репродуктивном здоровье		Значимость отличий	Итого
	«Да» (частота/процентов к итогу)	«Нет» (частота)		
Полная семья (1)	209/ 32%	445	Для (1) и (2) $\chi^2=1,24$ . $p=0,26$ ; Для (1) и (3) $\chi^2=4,14$ . $p=0,04$ ; Для суммы (1), (2) и группы (3) $\chi^2=4,65$ . $p=0,03$	654
Неполная семья «с мамой» (2)	91/ 39,4%	163		254
Неполная семья «без мамы» (3)	5/ 15,15%	28		33
Всего	305	636		941

Ответили, что основную информацию по вопросам пола, репродуктивного здоровья получают в семье и от родителей, треть (32,3%) опрошенных. Влияние полноты (состава) семьи на ее коммуникативную функцию в отношении здоровья исследовано при помощи сравнительного анализа долей подростков, использующих семью как источник информации о репродуктивном здоровье, среди опрошенных из полных семей, неполных семей «с мамой» и неполных семей, где подросток проживает с отцом или другими родственниками (табл. 2).

В семьях «с мамой» подростки статистически значимо чаще указывают на то, что родители и семья являются источником информации по вопросам полового воспитания. Выбор подростком вариантов ответа «Неполная семья: живешь с папой», «Неполная семья: живешь с бабушкой (дедушкой)» или «Неполная семья: другое» учитывается в технологии расчета уровня фактора F2 (самооценка знаний о репродуктивном здоровье) как минус 1 балл.

*Влияние полноты семьи на психическое здоровье подростка.* Эмоциональный фон подростков различался в зависимости от полноты семьи. Различия не являлись статистически значимыми, однако подростки из полных семей реже отмечали негативные эмоции, чаще – позитивные, при сравнении с подростками из неполных семей, особенно неполных семей «без мамы». Отмечали наличие ситуации, «когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния», 15,4% подростков из полных семей, 25,2% – из неполных семей «с мамой» ( $\chi^2=7,8$ ,  $p=0,005$ ) и 30,3% подростков из неполных семей «без мамы» (различия незначимы при сравнении подростков из разных типов неполных семей, но значимы при сравнении подростков из полных семей и неполных семей суммарно,  $\chi^2=9,4$ ,  $p=0,002$ ).

Выбор подростком вариантов ответа «Неполная семья: живешь с папой», «Неполная семья: живешь с бабушкой (дедушкой)» или «Неполная семья: другое» учитывается в технологии расчета уровня фактора F8 (риск развития кризисных психологических состояний) как минус 1 балл.

*Влияние материального положения семьи подростка на его психическое здоровье.* На вопрос «Как ты оцениваешь материальное положение твоей семьи?» ответы распределились следующим образом: «очень хорошее» – 8,3%, «хорошее» – 45,1%, «среднее» – 37,7%, «трудное» – 4,5%, «очень трудное» – 0,2%, «не могу оценить» – 3,5%, не ответили на вопрос 0,6%.

Почти каждый пятый (19,5%) подросток указал, что курит. При сравнении группы подростков, оценивающих материальное положение своей семьи как «очень хорошее» или «хорошее» и группы, оценивающих его как «трудное» и «очень трудное», не выявлено статистически значимых различий по долям курящих ( $\chi^2=0,47$ ,  $p=0,49$ ).

Почти 16,1% подростков ответили, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества. Выявлены различия по доле подростков, положительно ответивших на данный вопрос, среди детей из семей с «очень хорошим» или «хорошим» (13,4%) и «очень трудным» или «трудным» (31,1%) материальным положением ( $\chi^2=10,19$ ,  $p=0,0014$ ;  $\chi^2\text{Yates}=8,84$ ,  $p=0,0029$ ). Около 5,5% опрошенных указали, что пробовали наркотические вещества. Влияния материального положения семьи на частоту данного «эксперимента» не выявлено.

Алкогольные напитки крепостью более 20 градусов не употребляют 28,9% подростков. Употребляют 1 раз в неделю и чаще 4% подростков (1,4% в обеспеченных и 8,1% в малообеспеченных семьях,  $\chi^2=7,65$ ,  $p=0,0057$ ;  $\chi^2\text{Yates}=4,64$ ,

$p=0,03$ ), несколько раз в месяц – 18,4%, несколько раз в полгода – 21,1%, раз в полгода и реже – 23,3%. Влияния материального положения семьи на долю не употребляющих алкогольные напитки (независимо от крепости) не выявлено.

Влияние материального положения семьи четко прослеживается по таким поведенческим факторам риска здоровья и образа жизни, как употребление крепких алкогольных напитков 1 раз в неделю и чаще, наличие знакомых, употребляющих наркотические вещества. Для каждого из этих факторов установлено, что при более благоприятном материальном положении семьи значение фактора также более благоприятно.

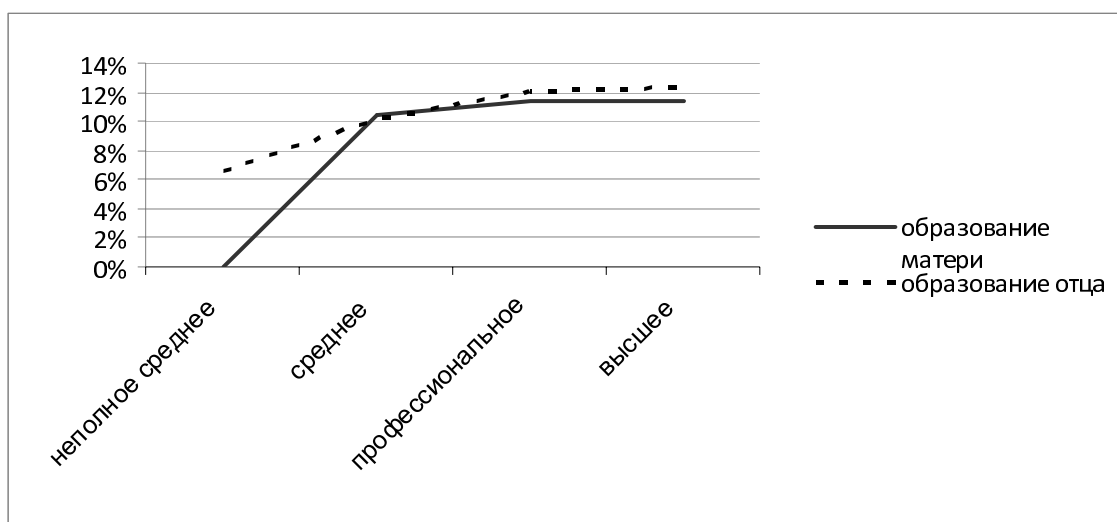
Зависимости между продолжительностью ночного сна и материальным положением семьи подростка; между эмоциональным фоном подростка (частотой положительных и отрицательных эмоций, плохого и хорошего настроения, ссор с окружающими) и материальным положением семьи, в которой он воспитывается, обнаружено не было. В то же время, сталкивались с ситуацией, когда были готовы покончить с собой от отчаяния, 11,2% подростков из обеспеченных и 40% из малообеспеченных семей ( $\chi^2=3,69$ ,  $p=0,05$ ;  $\chi^2\text{Yates}=3,08$ ,  $p=0,08$ ).

Выбор подростком вариантов «трудное» или «очень трудное» при ответе на вопрос «Как ты оцениваешь материальное положение твоей семьи?» учитывается в технологии расчета уровня факторов F6 (риск приобщения к психоактивным веществам) и F8 (риск развития кризисных психологических состояний) как минус 1 балл.

*Влияние образования родителей на медицинскую активность подростка.* Около 3,8% подростков не ответили на вопрос об образовании матери, 18,5% – на вопрос об образовании отца. Получают основную информацию по вопросам пола в семье от родителей 30,6% подростков, чьи матери имеют высшее образование, и 33,4% подростков, образование матерей которых имеет более низкий уровень. Около 34% подростков, отцы которых имеют высшее образование, черпают информацию по вопросам репродуктивного здоровья в семье; 31,5% подростков, указавших на более низкий уровень образования их отцов, также используют семью в качестве одного из основных источников информации по вопросам пола. Таким образом, различий не обнаружено. В то же время, выявлена тенденция положительного влияния уровня образования матери/отца на своевременность обращения подростка за медицинской помощью (рис. 2).

Выбор подростком варианта ответа о высшем образовании матери и/или отца учитывается в технологии расчета уровня фактора F10 (оценка обращаемости за медицинской помощью и ее доступности в области репродуктивного здоровья (подфактор F «какая из ситуаций обращения за медицинской помощью наиболее характерна для тебя»)) как плюс 1 балл.

*Влияние психологических взаимоотношений в семье подростка на его психическое здоровье* доказано результатами ранее проведенных исследований и не требует дополнительного подтверждения [см., например, 42; 43]. При разработке тех-



**Рис. 2.** Своевременность обращения подростков за медицинской помощью в зависимости от уровня образования их родителей (по оси  $x$  – образование родителей, по оси  $y$  – процент подростков, своевременно обращающихся за медицинской помощью)

нологии оценки результатов опроса выбор подростком вариантов ответа «равнодушные», «равнодушно-неприятные», «частые ссоры, скандалы» на вопрос «Охарактеризуй, пожалуйста, свои отношения с родителями (взаимоотношения в твоей семье)», учтен при расчете уровня фактора F8 (риск развития кризисных психологических состояний) как минус 1 балл, минус 2 балла, минус 3 балла соответственно.

Перспективной областью практического применения методик оценки качества жизни является профилактическая медицина. Предлагается использовать такие методики для определения групп населения с различным уровнем качества жизни по шкалам социально-экономического благополучия, социально-гигиенического функционирования, физического и психического здоровья, что позволит оптимизировать выделение групп риска [44]. В работе врачей амбулаторно-поликлинических организаций, врачей общей практики определение групп риска позволит своевременно корректировать программы первичной и вторичной профилактики. Мониторинг качества жизни предлагается использовать как метод оценки эффективности профилактических программ и реабилитационных мероприятий на индивидуальном, семейном и административном уровнях [44], динамического наблюдения за группами риска [22], а также для оценки эффективности мер социальной поддержки [45]. Так, например, метод определения качества жизни, связанного со здоровьем, применялся для оценки программ обучения с привлечением сверстников у подростков, страдающих бронхиальной астмой [46], оценки влияния образовательных программ и здоровьесберегающего поведения на качество жизни детей с такой же патологией [32]. При этом было доказано, что программа обучения с привлечением сверстников улучшает качество жизни и повседневную активность подростков, страдающих бронхиальной астмой.

#### Основные преимущества методики:

1. Опросник изначально разрабатывался с учетом культурных и социальных условий, в которых проживают подростки Беларуси.

2. Расчет показателей построен с учетом взаимозависимости факторов качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем (КЖСРЗ). Рассчитывается уровень КЖСРЗ и дается его компонентная оценка.

3. Методика позволяет установить форму и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий по повышению качества жизни подростка, связанного с репродуктивным здоровьем.

4. Методика может быть использована в динамике, с целью контроля эффективности корректирующих (предупреждающих) мероприятий.

5. Возможен выбор ручного и автоматизированного вариантов методики.

Преимуществом метода является его медико-социальная направленность. В оценку качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, включается социальный компонент (состав и материальное положение семьи, образование родителей, психологические взаимоотношения в семье подростка). Он позволяет выделить подростков медико-социального риска, спрогнозировать эффективность мероприятий по укреплению здоровья. Одновременно, методика позволяет быстро и без существенных затрат определить подростков, нуждающихся в помощи психолога (психотерапевта), гинеколога (уролога), разработать индивидуальную программу профилактики с учетом факторов образа жизни подростка. Следовательно, в работе врачей амбулаторно-поликлинических организаций, обслуживающих подростков (врачи-педиатры, врачи подростковых кабинетов, персонал центров здоровья подростков и молодежи, врачи и средние медицинские работники педиатрических отделений по обслуживанию школ) применение методики позволит своевременно корректировать программы первичной и вторичной профилактики. Мониторинг качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, может быть использован для оценки эффективности профилактических программ и реабилитационных мероприятий на индивидуальном, семейном и административном уровнях, динамического наблюдения за группами риска. Возможно применение способа в режиме мониторинга для оценки эффективности деятельности центров здоровья молодежи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богдан, Е.Л. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков / Е.Л.Богдан, И.В.Митрошенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №3. – С.75–77.
2. Езепчик, О.А. Исторический опыт организации медицинской помощи подросткам / О.А.Езепчик, М.Ю.Сурмач // Актуальные проблемы медицины. В 2-х частях. Часть I: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции (22 января 2013 г.) / отв. ред. В.А.Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – Ч.1. – С.255–258.
3. Севковская, З.А. Молодежь Беларуси на пороге третьего тысячелетия / З.А.Севковская. – Минск: Принткорп, 2002. – 128 с.
4. Ориентационная программа «Здоровье подростков» для медицинских работников. Пособие для участника. Новые модули / Департамент здоро-



- вья и развития ребенка и подростка ВОЗ. – Женева, 2006. – 449 с.
5. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье от 9 июля 1999 года // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, изм. и доп.: Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2012 г., №9, 2/1894.
  6. *Неверо, Е.Г.* Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е.Г.Неверо, Е.Л.Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №3. – С.70–72.
  7. Клиники, дружелюбные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. – Москва: ООО «БЭСТ-принт», 2010. – 210 с.
  8. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н.Е.Акола [и др.]; редкол. Е.М.Русакова [и др.]; предисл. Е.Л.Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. – Минск: АЛБТИОРА, 2011. – 258 с.
  9. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы: Указ Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №357; изм. и доп.: Указ Президента Республики Беларусь от 12 сентября 2012 г. №406 / / Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 14.09.2012, 1/13752.
  10. Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. №218.
  11. *Медик, В.А.* Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения / В.А.Медик, М.С.Токмачев // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2003. – №6. – С.17–20.
  12. *Бахадова, Е.В.* Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни. – [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 06.03.2009.
  13. *Лукьянова, Е.М.* Оценка качества жизни в педиатрии / Е.М.Лукьянова // Качественная клиническая практика. – 2002. – №4. – С.34–42.
  14. *Альбицкий, В.Ю.* Новый подход в комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю.Альбицкий, И.В.Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – №5. – С.16–17.
  15. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / А.А.Баранов [и др.]. – М.: Гэотар Медиа, 2006. – 118 с.
  16. *Журавлева, И.В.* Поведенческие факторы здоровья подростков / И.В.Журавлева // Социология медицины. – 2002. – №1. – С.32–48.
  17. *Журавлева, И.В.* Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И.В.Журавлева // Социологические исследования. – 2004. – №7. – С.133–142.
  18. *Белоусов, Д.Ю.* Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю.Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2008. – №2. – С.28–37.
  19. *Trojanowska, A.* Znaczenie badan nad jakoscia zycia w medycynie / A.Trojanowska // Zdr Publ. – 2011. – 121 (1). – 99–103.
  20. *Вассерман, Л.И.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л.И.Вассерман, Е.А.Трифорова, В.Л.Федорова // Сибирский психиатрический журнал. – 2008. – №27. – С.67–71.
  21. *Евдокимов, В.И.* Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни / В.И.Евдокимов, А.И.Федотов // Медико-биологическая и социально-психологическая проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – №4. – С.63–71.
  22. *Ненароков, А.Ю.* Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / А.Ю.Ненароков, Д.Л.Сперанский, Э.В.Аревшатов, А.Ю.Мудрый // Фундаментальные исследования. – 2012. – №2. – С.421–424.
  23. *Афанасьева, Е.В.* Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В.Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. – №1. – С.36–38.
  24. *Mihaila, V.* General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36) / V.Mihaila, D.Enachescu, C.Davila // QL News Letter. – 2001. – No.26. – P.17–18.
  25. *Новик, А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И.Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОМА-ПРЕС Звездный мир», 2002. – 320 с.
  26. *Gandek, B.* Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: The IQOLA Project approach / B.Gandek, J.Ware // J. Clin. Epidemiol. – 1998. – Vol.51, No.11. – P.953–959.
  27. *Амирджанова, В.Н.* Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н.Амирджанова, Д.В.Горячев, Н.И.Коршунов, А.П.Ребров, В.Н.Сороцкая // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С.36–48.
  28. Руководство по исследованию качества жизни / под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
  29. *Kochman, D.* Jakosc zycia. Analiza teoretyczna / D.Kochman // Zdr Publ. – 2007. – 117 (2). – 242–248.
  30. *Varni, J.V.* Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers / J.V.Varni, M.Seid, P.S.Kurtin // Journal of Clinical Outcomes Management. – 1999. – Vol.6, No.4. – P.33–40.
  31. *Varni, J.V.* The PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations / J.V.Varni, M.Seid, P.S.Kurtin // Medical Care. – 2001. – Vol.39, No.8. – P.800–812.

32. Trojanowska, A. Edukacja zdrowotna a jakosc zycia dzieci chorych na astme oskrzelowa / A.Trojanowska, A.Emeryk // Zdr Publ. – 2009. – 119 (3). – 279–282.
33. Trojanowska, A. Jakosc zycia dzieci chorych na astme oskrzelowa / A.Trojanowska, A.Emeryk // Zdr Publ. – 2009. – 119 (3). – 266–269.
34. Черюканов, А.В. Сравнительный анализ качества жизни детей и подростков по оценкам самих несовершеннолетних и их родителей / А.В.Черюканов, А.А.Витрищак // Педиатрия. – Том 8. – сентябрь 2007. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medline.ru>. – Дата доступа: 01.12.2012.
35. Цыбульская, И.С. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) / И.С.Цыбульская, Е.В.Бахадова [и др.]. – М.: РИО ЦНИИО-ИЗ, 2006. – 52 с.
36. Мащенко, И.В. Метод оценки индивидуального качества жизни / И.В.Мащенко. – Минск: ГУО «БелМАПО». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belmapo.by/page/5/390>. – Дата доступа: 01.04.2010.
37. Жерносек, В.Ф. Качество жизни и его особенности у детей с аллергическими заболеваниями / В.Ф.Жерносек, М.Е.Новикова // Медицинские новости. – 2004. – №11. – С.26–30.
38. Сурмач, М.Ю. Проблемы здоровья городских девочек-подростков и пути их решения (на примере города Гродно) / М.Ю.Сурмач, Е.М.Тищенко, И.М.Ситько, О.Г.Козлович, Т.А.Водчиц // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2010. – №3. – С.82–84.
39. Огрызко-Вевюровский, Г. Версии вопроса при исследовании общественного мнения / Г.Огрызко-Вевюровский // Социологические исследования. – 2003. – №6. – С.96–100.
40. Сурмач, М.Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков / М.Ю.Сурмач, Е.М.Тищенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.62–67.
41. Туаева, И.Ш. Гигиеническая характеристика режима ночного сна подростков / И.Ш.Туаева, О.И.Янушанец // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – №2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/46/> – Дата доступа: 01.12.2012.
42. Петрова, О.Ю. Влияние родительских практик на благополучие детей / О.Ю.Петрова // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С.3469–3476.
43. Шматкова, И.В. Взаимосвязь эмоционального благополучия детей раннего возраста и материнской позиции: автореф. ...дис. канд. психол. наук: 19.00.13 / И.В.Шматкова; «БГПУ им. Максима Танка». – Минск, 2012. – 27 с.
44. Чередник, М.А. Оценка качества жизни как критерия здоровья городской семьи: автореф. ...дис. канд. мед. наук: 14.00.33 / М.А.Чередник; СПбГМА. – Санкт-Петербург, 2003. – 22 с.
45. Гуцин, А.В. Возможности использования понятия качества жизни как оценочного критерия в медицине / А.В.Гуцин // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С.6539–6543.
46. Shah, S. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomized controlled trial / S.Shah, J.K.Peat, E.J.Mazurski // BMJ. – 2001. – Vol.322. – P.583–585.

**METHODOLOGY ON ASSESSING QUALITY OF LIFE OF 15-18-YEAR-OLD ADOLESCENTS**  
**M.Yu.Surmach**

The methodology assessing quality of life of 15-18-year-old adolescents has been substantiated. A questionnaire allows us to study the factors of life style and conditions of adolescents, to identify potential risk factors for psychoactive drug use, psychological crisis, risk of dangerous sexual behavior and to define the activity of adolescent health. Reproductive attitudes, evaluation and self-evaluation of health status, adequate nutrition, physical activity, mental and emotional status, material well-being of a young person's family, potentialities for social realization in the future, awareness of the reproductive health have been assessed according to scale scores. Individual scores on factors have been based on the significance of each factor and its influence on other components. Using parametric and nonparametric methods of data processing a preliminary statistical analysis of the survey outcomes, based on adolescent sampling throughout the country, has been carried out. This analysis makes it possible to reveal the impact of certain factors, included in the components of the health-related quality of life, on each other.

Поступила 31.01.2013 г.