

Сохранение и укрепления здоровья детей подросткового возраста является одной из актуальных проблем здравоохранения. Решение данной проблемы имеет высокую социальную значимость и входит в число важнейших задач государства, т.к. здоровье подростков составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного, трудового потенциала страны и является фактором национальной безопасности. Стремительные темпы ухудшения здоровья детей подросткового возраста ведут к неблагоприятным социально-экономическим последствиям, создают психологические проблемы, как в семье, так и в процессе школьного обучения. Такие тенденции диктуют необходимость внедрения новых организационных, профилактических и медицинских технологий, способствующих повышению здоровья детей. При этом большую значимость приобретают научные исследования по изучению региональных особенностей состояния здоровья детей с использованием методов комплексной, многомерной оценки, в том числе с позиции качества жизни. Исследование качества жизни в настоящее время является актуальным и приоритетным научным направлением в медицине, в том числе и в педиатрии.



**Арзикулов Абдурайим Шамшиевич** - доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии Андижанского государственного медицинского института. Автор более 200 научно-методических работ, в том числе 3 монографий, 2 учебников и 6 учебных пособий. С 2020 года член-корр. Российской Академии Естествознание - РАЕ.



Абдурайим Арзикулов

## Состояние здоровья с позиции качества жизни

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
Монография

LAP LAMBERT  
Academic Publishing

**Абдурайим Арзикулов**

**Состояние здоровья с позиции качества жизни**

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

**Абдурайим Арзикулов**

**Состояние здоровья с позиции  
качества жизни**

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО  
ВОЗРАСТА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Монография**

FOR AUTHOR USE ONLY

**LAP LAMBERT Academic Publishing RU**

**Imprint**

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: [www.ingimage.com](http://www.ingimage.com)

Publisher:

LAP LAMBERT Academic Publishing

is a trademark of

Dodo Books Indian Ocean Ltd., member of the OmniScriptum S.R.L  
Publishing group

str. A.Russo 15, of. 61, Chisinau-2068, Republic of Moldova Europe

Printed at: see last page

**ISBN: 978-620-4-21356-9**

Copyright © Абдурайим Арзикулов

Copyright © 2021 Dodo Books Indian Ocean Ltd., member of the  
OmniScriptum S.R.L Publishing group

FOR AUTHOR USE ONLY

**МИНИСТЕРСТВА ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ.**

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА  
ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАН-2021**

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>Введение</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА I. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПЕДИАТРИИ (обзор литературы)</b>	<b>6</b>
1.1. Современные тенденции состояния здоровья детей подросткового возраста	
1.2. Понятие «качество жизни» и факторы, его определяющие	
1.3. Методология исследования качества жизни	
<b>ГЛАВА II. ОБЪЕКТЫ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	<b>23</b>
<b>ГЛАВА III. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО КОМПЛЕКСА ФАКТОРОВ</b>	<b>27</b>
3.1. Региональные показатели качества жизни детей подросткового возраста	
3.2. Влияние социально-гигиенических факторов на качество жизни	
3.3. Влияние психологических особенностей личности подростка на показатели качества жизни	
<b>ГЛАВА IV. МЕРОПРИЯТИЯ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ</b>	
4.1. Мероприятия по улучшению состояния здоровья на основе показателей качества жизни	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>45</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b>	<b>62</b>

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ГУЗ - Государственное учреждение здравоохранения

ИМТ — индекс массы тела

КДМ - Клиника, дружелюбная к молодежи

КЖ - качество жизни

ЛПУ — лечебно - профилактическое учреждение

МКБ - международная статистическая классификация болезней

МУ - муниципальное учреждение

ПЗ - психическое здоровье

СФ - социальное функционирование

ФФ - физическое функционирование

ФШ - функционирование в школе

ЭФ - эмоциональное функционирование

FOR AUTHOR USE ONLY



## **ВВЕДЕНИЕ**

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Сохранение и укрепления здоровья детей подросткового возраста является одной из актуальных проблем здравоохранения. Решение данной проблемы имеет высокую социальную значимость и входит в число важнейших задач государства, т.к. здоровье подростков составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного, трудового потенциала страны и является фактором национальной безопасности [8, 29, 30,45]. Стремительные темпы ухудшения здоровья детей подросткового возраста ведут к неблагоприятным социально-экономическим последствиям, создают психологические проблемы, как в семье, так и в процессе школьного обучения. Такие тенденции диктуют необходимость внедрения новых организационных, профилактических и медицинских технологий, способствующих повышению здоровья детей [14, 35, 41, 62]. При этом большую значимость приобретают научные исследования по изучению региональных особенностей состояния здоровья детей с использованием методов комплексной, многомерной оценки, в том числе с позиции качества жизни [7, 13, 41, 79, 100, 222]. Исследование качества жизни в настоящее время является актуальным и приоритетным научным направлением в медицине, в том числе и в педиатрии [7, 13, 66, 125].

Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [60]. Изучение качества жизни в педиатрии позволяет оценить его показатели для разных возрастных и социальных групп детей, при острой и хронической патологии с определением влияния болезни на больного [125, 168, 203, 222]. Исследование качества жизни необходимо для определения групп медико-социального риска в детской популяции, оценки исходов и результатов

лечения заболеваний, особенно психосоциальных исходов, которые выходят за рамки медицинских эффектов [98, 100, 183].

По мнению ряда авторов, исследование качества жизни позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных, образовательных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медико - социальной помощи детям [66,109, 186, 193, 211,214]. Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о явном увеличении в последние годы исследований, касающихся оценки качества жизни [55, 59, 85]. Вместе с тем, до настоящего времени в Ферганской долине не проводились региональные популяционные комплексные исследования состояния здоровья и качества жизни подростков. Не изучались этнические особенности, не оценивалось влияние социально-экономического статуса семьи, психологических особенностей личности ребенка, медико-социальных факторов на показатели его качества жизни. Не выделялись на основе показателей КЖ группы медико-социального риска. В настоящее время говорить об оптимальном качестве жизни детей и разрабатывать мероприятия по улучшению состояния здоровья без проведения подобных исследований затруднительно. Необходимость комплексного решения перечисленных проблем определила цель и задачи настоящего исследования.

# **ГЛАВА I. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПЕДИАТРИИ (обзор литературы)**

## **1.1. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Негативные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков в последнее десятилетие носят устойчивый характер и стали еще более очевидными, поскольку не преодолен демографический кризис, а численность населения неуклонно снижается [10, 14, 16, 25, 30, 31, 50, 58, 75, 79]. На фоне неуклонного уменьшения численности детского населения отмечаются неудовлетворительные показатели их здоровья. В течение последних 5 лет заболеваемость детей в различных возрастных группах увеличилась на 18-20%. Более половины выпускников школ имеют хронические заболевания, более 60% - различные нарушения психического здоровья [50].

Инвалидность является важнейшим индикатором, сигнализирующим об ухудшении состояния здоровья детей [30]. На протяжении последних лет в России отмечается устойчивый рост детской инвалидности [19, 25, 30, 31, 54, 55, 82]. Ухудшение состояния здоровья детей всех возрастов определило формирование выраженных медико-социальных последствий: ограничение возможности реализации в будущем репродуктивной функции, возможности получения профессионального образования и трудоустройства, высокую частоту социальной и психологической дезадаптации [31, 111]. Учитывая вышеизложенное, комиссия Общественной палаты Российской Федерации по вопросам здравоохранения считает необходимым постоянно изучать состояние здоровья детей разного возраста и факторов, определяющих их качество жизни [29]. По мнению В.Р. Кучмы и соавт. патогенетические механизмы ухудшения здоровья детей тесно связаны с изменениями физического развития детей и подростков [41].

Поэтому антропометрические показатели являются одними из основных показателей состояния здоровья [45]. Отмечается отрицательная тенденция показателей физического развития детей и подростков, в том числе увеличение числа детей с низким физическим развитием, астенизацией и дисгармонизацией развития за счет, как дефицита, так и избытка массы тела [25, 48, 64, 65, 70, 83, 92, 94]. Жамлиханов Н.Х., Чернова Е.Г. на основе изучения продуктовых наборов, используемых семьями для питания школьников 15—17 лет, выявили, что обеспечение основными пищевыми веществами и энергией можно охарактеризовать как дефицитное, что обуславливает снижение массы тела школьников [27]. К закономерностям физического развития современных детей относится также и низкорослость, которая наблюдается у 1,5% детей [62]. Подростковый период является критическим в развитии ребенка [11, 38, 57, 65, 73, 84]. Он характеризуется акселерацией, биологической, психологической и социальной перестройкой, созреванием репродуктивных функций, формированием личности, сменой моральных ценностей [56]. Высокая чувствительность организма подростков к воздействию внешнесредовых факторов, изменяющаяся система общего и профессионального образования, интенсивные учебные нагрузки, внедрение компьютерного обучения, социальная незащищенность способствуют высокой распространенности как функциональных расстройств, так и хронических заболеваний [17, 18, 57, 65, 67, 80, 84]. Для этого возрастного периода характерна также выраженная неоднородность по паспортному и биологическому возрасту [81]. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. обращают внимание на то, что по данным официальной статистики самый значительный рост заболеваемости за последние 10 лет отмечается среди подростков [43].

По данным Е.К. Мочаловой именно в подростковом периоде отмечается наиболее высокий уровень инвалидизации [55]. Показатели состояния здоровья подростков, отражая уровень жизни популяции в целом, существенным образом зависят от многообразных факторов внешней среды,

социально-гигиенической характеристики семьи, образа жизни подростка и др. [56]. В подростковом возрасте высок уровень вредных привычек [62]. Распространенность курения среди московских юношей колеблется от 32,8% среди школьников до 50,7% среди учащихся профессиональных училищ (ПУ); 12-17,8% учащихся ПУ ежедневно употребляют алкоголь. Баль Л.В., Михайлов А.Н. выявили низкую физическую активность родителей, нерациональное питание, высокую частоту курения среди подростков [6]. Баирова Т.А., Бадмаева Н.Ц. установили, что школьная успеваемость зависит не от уровня интеллекта, а от баланса вегетативной нервной системы, психологических особенностей личности [5]. Брин И.Л. и соавт. считают, что в основе школьной адаптации лежат как социальные, так и биологические факторы [12].

По мнению Kupersmidt J.B. и соавт., отвергнутые сверстниками подростки отличаются делинкветным поведением [151]. Худшее качество жизни было выявлено у детей с психологическими проблемами [172]. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. на основании комплексного обследования 350 подростков 14-15 лет считают, что учащиеся, заканчивающие II ступень общеобразовательной школы, по своим биологическим, психофизиологическим, личностным и психосоциальным особенностям в значительной степени не готовы к переходу на более высокую ступень социализации [40]. Рапопорт И.К. и соавт. установили, что по состоянию здоровья 79,2% девятиклассников имеют ограничения в профессиональном выборе, а 20-28,5% учащихся профессионально-технических училищ имеют медицинские противопоказания к выбранным профессиям [24,28]. По мнению ряда авторов, особую группу, подверженную большому количеству различных факторов риска для здоровья, составляют работающие подростки [30, 43].

Этому способствуют раннее начало трудовой деятельности, многочисленные нарушения трудового законодательства, большая распространенность поведенческих факторов риска - курение, употребление

алкоголя, непродолжительный сон. Семейное окружение играет наиболее важную роль в формировании здоровья ребенка [1]. Абросимова М.Ю. изучила медико-социальную характеристику 234 семей, воспитывающих подростков. Установлено, что для большинства семей характерен средний уровень жизни. Выявлена высокая распространенность употребления родителями спиртных напитков, только половина родителей уделяли ребенку достаточно внимания. Кузнецова М.А., Поздеева Е.А. изучили структуру семьи и особенности внутрисемейных отношений у детей с повторной госпитализацией [36]. Различные патологические стили семейного воспитания выявлены у 97,8% обследованных пациентов. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей России обусловлены влиянием комплекса неблагоприятных социально-экономических, психологических и экологических факторов, нарушением адаптации учащихся к условиям, формам и методам обучения, низкой двигательной активностью, недостаточным вниманием к своему здоровью и образу жизни [9, 14, 15, 23, 33, 35, 45, 76, 91].

По мнению Максимовой Т.М. и соавт., социально-экономические условия являются важнейшим, часто основополагающим фактором риска формирования отклонений в здоровье детей, а ухудшение их здоровья по мере снижения качества их жизни - это государственная проблема, требующая принятия решений на самом высоком уровне [46]. В соответствии со статьей 5 Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти Российской Федерации относится установление государственных минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей [86]. В.К. Овчаров и соавт. считают, что в условиях социально-экономических кризисных явлений в обществе негативному влиянию подвергается как физическое здоровье, так и психологическое, эмоциональное и социальное благополучие детей России [2, 45, 63]. По мнению А.А. Баранова и Ю.Е. Лапина, по мере повышения уровня

общественного развития зависимость здоровья ребенка от внешних условий и факторов возрастает, а динамика состояния здоровья детей является показателем правильности избранного обществом курса социально-экономических преобразований [8, 45]. Чичерин Л.П. считает, что формирующийся детский организм непосредственно на себе ощутимо испытывает последствия реформирования общества, реагирует на них высокой заболеваемостью, низким уровнем физического и психического развития, социальным неблагополучием [91]. Ряд авторов считают, что в современных условиях ведущими факторами риска являются социально-гигиенические условия жизни детей и образ их жизни [30, 42,45,46,63]. Учитывая выше изложенное, необходимо совершенствовать методику комплексной оценки состояния детского здоровья как биологической, так и социальной категории [39]. Совершенствование критериев и подходов к оценке состояния здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях является одним из важнейших направлений в области фундаментальных исследований по проблемам здоровья и образования детей [30]. Румянцев А.Г. и соавт. указывают на отсутствие унифицированных междисциплинарных критериев оценки состояния здоровья детей и подростков, стандартов оценки когортного и популяционного, физического и репродуктивного здоровья, поведенческих и социально обусловленных рисков угрозы жизни и здоровья школьников [68]. При проведении диспансеризации выпадают проблемы психосоциального развития, не оцениваются пограничные состояния, поведенческие риски, представляющие угрозу для здоровья и жизни детей, в том числе подросткового возраста [49]. Чечельницкая СМ. и соавт. Сформировали междисциплинарный перечень индикаторов здоровья и факторов, влияющих на него: это личностные (физиологического, медицинского и психологического характера) и средовые (семейные, школьные, групповые) [51]. По мнению А.Г.Ильина и соавт., необходимо продолжать исследования, направленные на выявление

факторов, влияющих на формирование здоровья детей в различных регионах РФ [79].

## **1.2. ПОНЯТИЕ - КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ**

Качество жизни — социологическая категория, выражающая степень удовлетворенности материальных и культурных потребностей людей (качество питания, одежды, комфорт жилища, качество здравоохранения, образования, сферы обслуживания, окружающей среды, структура досуга, степень удовлетворения потребностей в содержательном общении, знаниях, творческом труде, уровень стрессовых состояний) [89].

Термин -качество жизни, связанное со здоровьем (health - related quality of life) позволяет выделить медицинские аспекты данного понятия. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует определять его как восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами [133]. ВОЗ определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков [226]. Экспертами ВОЗ разработаны критерии качества жизни, связанного со здоровьем:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения,



доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология);  
-духовность (религия, личные убеждения) [44]. Wallander J.L. и соавт. указывают, что до настоящего времени не достигнуто согласие по наилучшему определению качества жизни [222]. Использование различных определений, критериев и методов изучения ограничивают возможность сравнения результатов в различных исследованиях и популяциях. Определения качества жизни широко варьируют [100]. Большинство авторов указывают на два центральных аспекта данного понятия: 1) качество жизни является субъективной оценкой и должно оцениваться пациентом; 2) качество жизни — многомерная конструкция, включающая в себя широкий диапазон различных аспектов жизнедеятельности, включая физическое, социальное и эмоциональное благополучие [100, 124, 126, 155, 131, 222].

Качество жизни - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [60, 61]. Leidy N.K., Rich M., Geneste B. под качеством жизни подразумевают субъективное восприятие личностью влияния состояния здоровья, включая наличие заболевания и лечение, физическое, психическое и социальное функционирование [157]. По мнению Wallander J.L., качество жизни - это совокупность объективных и субъективных показателей благосостояния в различных аспектах жизнедеятельности, рассматриваемых в рамках одной культуры и временного интервала [223]. Ряд авторов считают, что качество жизни в педиатрии отличается от такового у взрослых, что обусловлено зависимостью детей от родителей, ровесников и одноклассников, развитием, демографическими факторами, различиями систем медицинского обслуживания [102, 106, 109, 157, 186]. Кроме того, существуют ограничения в восприятии детьми ряда концепций качества жизни [154].

Качество жизни в педиатрии - это интегральная характеристика физиологического, психологического, эмоционального и социального

функционирования больного или здорового ребенка, основанная на его субъективном восприятии и/или субъективном восприятии его родителей Bruil J. указывает, что качество жизни - это восприятие и оценка ребенком различных ее сфер, имеющих для него значение, и те ощущения, которые связаны для него с проблемами в функционировании [197].

В.И. Гордеев и Ю.С. Александрович понимают под качеством жизни субъективную удовлетворенность, выражаемую или испытываемую индивидуумом в физических, ментальных и социальных ситуациях, даже при наличии каких - либо дефицитов. При этом не исключаются объективные достижения и умения, которые высоко ценятся в обществе: интеллект, физические возможности, характерологическая стабильность, а также способность формировать социальные отношения и получать от этого удовольствие [22]. Eiser C, Morse R. считают понятие качество жизни центральным в педиатрической практике [125]. Качество жизни, являясь субъективным показателем благополучия, может стать одним из критериев комплексной оценки состояния здоровья детей [13, 100, 122, 150, 222].

По мнению Wallander J.L., определение качества жизни позволяет:

—оценивать влияние политики в области благополучия человека, охраны здоровья, образования и социального страхования;

- оценивать влияние лечения в контролируемых рандомизированных исследованиях;

—выявлять различия между различными группами в скрининговых программах;

- устанавливать связь качества жизни детей с различными факторами.

По мнению Matza L.S. и соавт. исследование качества жизни необходимо для оценки исходов и результатов лечения заболевания, особенно психосоциальных исходов, которые выходят за рамки медицинских эффектов [98, 100, 162, 183, 203]. Palley H.A., Van Hollen V., Tawfik R. и соавт. подчеркивают, что целью лечебных мероприятий является не просто сохранение жизни и функций организма, а влияние на общий статус ребенка

и его качество жизни [103, 170]. Метод оценки качества жизни в педиатрии позволяет определить показатели нормы КЖ для различных возрастных и социальных групп детей, выявить влияние хронических заболеваний на состояние здоровья детей и их качество жизни, определить группы риска в детской популяции [7, 13, 125, 168, 188, 203, 222]. По мнению ряда авторов качество жизни позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных, образовательных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медико-социальной помощи детям на основании результатов оценки качества жизни [37, 66, 109, 186, 193, 211, 214].

Оценка качества жизни должна стать неотъемлемой частью исследований по эффективности лекарственных препаратов [100, 184, 222]. Seid M. и соавт. в своем исследовании показали, что оценка качества жизни по данным родителей позволяет прогнозировать расходы системы здравоохранения [140].

Систематический обзор Clarke S.A., Eiser C, охвативший англоязычные исследования за период с 1993 по 2003 год, свидетельствует об ограниченном использовании оценки качества жизни в педиатрических клинических исследованиях [107]. Vaars R.M. на основании анкетирования членов Голландской педиатрической ассоциации установил, что большинство педиатров (82%) считают необходимым оценку качества жизни детей, особенно при наличии хронических заболеваний [108]. В то же время соответствующие опросники использовали только 17% педиатров. В качестве основных причин, препятствующих применению опросников по качеству жизни, указываются: необходимость дополнительного времени для их заполнения, непригодность ряда стандартных опросников, недостаточный уровень знаний о качестве жизни.

### 1.3. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Основными инструментами исследования качества жизни являются стандартизированные опросники в форме тестов, которые заполняются самими пациентами или специально обученным персоналом со слов больного.

Различным ответам присваиваются определенные цифровые значения, которые затем перекодируются и подвергаются статистической обработке по разработанному авторами алгоритму. По мнению Varni J.W. и соавт. надежные данные по оценке качества жизни с помощью опросников могут быть получены у детей с 5-летнего возраста [215]. Необходимы разработка и адаптация опросников для различных возрастных групп [111,215]. К опросникам предъявляются строгие требования: - Опросники должны быть универсальными, то есть включать в себя все аспекты качества жизни. - Опросники должны иметь хорошие психометрические свойства: надежность (точность измерения), валидность (достоверность), чувствительность (способность выявлять изменения показателей качества жизни в соответствии с возможными изменениями в состоянии респондента). - Опросники должны быть краткими и простыми для понимания независимо от возраста и уровня образования респондентов [7].

Однако до настоящего времени остается дискуссионным вопрос, кто должен оценивать качество жизни детей [122]. Eiser C. и соавт. считают, что самооценка качества жизни важна как субъективная оценка, особенно при изучении аспектов жизнедеятельности, которые могут быть неизвестны родителям [126]. В то же время, по мнению исследователей, дети не всегда могут представить достоверную информацию. " Bart R.D. и соавт. считают восприятие родителей важным само по себе из-за тесной взаимосвязи между родителями и детьми [96]. В то же время родительские ответы имеют ряд недостатков [96, 124, 154]. Анкетирование родителей в качестве источника

информации не согласуется с понятием качества жизни как субъективного восприятия. Не установлено, кто из родителей должен оценивать качество жизни. Не ясно насколько родители могут давать адекватную информацию, так как дети могут больше времени проводить с другими членами семьи. Учитывая вероятность получения неполной информации при анкетировании только детей или только родителей, ряд исследователей считают необходимым получение сведений из обоих источников одновременно [99, 122, 203]. Такой подход позволяет получить наиболее полную информацию о влиянии болезни на ребенка. В то же время данная стратегия поднимает ряд методических вопросов: 1) как интерпретировать данные детей и родителей (раздельно или объединить их); 2) как интерпретировать противоположно различающиеся ответы в связи с трудностями определения, чьи ответы являются более достоверными [100]. В последние годы отмечается значительный прогресс в измерении качества жизни детей и оценке его значения в клинической практике [123].

Отдельные авторы указывают, что согласованность ответов детей и родителей зависит от того, какие аспекты жизнедеятельности исследуются [105, 115, 122, 203]. Наибольшая согласованность отмечается при оценке физических возможностей, более низкая - при оценке незаметных для родителей эмоциональных аспектов.

В пилотном исследовании KIDSCREEN, охватившем 2526 детей и их родителей в 7 Европейских странах, установлена наибольшая согласованность ответов по физическим и когнитивным областям, а наибольшие разногласия по социальным и психологическим аспектам, что зависело от страны исследования [105]. Landgraf J.M., Abetz L.N. считают, что выявленный ими высокий уровень соответствия между результатами обследования детей и родителей свидетельствует о возможности анкетирования как детей, так и их родителей [154]. Saigal S. выявил согласованность ответов при обследовании детей более старшего возраста [120].

Противоположные данные получили Guyatt G.H. и соавт. [104]. Eiser C, Morse R. выявили незначительное влияние возраста на согласованность ответов детей и родителей [122]. Robitail S. и соавт. не выявили влияние возраста и пола на согласованность ответов детей и их родителей [105]. Ряд авторов выявил низкую согласованность в ответах детей и родителей [165]. Levi R.V. и соавт. установили более высокую согласованность ответов у здоровых детей по сравнению с онкологическими больными [158]. В исследовании Theunissen N.C. и соавт. дети указывали на более низкое качество жизни, чем их родители [209]. Противоположные данные получены Е.К. Мочаловой, которая установила более высокие показатели качества жизни по результатам анкетирования как здоровых подростков, так подростков-инвалидов [55]. По мнению Matza L.S. и соавт. необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы определить факторы, влияющие на согласованность ответов детей и их родителей [100]. Учитывая различия между данными детей и родителей, Eiser C, Jenney M. считают необходимым привлекать больше наблюдателей при оценке качества жизни у детей [123]. Eiser C, Morse R. при обзоре литературы обнаружили 43 опросника для оценки качества жизни детей [155]. Большинство авторов подразделяют все опросники на общие и специальные [60].

Общие опросники разработаны для оценки качества жизни в целом, без учета определенной патологии, поэтому могут использоваться в популяционных исследованиях с целью выработки нормативов и выявления изменений качества жизни в группах риска и группах с хроническими заболеваниями, а также для оценки эффективности программ здравоохранения [20, 44, 61, 72].

В педиатрии наиболее широко используются опросники Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL 4.0), Child Health Questionnaire (CHQ), TNO-AZL Quality of Life Questionnaire (TACQOL), German generic quality of life instrument for children (KINDL), HUI Mark 2, SSC - PQ, QUALIN [66]. В России применяются только первые три опросника, которые прошли

культурную и языковую адаптацию. German generic quality of life instrument for children (KINDL) состоит из 40 вопросов и предназначен для детей от 8 до 16 лет. Опросник позволяет оценивать физическое состояние, духовное, психологическое, социальное функционирование, ежедневную активность [84, 180, 213, 221]. Существуют формы как для самостоятельного заполнения детьми, так и для заполнения родителями. Данный опросник широко используется в Германии при проведении эпидемиологических исследований с целью изучения состояния здоровья детей и подростков [127]. В настоящее время осуществляется европейский проект KIDSCREEN с целью разработки стандартизированного инструмента для оценки качества жизни детей в возрасте 8-17 лет, который одинаково уместно может быть применен в различных европейских странах [117, 130, 160, 161, 174].

Опросник включает 52 вопроса, сгруппированных по 10 шкалам. В реализации данного проекта участвуют 13 стран (Австрия, Франция, Германия, Швейцария, Нидерланды, Испания, Польша). Для разработки нормативных данных планируется анкетирование 25000 детей и их родителей. Еще один европейский многоцентровый проект посвящен разработке и адаптации опросника для оценки качества жизни детей и подростков с хроническими заболеваниями - DISABKIDS, в котором предусмотрены как общий модуль, так и модули для таких заболеваний, как бронхиальная астма, ювенильный идиопатический артрит, эпилепсия, сахарный диабет, атопический дерматит, муковисцидоз [132, 198, 199]. Child Health Questionnaire (CHQ) существует в трех вариантах: две родительские версии (по 50 и 28 вопросов) и одна детская (87 вопросов) [156, 178, 185]. Родительская версия предназначена для оценки качества жизни детей старше 5 лет. Детская версия может самостоятельно заполняться детьми с 10 лет. По мнению ряда авторов короткая версия (CHQ-PF28) может быть использована для изучения здоровья детей, но для получения надежной оценки физического и психосоциального статуса требуется полная версия (CHQ-PF50) [178, 182].

Качество жизни с помощью опросника CHQ оценивается по 14 шкалам: физическое функционирование, физическая боль/дискомфорт, социальные ограничения из - за физических проблем, социальные ограничения из - за эмоциональных проблем, социальные ограничения из-за поведения, восприятие здоровья в целом, самооценка, психологическое здоровье, поведение, жизнь семьи, прочность семьи, зависимость личного времени родителей от состояния здоровья ребенка, зависимость эмоционального благополучия родителей от состояния здоровья ребенка, изменения состояния здоровья. На основании 10 шкал проводится расчет 2 интегральных показателей - общего физического счета и общего психосоциального счета. Сотрудниками Института ревматологии РАМН в рамках многоцентрового исследования под руководством Международной педиатрической ревматологической организации по испытанию лекарственных препаратов проведена культуральная и языковая адаптация родительской версии опросника CHQ [69, 210].

Установлено, что опросник является надежным инструментом оценки функционального, физического и психоэмоционального статуса детей с ювенильными артритами. В то же время авторы обращают внимание на наличие сложных для понимания родителями вопросов, особенно относительно концепций поведения детей, собственного восприятия и общего здоровья. Опросник PedsQL состоит из 23 вопросов, которые оценивают качество жизни по 4 шкалам: физическое, эмоциональное, социальное функционирование, жизнь в школе, на основании которых рассчитывается суммарный балл [216, 219]. Разработаны родительские и детские версии опросника для трех возрастных групп (5-7, 8-12 и 13-18 лет) и родительская версия для заполнения родителями детей 2-4 лет.

Специальные модули разработаны для сердечнососудистых, ревматических, аллергических, онкологических заболеваний, сахарного диабета, болевого синдрома. Заполнение опросника занимает не более 4 минут и может быть осуществлено как при личном контакте, так и по



телефону. Вопросы опросника затрагивают отношения со сверстниками, повседневную деятельность, эмоциональное состояние, школьную успеваемость. Для ответов авторами использована 5-балльная шкала Ликкерта, при этом количество баллов варьирует от 0 (никогда нет проблем) до 4 (почти всегда трудно). Преимуществами данного опросника являются хорошие психометрические свойства, простота и удобство заполнения, широкий возрастной диапазон (от 2 до 18 лет), наличие параллельных форм для детей и родителей [203]. Кроме того, разработаны модули для оценки качества жизни при различных заболеваниях, в том числе при бронхиальной астме, сахарном диабете, ревматических заболеваниях, патологии нервной системы [205, 206, 207, 208, 218, 220]. Для изучения влияния хронических заболеваний ребенка на родителей и семью используется семейный модуль [204].

Для оценки связи между качеством жизни и состоянием здравоохранения применяется модуль Удовлетворенность медицинскими услугами [97]. Многочисленные исследования с использованием данного опросника показали, что он является надежным и достоверным инструментом для оценки качества жизни детей и подростков [118, 139, 163, 202, 203, 216, 217]. По мнению авторов PedsQL может быть использован для скринингового выявления физических и психосоциальных проблем [203]. В России разработка и оценка свойств русской версии опросника PedsQL впервые была проведена Т.П. Никитиной [3, 32, 59].

В ходе этнологической адаптации и пилотного исследования ей выявлены удовлетворительные показатели надежности и валидности русских версий опросника, что позволило рекомендовать их для изучения качества жизни детей 8-18 лет с целью получения дополнительной информации о физическом, психологическом, социальном и ролевом функционировании детей, а также для изучения влияния болезни на ребенка и оценки эффективности проводимой терапии. Опросник TNO-AZL Child Quality of Life Questionnaire (TACQOL) описывает физическое, двигательное,

познавательное, социальное функционирование, уровень независимости, позитивное и негативное настроение [164, 209]. Разработаны детские формы для детей 8-15 лет и родительские формы для родителей детей 6-15 лет. Опросник Child Health and Illness Profile - Adolescent (CHIP-AE) предназначен для самостоятельного заполнения детьми 11-17 лет [194]. Опросник Child Quality of Life Questionnaire (CQOL) включает в себя формы для детей 9-15 лет и их родителей [136]. Для исследования качества жизни детей с различными заболеваниями наиболее часто используются следующие специальные опросники: - дерматология: the Self - Administered Eczema Area and Severity Index (SA-EASI), The Childrens Dermatology Life Quality Index (CDLQI), International development of the Parents Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoLAD)[146, 195,212]. - детская онкология: Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) и Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL) [135, 171]; - бронхиальная астма: Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) и Childhood Asthma Questionnaire (CAQ) [119, 134, 166]; - сахарный диабет: Diabetes Quality of Life Instruments (DQOL) adapted for older children and adolescent [145];- эпилепсия: Quality of life in Epilepsy [225], Epilepsy and Learning Disabilities Quality of Life (ELDQOL) scale [196]; - ювенильный ревматоидный артрит: Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire [201]; - болезнь Крона [175]; - аллергический ринит: Pediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (PRQLQ), Adolescent Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (AdolRQLQ) [149, 167].

Таким образом, представленный анализ литературных данных показал, что за последние годы нарастает количество работ, посвященных оценке региональных особенностей здоровья детей, в том числе подросткового возраста. Доказано, что на здоровье детей, особенно подросткового возраста влияет комплекс неблагоприятных социально-экономических, психологических и экологических факторов, образ жизни, нарушение адаптации ребенка к формам и методам обучения. Большинство авторов отмечают необходимость совершенствования методики комплексной оценки

состояния здоровья детей. В последние годы большое внимание уделяется изучению качества жизни как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования. Изучение здоровья на основе определения качества жизни представляется важным как для детей-инвалидов и детей с хроническими заболеваниями, так и для здоровых детей. Данный метод позволяет оценить динамику различных видов жизнедеятельности ребенка, выявить возможные причины ухудшения его качества жизни.

Литературные данные о влиянии различных биологических, психологических и социально-гигиенических факторов на качество жизни у детей противоречивы. До настоящего времени в России не проводились эпидемиологические исследования по разработке популяционных нормативов качества жизни, не установлено значение исследования качества жизни в комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков. Для решения перечисленных проблем было предпринято данное исследование.

## **ГЛАВА II. ОБЪЕКТЫ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучение качества жизни и состояния здоровья детей подросткового возраста в г. Анджане проводилось в течение 2019-2021- гг. на базе кафедры пропедевтики детских болезней Андижанского государственного медицинского института.

Методы, объекты, объем исследования, размеры выборочных совокупностей, дифференцированы в соответствии с поставленными задачами и последовательностью их решения. В качестве основных объектов исследования явились подростки в возрасте от 13 до 17 лет включительно, обучающиеся в общеобразовательных учреждениях и учреждениях среднего специального образования г. Анджана. Всего было роздано 1500 комплектов анкет для детей и их родителей. Возвращено 1296 анкет (86,4%). В исследование включено 1277 детей в возрасте 13-17 лет (85,1% от выборки).

Критерии включения детей подросткового возраста г. Анджана в исследование:

- 1) возраст от 13 до 17 лет включительно;
- 2) наличие информированного согласия подростков и их родителей;
- 3) обучение в общеобразовательных учреждениях, учреждениях среднего специального образования;
- 4) включение в I, II или III группу здоровья по результатам медицинского осмотра;
- 5) наличие заполненного опросника PedsQL для подростков и родителей, социально — гигиенической анкеты, медицинской карты.

Соответственно, критериями исключения являлись:

- 1) возраст до 12 лет включительно или достижение 18 лет;
- 2) отсутствие информированного согласия подростка и его родителей;
- 3) возврат незаполненной социально - гигиенической анкеты;

- 4) возврат незаполненного детского или родительского опросника PedsQL;
- 5) острые заболевания, перенесённые в течение месяца до исследования;
- 6) отнесение к IV и V группам здоровья;
- 7) дети, находящиеся на домашнем обучении,
- 8) психические расстройства.

Всего в исследование включено 85,1% подростков из выборки, что соответствует требованиям, предъявляемым к эпидемиологическим исследованиям (не менее 80%). В исследовании использовался комплекс методов: клинико-anamnestический, лабораторно-инструментальный, психодиагностический метод социально-гигиенического исследования, статистический, аналитический, социологический. При обработке материала вычислялись показатели качества жизни подростков по специально разработанной программе (PedsQL); экстенсивные показатели, характеризующие состав или структуру явления в процентах, и интенсивные показатели, указывающие на частоту или распространенность явления, коэффиценты достоверности.

Оценка уровня физического развития проводилась по центильным таблицам. Среднее физическое развитие определялось при показателях роста в пределах 25-75-го центилей. При росте ниже 3-го центиля физическое развитие оценивалось как очень низкое (низкорослость), в пределах 3-10-го центилей как низкое, 10-25-го центилей как ниже среднего. Рост в пределах 75-90-го центилей свидетельствовал о физическом развитии выше среднего, в пределах 90-97-го центилей - о высоком физическом развитии и выше 97-го центиля - об очень высоком развитии (высокорослости). Гармоничность физического развития оценивалась по индексу массы тела (ИМТ), который определялся по формуле:  $ИМТ = \frac{\text{масса (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$ . Критериями ожирения явились показатели ИМТ выше 95-го перцентиля, избыточной массы тела — от 90 до 95-го перцентиля, недостаточности питания - ниже 3-го перцентиля, пониженного питания - от 3 до 10-го перцентиля.

Для оценки личностных особенностей детей использован подростковый вариант многофакторного опросника Р.Кеттела, состоящий из 142 вопросов [53, 71]. Опросник состоит из 14 шкал, характеризующих основные черты характера, в т. ч. шкала А (замкнутость - общительность), шкала В (оценка интеллекта), шкала С (эмоциональная неустойчивость - устойчивость), шкала D (флегматичность - возбудимость), шкала Е (конформность - доминантность), шкала F (озабоченность - беспечность), шкала G (недобросовестность — совестливость), шкала H (робость - смелость), шкала I (реалистичность - чувствительность), шкала J (коллективизм - индивидуализм), шкала O (самоуверенность – склонность к самообвинению), шкала Q2 (зависимость от группы - самостоятельность), шкала Q3 (низкий самоконтроль - высокий самоконтроль), шкала Q4 (расслабленность - напряженность). Вторичный фактор .э (интроверсия - экстраверсия) рассчитывался по формуле: .э - 7A+4F+5H-3Q2. Низкими считались показатели шкал 1-3 балла, высокими - 8-10 баллов. Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипа состоит из 58 вопросов и предназначена для изучения уровня и характера тревожности, связанной со школой [88]. Оценка результатов проводится по 8 факторам: 1) общая тревожность в школе; 2) переживание социального стресса; 3) фрустрация потребности в достижении успеха; 4) страх самовыражения; 5) страх ситуации проверки знаний; 6) страх несоответствия ожиданиям окружающих; 7) низкая физиологическая сопротивляемость стрессу; 8) проблемы и страхи в отношениях с учителями. Подсчитывается число ответов, не совпадающих с ключом как по каждому фактору Оценка показателей КЖ подростков.

Расчеты качества жизни подростков с определением регионального норматива показателя КЖ подростков г. Андижана, изучалось влияние различных социально-гигиенических факторов и психологических особенностей личности подростка на показатели качества жизни.

Обработка полученных данных проводилась на персональных компьютерах типа IBM PC/ AT 586 (Pentium) в операционной среде Windows 2000 с использованием статистической программы STATISTICA 6.0». При описании количественных данных в качестве меры центральной тенденции указывалась медиана (Me) - значение, соответствующее середине ряда упорядоченных от минимальной до максимальной величин, в качестве меры рассеяния - интерквартильный размах - значения 25 и 75-го квартилей (Q25 и Q75). Достоверность различий количественных показателей между двумя группами оценивалась по критерию Стюдента. Корреляционный анализ включал определение коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для каждого показателя вычислялся уровень его значимости. С целью прогнозирования качества жизни и выделения групп риска по формированию его низкого уровня проведен анализ с определением диагностических коэффициентов различных социально-гигиенических, медико-биологических и психологических факторов.

## **ГЛАВА III. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖЕЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА И ВЛИЯНИЕ НА НИХ КОМПЛЕКСА ФАКТОРОВ**

Впервые в Ферганской долине проведено популяционное исследование качества жизни детей подросткового возраста. Исследование проводилось с использованием международного опросника PedsQL, имеющего детскую и взрослую версию.

Опросник прошел мультицентровые исследования в разных странах мира и доказал свою высокую информативность и чувствительность. Для оценки достоверности применялись методы непараметрической статистики.

### **3.1. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

По результатам исследования методом специального пересчета получены региональные показатели качества жизни подростков города Андижана, представленные в таблице 1.

Как видно из таблицы, показатель итоговой оценки качества жизни по данным родителей составил 82 балла, по результатам самооценки 83 балла. По мнению родителей большинство детей не испытывали проблем в процессе межличностного общения, во взаимоотношениях с одноклассниками и сверстниками, о чем свидетельствуют высокие показатели шкалы Социальное функционирование (90 баллов). Физическое функционирование также находилось на достаточно высоком уровне (88 баллов): по мнению родителей большинство детей не испытывали затруднений при выполнении повседневной обыденной физической нагрузки (ходьба пешком, бег, выполнение домашних обязанностей, самообслуживание).



Таблица 1

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО  
ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА**

Шкала	По оценке родителей	По самооценке (n=1277)	Достоверность	Корреляция Спирмена г
<b>ФФ</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>&lt;0,02</b>	<b>0,66</b>
<b>ЭФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,65</b>
<b>СФ</b>	<b>90</b>	<b>95</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,59</b>
<b>ШФ</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,66</b>
<b>ПЗ</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>&gt;0,001</b>	<b>0,67</b>
<b>СБ</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>&gt;0,05</b>	<b>0,70</b>

Наиболее низкие оценки при анкетировании родителей были получены по шкале Жизнь в школе (70 баллов), что может отражать наличие проблем в школе (пропуски занятий по состоянию здоровья, а также забывчивость, невнимательность, затруднения при выполнении заданий и усвоении школьной программы). Низкие показатели по шкалам Эмоциональное функционирование (75 баллов) и Психическое здоровье (80 баллов) свидетельствуют о наличии у ряда детей таких психоэмоциональных реакций, как чувство страха, внутренней тревоги, эмоциональной напряженности. Как видно из представленной таблицы, дети подросткового возраста и их родители практически одинаково оценили уровень качества жизни (82 балла по оценке родителей, 83 балла - по самооценке,  $p > 0,05$ ). По всем шкалам выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между показателями одноименных шкал родительских и детских форм опросника (0,59-0,70,  $p < 0,001$ ). Полученные результаты могут свидетельствовать о сопоставимости восприятия вопросов и оценки большинства аспектов жизнедеятельности родителями и детьми.

В то же время подростки по сравнению с родителями более высоко оценивали свой уровень межличностного общения, социального функционирования, обучения в школе, что может быть обусловлено как с завышенной самооценкой своего статуса в микросоциальной среде, так и с повышенными требованиями к ребенку со стороны родителей. Более низкие показатели 25- и 75-го квартилей распределения показателей по шкале Эмоциональное функционирование детского опросника по сравнению с родительским опросником свидетельствуют о недостаточно адекватном представлении родителей в отношении эмоционального благополучия собственных детей по сравнению с их субъективной самооценкой.

Изучено качество жизни подростков, проживающих в городской и сельской местностях (табл. 2).

Таблица 2

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО  
ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ  
МЕСТНОСТИ (БАЛЛЫ)**

Шкала	Городские дети (n=855)	Сельские дети (n=422)	P
<b>По оценке родителей</b>			
<b>ФФ</b>	85	88	<b>0,047</b>
<b>ЭФ</b>	75	75	<b>0,002</b>
<b>СФ</b>	95	90	<b>&lt;0,001</b>
<b>ШФ</b>	70	70	>0,05
<b>ПЗ</b>	80	78	<b>0,009</b>
<b>СБ</b>	83	82	>0,05
<b>По самооценке</b>			
<b>ФФ</b>	88	84	<b>&lt;0,001</b>
<b>ЭФ</b>	75	70	<b>0,005</b>
<b>СФ</b>	95	90	<b>&lt;0,001</b>
<b>ШФ</b>	75	70	<b>&lt;0,001</b>
<b>ПЗ</b>	82	78	<b>&lt;0,001</b>
<b>СБ</b>	84	80	<b>&lt;0,001</b>

Таблица 3

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА  
(баллы)**

шкала	мальчики	девочки	P
<b>По оценке родителей</b>			
<b>ФФ</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>0,034</b>
<b>ЭФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>СФ</b>	<b>90</b>	<b>94</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>ШФ</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>ПЗ</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>СБ</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>По самооценке</b>			
<b>ФФ</b>	91	<b>84</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>ЭФ</b>	<b>80</b>	<b>70</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>СФ</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>ШФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>ПЗ</b>	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>0,038</b>
<b>СБ</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>&gt;0,001</b>

Мальчики по сравнению с девочками отличали более высокий уровень физического функционирования (соответственно 91 и 84 балла). У девочек наиболее низким, чем у мальчиков, оказался уровень психо эмоционального функционирования (соответственно 70 и 80 баллов по шкале ЭФ,  $p < 0,001$  и 80 и 82 балла по шкале ПЗ,  $p = 0,038$ ), что обусловлено свойственными девочкам подросткового возраста такими психологическими особенностями, как эмоциональная чувствительность, возбудимость. Кроме того, родители более низко оценили школьное функционирование мальчиков, чем девочек (соответственно 70 и 75 баллов), в то время как по результатам самооценки различия по данной шкале отсутствовали. Выявлены некоторые различия в качестве жизни подростков в зависимости от возраста (табл. 3).

Таблица 4

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ  
РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА (баллы)**

Шкалы	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	Р
<b>По оценке родителей</b>						
<b>ФФ</b>	84	<b>86</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>0,041</b>
<b>ЭФ</b>	<b>80</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>0,025</b>
<b>СФ</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	> 0,05
<b>ШФ</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	> 0,05
<b>ПЗ</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	> 0,05
<b>СБ</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	> 0,05
<b>По самооценке</b>						
<b>ФФ</b>	88	88	<b>88</b>	84	80	> 0,05
<b>ЭФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>0,017</b>
<b>СФ</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>95</b>	<b>94</b>	<b>95</b>	<b>0,031</b>
<b>ШФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	> 0,05
<b>ПЗ</b>	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	> 0,05
<b>СБ</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	> 0,05

При анализе результатов анкетирования подростков статистически значимых различий в показателях качества жизни не выявлено. Родители подростков 15—17 лет показали более высокие уровни школьного и социального функционирования, чем родители подростков 13-14 лет (соответственно по шкале ШФ 75 и 70 баллов  $p=0,007$ , по шкале СФ 95 и 90 баллов,  $p=0,032$ ), что может быть обусловлено большим опытом межличностного общения и лучшей сформированностью интеллектуальной сферы. В то же время с возрастом выявляется ухудшение эмоционального функционирования (соответственно 75 и 80 баллов,  $p=0,01$ ).

Таблица 5

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ 13-14 И 15-17 ЛЕТ  
(БАЛЛЫ)**

шкала	Возраст		Р
	13-14 лет	15-17 лет	
По оценке родителей			
<b>ФФ</b>	84	88	>0,05
<b>ЭФ</b>	80	75	0,010
<b>СФ</b>	90	95	0,007
<b>ШФ</b>	70	75	>0,05
<b>ПЗ</b>	78	80	>0,05
<b>СБ</b>	82	83	>0,05
По самооценке			
<b>ФФ</b>	88	88	>0,05
<b>ЭФ</b>	75	75	0,011
<b>СФ</b>	90	95	>0,05
<b>ШФ</b>	75	75	>0,05
<b>ПЗ</b>	80	80	>0,05
<b>СБ</b>	83	83	>0,05

Таким образом, изучение качества жизни подростков г. Андижана показало, что общий суммарный показатель находится на довольно высоком уровне (83 балла по самооценке и 82 балла по оценке родителей). Выше среднего уровня имеют такие параметры КЖ как физическое и социальное функционирование, на достоверно низком уровне - эмоциональное и школьное функционирование. Дети, проживающие в сельской местности, имеют более низкие показатели, чем городские жители. Выявлены определенные половые различия: девочки имеют более низкие показатели КЖ по всем параметрам, чем мальчики. Имеются определенные возрастные особенности: подростки 15- 17 лет более социально адаптированы, чем 13-14 лет. Хотя родители считают, что эмоциональное функционирование у 13—14 летних выше, чем у детей 15—17 лет.

### 3.2. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Изучено влияние социально-гигиенических факторов на качество жизни подростков Башкортостана. Показатели качества жизни подростков, воспитывающихся в различных по составу семьях, представлены в табл. 32. Наиболее высокое качество жизни отмечается у подростков, воспитывающихся в полных семьях. В неполных материнских и отцовских семьях показатели по всем шкалам оказались достоверно ниже, чем в полных семьях. Наиболее низкие показатели были выявлены в неполных отцовских семьях. Причем если в целом в популяции наиболее низким был уровень шкалы Школьное функционирование, то в отцовских семьях в большей степени страдал психоэмоциональный статус, что проявляется низкими показателями по шкалам Эмоциональное функционирование (55 баллов) и Психическое здоровье (63 балла). Кроме того, отцы-одиночки ниже оценивали качество жизни по шкалам, характеризующим психологическую и социальную адаптацию (ЭФ, СФ, ПЗ), чем сами подростки. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что отцы не могут представить достаточно достоверной информации о жизнедеятельности своего ребенка.

Выявлены также различия в показателях качества жизни подростков в зависимости от уровня образования матери и отца (табл. 7). Как видно из представленных таблиц, чем выше уровень образования родителей, тем выше показатели качества жизни, за исключением шкалы Эмоциональное функционирование. Наиболее низкие показатели качества жизни выявлены у подростков, чьи родители не получили даже среднее образование. Матери с неполным средним образованием более низко оценивали качество жизни, чем сами подростки. У курящих подростков по сравнению с некурящими выявлено более низкое качество жизни за счет ухудшения физического функционирования и функционирования в школе.

Таблица 6

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО  
ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТАВА СЕМЬИ (БАЛЛЫ)**

шкала	Состав семьи				Р
	полная (n=978)	мать (n=181)	отец (n=12)	опекунь	
<b>По оценке родителей</b>					
<b>ФФ</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>78</b>	<b>95</b>	<b>0,032</b>
<b>ЭФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>55</b>	<b>95</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>СФ</b>	<b>95</b>	<b>90</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>ШФ</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>90</b>	<b>0,01</b>
<b>ПЗ</b>	<b>80</b>	<b>75</b>	<b>63</b>	<b>93</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>СБ</b>	<b>83</b>	<b>78</b>	<b>67</b>	<b>90</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>По самооценке</b>					
<b>ФФ</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>0,017</b>
<b>ЭФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>60</b>	<b>90</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>СФ</b>	<b>95</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>ШФ</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>85</b>	<b>0,042</b>
<b>ПЗ</b>	<b>80</b>	<b>78</b>	<b>76</b>	<b>85</b>	<b>0,048</b>
<b>СБ</b>	<b>83</b>	<b>80</b>	<b>79</b>	<b>90</b>	<b>0,015</b>

Таблица 7

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО  
ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗОВАНИЯ МАТЕРИ  
(БАЛЛЫ)**

шкала	Образование матери (1259)				Р
	Неполное среднее (27)	Среднее (248)	Средне специальное (609)	Высшее (375)	
<b>По оценке родителей</b>					
<b>ФФ</b>	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>86</b>	<b>88</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>ЭФ</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>СФ</b>	<b>82</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>95</b>	<b>0,03</b>
<b>ШФ</b>	<b>65</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>0,001</b>
<b>ПЗ</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>82</b>	<b>0,014</b>
<b>СБ</b>	<b>77</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>84</b>	<b>0,032</b>
<b>По самооценке</b>					
<b>ФФ</b>	<b>81</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>0,038</b>
<b>ЭФ</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>СФ</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>95</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>ШФ</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>80</b>	<b>0,002</b>
<b>ПЗ</b>	<b>82</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>0,018</b>
<b>СБ</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>84</b>	<b>0,013</b>



Таблица 8

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО  
ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗОВАНИЯ ОТЦА (БАЛЛЫ)**

шкала	Образование отца (10149)				Р
	Неполное среднее (15)	Среднее (263)	Средне специальное (467)	Высшее (269)	
<b>По оценке родителей</b>					
<b>ФФ</b>	75	88	86	88	<b>0,022</b>
<b>ЭФ</b>	62	75	75	80	<b>0,032</b>
<b>СФ</b>	75	90	90	95	<0,001
<b>ШФ</b>	65	70	75	75	<b>0,002</b>
<b>ПЗ</b>	70	78	80	82	<b>0,002</b>
<b>СБ</b>	66	82	82	84	<b>0,001</b>
<b>По самооценке</b>					
<b>ФФ</b>	78	88	88	90	<b>0,002</b>
<b>ЭФ</b>	75	75	75	75	>0,05
<b>СФ</b>	80	90	90	95	<0,001
<b>ШФ</b>	65	75	75	80	<b>0,001</b>
<b>ПЗ</b>	70	80	80	82	<b>0,008</b>
<b>СБ</b>	70	83	82	85	<b>0,002</b>

Выявлено влияние характера взаимоотношений в семье на качество жизни подростков (табл. 8). Установлено, что при наличии проблем во внутрисемейных взаимоотношениях ухудшаются все виды функционирования подростка и, соответственно, качество жизни. Наиболее низкие показатели отмечаются при анкетировании родителей, которые указали на натянутые или конфликтные взаимоотношения в семье.

Уровень качества жизни существенно зависел от школьной успеваемости. Как видно из представленной таблицы, наибольшей степени страдали аспекты жизнедеятельности, связанные с микросоциальной и психологической адаптацией. По данным анкетирования родителей у плохо успевающих школьников по сравнению с отличниками показатель школьного функционирования оказался ниже в 2,7 раза, психического здоровья и социального функционирования в 1,8 раза, эмоционального функционирования в 1,3 раза. Очевидно, что удовлетворительная и плохая школьная успеваемость ведет и к ухудшению взаимоотношений с одноклассниками, развитию психологических нарушений (тревожность, напряженность, депрессия, негативизм). Плохо успевающие школьники - подростки оценивали свое качество жизни выше, чем их родители, что, возможно, связано с необоснованно завышенной самооценкой.

Установлено влияние на качество жизни и характера питания подростков. Наиболее высокие показатели по всем шкалам отмечались у подростков, родители которых характеризовали питание как регулярное и полноценное. При попарном сравнении данной подгруппы подростков с другими подгруппами методом Манна-Уитни статистически значимые различия выявлены только для подростков, чье питание оценивалось родителями как нерегулярное или однообразное. Подростки, которые регулярно смотрят познавательные и образовательные программы, по сравнению с остальными подростками характеризовались более высоким качеством жизни (соответственно 84 и 80 баллов,  $p < 0,001$ ). Эти подростки отличались более высокими показателями не только по шкале Школьное функционирование (соответственно 75 и 70 баллов,  $p < 0,001$ ), но и по шкалам Эмоциональное функционирование ( $p < 0,001$ ) и Психическое здоровье (соответственно 82 и 78 баллов,  $p < 0,001$ ). Можно предположить, что расширение кругозора способствует повышению самооценки, уверенности в себе и, соответственно, психологической устойчивости.

При анкетировании родителей подростков, увлекающихся просмотром боевиков и фильмов ужасов, установлено более низкие показатели качества жизни по шкалам, характеризующим социально - психологическую адаптацию: Социальное функционирование (соответственно 90 и 94 балла,  $p=0,035$ ), Психическое здоровье (соответственно 77 и 80 баллов,  $p=0,002$ ) и особенно Школьное функционирование (соответственно 65 и 75 баллов,  $p<0,001$ ). Как видно из представленной таблицы, все показатели качества жизни детей подросткового возраста, которые предпочитали проводить свободное время в одиночестве, были ниже, чем у подростков, общающихся с друзьями и/или близкими родственниками. При этом наиболее низкие показатели выявлялись по шкале Эмоциональное функционирование (70 баллов), что позволяет предположить негативное влияние на качество жизни таких личностных особенностей, как интровертированность, замкнутость, тревожность. Наиболее высокие показатели качества жизни, особенно по шкалам Эмоциональное функционирование и Психическое здоровье отмечались у подростков, которые проводят свободное время, как с друзьями, так и с родителями. Значение родительского общения на формирование качества жизни подростков подтверждается также более высокими показателями шкал социального и школьного функционирования, психического здоровья в семьях, где родители много времени уделяют общению со своими детьми. Аналогичные данные были получены и при анализе качества жизни подростков в зависимости от обширности круга друзей. Замкнутые, склонные к одиночеству, интровертированные дети имели низкие показатели по шкалам эмоционального и социального функционирования, психического здоровья.

Таким образом, исследование показало, что социально-гигиенические факторы, а именно: состав и взаимоотношения в семье, образование родителей, характер питания и наличие вредных привычек, успеваемость и особенности проведения досуга оказывают значительное влияние на качество жизни подростков

### **3.3. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Изучено влияние психологических особенностей личности подростка на качество жизни. Подростки с высокими показателями фактора С (эмоциональная устойчивость) как эмоционально зрелые и хорошо приспособленные личности отличаются более высокими показателями качества жизни по шкалам, характеризующим социально-психологическую адаптацию (эмоциональное, социальное и школьное функционирование, психическое здоровье), чем подростки с низкими показателями.

Эмоционально возбудимые, импульсивные, склонные к аффективным реакциям подростки (D+) характеризовались более низкими показателями качества жизни, чем уравновешенные и сдержанные дети (соответственно 77 и баллов). Для детей с высокими показателями фактора D свойственны постоянное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, которые в существенной степени затрудняют школьное функционирование, а возникновение бурных эмоциональных реакций по незначительному поводу - эмоциональное функционирование.

Более высокие показатели по шкалам эмоциональное и школьное функционирование, а также психическое здоровье имеют подростки с низкими показателями фактора F (озабоченность - беспечность), для которых характерны ответственность, осторожность в принятии решений, серьезность в подходе к жизни, озабоченность о будущем, о последствиях своих поступков. Высокие показатели фактора F (образ беззаботного подростка) отражают легкое отношение к жизни, стремление к переменам, безответственность, экстарнализацию внутренних конфликтов, что приводит к снижению качества жизни за счет ухудшения психоэмоционального и школьного функционирования.

Подростки с высокими показателями фактора H по сравнению с подростками со средними и низкими значениями отличаются наиболее высокими показателями качества жизни по всем шкалам, что может быть

обусловлено такими психологическими особенностями, как смелость, решительность, легкость вступления в контакты, отсутствие трудностей в общении, быстрота принятия решений. Робость, неуверенность в своих силах, медлительность, сдержанность в выражении своих чувств, чувство собственной неполноценности, характерные для подростков с низкими значениями фактора Н, обуславливают уход в себя, невозможность поддерживать контакты с широким кругом окружающих, что проявляется низкими показателями качества жизни, особенно его психоэмоциональной составляющей.

Высокие значения фактора J (коллективизм —индивидуализм) выделяют подростков с такими личностными особенностями, как замкнутость, равнодушие к общегрупповым нормам, упорство и бескомпромиссность в отстаивании своих интересов, в связи с чем они не пользуются любовью со стороны окружающих и имеют узкий круг общения. Личности с высокими показателями фактора О (тревожность) плохо справляются с жизненными трудностями, большую часть времени находятся в тревожном, подавленном состоянии; они недооценивают свои возможности, знания и способности, в обществе чувствуют себя неуверенно, что проявляется более низким уровнем качества жизни, чем у подростков со средними и низкими значениями данного фактора.

Личности с высокими значениями фактора Q3 (самоконтроль) способны эффективно управлять своей энергией и контролировать свои эмоции, хорошо осознают социальные требования и нормы поведения, доводят начатое дело до конца, что способствует более высокому уровню как физического, так и психоэмоционального и школьного функционирования, а в конечном итоге и качества жизни. Подростки с высокими значениями фактора Q4 имеют более низкий уровень качества жизни, чем их сверстники со средними и низкими значениями, так как находятся в состоянии напряжения, эмоциональной неустойчивости с преобладанием пониженного настроения, фрустрации. Зависимость качества жизни от психологических

особенностей личности подтверждается и корреляционными взаимосвязями между показателями шкал опросника PedsQL и теста Кеттела (табл. 45). Результаты, представленные в таблице показывают, что факторы D (эмоциональная возбудимость), O (тревожность), Q4 (напряженность), характеризующие эмоционально-волевые особенности ребенка, коррелировали со всеми шкалами опросника PedsQL отрицательно, а факторы C (эмоциональная устойчивость), H (социальная смелость), Q3 (самоконтроль), Э (экстраверсия) —положительно. Полученные данные свидетельствуют о том, что эмоционально устойчивые и социально-адаптированные дети имеют более высокий уровень качества жизни. Кроме того, более низкие показатели КЖ как субъективного восприятия своего статуса могут быть обусловлены и заниженной самооценкой. Установлена зависимость качества жизни от уровня школьной тревожности. Выявленные отрицательные корреляционные взаимосвязи свидетельствуют об обратной зависимости показателей качества жизни от уровня школьной тревожности. Установлены отрицательные корреляционные связи умеренной силы ( $r$  от  $-0,29$  до  $-0,45$ ,  $p < 0,001$ ) между суммарным счетом теста Филиппа и показателями всех шкал опросника PedsQL, что свидетельствует о важной роли школьной тревожности в формировании качества жизни подростков, включая физическое, эмоциональное, социальное и школьное функционирование и психическое здоровье. Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу (шкала 7) обуславливала ухудшение эмоционального (60 баллов) и школьного (65 баллов) функционирования, психического здоровья (70 баллов) и не влияла на взаимоотношения со сверстниками. Установлено также негативное влияние проблем и страхов подростков в отношениях с учителями (шкала 8) как на школьное функционирование и успешность обучения, так и на психоэмоциональный статус подростка.

Таким образом, проведенное исследование позволило разработать региональные нормативы показателей качества жизни детей подросткового

возраста, в том числе в зависимости от пола и возраста. Установлено влияние на качество жизни различных медико-биологических и социально-гигиенических факторов. Негативное воздействие оказывают не только морфофункциональные нарушения и хронические заболевания, но и такие психологические особенности личности, как эмоциональная неустойчивость, повышенные возбудимость, тревожность и напряженность, низкий самоконтроль, интравертированность, высокая школьная тревожность. Установлено неблагоприятное воздействие низкого образовательного уровня родителей, плохих жилищно-бытовых условий и материального положения, наличия вредных привычек, конфликтных взаимоотношений в семье, однообразного и/или неполноценного питания.

#### **4. МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Нарастание отрицательной динамики состояния здоровья подростков диктует необходимость в новых комплексных подходах оценки здоровья детей, которые бы позволили обеспечивать адекватную профилактическую и реабилитационную помощь. Полученные нами данные показали, что новым дополнительным критерием комплексной оценки состояния здоровья детей может стать качество жизни, которое, являясь субъективным показателем, дает представление о физической, эмоциональной и социальной адаптации ребенка. Определение качества жизни позволяет выделить дифференцированные группы медико-социального риска детей и подростков, нуждающихся в обследовании и мерах активной поддержки, а также, не делая акцента на констатации болезни, предупредить ухудшение здоровья ребенка путем его своевременной медико-социальной и психолого-педагогической поддержки. Установленные параметры качества жизни и выявленные факторы риска по его низкому уровню позволили формировать дифференцированные группы медико-социального риска низкого качества жизни подростков, нуждающихся в обследовании и мерах активной

поддержки и разрабатывать индивидуальные комплексные планы наблюдения и реабилитации с определением приоритетных направлений: медицинская, социальная реабилитация, психолого-педагогическая, психологическая коррекция.

Полученные в ходе исследования результаты позволили научно обосновать приоритетные мероприятия и адресно-ориентированные реабилитационные программы улучшения и сохранения здоровья детей на основе качества жизни:

1) комплексная оценка состояния здоровья для раннего выявления детей с низкими показателями качества жизни, факторами риска его низкого уровня (неблагоприятные социально-гигиенические условия жизни и учебы, медико-биологические, психологические особенности личности). Наиболее важно оценить качество жизни в критическом периоде роста и развития ребенка, в том числе в 14-15 лет, перед окончанием школы. Учет параметров качества жизни и выявленных факторов риска даст возможность адекватно разрабатывать необходимые превентивные и коррекционные мероприятия, индивидуальные комплексные планы наблюдения и реабилитации. Проведенное исследование показало зависимость показателя качества жизни от состояния здоровья и ряда медико-биологических факторов, в связи с этим критерий КЖ должен использоваться в процессе индивидуального мониторинга здоровья ребенка.

2) здравоохранения и образования оказалась практически важной оценка «групповых» параметров качества жизни, динамика распространенности факторов риска, которые могут быть использованы для определения потребности в системных лечебно-оздоровительных и медико-профилактических мероприятиях, выделения отдельных групп пациентов. имеющих сходные социальные проблемы, особенности функционирования и самооценки. По результатам проведенного исследования установлено, что дети и их родители оценивают эмоциональное и школьное функционирование ниже, чем физическое и социальное. Это



свидетельствуют о необходимости широкого внедрения методов психологической и психолого-педагогической коррекции, актуальности работы психологов в детских поликлиниках, школах. Оказание психологической помощи может осуществляться через клубы общения и школы для родителей и детей с целью их эмоционального раскрепощения, адекватного восприятия существующей проблемы всеми членами семьи и ближайшим окружением.

3) Полученные данные низкого школьного функционирования по оценке подростков и их родителей, свидетельствуют о проблемах в системе образования. Для учащихся большинства учебных заведений характерны перегрузка образовательными программами, постоянное психоэмоциональное напряжение, сокращение продолжительности сна, снижение двигательной активности, времени пребывания на свежем воздухе, что способствует развитию соматических заболеваний.

4) Выявленные тенденции состояния здоровья и качества жизни свидетельствуют о необходимости:

- усиления государственных и общественных мер по улучшению социально-экономического положения семей в интересах детей;

- дальнейшего развития на межведомственном уровне медико-социальных технологий, способствующих социальной интеграции детей,

- совершенствования системы психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации детей, развитие службы помощи семье для решения проблем воспитания детей,

- обеспечение информационной безопасности детей.

Таким образом, полученные данные о качестве жизни детей города Андигана, влиянии медико-биологических, социально-гигиенических и психологических факторов риска на формирование низкого уровня КЖ позволили научно обосновать и разработать комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических мероприятий на индивидуальном,

учрежденческом и региональном уровнях для улучшения состояния здоровья и качества жизни детей подросткового возраста.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стремительные темпы ухудшения здоровья детей подросткового возраста ведет к неблагоприятным социально-экономическим последствиям, создает психологические проблемы, как в семье, так и в процессе школьного обучения. Такие тенденции диктуют необходимость новых организационных, профилактических и медицинских технологий, способствующие повышению здоровья детей [14, 15, 35, 41, 62]. При этом большую значимость приобретают научные исследования по изучению региональных особенностей здоровья с использованием методов комплексной, многомерной оценки, в том числе с позиции качества жизни [7, 13, 41, 52, 79, 100, 222].

Определение качества жизни позволяет выделить дифференцированные группы медико-социального риска детей и подростков, нуждающихся в обследовании и мерах активной поддержки, а также, не делая акцента на констатации болезни, предупредить ухудшение здоровья ребенка путем его своевременной медико-социальной и психолого-педагогической поддержки. В настоящее время исследование качества жизни является одним из актуальных научных направлений и определено как приоритетное в отечественной медицине, в том числе и в педиатрии [7]. Существующие общепринятые методы оценки состояния здоровья детей не позволяют оценить качество их жизни. В то же время исследование качества жизни необходимо для оценки исходов и результатов лечения заболеваний, особенно психосоциальных исходов, которые выходят за рамки медицинских эффектов [98, 100, 183]. Метод оценки качества жизни в педиатрии позволяет определить показатели нормы КЖ для различных возрастных и социальных групп детей, выявить влияние хронических заболеваний на КЖ детей, определить

группы риска в детской популяции [125, 168, 203, 222].

В последние годы в нашей стране растет число исследований, касающихся оценки качества жизни [26, 55, 59]. Вместе с тем, до настоящего времени не проводились региональные популяционные комплексные исследования состояния здоровья и качества жизни подростков. Не оценивалось влияние социально-экономического статуса семьи, психологических особенностей личности ребенка, медико-социальных факторов на показатели качества жизни. Не выделялись на основе показателей КЖ группы медико- социального риска. В настоящее время говорить об оптимальном качестве жизни детей и разрабатывать мероприятия по улучшению состояния здоровья без проведения подобных исследований затруднительно.

С целью разработки мероприятий по улучшению состояния здоровья и качества жизни детей подросткового возраста предпринято комплексное исследование. Для реализации поставленной цели проведен анализ литературных источников, использовался комплекс клинико-анамнестических, лабораторно- инструментальных (общие анализы крови и мочи, электрокардиография), социально-гигиенических, психодиагностических и статистических методов. Установлено, что исследование КЖ дает ценную многомерную информацию о состоянии здоровья ребенка, позволяет прогнозировать его ухудшения с определением факторов риска.

Изучение качества жизни и состояния здоровья детей подросткового возраста в г. Андижане проводилось в течение 2009-2011- гг. на базе кафедры пропедевтики детских болезней Андижанского государственного медицинского института.

Методы, объекты, объем исследования, размеры выборочных совокупностей, дифференцированы в соответствии с поставленными задачами и последовательностью их решения. В качестве основных объектов исследования явились подростки в возрасте от 13 до 17 лет включительно,

обучающиеся в общеобразовательных учреждениях и учреждениях среднего специального образования г. Андижана. Всего было роздано 1500 комплектов анкет для детей и их родителей. Возвращено 1296 анкет (86,4%). В исследование включено 1277 детей в возрасте 13-17 лет (85,1% от выборки).

Установлено, что рост общей заболеваемости подростков составил 23,9%, первичной заболеваемости - 48,1%, показателя охвата диспансеризацией - 15,7%. Наиболее выражен рост общей заболеваемости по классам: новообразования - в 4,5 раза, психические расстройства - в 3,7 раза, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - в 2,9 раза, мочеполовой системы - в 1,9 раза. В структуре общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (25,2%), глаза и его придаточного аппарата (10,4%), органов пищеварения (10,1%).

Анализ результатов углубленных медицинских профилактических осмотров показал, что наибольший удельный вес (44,2%) составили подростки с некоторыми морфофункциональными нарушениями, общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дефицитом массы тела или избыточной массой тела, физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций, часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями (II группа здоровья). Только треть подростков (32,5%) имели нормальное физическое и психическое здоровье, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений, то есть считались практически здоровыми.

Хронические заболевания в стадии клинической ремиссии с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, с физическими недостатками, с последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций установлены у почти четверти подростков (23,3%) - третья группа здоровья. Среди

подростков, проживающих в сельской местности, статистически значимым оказался меньший удельный вес подростков II группы здоровья. С возрастом распределение по группам здоровья имело негативную динамику. Среди подростков 15-17 лет по сравнению с подростками 13-14 лет удельный вес лиц с хроническими заболеваниями (III группа) оказался выше (соответственно 26,1 и 20,0%), а практически здоровых детей ниже (соответственно 29,1 и 36,6%). Только половина подростков (47,6%) имели среднее физическое развитие. Показатели физического развития ниже среднего выявлены у 13,%, а выше среднего у 12,7% подростков. Низкий уровень физического развития имели 9,8% подростков, очень низкий (низкорослость) - 8,0%. Реже встречались высокое и очень высокое физическое развитие (соответственно 5,9 и 3,1%). Большинство подростков (79,8%) характеризовались нормальным питанием. Пониженное питание выявлено у 9,2%, а недостаточность питания у 6,6% детей подросткового возраста. Реже у подростков отмечалась избыточная масса тела (2,4%). Ожирение установлено у 25 человек (в 2,0% случаев). Анализ условий и образа жизни семей, в которых воспитывались подростки, показал, что большинство детей проживало в полных семьях (76,6%). Почти четверть детей (22,0%) воспитывались только матерью. В единичных случаях подростки проживали только с отцом (12 человек, 0,9%) или с опекунами (6 человек, 0,5%). Почти половина родителей имели среднее специальное образование (48,4% матерей и 46,1% отцов). Высшее образование получили 375 матерей (29,8%) и 269 отцов (26,5%). Отсутствие профессионального образования выявлено у 19,7% матерей и 25,9% отцов.

Среди опрошенных 82,7% матерей и 93,1% отцов работали и имели трудовой доход. Более половины родителей (54,7%) отрицали наличие у них вредных привычек. На курение указали 42,8% опрошенных, злоупотребление алкоголем в 25 семьях (2,0%), их сочетание - только в 6 семьях (0,5%). Абсолютное большинство родителей (95,2%) отрицали наличие вредных привычек у ребенка. В 51 семье (4,0%) родители указали на курение детей, в

6 семьях (0,5%) – на употребление алкоголя, в 4 семьях (0,3%) - на их сочетание. Питание детей характеризовалось родителями как регулярное и полноценное (87,5%). Нерегулярный прием пищи и/или однообразный рацион выявлен у 133 детей (10,4%). Только 27 подростков (2,1%) питались сухомятку. Более трети подростков (35,7%) увлекались компьютерными играми, что чаще встречалось в городах (38,5%), чем в сельских районах. Половина детей (646 подростков, 50,6%) посещали различные кружки и секции. Какими-либо видами творчества (рисование, моделирование, вязание и т.п.) занималось менее четверти всех подростков (23,6%). Почти половина подростков регулярно смотрят телевизионные познавательные и образовательные передачи (49,6%), а также музыкальные программы (57,3%). Частота повышенной школьной тревожности составила 12,4%. Изучение качества жизни показало, что итоговый региональный показатель составил 82 балла по данным родителей и 83 балла по результатам самооценки. По мнению родителей большинство детей не испытывали проблем в процессе межличностного общения, во взаимоотношениях с одноклассниками и сверстниками, о чем свидетельствуют высокие показатели шкалы Социальное функционирование (90 баллов). Физическое функционирование также находилось на достаточно высоком уровне (88 баллов). По мнению родителей большинство детей не испытывали затруднений при выполнении повседневной обыденной физической нагрузки (ходьба пешком, бег, выполнение домашних обязанностей, самообслуживание). Наиболее низкие оценки при анкетировании родителей были получены по шкале Жизнь в школе (70 баллов), что может отражать наличие проблем в школе (пропуски занятий по состоянию здоровья, а также забывчивость, невнимательность, затруднения при выполнении заданий и усвоении школьной программы). Низкие показатели по шкалам Эмоциональное функционирование (75 баллов) и Психическое здоровье (80 баллов) свидетельствуют о наличии у ряда детей таких психо-эмоциональных реакций, как чувство страха, внутренней тревоги,

эмоциональной напряженности. Дети подросткового возраста и их родители практически одинаково оценили уровень качества жизни (82 балла по оценке родителей, 83 балла - по самооценке,  $p > 0,05$ ). По всем шкалам выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между показателями одноименных шкал родительских и детских форм опросника (0,59-0,70,  $p < 0,001$ ). Полученные результаты могут свидетельствовать о сопоставимости восприятия вопросов и оценки большинства аспектов жизнедеятельности родителями и детьми. В то же время подростки по сравнению с родителями более высоко оценивали свой уровень межличностного общения, социального функционирования, обучения в школе, что может быть обусловлено как завышенной самооценкой своего статуса в микросоциальной среде, так и повышенными требованиями к ребенку со стороны родителей. Более низкие показатели 25- и 75-го квартилей распределения показателей по шкале Эмоциональное функционирование детского опросника по сравнению с родительским опросником свидетельствуют о недостаточно адекватном представлении родителей об эмоциональном благополучии собственных детей по сравнению с их субъективной самооценкой. У детей, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими детьми отмечался более низкий уровень качества жизни (по данным самооценки соответственно 80, 70-87 и 84, 75-89 баллов). Причем по результатам анкетирования подростков статистически значимыми различия оказались по всем шкалам, включая как физическое функционирование, так и школьное и эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Мальчики по сравнению с девочками отличались более высоким уровнем физического функционирования (соответственно 91 и 84 балла). У девочек наиболее низким, чем у мальчиков, оказался уровень психоэмоционального функционирования (соответственно 70 и 80 баллов по шкале ЭФ,  $p < 0,001$  и 80 и 82 балла по шкале ПЗ,  $p = 0,038$ ), что обусловлено свойственными девочкам подросткового возраста такими психологическими особенностями, как эмоциональная чувствительность, возбудимость.

Родители более низко оценили школьное функционирование мальчиков, чем девочек (соответственно 70 и 75 баллов), в то время как по результатам самооценки различия по данной шкале отсутствовали. Наиболее высокое качество жизни отмечается у подростков, воспитывающихся в полных семьях. В неполных материнских и отцовских семьях показатели по всем шкалам достоверно ниже, чем в полных семьях. Наиболее низкие показатели были выявлены в неполных отцовских семьях. Причем если в целом в популяции наиболее низким был уровень шкалы Школьное функционирование, то в отцовских семьях в большей степени страдал психоэмоциональный статус, что проявляется низкими показателями по шкалам Эмоциональное функционирование (55 баллов) и Психическое здоровье (63 балла). Выявлены различия в показателях качества жизни подростков в зависимости от уровня образования матери и отца: чем выше уровень образования родителей, тем выше показатели качества жизни, за исключением шкалы Эмоциональное функционирование. Наиболее низкие показатели качества жизни выявлены у подростков, чьи родители не получили даже среднее образование. У курящих подростков по сравнению с некурящими выявлено более низкое качество жизни за счет ухудшения физического функционирования и функционирования в школе. Кроме того, по данным анкетирования родителей выявлено также ухудшение эмоционального функционирования и психического здоровья. Выявлено влияние характера взаимоотношений в семье на качество жизни подростков. Так, при наличии проблем во внутрисемейных взаимоотношениях ухудшаются все виды функционирования подростка и, соответственно, качество жизни. Наиболее низкие показатели отмечаются при анкетировании родителей, которые указали на натянутые или конфликтные взаимоотношения в семье.

Установлено, что уровень качества жизни детей подросткового возраста существенно зависит от их школьной успеваемости. В наибольшей степени страдали аспекты жизнедеятельности, связанные с микросоциальной



и психологической адаптацией. По данным анкетирования родителей у плохо успевающих школьников по сравнению с отличниками показатель школьного функционирования оказался ниже в 2,7 раза, психического здоровья и социального функционирования в 1,8 раза, эмоционального функционирования в 1,3 раза. Предполагается, что удовлетворительная и плохая школьная успеваемость ведет и к ухудшению взаимоотношений с одноклассниками, развитию психологических нарушений (тревожность, напряженность, депрессия, негативизм). Плохо успевающие школьники-подростки более высоко оценивали свое качество жизни, чем их родители, что, возможно, связано с необоснованно завышенной самооценкой.

Установлено влияние на качество жизни характера питания подростков. Наиболее высокие показатели по всем шкалам отмечались у подростков, родители которых характеризовали питание как регулярное и полноценное. Дети подросткового возраста, которые регулярно смотрят познавательные и образовательные программы, по сравнению с остальными подростками характеризовались более высоким качеством жизни (соответственно 84 и 80 баллов). Эти подростки отличались более высокими показателями не только по шкале Школьное функционирование (соответственно 75 и 70 баллов,  $p < 0,001$ ), но и по шкалам «Эмоциональное функционирование ( $p < 0,001$ ) и Психическое здоровье (соответственно 82 и 78 баллов,  $p < 0,001$ ). Можно предположить, что расширение кругозора способствует повышению самооценки, уверенности в себе и, соответственно, психологической устойчивости. При анкетировании родителей подростков, увлекающихся просмотром боевиков и фильмов ужасов, установлено более худшее качество их жизни по шкалам, характеризующим социально-психологическую адаптацию: Социальное функционирование (соответственно 90 и 94 балла,  $p = 0,035$ ), Психическое здоровье (соответственно 77 и 80 баллов,  $p = 0,002$ ) и особенно Школьное функционирование (соответственно 65 и 75 баллов).

Влияние родительского общения на формирование качества жизни подростков подтверждается также более высокими показателями шкал социального и школьного функционирования, психического здоровья в семьях, где родители много времени уделяют общению со своими детьми. Аналогичные данные были получены и при анализе качества жизни подростков в зависимости от обширности круга друзей. Замкнутые, склонные к одиночеству, интровертированные дети имели низкие показатели по шкалам эмоционального и социального функционирования и психического здоровья. Установлена зависимость качества жизни детей подросткового возраста от психологических особенностей их личности. Эмоционально устойчивые подростки отличались более высокими показателями качества жизни по шкалам, характеризующим социально – психологическую адаптацию (эмоциональное, социальное и школьное функционирование, психическое здоровье), чем подростки с низкими показателями. Эмоционально возбудимые, импульсивные, склонные к аффективным реакциям подростки характеризовались более низкими показателями качества жизни, чем уравновешенные и сдержанные дети (соответственно 77 и 88 баллов). Для детей с высокими показателями фактора D свойственны постоянное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, которые в существенной степени затрудняют школьное функционирование, а возникновение бурных эмоциональных реакций по незначительному поводу – эмоциональное функционирование.

Более высокие показатели по шкалам эмоциональное и школьное функционирование, а также психическое здоровье имели подростки со сформированным чувством ответственности, серьезностью в подходе к жизни, озабоченностью о будущем, о последствиях своих поступков. Подростки с высокими показателями фактора Н (робость - смелость) по сравнению с подростками со средними и низкими значениями отличаются наиболее высокими показателями качества жизни по всем шкалам, что может

быть обусловлено такими психологическими особенностями, как смелость, решительность, легкость вступления в контакты, отсутствие трудностей в общении, быстрота принятия решений. Робость, неуверенность в своих силах, медлительность, сдержанность в выражении своих чувств, чувство собственной неполноценности обуславливали уход в себя, невозможность поддерживать контакты с широким кругом окружающих, что проявлялось низкими показателями качества жизни, особенно его психоэмоциональной составляющей. Личности с высокой тревожностью и напряженностью плохо справляются с жизненными трудностями, большую часть времени находятся в тревожном, подавленном состоянии; они недооценивают свои возможности, знания и способности, в обществе чувствуют себя неуверенно, что проявляется более низким уровнем качества жизни. Личности с высокими значениями фактора Q3 (самоконтроль) способны эффективно управлять своей энергией и контролировать свои эмоции, они хорошо осознают социальные требования и нормы поведения, доводят начатое дело до конца, что способствует более высокому уровню как физического, так и психоэмоционального и школьного функционирования, а в конечном итоге и качества жизни. Установлена зависимость качества жизни от уровня школьной тревожности. Выявленные отрицательные корреляционные взаимосвязи свидетельствуют об обратной зависимости показателей качества жизни от уровня школьной тревожности. Отрицательные корреляционные связи умеренной силы ( $r$  от  $-0,29$  до  $-0,45$ ) между суммарным счетом теста Филиппса и показателями всех шкал опросника PedsQL свидетельствуют о важной роли школьной тревожности в формировании качества жизни подростков, включая физическое, эмоциональное, социальное и школьное функционирование, психическое здоровье. Ухудшению качества жизни способствовали такие особенности, как общая тревожность в школе, переживание социального стресса, страх самовыражения (негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, демонстрации своих возможностей) и ситуации проверки

знаний, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи подростков в отношениях с учителями. Изучено влияние состояния здоровья на качество жизни подростков. У здоровых детей (I группа здоровья) суммарная оценка по опроснику PedsQL составила 84 (76-90) балла. Наиболее высокие показатели были получены по шкале Социальное функционирование (95 баллов), что отражает отсутствие проблем в процессе межличностного общения, во взаимоотношениях с одноклассниками и сверстниками. Физическое функционирование также находилось на достаточно высоком уровне (88 баллов). Наиболее низкие оценки по шкале Школьное функционирование (75 баллов) могут свидетельствовать о трудности усвоения школьной программы. Сопоставимые оценки были получены по шкалам Эмоциональное функционирование и Психическое здоровье. У подростков с различными морфофункциональными нарушениями (II группа здоровья) качество жизни по сравнению со здоровыми сверстниками достоверно не отличалось (83 против 84 баллов,  $p=0,045$ ). Вместе с тем, параметры физического функционирования были у детей со второй группой здоровья ниже (84 против 88 баллов,  $p=0,023$ ). Различия по другим шкалам, характеризующим психоэмоциональную и социальную адаптацию, оказались статистически незначимыми. Подростки с хроническими заболеваниями (III группа здоровья) отличались от подростков I и II групп здоровья более низким уровнем качества жизни (79 баллов). Несмотря на компенсацию функциональных возможностей и клиническую ремиссию у больных подростков выявлялось снижение физических возможностей не только при беге, участии в спортивных играх и подъеме тяжестей, но и при выполнении повседневной нагрузки (домашние обязанности, ходьба пешком), что проявлялось более низкими показателями по шкале Физическое функционирование (84 балла). Наличие хронической патологии оказало влияние и на психоэмоциональный статус подростков в виде снижения эмоционального фона, повышенной тревожности и напряженности, что подтверждается более низкими показателями по шкалам

Эмоциональное функционирование (70 баллов) и Психическое здоровье (78 баллов). Пропуски занятий по состоянию здоровья в связи с необходимостью обследования и лечения затрудняли выполнение школьных заданий и усвоение школьной программы (70 баллов). Проведен анализ качества жизни детей подросткового возраста с различным уровнем физического развития. Подростки с очень низким и низким физическим развитием (конституциональная задержка роста) характеризовались более низким уровнем социального функционирования по сравнению с подростками со средним физическим развитием. Вероятно, несоответствие уровня физического развития паспортному возрасту подростков вызывало ограничение круга общения и социальных контактов в первую очередь со сверстниками. По другим шкалам различий не выявлено. Подростки с более высоким уровнем физического развития не отличались от подростков со средним уровнем. Анализ показателей качества жизни подростков в зависимости от гармоничности физического развития выявил статистически значимые различия только у подростков с ожирением по сравнению с нормально упитанными подростками. Установлены прогностически значимые факторы в отношении различных аспектов жизнедеятельности подростков по данным соответствующих шкал опросника PedsQL. Значимыми социально-гигиеническими факторами, позволяющими прогнозировать низкий уровень качества жизни, оказались следующие: низкий образовательный уровень родителей (неполное среднее образование), неблагоприятные жилищно-бытовые условия, в том числе проживание в коммунальной квартире или общежитии, плохое материальное положение (еле сводим концы с концами), холодные, натянутые или конфликтные взаимоотношения в семье, нерегулярное или однообразное питание, ограничение круга общения (склонность к одиночеству, отсутствие друзей), плохая школьная успеваемость. Из медико-биологических факторов значимыми оказались наличие хронических заболеваний, ожирения, частые ОРВИ.

Установлена прогностическая значимость психологических особенностей личности. Наиболее значимыми личностными характеристиками, негативно влияющими на формирование качества жизни (ДК=5-7), явились высокая тревожность и напряженность, низкий самоконтроль, индивидуализм, интровертированный тип личности. Прогнозировать худшее качество жизни позволяет также наличие у подростка замкнутости, возбудимости, конформности или доминантности, социальной робости. Ряд психологических особенностей оказывал протективный эффект, направленный на поддержание среднего и высокого уровней качества жизни: эмоциональная устойчивость, добросовестность, коллективизм, смелость, самоуверенность, высокий самоконтроль, экстравертированный тип личности. Прогнозировать низкий уровень качества жизни позволяет и учет адаптированное™ подростков к школьному обучению, наличие или отсутствие школьной тревожности. Из всех исследованных прогностических факторов высокая школьная тревожность имеет наиболее высокий диагностический коэффициент. Прогностически неблагоприятными факторами оказались высокая тревожность в школе, переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх ситуации проверки знаний и несоответствия ожиданиям окружающих, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. Социально-гигиенические факторы позволяют прогнозировать преимущественно социальную и психологическую адаптацию подростков в микросоциальной среде (эмоциональное и социальное функционирование, жизнь в школе, психологический статус). Психологические факторы имеют прогностическое значение в отношении всех видов жизнедеятельности как ее физических, так и психосоциальных аспектов. Наиболее значимыми факторами, позволяющими прогнозировать низкий уровень физического функционирования, являются наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя), нерегулярное и/или однообразное питание, наличие хронических заболеваний, низкий уровень физического развития, ожирение,

частые ОРВИ, наличие неврологической патологии (как правило, вегетососудистой дистонии), особенности микросоциального окружения (конфликтные взаимоотношения в семье, склонность к уединению), психологические особенности личности (эмоциональная неустойчивость, возбудимость, тревожность, напряженность, интровертированность).

Установленные параметры качества жизни и выявленные факторы риска по его низкому уровню позволили формировать дифференцированные группы медико-социального риска низкого качества жизни подростков, нуждающихся в обследовании и мерах активной поддержки и разрабатывать индивидуальные комплексные планы наблюдения и реабилитации с определением приоритетных направлений: медицинская, социальная реабилитация, психолого-педагогическая, психологическая коррекция.

Полученные в ходе исследования результаты позволили научно обосновать приоритетные мероприятия и адресно-ориентированные реабилитационные программы улучшения и сохранения здоровья детей на основе качества жизни:

1) комплексная оценка состояния здоровья для раннего выявления детей с низкими показателями качества жизни, факторами риска его низкого уровня (неблагоприятные социально-гигиенические условия жизни и учебы, медико-биологические, психологические особенности личности). Наиболее важно оценить качество жизни в критическом периоде роста и развития ребенка, в том числе в 14-15 лет, перед окончанием школы. Учет параметров качества жизни и выявленных факторов риска даст возможность адекватно разрабатывать необходимые превентивные и коррекционные мероприятия, индивидуальные комплексные планы наблюдения и реабилитации. Проведенное исследование показало зависимость показателя качества жизни от состояния здоровья и ряда медико-биологических факторов, в связи с этим критерий КЖ должен использоваться в процессе индивидуального мониторинга здоровья ребенка.

2) здравоохранения и образования оказалась практически важной оценка «групповых» параметров качества жизни, динамика распространенности факторов риска, которые могут быть использованы для определения потребности в системных лечебно-оздоровительных и медико-профилактических мероприятиях, выделения отдельных групп пациентов. Имеющих сходные социальные проблемы, особенности функционирования и самооценки. По результатам проведенного исследования установлено, что дети и их родители оценивают эмоциональное и школьное функционирование ниже, чем физическое и социальное. Это свидетельствует о необходимости широкого внедрения методов психологической и психолого-педагогической коррекции, актуальности работы психологов в детских поликлиниках, школах. Оказание психологической помощи может осуществляться через клубы общения и школы для родителей и детей с целью их эмоционального раскрепощения, адекватного восприятия существующей проблемы всеми членами семьи и ближайшим окружением.

3) Полученные данные низкого школьного функционирования по оценке подростков и их родителей, свидетельствуют о проблемах в системе образования. Для учащихся большинства учебных заведений характерны перегрузка образовательными программами, постоянное психоэмоциональное напряжение, сокращение продолжительности сна, снижение двигательной активности, времени пребывания на свежем воздухе, что способствует развитию соматических заболеваний.

4) Выявленные тенденции состояния здоровья и качества жизни свидетельствуют о необходимости: - усиления государственных и общественных мер по улучшению социально-экономического положения семей в интересах детей;

- дальнейшего развития на межведомственном уровне медико-социальных технологий, способствующих социальной интеграции детей,



- совершенствования системы психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации детей, развитие службы помощи семье для решения проблем воспитания детей,
- обеспечение информационной безопасности детей.

Таким образом, полученные данные о состоянии здоровья и качестве жизни детей города Андигана, влиянии медико-биологических, социально-гигиенических и психологических факторов риска на формирование низкого уровня КЖ позволили научно обосновать и разработать комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических мероприятий на индивидуальном, учрежденческом и региональном уровнях для улучшения состояния здоровья и качества жизни детей подросткового возраста.

## **ВЫВОДЫ**

1. Результаты углубленных профилактических осмотров показали, что 44,2% подростков 13-17 лет имеют различные морфофункциональные нарушения, а 23,3% страдают хроническими заболеваниями. Среди подростков 15-17 лет по сравнению с 13-14-летними нарастает удельный вес лиц с хроническими заболеваниями. Только половина подростков (47,6%) имели среднее физическое развитие, в то время как низкий уровень физического развития установлен у 9,8%, очень низкий (низкорослость) - у 8,0%. Пониженное питание выявлено у 9,2% подростков, недостаточность питания - у 6,6%, избыточная масса тела - у 4,4%, в т.ч. у 2% - ожирение.
2. Психологический статус подростков характеризуется следующим: треть опрошенных имели высокую эмоциональную устойчивость, низкий уровень тревожности, доминантность, стремление к самостоятельности и независимости. У 44,1% имелись проблемы, страхи во взаимоотношениях с учителями, у 42,4% - негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, у 31,6% подростков отсутствовали какие-либо желания.
3. Популяционное исследование качества жизни с использованием опросника

PedsQL показало, что нормативный региональный показатель составил 83 балла по самооценке и 82 балла по оценке родителей. Наиболее высокие значения имели показатели физического и социального функционирования (88 и 95 баллов по оценке детей), а наиболее низкий уровень — эмоциональное и школьное функционирование (70-75 баллов). У детей, проживающих в сельской местности, отмечался более низкий уровень качества жизни, чем у городских жителей. Мальчики по сравнению с девочками отличались более высоким уровнем физического функционирования (соответственно 91 и 84 балла), а девочки – более низким уровнем психоэмоционального функционирования (соответственно 70 и 80 баллов по шкале ЭФ,  $p < 0,001$  и 80 и 82 балла по шкале ПЗ,  $p = 0,038$ ).

4. Установлено неблагоприятное влияние различных факторов на уровень качества жизни:

- социально-гигиенических: воспитание в неполной семье, отсутствие профессионального образования у родителей, низкая материальная обеспеченность семьи, нерегулярное и/или однообразное питание, недостаточное участие родителей в воспитании своего ребенка;
- психологических особенностей личности: эмоциональная неустойчивость, повышенные возбудимость, тревожность и напряженность, низкий самоконтроль, интравертированность, высокая школьная тревожность. При этом влияние психологических факторов может обуславливаться как нарушением социально-психологической адаптации, так и снижением самооценки;
- состояния здоровья: наличие морфофункциональных нарушений и хронических заболеваний, низкий уровень физического развития, ожирение, частые ОРВИ

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимова, М.Ю. Медико-социальная характеристика семьи современного подростка / М.Ю. Абросимова // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 3.
2. Актуальные проблемы паспортизации здоровья детского населения / В.К. Овчаров, Л.П. Чичерин, Е.П. Жилиева, Е.В. Михальская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. - № 6. —С. 28-33.
3. Анализ чувствительности детской и родительской форм русской версии опросника оценки качества жизни у детей - PedsQL 4.0 Generic Core Scales (8-12) / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Т.П. Никитина [и др.] // Исследование качества жизни в медицине: материалы региональной конференции Международного общества исследования качества жизни. - СПб., 2002. - С. 212-216.
4. Арсланова, СЮ. Клинико-социальные и экономические аспекты лечебно - профилактической помощи детям с хронической гастродуоденальной патологией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Уфа, 2006. - 2 3 с.
5. Баирова, Т.А. Школьная дезадаптация: медицинские и психологические проблемы / Т.А. Баирова, Н.Ц. Бадмаева // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 19.
6. Баль, Л.В. Образ жизни семей, имеющих детей в возрасте до 9 лет / Л.В. Баль, А.Н. Михайлов // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 25. 7. Баранов, А.А. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии / А.А.

Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Т. 4, № 2. - С. 7-12.

8. Баранов, А.А. Принципы государственной политики по охране здоровья детей / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 27.

9. Басов, А.В. К проблеме здорового образа жизни подростков / А.В. Басов // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 30.

10. Березанцев, А.Ю. Роль систематической физической активности в укреплении здоровья детей и подростков / А.Ю. Березанцев, Т.В. Низяева // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 57.

11. Богомолова, Е.А. Состояние адаптационно - регуляторных механизмов у детей пубертатного периода / Е.А. Богомолова, СМ. Кушнир // Вопросы современной педиатрии. - 2006. — Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 66.

12. Валиуллина, С.А. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи детскому населению региона (на материалах Республики Татарстан»: Автореф. дисс. ... докт.мед.наук. - Москва, 2004. - 41 с.

13. Валиуллина, С.А. Состояние здоровья детей с позиции качества жизни / С.А. Валиуллина, И.В. Винярская // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 98.

14. Васильева, Г.В. Модель организации здоровьесбережения учащихся на базе полисистемного образовательного округа как мини —муниципального образования / Г.В. Васильева, В.Ф. Стафеев, О.В. Станкевич // Вопросы

- современной педиатрии. —2006. —Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. —С. 101.
15. Вишня, А.Д. Совершенствование технологии учебного процесса в школе и охрана здоровья детей - единый неразрывный процесс / А.Д. Вишня, А.С.Воробьев // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 64.
16. Волков, И.М. Особенности заболеваемости детей в России / И.М. Волков, М.П. Шувалова, Л.В. Мухамедрахимова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 109.
17. Воробьева, Т.С. Сравнительная характеристика состояния здоровья подростков школ и профессионального училища / Т.С. Воробьева, Е.И. Кривенко, Л.М. Анисимова // Вопросы современной педиатрии. - 2003. — Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва).-С. 68-69.
18. Воронова, Б.З. Влияние занятий за компьютером на здоровье учащихся старших классов / Б.З. Воронова // Вопросы современной педиатрии. — 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва).-С. 69.
19. Гениевская, М.И. Здоровье детей-инвалидов и факторы, его определяющие / М.И. Гениевская, О.И. Колесникова, Т.А. Асанова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 135-136.
20. Голубев, С.А. Актуальные методологические проблемы изучения качества жизни в клинике внутренних болезней / С.А. Голубев, М.Н. Мильев // Медицинские новости. - 2000. - № 2. - С. 23-27.
21. Гордеев, В.И. Методы исследования развития ребенка: качество жизни

- (QOL) - новый инструмент оценки развития детей / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. - СПб.: Речь, 2001. - 200 с.
22. Гордеев, В.И. Состояние понятия «качество жизни» в педиатрии / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович // Исследование качества жизни в медицине: материалы научной конференции. - СПб., 2000. - С. 38-39.
23. Двигательная активность и физическое здоровье школьников / С.Д. Поляков, И.Т. Корнеева, М.Н. Кузнецова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. — С. 478.
24. Десятилетняя динамика заболеваемости учащихся московских профессионально-технических училищ / И.К. Рапопорт, И.В. Звездина, Ю.А. Ямпольская [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 297-298.
25. Долгих, В.В. О состоянии здоровья детей и подростков, проживающих в Иркутской области / В.В. Долгих, Д.В. Кулеш // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 180-181.
26. Ермолаев, Д.О. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Астраханской области / Д.О. Ермолаев, Е.В. Хазова, Г.П. Ермолаева // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 115.
27. Жамлиханов, Н.Х. Питание и физическое развитие подростков / Н.Х. Жамлиханов, Е.Г. Чернова // Вопросы современной педиатрии. - 2003. — Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва).-С. 116.
28. Заболеваемость девятиклассников московских школ в 2002 г. / И.К. Рапопорт, И.В. Звездина, Ю.А. Ямпольская [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической

педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 298.

29. Законодательное, научное и материально-техническое обеспечение охраны здоровья детей как важнейшая составляющая демографической политики Российской Федерации: решение комиссии Общественной палаты Российской Федерации по здравоохранению от 21.06.2006 г. -Казань, 2006. - 11 с.

30. Здоровье и образование детей - основа устойчивого развития Российского общества и государства: решение Научной сессии академий, имеющих государственный статус от 5-6 октября 2006 года. — М.. 2006. - 20 с.

31. Ильин, А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: автореф. дисс. ... докт.мед.наук. - Москва, 2005. - 54 с.

32. Исследование качества жизни в педиатрии: разработка русской версии опросника PedsQL 4.0 Generic Core Scales для оценки качества жизни детей 8-12 лет / Т.П. Никитина, А.В. Киштович, Е.И. Моисеенко, А.В. Сабирова // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. - 2003.-№ 1.-С. 35-44.

33. Комлева, М.А. Роль медицинских работников образовательных учреждений в профилактике дезадаптационных нарушений учащихся / М.А. Колева, Н.Д. Бобрищева-Пушкина // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 276-277.

34. Котлова, Е.В. Оценка качества жизни девочек-подростков в зависимости от размеров щитовидной железы / Е.В. Котлова, Л.И. Котлова // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18— 21 февраля 2003 г., Москва). - С. 170.

35. Краснов, В.М. Здоровье школьников и современные технологии укрепления здоровья / В.М. Краснов, М.В. Краснов, В .И. Кузьмин //

Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 175.

36. Кузнецова, М.А. Особенности современной родительской семьи / М.А. Кузнецова, Е.А. Поздеева // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 298-299.

37. Кухтина, Э.И. Качество жизни детей - инвалидов с детским церебральным параличом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2006. - 24 с.

38. Кучма, В.Р. Дифференцированный подход к медицинскому обслуживанию подростков старшего возраста - учащихся школ и учреждений начального профессионального образования / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, К.Э. Павлович // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 318.

39. Кучма, В.Р. К вопросу совершенствования «Методики комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва).-С. 191.

40. Кучма, В.Р. Медико-социальные и психологические аспекты социализации выпускников основной школы в современных условиях / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 191.

41. Кучма, В.Р. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / В.Р. Кучма, Ж.Ю. Горелова, Б.Т. Величковский // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса



педиатров России. - С. 319.

42. Кучма, В.Р. Роль профилактической педиатрии и гигиены детей и подростков в формировании их здоровья / В.Р. Кучма // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 188-189.

43. Кучма, В.Р. Состояние здоровья и медицинское обеспечение подростков Российской Федерации / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вестн. РАМН. - 2003.-№ 8.-С. 6-10.

44. Лукьянова, Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е.М. Лукьянова // Качественная клиническая практика. - 2002. -№ 4. - С. 34-42.

45. Максимова, Т.М. Физическое развитие и здоровье детей России (2000-2001 гг.) / Т.М. Максимова, В.Б. Белов, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - № 5. - С. 6-11.

46. Максимова, Т.М. Здоровье детей в условиях социальной дифференциации общества / Т.М. Максимова, О.Н. Гаенко, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - № 1. - С. 9-14.

47. Маслова, Н.Г. Реабилитация детей с ожирением на основе образовательной программы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2005. - 23 с.

48. Масюк, В.С. Изучение физического развития детей и подростков Республики Карелия / В.С. Масюк // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. — С. 370-371.

49. Медико-психолого-педагогический мониторинг здоровья школьников / СМ. Чечельницкая, А.Г. Румянцев, А.И. Подольский [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 404.

50. Медицинская профилактика в общеобразовательных школах: метод, рекоменд. / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт [и др.]. - М., 2006. - 70 с.
51. Междисциплинарный мониторинг состояния здоровья учащихся / СМ. Чечельницкая, А.А. Михеева, И.В. Возвышаева [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 403.
52. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Валиуллина [и др.]. - М., 2005. - 30 с.
53. Многофакторный личностный опросник Р. Кеттела (юношеский вариант): учеб.- метод, пособие / сост. О.М. Анисимова. - СПб.: Речь, 2002. - 26 с.
54. Мочалова, Е.К. Качество жизни подростков-инвалидов — важная проблема современности / Е.К. Мочалова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 394-395.
55. Мочалова, Е.К. Медико-социальная характеристика и качество жизни подростков-инвалидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2006. - 27 с.
56. Муталов, А.Г. Физиология, патология и охрана здоровья детей подросткового возраста / А.Г. Муталов, Н.А. Дружинина, Г.П. Ширяева. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2005. — 252 с.
57. Нагаева, Т.А. Состояние здоровья и структура патологии у подростков допризывного возраста / Т.А. Нагаева, А.А. Ильных // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 402.
58. Некоторые результаты оценки динамики здоровья детей / А.Д. Рубин, Т.Ю. Панфилова, В.Г. Пузырев [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 770.
59. Никитина, Т.П. Разработка и оценка свойств русской версии опросника

- PedsQL для исследования качества жизни детей 8-18 лет: автореф. дис. ...  
канд. мед. наук. -М., 2004. - 24 с.
60. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине /  
А.А. Новик, Т.Н. Ионова, П. Кайнд. - СПб.: ЭЛБИ, 1999. - 140 с.
61. Новик. А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /  
А.А. Новик, Т.Н. Ионова. - СПб.: Нева, 2002. - 321 с.
62. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем  
здоровья детей и подростков России / В.Р. Кучма, А.А. Баранов, В.А. Ту-  
тельян, Б.Т. Величковский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 120 с.
63. Об оценке здоровья детей / Л.И. Мозжухина, Н.Л. Черная, Е.В. Шубина [и  
др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.  
- 2003. - №4. - С. 3-7.
64. Ожирение как медико-социальная проблема в педиатрии /  
.Г. Самойлова, Е.Б. Кравец, Е.В. Горбатенко, Е.С. Киселева // Вопросы  
современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы  
педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 512-513.
65. Особенности формирования здоровья подростков: основные тенденции,  
факторы риска, профилактика / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапорт [и  
др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные  
проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. —  
С. 319-320.
66. Оценка качества жизни в педиатрии / А.А. Новик, Т.И. Ионова, К. Купер,  
Т.П. Никитина // Исследование качества жизни в медицине: материалы  
научной конференции. - СПб., 2000. - С. 107-108.
67. Панкратова, О.С. Состояние здоровья школьников и выбор профессии /  
О.С. Панкратова, Л.И. Щербакова // Вопросы современной педиатрии. —  
2006. — Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X  
Конгресса педиатров России. - С. 445-446.
68. Перспективные направления укрепления здоровья детей и подростков в  
системе образования / А.Г. Румянцев, СМ. Чичельшцкая, В.А. Прошин [и

- др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 307.
69. Российский адаптированный вариант опросников для оценки качества жизни и состояния здоровья детей с ЮХА / Н.Н. Кузьмина, И.П. Никишина, А.В. Шайков [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2002. - № 1. - С. 40-43.
70. Рудницкий, СВ. Результаты изучения физического статуса подростков / СВ. Рудницкий, В.А. Беляков, В.Н. Жуков // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 497.
71. Рукавишников, А.А. Факторный личностный опросник Р. Кеттела: метод, рук-во / А.А. Рукавишников, М.В. Соколова. - СПб.: ИМАТОН, 2002. - 96 с.
72. Сенкевич, Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2000. - 34 с.
73. Современные подходы к охране здоровья детей и подростков / .Я. Галиуллин, О.И. Пикуза, А.М. Закирова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 74.
74. Соколова. Н.В. Особенности состояния здоровья сельских школьников / Н.В. Соколова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 542.
75. Состояние здоровья детей и подростков Республики Дагестан на современном этапе / А.М. Алискандиев, Т.Е. Ковтюх, В.П. Кастрова, Б.М. Махачев // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 20.
76. Состояние здоровья детей Смоленска / В.Е. Шаробаро, Л.А. Сорокина,

- Е.П. Ивлева, Н.В. Машкова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. — Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 797.
77. Софронов, Г.А. Актуальность исследований качества жизни в медицине / Г.А. Софронов // Исследование качества жизни в медицине: материалы научной конференции. - СПб., 2000. - С. 130-131.
78. Социально-гигиенический мониторинг детей как методология целевых профилактических программ // Вопросы современной педиатрии. — 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 557.
79. Сравнительные показатели состояния здоровья детей различных регионов России / А.Г. Ильин, С.Н. Вахрамеева, С.Г. Шмакова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 225-226.
80. Стволинский, И.Ю. Методологические подходы к выявлению медико-социальных потребностей детей при медицинском обслуживании / И.Ю. Стволинский // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 548-549.
81. Сухарева, Л.М. Роль возраста и пола в адаптации подростков к учебным и нервно — эмоциональным нагрузкам / Л.М. Сухарева, К.Э. Павлович // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 559-560.
82. Сюзева, Е.Л. Медико-социальные аспекты детской инвалидности / Е.Л. Сюзева // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 355-356.
83. Тенденции физического развития современных школьников крупного промышленного города // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы

- VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). — С. 39.
84. Терзиева, Е.Д. Медико-демографические показатели здоровья подростков / Е.Д. Терзиева // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 573.
85. Торшхоева Р.М. Научное обоснование регионального подхода к совершенствованию медицинской помощи детям с аллергическими болезнями: Авто-реф. дисс.... докт.мед.наук. - Москва, 2008. - 4 5 с.
86. Федеральный закон Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации. - М., 2003. - Принят 04.08.2003 г.
87. Физическое развитие как индикатор здоровья / Н.К. Перевощикова, Е.Д. Басманова, Е.П. Вавилова, Н.Г. Гладышева // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 270.
88. Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлиппа
89. Философский энциклопедический словарь / Е.Ф. Губский, Г.В. Кораблева, В.А. Лутченко. - М.: Инфра-М, 2001. - 576 с.
90. Формирование здоровья школьников в современных условиях / Л.И. Мозжухина, Е.В. Шубина, Н.Л. Черная, А.Г. Румянцев // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 237-238.
91. Чичерин, Л.П. Технология межведомственного решения проблем охраны здоровья детского населения в России / Л.П. Чичерин // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 406-407.
92. Щербицкая, А.В. Анализ уровня физического развития учащихся школ Самарской области / А.В. Щербицкая // Вопросы современной педиатрии.

- 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 672.
93. Эйдемиллер, Э.Г. Анализ семейного воспитания / Э.Г. Эйдемиллер. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.
94. Ямпольская, Ю.А. Тенденции физического развития школьников в последнее десятилетие / Ю.А. Ямпольская // Вопросы современной педиатрии. —2003. - Т. 2, Прил. 1: Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г., Москва). - С. 436.
95. Янов, Ю.К. Методология исследования качества жизни в клинической практике / Ю.К. Янов, А.А. Новик // Исследование качества жизни в медицине: материалы научной конференции. - СПб., 2000. - С. 158-159.
96. A multiattribute approach to health status measurement and clinical management: illustrated by an application to brain tumors in childhood / R.D. Barr, M.R. Pai, S. Weitzman [et al.] // Int. J. Oncol. - 1994. - Vol. 4. - P. 639-648.
97. Adolescent quality of life and satisfaction with care / J.K. Mah, S. Tough. T. Fung [et al.] // J. Adolesc. Health. - 2006. - Vol. 38, N 5. - P. 607.
98. Allen, M.C. Developmental outcome of neonatal intensive care: What questions are we asking? / M.C. Allen // Curr. Opin. Pediatr. - 2000. - Vol. 12. - P. 116-122.
99. Annett, R.D. Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma / R.D. Annett // Allergy Clin. Immunol. - 2001. - Vol. 107. - P. 473-481.
100. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues / L.S. Matza, A.R. Swensen, E.M. Flood [et al.] // Value Health. - 2004. - Vol. 7, N 1. - P. 79-92.
101. Berntsson, L.T. Quality of life among children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996 / L.T. Berntsson, L. Kohler // Eur. J. Public Health. - 2001. - Vol. 11, N 4. - P. 437-445.
102. Bukowski, W.M. Peer relationships and quality of life / W.M. Bukowski,

- D. Sandberg // *Acta Paediatr. (Suppl.)*. - 1999. - Vol. 88. - P. 108-109.
103. Caregivers perceptions following gastrostomy in severely disabled children with feeding problems / R. Tawfik, A. Dickson, M. Clarke, A.G. Thomas // *Dev. Med. Child Neurol.* - 1997. - Vol. 39. - P. 746-751.
104. Children and adult perceptions of childhood asthma / G.H. Guyatt, E.F. Juniper, L.E. Griffith [et al.] // *Pediatrics*. - 1997. - Vol. 99. - P. 165-168.
105. Children proxies' quality-of-life agreement depended on the country using the European KIDSCREEN-52 questionnaire / S. Robitail, M.C. Simeoni, U. Ravens-Sieberer [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* - 2007. - Vol. 60, N 5. - P. 469-478.
106. Christakis, D.A. Methodological issues in pediatric outcomes research / DA. Christakis, B.D. Johnston, F.A. Connell // *Ambul. Paediatr.* - 2001. - Vol. 1.-P. 59-62.
107. Clarke, S.A. The measurement of health - related quality of life (QOL) in pediatric clinical trials: a systematic review / S.A. Clarke, C. Eiser // *Health Qual. Life Outcomes*. - 2004. - Vol. 2. - P. 66.
108. Clinicians perspective on quality of life assessment in pediatric clinical practice / R.M. Baars, S.M. van der Pal, H.M. Koopman. J.M. Wit // *Acta Paediatr.* - 2004. - Vol. 93, N 10. - P. 1356-1362.
109. Concepts and measures of health - related quality of life for children / C.F. Lee, L.Y. Chien, Y.L. Ko, Y.H. Chou // *Hu Li Za Zhi*. - 2004. - Vol. 51, N 2. - P. 73-78.
110. Cox, M.J. Families as systems / M.J. Cox, B. Paley // *Ann. Rev. Psychol.* - 1997. - Vol. 48. - P. 243-267.
111. Cremeens, J. A Qualitative investigation of school - aged children's answers to items from a generic quality of life measure / J. Cremeens, C Eiser, M. Blades // *Child Care Health Dev.* - 2007. - Vol. 33, N 1. - P. 83-89.
112. Cummins. R.A. A model of subjective well being homeostasis: The role of personality / R.A. Cummins. E. Gullone, A.L.D. Lau // *Soc. Ind. Res. Series*. - 2000.-Vol. 45.-P. 74-76.



113. Cummins, R.A. Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias / R.A. Cummins, H. Nistico // *J. Happiness. Stud.* - 2002. - Vol. 3. - P. 37-69.
114. Cummins, R.A. On the trail of the gold standart for life satisfaction / R.A. Cummins // *Soc. Indie. Res.* - 1995. - Vol. 35. - P. 179-200.
115. Cummins, R.A. The second approximation to an international standard of life satisfaction / R.A. Cummins // *Soc. Indie. Res.* - 1998. - Vol. 43. - P. 308-334.
116. Decreased quality of life assotiated with obesity in school - aged children / S.L. Friedlander, E.K. Larkin, C.L. Rosen [et al.] // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* - 2003.-Vol. 157.-P. 1206-1211.
117. DesarroUo de la versoin en espanol del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la poblacion infantile y adolescente / M. Aymerich, S. Berra, I. Guillamon [et al.] // *Gac. Sanit.* - 2005. - Vol. 19, N 2. - P. 93-102.
118. Development of a measure of the health - related quality of life of children in pubic care / P. Upton, A. Maddocks, C Eiser [et al.] // *Child Care Health Dev.* - 2005. - Vol. 31, N 4. - P. 409-415.
119. Development of child - centered disease - specific questionnaires for living with asthma / M.J. Christie, D.J. French, A.J. Sowden, A. West // *Psychosom. Med.* - 1993. - Vol. 55. - P. 541-548.
120. Do teens differ from parents in rating health - related quality of life? A study of premature and control teem/parent dyads / S. Saigal, W.J. Furlong, P.L. Rosenbaum [et al.] // *Pediatr. Res.* - 1995. - Vol. 37. - P. 271 A.
121. Eiser, C. A rewiev of measures of quality of life for children with chronic illness / C Eiser, R. Morse // *Arch. Dis. Child.* - 2001. - Vol. 84. - P. 205-211.
122. Eiser, C. Can parents rate their child's health - related quality of life? Results of a systematic review / C. Eiser, R. Morse // *Qual. Life Res.* - 2001. - Vol. 10. - P. 347-357.
123. Eiser, C. Measuring quality of life / C Eiser, M. Jenney // *Arch. Dis. Child.* - 2007. - Vol. 92, N 4. - P. 348-350.
124. Eiser, C. Quality of Life measures in chronic diseases of childhood / C Eiser, R. Morse // *Health Technol.* - 2001. - Vol. 5, N 1. - P. 157.

125. Eiser, C. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives / C Eiser, R. Morse // *J. Dev. Behav. Pediatr.* - 2001. - Vol. 22, N 4. - P. 248-156.
126. Eiser, C. The measurement of quality of life in young children / C. Eiser, H. Mohay, R. Morse // *Child Care Health Dev.* - 2000. - Vol. 26. - P. 401-127.
127. Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Linder- und Jugendgesundheitsurvey / U. Ravens-Sieberer, H. Holling, S. Bettge, A. Wietzker // *Gesundheitswesen.* - 2002. - Vol. 64, Suppl. 1. - P. S30-35.
128. Ergebnisse einer ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas / H. Weyhreter, S. Tarmhauser, R. Muche [et al.] // *Klein. Pediatr.* - 2003.-Vol. 215, N 2. - P. 57-64.
129. Ethnic differences in quality of life in adolescents among Chinese, Malay and Indians in Singapore / T.P. Ng, L.C. Lim, A. Jin, N. Shinfuku // *Qual. Life Res.* -2005.-Vol. 14, N 7. - P. 1755-1768.
130. Expert consensuns in the development of a European Health - related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study / M. Herdman, L. Rajmil, U. Ravens-Sieberer [et al.] // *Acta Paediatr.* - 2002. - Vol. 91, N 12. - P. 1385-1390.
131. Felce, D. Defining and applying the concept of quality of life / D. Felce // *J. Intell. Disabil. Res.* - 1997. - Vol. 41, N 2. - P. 126-135.
132. Field testing of a European quality of life instrument for children and adolescents with chronic condirions: the 37-item DISABKIDS Chronic Generic Module / M.C. Simeoni, S. Schmidt, H. Muehlan [et al.] // *Qual. Life Res.* - 2007. - Vol. 15,N5.-P. 881-893.
133. Forth Annual Conference of the International Society for QOL Research: Abstracts // *Qual. Life Res.* - 1997. - N 7/8. - P. 613-747.
134. French, D.J. The reproducibility of the Childhood Asthma Questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 eyars / D.J. French, M.J. Christie, A.J. Sowden // *Qual. Life Res.* - 1994. - Vol. 3. - P. 215-224.

135. Goodwin, D.A. Development and validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale / D.A. Goodwin, S.R. Boggs, J. Grahma-Pole // Psychol. Assess. -1994.-Vol. 6 . - P . 321-328.
136. Graham, P. A new measure of health - related quality of life for children / P. Graham, J. Stevenson, D. Flynn // Psychol. Health. - 1997. - Vol. 12. - P. 655-665.
137. Hanestad, B.R. The stability of quality of life experience in people with Type I diabetes over a period of a year / B.R. Hanestad, G. Albrektsen // J. Adv. Nurs. - 1992. - Vol. 17. - P. 777-784.
138. Headey, B. Personality, life events, and subjective well - being: Toward a dynamic equilibrium model / B. Headey, A. Wearing // J. Pers. Soc. Psychol. - 1989.-Vol. 57 . - P . 731-739.
139. Health - related quality of life among children and adolescent: association with obesity / O. Pinhas-Hamiel, S. Singer, N. Pipel [et al.] // Int. J. Obes. (Lond.). - 2006. - Vol. 30, N 2. - P. 267-272.
140. Health - related quality of life as a predictor of pediatric healthcare costs: a two - year prospective cohort analysis / M. Seid, J.W. Varni, D. Segall, P.S. Kurtin // Health Qual. Life Outcomes. - 2004. - Vol. 2. - P. 48.
141. Health - related quality of life in children diagnosed with asthma, diabetes, juvenile chronic arthritis or short stature / U. Norbby, L. Nordholm, B. Andersson-Gare, A. Fasth // Acta Paediatr. - 2006. - Vol. 95, N 4. - P. 450-456.
142. Health - related quality of life in overweight and non overweight black and white adolescents / E.M. Fallon, M. Tanofsky-Kraff, A.C. Norman [et al.] // J. Pediatr. - Vol. 147, N 4. - P. 443-450.
143. Health - related quality of life in overweight and obese children / J. Williams, M. Wake. K. Hesketh [et al.] // JAMA. - 2005. - Vol. 293, N 1. - P . 70-76.
144. Health - related quality of life: gender differences in childhood and adolescence / C Bisegger, B. Cloetta, U. von Rueden [et al.] // Soz. Praventivmed. - 2005. -Vol. 50,N5.-P. 281-191.
145. Ingersoll, G.M. A modified quality of life measure for youths: psychometric properties? / G.M. Ingersoll, D.G. Marrero // Diabetes Educ. - 1991. - Vol. 17.

- P . 114-118.

146. International development of the Parents Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD) / S.P. McKenna, D. Whalley, A.L. Dewar [et al] // Qual. Life Res. -2005. -Vol. 14, N 1. - P . 231-141.

147. Jirojanakul, P. Predicting young childrens quality of life / P. Jirojanakul, S.M. Skevington, J. Hudson // Soc. Sci. Med. - 2003. - Vol. 57, N 7. - P. 1277-1288.

148. Josie, K.L. Health - related quality-of-life measures for children with asthma: reliability and validity of the Children's Health Survey for Asthma and the Pediatric Quality of Life Inventory Asthma Module / K.L. Josie, R.N. Greenley, D. Drotar // Ann. Allergy Asthma Immunol. - 2007. - Vol. 98, N 3. - P. 218-224.

149. Juniper, E.F. Assessment of quality of life in adolescent with allergic rhinoconjunctivitis: development and testing of a questionnaire for clinical trials / E.F. Juniper, G.H. Guyatt, J. Dolovich // J. Allergy Clin. Immunol. - 1994. - Vol. 93.-P. 413-423.

150. Juniper, E.F. How important is quality of life in pediatric asthma? / E.F. Juniper //Pediatr. Pulmonol. (Suppl.). -1997. -Vol. 15. - P . 17-21.

151. Kupersmidt, J.B. The role of poor relationships in the development of disorder / J.B. Kupersmidt, J.D. Coie, K.A. Dodge // Peer Rejection In Childhood / S.R. Asher, J.D. Coie. - N . Y.: Cambridge University Press, 1990.

152. Kvrđić, S. Uticaj sociodemografskih karakteristika na zdravlje i kvalitet života slovske dece i omladine u Jugoslaviji / S. Kvrđić, Niciforović- O. Suređić, S. Ukropina // Med. Pregl. - 2001. - Vol. 54, N 5-6. - P. 229-233.

153. La salud en la infancia / C Colomer-Revuelta, J. Colomer-Revuelta, R. Mercer [et al.] // Gac. Sanit. - 2004. - Vol. 18, Supl. 1. - P . 39-46.

154. Landgraf, J.M. Measuring health outcomes in pediatric populations: issue in psychometrics and application / J.M. Landgraf, L.N. Abetz // Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials / B. Spilker. - Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.

155. Landgraf, J.M. Quality of life measures in chronic diseases in childhood / J.M. Landgraf// Qual. Life Res. - 2002. - Vol. 11. - P. 609-611.

156. Landgraf, J.M. The CHQ Users Manual / J.M. Landgraf, L.N. Abetz, J.E. Ware - Boston: Health Act, 1999.
157. Leidy, N.K. Recommendations for evaluation the validity of quality of life claims for labeling and promotion / N.K. Leidy, M. Rich, B. Geneste // Value in Health. - 1999. - Vol. 2. - P. 113-127.
158. Levi. R.B. Health - related quality of life in childhood cancer: discrepancy in parent - child reports / R.B. Levi, D. Drotar // Int. J. Cancer Suppl. - 1999. - Vol. 12.-P. 58-64.
159. Lifestyles and health - related quality of life in Japanese school children: a cross - sectional study / X. Chen, M. Sekine, S. Hamanishi [et al.] // Prev. Med. - 2005. - Vol. 40, N 6. - P. 668-678.
160. Mazur, J. Development and initial psychometric analysis of the generic quality of life questionnaire for Polish children and adolescent (KIDSCREEN-52) / J. Mazur // Med. Wieku Rozwoj.-2004.-Vol. 8,N3.-P. 513-533.
161. Mazur, J. Health - related quality of life (HRQL) in children and adolescent - concepts, study methods and selected applications / J. Mazur, E. Mierzejewska // Med. Wieku Rozwoj. - 2003. - Vol. 7, N 1. - P. 35-48.
162. McLaughlin, J.F. Quality of life and developmental disabilities / J.F. McLaughlin, K.F. Bjomson // Dev. Med. Child. Neurol. - 1998. - Vol. 40. - P. 435.
163. Measurement properties of the UK - English version of the Pediatric Quality of Life Inventory scales / P. Upton, C. Eiser, I. Cheung [et al.] // Health Qual. Life Outcomes. - 2005. - Vol. 3, N 1. - P. 22.
164. Measuring health - related quality of life in a child population / E.G. Verrips, T. Vogels, H.M. Koopman [et al.] // Eur. J. Public Health. - 1999. - Vol. 9. - P. 188-193.
165. Measuring health - related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form / T. Vogels, G.H. Verrips, Verloove- C.P. Vamhopick [et al.] // Qual. Life Res. - 1998. - Vol. 7. - P. 165-171.
166. Measuring quality of life in children with asthma / E.F. Juniper, G.H. Guyatt, D.H. Feeny [et al.] // Qual. Life Res. - 1996. - Vol. 5. - P. 35-46.

167. Measuring quality of life in children with rhino conjunctivitis / E.F. Juniper, W.C. Howland, N.B. Roberts [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1998. - Vol. 101,N2.-P. 163-170.
168. Msall, M.E. Functional outcomes in self- care, mobility, communication, and learning in extremely lowbirth weight infants / M.E. Msall, M.R. Tremont // *Clin. Perinatal.* - 2000. -Vol. 27. - P . 381-401.
169. Olson, L.M. Measuring health status and quality of life for US children: relationship to race, ethnicity, and income status / L.M. Olson, M. Lara, M. Pat Frinther // *Ambul. Pediatr.* - 2004. - Vol. 4, N 4. - P. 377-386.
170. Palley, H.A. Long - term care for people with developmental disabilities: A critical analysis / H.A. Palley, V. Van Hollen // *Health Soc. Work.* - 2000. - Vol. 25.-P. 181-189.
171. Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL). I. Instrument development, descriptive statistics, and cross - informant variance / J.W. Vami, E.R. Katz, M. Seid [et al.] // *J. Behav. Med.* - 1998. - Vol. 21. - P. 179-204.
172. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA - Studie in Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) / U. Ravens-Sieberer, N. Wille, S. Bettge, M. Erhart // *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* - 2007. - Bd. 50, N 5-6. - S. 871-878.
173. Quality of life in a clinical of obese children / A.R. Hughes, K. Farewell, D. Han-is, J.J. Reilly // *Int. J. Obes. (Lond.)*. - 2007. - Vol. 31, N 1. - P. 39<sup>^</sup>14. 174. Quality of life in children and adolescent: a European public health perspective / U. Ravens-Sieberer, A. Gosch, T. Abel [et al.] // *Soz. Praventivmed.* - 2001. - Vol. 46, N 5. - P. 294-302.
175. Quality of life in children with Crohns disease / H. Rabbett, A. Elbadri, R. Thwaites [et al.] // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* - 1996. - Vol. 23. - P. 123-132.
176. Quality of life of children: importance of its evaluation. Comparasion of children in good health with those at risk (psychological, social, somatic) / A. Dazord, S. Manificat, C Escoffier [et al.] // *Encephale.* - 2000. - Vol. 26, N

5.-P. 46-55.

177. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis / A.J. Janse, R.J. Gemke, C.S. Uiterwaal [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* - 2004. - Vol. 57,N7.-P. 653-661.

178. Raat, H. Pediatric health - relates quality of life questionnaires in clinical trials / H. Raat, A.D. Mohangoo, M.A. Grootenhuis // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* - 2006. - Vol. 6, N 3. - P. 180-185.

179. Ravens-Sieberer, U. Assessing health - related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results / U. Ravens-Sieberer, M. Billinger // *Qual. Life Res.* - 1998. - Vol. 7. - P. 399-407.

180. Ravens-Sieberer, U. Besondere Aspekte der Lebensqualität bei Kindern / U. Ravens-Sieberer // *Dtsch. Med. Wochenschr.* - 2006. - Bd. 131, N 19. - S. 27-30.

181. Ravens-Sieberer, U. Quality of life after in - patient rehabilitation in children with obesity / U. Ravens-Sieberer, M. Redegeld, M. Bullinger // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* - 2001. - Vol. 25, Suppl. 1. - P. S63-65.

182. Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples / H. Raat, A.M. Botterweck, J.M. Landgraf [et al.] // *J. Epidemiol. Community Health.* - 2005. - Vol. 59, N 1. - P. 75-82.

183. Ronen, G.M. Outcome measures in pediatric neurology: Why do we need them? / G.M. Ronen, M.P. Rosenbaum, D.L. Streiner // *J. Child Neurol.* - 2000. - Vol. 15.-P. 275-280.

184. Ruperto, N. International research networks in pediatric rheumatology: the PRINTO perspective / N. Ruperto, A. Martini // *Curr. Opin. Rheumatol.* - 2004. - Vol. 16,N5.-P. 566-570.

185. Schmidt, L.J. Child/parent - assessed population health outcome measures: a structured review / L.J. Schmidt, A.M. Garratt, R. Fitzpatrick // *Child Care Health Dev.* - 2002. - Vol. 28, N 3. - P. 227-237.

186. Seid, M. Measuring quality of care for vulnerable children: challenges and conceptualization of a pediatric outcome measure of quality / M. Seid, J.W. Varni, P.S. Kurtin//Am. J. Med. Qual.-2000.-Vol. 15, N 4 . - P . 182-188.
187. Self- reported physical disabilities in children in the Netherlands / J. Spee-van der Wekke, A.L. den Ouden, J.F. Meulmeester, J.J. Radder // Disabil. Rehabil. - 2000. - Vol. 22, N 7. - P. 323-329.
188. Skowronska-Gardas, A. Radiotherapy of central nervous system tumors in young children: Benefits and pitfalls / A. Skowronska-Gardas // Med. Pediatr. Oncol. - 1999. - Vol. 33. - P. 572-576.
189. Socio —economic differentials in the health - related quality of life of Australian children: results of a national study / N.J. Scriver, M.G. Sawyer, J.J. Clark, P. Baghurst // Aust. N. Z. J. Public Health. - 2003. - Vol. 27, N 1. - P. 27-33.
190. Sociocultural, environmental, and health challenges facing women and children living near the borders between Afghanistan, Iran, and Pakistan (AIP region) // Med. Gen. Med. - 2004. - Vol. 6, N 3. - P. 51.
191. Socioeconomic determinants of health - related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study / U. von Rueden, A. Cosch, L. Rajmil [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. - 2006. - Vol. 60, N 2. - P. 130-132.
192. Suh, E. Events and subjective well - being: Only recent events matter / E. Suh, E. Diener // J. Pers. Soc. Psychol. - 1996. - Vol. 70. - P . 1091-1102.
193. Svavarsdottir, E.K. Health —related quality of life in Iceland school children / E.K. Svavarsdottir, B. Orlygssdottir // Scand. J. Caring Sci. - 2006. - Vol. 20, N 2 . - P . 209-215.
194. The adolescent child health and illness profile: a population - based measure of health / B. Starfield, A.W. Riley, B.F. Green [et al.] // Med. Care. - 1995. - Vol. 33.-P. 553-566.
195. The Childrens Dermatology Life Quality Index: validation of the cartoon version / S.A. Holme, I. Man, J.L. Sharpe [et al.] // Br. J. Dermatol. - 2003. - Vol. 148,N2.-P. 285-290.



196. The development and validation of the Epilepsy and Learning Disabilities Quality of Life (ELDQOL) scale / D. Buck, M. Smith, R. Appleton [et al.] // *Epilepsy Behav.* -2007.-Vol. 10, N 1.-P. 38-43.
197. The development of the How Are You? (HAY), a quality of life questionnaire for children with a chronic illness / J. Bruill, S. Maes, L. Le Coq, J. Boeke // *Quality of Life News Letter.* - 1998. -Vol. 3,N 9. - P . 101-102.
198. The DISABKIDS generic quality of life instrument showed cross - cultural validity / S. Schmidt, D. Debensason, H. Muhlan [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* - 2006. - Vol. 59, N 6. - P. 587-598.
199. The European DISABKIDS projects: development of seven condition – specific modules to measure health –related quality of life in children and adolescent / R.M. Baars. CI. Atherton, H.M. Koopman [et al.] // *Health Qual. Life Outcomes.* - 2005. - Vol. 3. - P. 70.
200. The health and social situation of the mother during pregnancy and global quality of life of the children as an adult. Results from the prospective Copenhagen Perinatal Cohort 1959-1961 / S. Ventegodt, T. Flensburg-Madsen, N.J. Andersen, J. Merrick // *Sci. World J.* - 2005. - Vol. 5. - P. 950-958.
201. The Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire: development of a new responsive index for juvenile rheumatoid arthritis and juvenile spondyloarthritis // *J. Rheumatol.* - 1997. - Vol. 24. - P . 738-746.
202. The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, M. Seid, D. Skarr // *Ambul. Pediatr.* -2003. -Vol. 3, N 6. - P . 329-341.
203. The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision - making / J.W. Varni, M. Seid, T.S. Knight [et al.] // *J. Behav. Med.* - 2002. - Vol. 25, N 2. - P. 175-193.
204. The PedsQL Family Impact Module: preliminary reliability and validity / J.W Varni, S.A. Sherman, T.M. Burwinkle [et al.] // *Health Qual. Life Outcomes.* - 2004.- Vol. 2 . - P . 55.

205. The PedsQL in pediatric asthma: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and asthma module / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, M.A. Rapoff [et al.] // J. Behav. Med. - 2004. - Vol. 27, N 3. - P. 297-318.
206. The PedsQL in pediatric cerebral palsy: reliability, validity, and sensitivity of the Generic Core Scales and Cerebral Palsy Module / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, S.J. Berrin [et al.] // Dev. Med. Child Neurol. - 2006. - Vol. 48, N 6. - P. 442-449.
207. The PedsQL in pediatric rheumatology: reliability, validity, and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Rheumatology Module / J.W. Varni, M. Seid, T. Smith Knight [et al.] // Arthritis Rheum. -2002. - Vol. 46, N 3. - P. 714-725.
208. The PedsQL: reliability and validity of the short - form generic core scales and Asthma Module / K.S. Chan, R. Mangione-Smith, T.M. Burwinkle [et al.] // Med. Care. -2005. -Vol. 43, N 3. - P . 256-265.
209. The proxy problem: child report versus parent report in health - related quality of life research /N.C. Thenunissen, T.G. Vogel, H.M. Koopman [et al.] // Qual. Life Res. - 1998. - Vol.7, N 5.- P. 387-397.
210. The Russian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) / LP. Nikishina, N. Rupferto, N.N. Kuzmina [etal.]//Clin.Exp.Rheumatol.-2001.-Vol. 19, Suppl. 13.-P. 131-135.
211. Use of a children questionnaire of health - related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services / L. Rajmil, J. Alonso, S. Berra [e t al.] //J. Adolesc. Health. - 2006. - Vol. 38, N 5. - P . 511-518.
212. Use of the Self- Administered Eczema Area and Severity Index by parent caregivers: results of a validation study / T.S. Housman, M.J. Patel, F. Camacho [et al.] // Br. J. Dermatol.-2002.-Vol. 147, N 6 . - P . 1192-1198.
213. Validation of the English version of the KINDL generic childrens health – related quality of life instrument for an Asian population - results from a pilot test / H.L. Wee, W.W. Lee, U. Ravens-Sieberer [et al.] // Qual. Life Res. - 2005. -

Vol. 14, N 4 . - P . 1193-2000.

214. Varni, J.W. Health - related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application /

J.W. Varni, T.M. Burwinkle, M.M. Lane // Health Qual. Life Outcomes. - 2005.

-Vol. 3 , N 1 . - P . 34.

215. Varni, J.W. How young can children reliably and validly self- report their health -related quality of life?: an analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales / J.W. Varni, C.A. Limbers, T.M. Burwinkle // Health Qual. Life Outcomes. - 2007. - Vol. 5. - P. 1.

216. Varni, J.W. 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.W. Varni, M. Seid, P.S. Kurtin//Med. Care. -2001. -Vol. 39, N 8. - P . 800-812.

217. Varni, J.W. The PedsQL 4.0 as a school population health measure: feasibility, reliability, and validity / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, M. Seid // Qual. Life Res. -2006. -Vol.15, N2. - P . 203-215.

218. Varni, J.W. The PedsQL in pediatric cancer: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scales, and Cancer Module / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, E.R. Katz // Cancer. -2002.-Vol. 94, N 7 . - P . 2090-2106.

219. Varni, J.W. The PedsQL in pediatric Rheumatology: Reliability, validity, and responsiveness of the PedsQL generic core scales and rheumatology module / J.W. Varni, M. Seid, T.S. Knight //Arthr. Rheum. - 2002. - Vol. 46. - P. 714-725.

220. Varni, J.W. The PedsQL Multidimensional Fatigue Scale in pediatric rheumatology: reliability and validity / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, I.S. Szer // J. Rheumatol. - 2004. - Vol. 31, N 12. - P. 2494-2500.

221. Version Espanola del cuestionario aleman de calidad de vida relacionada con la salud en poblacion infantil y de adolescentes: el Kindl / L. Rajmil, V. Serra-Sutton, J.A. Fernandez-Lopez [et al.] // Anales De Pediatria (Barseloma, Spain). -2003.-Vol. 60, N 6 . - P . 514-521.

222. Wallander, J.L. Quality of Life Measurement in Children and Adolescent: Issues, Instruments, and Application / J.L. Wallander, M. Schitt, H.M. Koot // J. Clin. Psych. - 2001. - Vol. 57, N 4. - P. 571-585.
223. Wallander, J.L. The role of theory in quality of life research / J.L. Wallander // Quality of Life in Children and Adolescent: Concepts, Methods, and Findings / H.M. Koot, J.L. Wallander. - London: Harwood Academic Publishers.
224. Wee, H.L. Meaning of health - related quality of life among children and adolescents in an Asian country: a focus group approach / H.L. Wee, H.X. Chua, S.C. Li // Qual. Life Res. - 2006. - Vol. 15, N 5. - P. 821-831.
225. Wildrick, W. Quality of life in children with well - controlled epilepsy / W. Wildrick, S. Parker-Fisher, A. Morales // J. Neurosci. Nur. - 1996. - Vol. 28. - P. 192-198.
226. World Health Organization Constitution: Basic Documents. - Geneva, 1948.
227. Woynarowska, B. Self- reported health and life satisfaction in school - aged children in Poland and other countries in 2002 / B. Woynarowska, I. Tabak, J. Mazur // Med. Wieku Rozwoj. - 2004. - Vol. 8, N 3. - P. 535-550.
228. Zeller, M.H. Predictors of health - related quality of life in obese youth / M.H. Zeller, A.C. Modi // Obesity - 2006. - Vol. 14, N 1. - P. 122-130.

FOR AUTHOR USE ONLY

**More  
Books!**



yes  
**I want morebooks!**

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at  
**[www.morebooks.shop](http://www.morebooks.shop)**

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн – в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов! окружающей среде благодаря технологии Печати-на-Заказ.

Покупайте Ваши книги на  
**[www.morebooks.shop](http://www.morebooks.shop)**

KS OmniScriptum Publishing  
Brivibas gatve 197  
LV-1039 Riga, Latvia  
Telefax: +371 686 20455

[info@omniscryptum.com](mailto:info@omniscryptum.com)  
[www.omniscryptum.com](http://www.omniscryptum.com)

OMNIscriptum



FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY



FOR AUTHOR USE ONLY