

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ Г. БАРНАУЛА. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ

¹Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40

²МБОУ «Лицей № 2», г. Барнаул

656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Аванесова, 134

Стригин В. М.¹, Фоминская Е. А.², Вдовин В. М.¹, Битдорф А. А.¹

Резюме

Актуальность. Клинический количественный подход в ранней (донозологической) диагностике и коррекции не психотических расстройств, возникающих под влиянием средовых факторов, принят международным сообществом (МКФ-ДП, МКБ-11) и возможен в форме номинальных и порядковых балльных шкал непараметрической статистики, требующих валидации в рамках национальной научно-практической медицины.

Цель. В настоящем пилотном исследовании с целью организационной и содержательной валидации мы применяли анкету SF-36 «Оценка качества жизни», отражающую влияние средовых факторов на физические и психические составляющие здоровья.

Материалы и методы. Обследовано 56 обучающихся 9, 10 и 11 классов общеобразовательной школы г. Барнаула с использованием анкеты SF-36 «Оценка качества жизни».

Результаты. Установлено, что по индикатору физической активности качества жизни требует внимания, прежде всего, популяция девочек 9-го класса (медианный показатель 67 баллов) и юношей 10 класса (65 баллов). По медианному показателю психического здоровья низкий показатель отмечается у девочек 9 класса (61 балл) и девочек 11 класса (63 балла).

Заключение. Анализ вариационных рядов позволяет определить индивидуальные индикаторы, требующие персонального интервьюирования и выявления причин низкого качества жизни.

Ключевые слова: здоровье детей, пограничные состояния, школьно-обусловленные расстройства, психическое здоровье детей

LIFE INDICATORS QUALITY IN THE BARNAUL PUBLIC SCHOOL SENJOUR STUDENTS: MEDICAL ASPECT

¹Altai State Medical University, Barnaul, Russia

656038, Altai Krai, Barnaul, Lenina Ave. 40

²Lyceum No 2, Barnaul, Russia

656045, Altai Krai, Barnaul, Avanesova St., 134

Strigin V. M.¹, Fominskaya E. A.², Vdovin V. M.¹, Bitdorf A. A.¹

Abstract

Background. The clinical quantitative approach in early (prenosological) diagnostics and correction of nonpsychotic disorders due to influence of environmental factors has been validated by the international community (ICF-DH, ICD-11), and it is available in the form of nominal and ordinal rating scales of nonparametric statistics requiring validation in terms of national scientific-practical medicine.

Objective. In this pilot study, we used the SF-36 questionnaire 'Quality of Life Assessment' reflecting the influence of environmental factors on the components of physical and mental health to make organizational and substantive validation.

Materials and methods. 56 students of 9-11 grades at the Barnaul public school were examined using the SF-36 questionnaire 'Quality of Life Assessment'.

Results. It was found that grade 9 girls (with median score 67 points) and grade 10 boys (65 points) required attention according to the indicator of physical activity. According to the median mental health indicator, a low indicator was observed in 9 grade girls (61 points) and 11 grade girls (63 points).

Conclusion. The analysis of variation series makes it possible to determine individual indicators that require personal interviewing and identification of the causes of low quality of life.

Keywords: children health, borderline states, school-related disorders, children mental health

Введение

Концепция качества жизни населения изначально принималась как комплексная характеристика социально-экономических, политических, идеологических факторов и

условий существования личности. Ключевой научно-практической задачей в концепции качества жизни стала разработка проблемы здоровья человека в дихотомии «человек-среда» [2]. Проблема здоровья и увеличение средней

продолжительности жизни находят научно-практическую реализацию в политике и системе национального здравоохранения, а также в законодательных актах РФ. Семейство классификаций ВОЗ последних лет представляют для клинической практики, системы образования, а также программ реабилитации унифицированные междисциплинарные критерии оценки, терминологию. Дефиниция здоровья ВОЗ [1], как матрица научно-практической оценки здоровья индивида, включает три важных домена здоровья: физическое, душевное, социальное благополучие (качество жизни). Эти элементы связаны, но не тождественны, так как касаются биологии (физическое здоровье) и психологии индивида. Функционирование индивида обеспечивается разными способами, в том числе работой госструктур. Ключевым пунктом в этом определении оставался термин «благополучие», получивший методологическое развитие в понятии «Здоровье» в 2011 году. Тогда в программе ВОЗ [2] благополучие рассматривалось как психологическая категория, как состояние и как взаимосвязанный процесс (континуум) в дихотомии «здоровье-благополучие». Благополучие оказывает существенное влияние на здоровье через конкретные антропогенные, трансцендентные факторы, например, профессиональную деятельность, питание, доступность медицинской помощи, продолжительность жизни. Эта сфера, как правило, регулируется государством. Благополучие и здоровье имеют, таким образом, ряд общих детерминант. Благополучие и его стабильность в группах населения включает основополагающие принципы (условия) в понятие «Здоровье» [2]. Один из принципов основан на учете базовых потребностей людей (материальных и базовых личностных целях жизни) при соответствующих возможностях. В основе другого принципа лежит учет субъективных восприятий социальных и моральных норм, своего положения в социуме, информации о среде, людях других стран. Субъективное восприятие – достаточно устойчивый показатель в различных группах населения. Здоровье можно рассматривать и как часть благополучия одновременно в качестве детерминанты и результата.

Шкала ценностей в масштабе государства позволяет установить регионарный целевой ориентир в отношении благополучия и здоровья. Управленческим инструментом в этой деятельности является социологическая шкала качества жизни, включающая фактор здоровья как системообразующий. В оценке здоровья популяции (благополучия) необходимо использовать информацию от органов здравоохранения, привнося в нее только максимально обоснованные новые показатели. ВОЗ рекомендованы индикаторы благополучия, где для детской популяции названы целевые ориентиры. К ним относятся сокращение преждевременной смертности, повышение уровня благополучия, всеобщий охват населения услугами здравоохранения и образования, документально сформулированные показатели здоровья, их выполнение госструктурами. Инструментом

системного мониторинга благополучия региона может быть оцифрованная модель качества жизни, в которой одним из основных факторов принимается «Здоровье», как предмет (человек-объект) научно-практической медицины [3, 4, 5, 6, 7]. Индикаторы здоровья могут быть получены из отчетов органов здравоохранения, а для обучающейся молодежи – обязательно по результатам планового анкетирования по стандартизированным опросникам, реализованным на принципе аутоидентификации. Они могут быть достаточным ориентиром для управленческих воздействий, с целью снижения рисков многих заболеваний.

Цель исследования. В рамках пилотного исследования путем анкетирования изучить качество жизни у обучающихся старших классов общеобразовательной школы г. Барнаула и оценить организационную и содержательную валидность используемой анкеты SF-36 «Оценка качества жизни».

Материалы и методы

Обследовано 56 респондентов (27 женского и 26 мужского пола), обучающихся 9, 10 и 11 классов общеобразовательной школы г. Барнаула (городского лицея № 2). Для работы с анкетами все участники дали добровольное согласие. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол №10 от 27.10.17 г.). Из 56 анкет в разработку было взято 53 анкеты, поскольку 3 были испорчены респондентами. Анкета включает 8 шкал – порядковых и номинальных (дихотомических), сгруппированных в два компонента:

I. Физический компонент здоровья: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивностью болей, общим состоянием здоровья.

II. Психологический компонент здоровья: жизненная активность и ролевое функционирование, связанные с эмоциональным состоянием, социальным функционированием, психическим здоровьем.

Обработка результатов анкетирования проводилась в соответствии с прилагаемой к опроснику методикой [3, 9] и статистическими рекомендациями. Качество жизни оценивалось в баллах, отражающих уровень функционирования по 100-балльной шкале. «Сырые баллы» из анкет с разными шкалами обрабатывались по Z и T-стандартизации. Считалось, что чем выше балл, тем выше качество жизни.

Результаты и обсуждение

Результаты опроса респондентов представлены в таблице 1. В оценке результатов мы придерживались следующего подхода: физический и психический компоненты являются составляющими здоровья, как одного из факторов благополучия. Они оцениваются в баллах, полученных на основе аутоидентификации – вертикальные столбцы таблицы, горизонтальные

представляют учебные классы выборки. Вертикальные столбцы характеризуют домены здоровья, т.е. те области жизнедеятельности, которые при учете здоровья изначально выступают факторами здоровья. Количественные показатели здоровья вертикальных столбцов представлены в баллах, производных от уровня функционирования.

Первый столбец представляет самооценку качества жизни в последние 4 недели и отражает удовлетворенность своим здоровьем и внешним видом, комфортом, эмоциональной устойчивостью по обратной 5-балльной шкале. Из таблицы 1 видно, что медиана баллов во всех учебных классах располагается в диапазоне между «хорошо» и «посредственно». Анализ

вариационного ряда выявил, что в популяции девочек 9 класса плохое здоровье было у одного человека, среди юношей – у 4 человек. Заметим, что во втором столбце представлено сравнение с прошлым годом. Данные респонденты считают, что здоровье стало лучше.

Второй столбец характеризует сравнительную оценку качества функционирования по сравнению с прошлым годом по 5-балльной (обратной) шкале: 1 – значительно лучше, чем год назад; 5 – гораздо хуже, чем год назад. Большинство респондентов по всем классам считают, что здоровье в этом году осталось прежним. Медиана баллов (табл. 1) во втором столбце располагается в диапазоне «несколько лучше, чем год назад» и «примерно такое же».

Таблица 1

Показатели качества жизни обучающихся старших классов общеобразовательной школы г. Барнаула (МБОУ «Лицей №2»)

Домены здоровья	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
			Физический компонент				Психический компонент					
9 класс												
Девушки (n=12)	3,7	2,81	91	75	80	67	58	752	64	61	65	103
Юноши (n=14)	4	2	88	71	81	76	69	888	69	74	73	137
Общее по классу (n=26)	4	3	89	73	80	71	63	820	67	67	58	120
10 класс												
Девушки (n=5)	4	3	97	90	82	80	70	902	67	71	46	146
Юноши (n=4)	4	2	85	69	79	65	62	815	83	77	48	140
Общее по классу (n=9)	4	2	91	79	78	73	66	859	75	74	47	142
11 класс												
Девушки (n=10)	4	3	88	78	83	70	57	737	57	64	53	110
Юноши (n=8)	4	3	86	75	81	71	62	534	71	68	48	141
Общее по классу (n=18)	4	3	87	76	82	71	59	635	64	66	51	126

Следующий блок столбцов с 3 по 6 иллюстрирует количественную оценку физического компонента здоровья. Третий столбец характеризует физическое функционирование, возможность выполнения физических нагрузок – ходьба, бытовые нагрузки. Низкий балл свидетельствует о снижении физического здоровья. Кластер вопросов в анкете по этому домену характеризует высокие физические нагрузки, выявляющие скрытую сердечно-легочную недостаточность, которая для старших классов не характерна, поскольку диагностируется педиатром в раннем возрасте. Вследствие этого показатели качества жизни по данному домену высокие по всем классам и находятся в границах от 85 до 97 баллов.

Четвертый столбец отражает ролевое (повседневное) функционирование, связанное с физическим состоянием (работа, повседневные обязанности). Низкий балл говорит об ограничении повседневной активности (возможно группой здоровья, избыточным весом и др.). По медиане баллов в девятом классе ролевое функционирование характеризуется как «выше

среднего» по всем классам – 9 класс составил 73 балла, в 10 классе до 79 баллов, в 11 классе до 76 баллов. Анализ вариационного ряда в 9 классе по этому домену выявил следующие результаты: высокий уровень у 9 юношей (100 баллов), критическое снижение у 2 человек (25 баллов), выраженное у 1 человека (50 баллов). Среди девушек высокий уровень у 9 человек (100 баллов), у трех отмечается значительное снижение (25-50 баллов). В 10 классе высокий балл в повседневном функционировании отмечается у 1 юноши (100 баллов), у 2 человек значительно снижено (50 баллов). У девочек в 10 классе отмечается высокий балл у 3 респондентов (100 баллов), значительно снижен у 2 человек (50 баллов). В 11 классе у девушек высокий уровень физического функционирования отмечается у 4 человек (100 баллов), у 3 девушек оно значительно снижено (50 баллов). У юношей 11 класса высокий уровень отмечается у 4 человек (100 баллов), у 2 респондентов был снижен (50 баллов).

Пятый столбец указывает на интенсивность болей, ограничивающих повседневную активность, включая работу по дому и вне дома. Низ-

кий балл говорит о том, что боль значительна, ограничивает активность респондента. По медианному показателю домен боли не опускается ниже 80 баллов во всех классах. Анализ вариационного ряда по 9 классу выявляет мало беспокоящую боль у 5 девушек (100 баллов), у 11 девушек отмечается значительный болевой синдром (43 балла). Среди юношей 9 класса не отмечается боли у 9 человек (100 баллов), беспокоит болевой синдром 8 опрошенных (25-75 баллов). В 10 классе одну девушку боли мало беспокоят (100 баллов), у 3 человек имеется боль (61-70 баллов). В 11 классе мало беспокоят боли 4 девушек (100 баллов), значительно беспокоят 6 девушек (51-74 балла). У юношей 11 класса не выраженный болевой синдром отмечается у 3 человек (100 баллов), заметная боль – у 5 респондентов (62-79 баллов).

Шестой столбец представляет оценку общего состояния здоровья (бодрость, работоспособность, усталость, настроение, ощущение счастья). Низкий балл по этой шкале является результатом физического ограничения здоровья вследствие психастении, депрессии или ипохондрии, поведенческих реакций по вектору гипокинезии. По медианам домена (табл. 1) сниженный балл по качеству жизни отмечается у школьников 9 класса (71 балл), а также 10 класса (73 балла). По гендерному признаку: качество жизни снижено за счет физического здоровья в большей мере у девушек 9 класса (67 баллов), у мальчиков 10 класса (65 баллов), а также у девушек 11 класса (71 балл). По вариационным рядам классов: у девушек 9 класса сниженный балл по физическому функционированию отмечается у 4 человек (18-50 баллов) и у 2 юношей 10 класса (52-57). В 11 классе высокий балл был зафиксирован у 3 человек (80-85 баллов), низкий – у 2 школьников. У мальчиков 11 класса высокий балл (80-100 баллов) отмечался у 4 человек, сниженный – у 1 школьника (42 балла). Диагностика и получение реабилитационной коррекции по отрицательным эмоциям, как чертам личности, ведущим к гипокинезии, является одной из практических задач реабилитационных программ.

Следующий блок вопросов с 7 по 10 характеризует психологический компонент здоровья и качества жизни, которые постулируются в современной биопсихосоциальной модели медицины (БПСМ) и реабилитационных программах.

Седьмой столбец характеризует жизненную активность, ощущение полноты жизни, энергии или напротив – бессилия в решении задач. Оценивается по кластеру из трех вопросов с ответами по дихотомической шкале «да» / «нет». Он аутоидентифицирует полноту выполнения задач повседневной деятельности в зависимости от эмоционального состояния. Суммарный балл указывает количество баллов от идеального уровня – 100 баллов. По медианному показателю жизненной активности в классах можно видеть незначительную разницу между классами: 11 класс – 59 баллов, 10 класс – 66 баллов, 9 класс – 65 баллов, т.е. с небольшим сдвигом в сторону «выше среднего» по 100-балльной шкале. Однако окончательная оценка должна проводиться в сравнении с популяционной нормой. Гендер-

ные отличия были распределены следующим образом: наиболее низкое значение отмечалось у девушек 9 класса (56 баллов) и у девушек 11 класса (59 баллов). Анализ вариационных рядов по учебным классам показывает, что у девушек 9 класса низкий балл по жизненной активности имели 2 человека (25-35 баллов), высокий – 2 человека (85-95 баллов) и средний балл наблюдался у 4 человек (50-65 баллов), который требует в дальнейшем интервьюирования. У юношей 9 класса 1 человек продемонстрировал показатель ниже среднего (45 баллов), остальные имели показатель жизненной активности выше среднего. В 10 классе у девушек медианный показатель равен 66 баллам, по вариационному ряду: у 1 девушки – 55 баллов, у трех человек – 70-85 баллов. У мальчиков 10 класса по данному показателю было следующее распределение: у 2 человек от 50 до 55 баллов и у 2 человек от 60 до 85 баллов. В 11 классе медианный балл девушек был равен 59 баллам. По вариационному ряду среди девушек было следующее распределение: 2 человека имели низкий балл (15) по показателю жизненной активности, средний балл был у 2 человек в диапазоне от 40 до 50 баллов, у 5 человек в диапазоне от 60 до 85 баллов и у 1 человека отмечался высокий балл (92). Среди юношей 11 класса такое распределение выглядело следующим образом: 100 баллов фиксировали у 2 человек, от 50 до 55 баллов набрали 3 школьника и от 60 до 75 баллов – 3 респондента.

Восьмой столбец отражает социальное функционирование и определяет, в какой степени физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение), препятствует социальным контактам, о чем говорят низкие баллы по этому показателю. Показатель важно учитывать при сравнении городских и сельских жителей, поскольку у них отмечается различие в базовых личностных психологических установках (самоорганизация и целеполагание) [8]. По медианам данного домена самый низкий показатель социального функционирования регистрировался у школьников 11 класса (635 баллов). Несколько более высокий балл наблюдался у девушек 11 класса (736) и девушек 9 класса (752 балла). Высокий уровень в числовом выражении может объясняться Z-стандартизацией, но также и рубежным этапом в образовании в этих классах. Этому, возможно, мы не придаем должного значения. Кроме того, данное наблюдение может быть связано с учебной нагрузкой.

Девятый столбец представляет ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и предполагает оценку, определяющую в какой степени эмоциональное состояние мешает выполнению работы или повседневной деятельности (большая затрата времени, неудовлетворительное качество или объем). Низкие баллы характеризуют степень ограничения. В медианном выражении баллы по 9 домену выглядели следующим образом: в девятом классе он составил 67 баллов, в 10 классе – 75 баллов и в 11 классе – 64 балла. По 100-балльной шкале показатели относятся к уровню «выше среднего». Оценка вариационных рядов по классам

показала, что девушки 9-го класса набрали 64 балла. Это относится к верхнему доверительному интервалу средней (50+10). Индивидуальные показатели по домену распределились следующим образом: 4 девушки 9 класса набрали высокие показатели (80-92 балла), тогда как низкие отмечались у 3 девушек (6-36 баллов). Среди юношей распределение было следующим: высокие показатели набрали 4 человека (80-98 баллов), низкие – 1 юноша (44 балла). Ученики 10-го класса продемонстрировали следующее распределение баллов: высокие показатели среди девушек набрали 2 человека (80-85 баллов), выше среднего – 3 девушки (64-72 баллов). Среди мужской когорты высокие баллы были у 1 юноши (100 баллов), выше среднего – у 3 человек (64-76 баллов). По данным анкеты в 11 классе 3 девушки набрали высокие баллы (84-100 баллов), низкие – 3 человека (28-44 баллов) и средние – 3 человека (52-70 баллов). Среди юношей 11 класса высокий балл отмечался у 4 человек (100 баллов), средний балл – у 2 опрошенных (66 баллов), тогда как низкий балл продемонстрировали 2 респондента (33 балла). Заметим, что у мальчиков первой группы и по общему показателю (12 столбец) психической активности баллы также высокие (172-211).

Десятый столбец относится к показателю «психическое здоровье» – характеристика настроения, в частности дефицита положительных эмоций. Низкие баллы с клинической точки зрения могут свидетельствовать о психическом неблагополучии, депрессии, тревожности, страхах (фобиях), а также ипохондрии. По медианным показателям домена на верхней границе интервала располагаются баллы девочек 9 и 10 классов (60 и 63 балла соответственно). Индивидуальные показатели распределились следующим образом: в 9 классе 4 девушки продемонстрировали высокие показатели (70-80 баллов), тогда как у 2 девушек наблюдались низкие показатели (6-36 баллов). Среди юношей высокие баллы набрали 6 человек (76-96 баллов), низкие – 1 юноша (44 балла). Среди девушек 10 класса медианный показатель составил 77 баллов. По индивидуальным показателям: 3 девушки отметились высоким баллом (72-85 баллов), средний балл по данным анкеты был у 3 человек (56-64 баллов) и низкий – у 2 человек (33 балла). Юноши 10-го класса по медианному показателю составили 77 баллов. Индивидуальное распределение по вариационному ряду: высокие показатели у 2 юношей (100 баллов), средние – у 3 юношей (64-76 баллов). Для 11 класса медианный показатель у девочек составил 63 балла, тогда как у юношей – 66 баллов. По вариационному ряду высокие показатели среди девушек отмечались у 3 человек (84-100 баллов), низкие – у 1 девушки (28 баллов) и средние – у 3 человек (52 балла). Среди юношей по вариационному ряду высокие показатели были у 1 респондента (92 балла), средние – у 5 человек (52-70 баллов) и низкие – у 4 человек (28-44 баллов).

Столбцы 11 и 12 представляют интегральные показатели качества жизни по физической составляющей (11 домен) и психической составляющей (12 домен) после стандартизации ан-

кетных данных (сырых баллов). Одиннадцатый столбец отражает физическое функционирование, которое в баллах колеблется около среднего во всех классах (46-64 балла). Двенадцатый домен, как отражение интегрального психического здоровья, был самым низким у девочек 9 класса, составив всего 103 балла, однако эти показатели корректно сравнивать с контролем [9]. Стратификация здоровья по 11 и 12 показателям (доменам) на этапе скрининга может проводиться в ОМПО (отделение медицинской помощи обучающимся), а также в бригадных методах работы с участием психолога. Это новые структурные единицы первичной профилактической помощи школьникам, которые предложены и детально разработаны [4,5]. В задачу ОМПО может входить скрининг качества жизни и здоровья школьников дважды в год в начале и конце учебного года. Результаты такого скрининга сравниваются с популяционной нормой по стране и региону [3]. Ориентировочные показатели по зарубежным данным свидетельствуют, что снижение интегрального показателя (обратная шкала) менее чем на 25% от популяционной нормы относится к незначительному снижению, тогда как 25-50%-снижение является умеренным, 51-75% – значительное снижение, а больше 75% является критическим [11].

Некоторыми авторами используется более простой метод градации качества жизни по 100-балльной шкале: 80-100 баллов – здоров, ниже 70 баллов является индикатором снижения качества жизни [10]. Если исходить из 100-балльной шкалы, использованной на нашей выборке, то можно заключить, что респонденты, набравшие ниже 50 баллов, демонстрируют низкое качество жизни. Когда опрашиваемые по анкете демонстрируют 50-75 баллов, в таком случае требуется коррекция. Диапазон баллов от 80 до 100 является показателем высокого качества жизни [10, 12]. Однако авторы опросника [9] предполагают оценивать результаты выборки по сравнению с контрольной группой школьников, включающей только 1-2 группы здоровья.

Следовательно, качество жизни, обусловленное физическим здоровьем обучающихся старших классов, вошедших в выборку исследования, имеет тенденцию к снижению. При этом следует отметить, что у девушек 9 и 10 класса данный показатель значительно снижен и требует наблюдения и коррекции.

На основе проведенного анализа было установлено наиболее заметное снижение психического здоровья по интегральному показателю у девушек 9 и 11 классов, что, возможно, объясняется общеобразовательным рубежом и задачей выбора сферы профессиональной деятельности в будущем. Гендерные отличия являются устойчивыми показателями в популяции школьников. Они наблюдаются на значительных выборках и другими авторами в детском и раннем юношеском возрасте [10, 11, 13, 14]. Стратификация скрининговых показателей является важным этапом в выборе профилактических методов коррекции и интервьюирования специалистами в дименсиальных (описательных) подходах МКБ-11, в синдромальной диагностике

непсихотических расстройств, а также в диагностике пограничного состояния.

Ранняя диагностика и понимание механизмов развития личностных расстройств необходимы в любом возрасте для пациента. Но в начале подросткового периода могут проявляться непсихотические эпизоды расстройства, становясь устойчивой чертой характера, ограничивая адаптационный потенциал личности. С этих позиций требуют углубленного анализа столбцы 10 и 12, анализ которых позволяет, на наш взгляд, выделять эмоциональную составляющую характера личности, определяющей участие и реализацию индивида в повседневном функционировании, лежащих в основе его способностей, потенциала.

Предложенный вариант анкеты должен быть апробирован на статистически значимой выборке здоровых учащихся общеобразовательных школ, в которую могут быть включены респонденты 1-2 группы здоровья, как группы сравнения (контрольная группа). По результатам анализа выборки можно сказать, что определенного уточнения, на наш взгляд, требует кластер вопросов домена «общее здоровье» (столб. 6, табл. 1), который должен иметь ясное отличие от домена «психическое здоровье» (столб. 10, табл. 1), т.е. необходима оценка дифференциальной валидности между доменами 6 и 10.

Выводы

Опросник имеет важное качество – персональное видение психологического неблагополучия школьника и возможности коррекции его средовых факторов. Анкета может быть полезна в работе с родителями, в выборе методов реабилитации, оценке терапевтических результатов, в междисциплинарном взаимодействии бригадного метода, в работе ОМПО.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. ВОЗ. Устав Всемирной организации здравоохранения. Женева. Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения. Правила процедуры Исполнительного комитета. 1948 (по состоянию на 8 апреля 2013). Москва: Медицина, 2013; 83.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012: курс на благополучие. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Копенгаген. 2012; 17: 168. <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being-the-executive-summary>
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии. 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва: изд-во РАЕН, 2013; 181.
4. Кучма В.Р., Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Раппопорт И.К., Скоблина Н.А. Федеральные рекомендации «Организация работы в образовательных организациях по выявлению и коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, ограничивающих их возможности подготовки к военной службе». *Вопросы детской диетологии.*

2017; 15(4): 60-76.

5. Кучма В.Р. Модель организации медицинской помощи обучающимся. *Российский педиатрический журнал.* 2014; 6: 40-44.

6. Гуськов И.А., Болина Л.В., Выгонская Г.В., Пожарская Е.Н., Чаусова Л.К. Единое информационное пространство Ростовской области: инновационное направление развития здоровьесберегающей деятельности в региональной системе образования. *Известия Южного Федерального университета. Педагогические науки.* 2015; 9: 21-28.

7. Шавалиев Р.Ф., Альбицкий В.Ю., Шулаев А.В., Зиятдинов А.И. Региональная модель организации оказания профилактической медицинской помощи детскому населению (на примере Республики Татарстан). *Вопросы современной педиатрии.* 2021; 20(6): 536-541. <https://doi.org/10.15690/vsp.v20i6.2361>

8. Бохан Т.Г., Галажинский Э.В., Терехина О.В., Ульянич А.Л., Богомаз С.А. Личностные детерминанты субъективного качества жизни работающей сельской и городской молодежи. *Сибирский психологический журнал.* 2020; 77: 68-89. <https://doi.org/10.17223/17267080/77/4>

9. Опросник SF-36 «Оценка качества жизни». <https://goo.su/FPwhLx>

10. Строзенко Л.А., Гордеев В.В. Лобанов Ю.Ф., Винярская И.В. Гендерные особенности качества жизни и состояния здоровья подростков. *Российский педиатрический журнал.* 2013; 2: 51-54.

11. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. 2-е издание. Санкт-Петербург «Питер», 2009: 191.

12. Чаликова О.С. Психодиагностическая работа психолога: теоретический и практический аспекты. Учебное пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та. 2017: 138.

13. Мартынович Н.Н., Латышев Д.Ю., Латышева М.Д., Лобанов Ю.Ф., Строзенко Л.А., Михеева Н.М., Болденкова И.Ю. Сравнительная оценка качества жизни детьми старшего школьного возраста и их родителями. *Бюллетень медицинской науки.* 2023; 2(30): 42-48. EDN ZDJVNU. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-2-42> URL: <https://newbmn.asmu.ru/bmn/article/view/569>.

14. Поляков Д.В., Щавинская Е.Д., Кулагин А.С. Показатели качества жизни, в том числе при недостаточной физической активности в молодой возрастной группе студентов медиков. *Бюллетень медицинской науки.* 2022; 2(26): 52-60. EDN RBIRCB. https://doi.org/10.31684/25418475_2022_2_52. URL: <https://newbmn.asmu.ru/bmn/article/view/318>.

References

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva. Rules of Procedure of the World Health Assembly. Rules of Procedure of the Executive Board. 1948 (as of April 8, 2013). - Moscow: Medicine, 2013; 83. (In Russ.)
2. Report on the state of health in Europe 2012: the course towards well-being. WHO. European Regional Office. Copenhagen. 2012; 17: 168. <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being-the-executive-summary> (In Russ.)

3. Novik A.A., Ionova T.I. Study of quality of life in pediatrics. 2nd edition, revised and supplemented. Moscow: izd vo RAEN, 2013; 181. (In Russ.)

4. Kuchma V.R., Poretskova G.Y., Pechkurov D.V., Rapoport I.K., Skoblina N.A. Federal recommendations "Organization of work in educational organizations to identify and correct health disorders of minors that limit their ability to prepare for military service". *Issues of pediatric dietetics*. 2017; 15(4): 60-76. (In Russ.)

5. Kuchma V.R. Model of organization of medical care for students. *Russian pediatric journal*. 2014; 6: 40-44. (In Russ.)

6. Guskov I.A., Bolina L.V., Vygonskaya G.V., Pozharskaya E.N., Chausova L.K. Unified information space of the Rostov region: an innovative direction for the development of health-saving activity in the regional education system. *Izvestiya Yuzhnogo Federalnogo Universitet. Pedagogical Sciences*. 2015; 9: 21-28. (In Russ.)

7. Shavaliyev R.F., Albitsky V.Y., Shulaev A.V., Ziatdinov A.I. Regional model of organization of preventive medical care for children (on the example of the Republic of Tatarstan). *Voprosy sovremennoi pediatrii*. 2021; 20(6): 536-541. <https://doi.org/10.15690/vsp.v20i6.2361> (In Russ.)

8. Bohan T.G., Galazhinsky E.V., Terekhina O.V., Ulyanich A.L., Bogomaz S.A. Personal determinants of subjective quality of life of working rural and urban youth. *Siberian Psychological Journal*. 2020; 77: 68-89. <https://doi.org/10.17223/17267080/77/4> (In Russ.)

9. SF-36 questionnaire "Assessment of the quality of life". <https://goo.su/FPwhLx> (In Russ.)

10. Strozenko L.A., Gordeev V.V., Lobanov Y.F., Vinyarskaya I.V. Gender features of the quality of life and health status of adolescents. *Russian Pediatric Journal*. 2013; 2: 51-54. (In Russ.)

11. Prikhozhan A.M. Psychology of anxiety: preschool and school age. 2nd. edition. St. Petersburg "Peter", 2009: 191. (In Russ.)

12. Chalikova O.S. Psychodiagnostic work of a psychologist: theoretical and practical aspects. Study guide. Yekaterinburg: Izd-vo. Ural. un-t. 2017: 138.

13. Martynovich N.N., Latyshev D.Yu., Latysheva M.D., Lobanov Y.F., Strozenko L.A., Mikheeva N.M., Boldenkova I.Yu. Comparative assessment of the quality of life of children of high school age and their parents. *Bulletin of Medical Science*. 2023; 2(30): 42-48. EDN ZDJVNU. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-2-42> URL: <https://newbmn.asmu.ru/bmn/article/view/569>.

14. Polyakov D.V., Shchavinskaya E.D., Kulagin A.S. Quality of life indicators, including insufficient physical activity in the young age group of medical students. *Bulletin of Medical Science*. 2022; 2(26): 52-60. EDN RBIRCB. https://doi.org/10.31684/25418475_2022_2_52. URL: <https://newbmn.asmu.ru/bmn/article/view/318>.

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Стригин Владимир Митрофанович, к.м.н., доцент, доцент кафедры патологической физиологии, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул.

656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40.

E-mail: strigin-38@mail.ru. Тел.: 8-962-806-96-53

<https://orcid.org/0000-0002-5364-2985>

E-library SPIN: 1350-9809

Информация об авторах

Фоминская Екатерина Алексеевна, директор МБОУ «Лицей № 2», г. Барнаул. E-mail: moulic2@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2841-0186>

Вдовин Вячеслав Михайлович, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой патологической физиологии, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул.

E-mail: erytrab@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4606-3627>; E-library

SPIN: 5885-4504; Researcher ID: B-4400-2019

Битдорф Артем Алексеевич, студент 4 курса, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул. E-mail: bitorf01@gmail.com

Contact information

Corresponding author: Vladimir M. Strigin, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Pathological Physiology, Altai State Medical University, Barnaul. 656038, Altai Krai, Barnaul, Lenina Ave., 40.

E-mail: strigin-38@mail.ru. Tel: 8-962-806-96-53.

<https://orcid.org/0000-0002-5364-2985>

E-library SPIN: 1350-9809

Author information

Ekaterina A. Fominskaya, Director, Lyceum No. 2, Barnaul.

E-mail: moulic2@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2841-0186>

Vyacheslav M. Vdovin, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Pathological Physiology, Altai State Medical University, Barnaul. E-mail: erytrab@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4606-3627>; E-library

SPIN: 5885-4504; Researcher ID: B-4400-2019

Artem A. Bitdorf, 4th year student, Altai State Medical University, Barnaul.

E-mail: bitorf01@gmail.com

Поступила в редакцию 02.09.2023

Принята к публикации 03.10.2023

Для цитирования: Стригин В. М., Фоминская Е. А., Вдовин В. М., Битдорф А. А. Показатели качества жизни обучающихся старших классов общеобразовательной школы г. Барнаула. Медицинский аспект. *Бюллетень медицинской науки*. 2023; 4(32): 81-87. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-4-81>

Citation: Strigin V. M., Fominskaya E. A., Vdovin V. M., Bitdorf A. A. Life indicators quality in the Barnaul public school senior students: medical aspect. *Bulletin of Medical Science*. 2023; 4(32): 81-87. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-4-81> (In Russ.)