



УДК 371.7

Н. К. Тихонова, Н. В. Матузова

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА MOS-SF-36
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

60

Представлены результаты исследования качества жизни младших школьников при помощи опросника MOS-SF-36. Доказана его информативность на примере выявления особенностей психологической составляющей здоровья детей, перенесших железодефицитную анемию в раннем возрасте. Выявлено отдаленное неблагоприятное влияние дефицита железа на когнитивное развитие и психологическое здоровье в младшем школьном возрасте.

This article reports the results of a study into the quality of life of younger students with the help of MOS-SF-36 survey. Its information capacity is proved in case of identifying the psychological health components of health in children who suffered from iron deficiency anemia at a younger age. The author identified the long-term adverse effect of iron deficiency on the cognitive development and psychological health at primary school age.

Ключевые слова: качество жизни учащейся молодежи, дефицит железа, когнитивное развитие, психологическое здоровье.

Key words: life quality of students, iron deficiency, cognitive development, psychological health.

Качество жизни в настоящее время является объектом изучения для экономики, психологии, медицины, биологии, политологии, экологии и других наук. Современные исследователи отмечают многогранность его содержания, отводя главенствующую роль психологической составляющей как способности осуществлять жизнедеятельность с той или иной интенсивностью и экстенсивностью [1; 2; 5].

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как восприятие индивидуумом его положения в действительности в контексте культуры и системы ценностей, в которых он существует, а также в связи с его целями, ожиданиями, стандартами и интересами [10; 11].

Качество жизни учащейся молодежи представляет собой совокупность социальных показателей и уровня организации жизненного пространства, субъективную удовлетворенность, выраженную в



физических, ментальных и социальных ситуациях. В качестве маркеров данного понятия выступают: уровень социально-психологического благополучия, состояние здоровья и степень физического развития, направленность активности личности, благополучие в семье, удовлетворенность своим положением среди сверстников и успехами в учебе [3].

В последние годы наблюдается неуклонное снижение качества здоровья подрастающего поколения. У значительной части выпускников школ определяется несформированность жизненно необходимых социальных компетенций, неготовность гармонично «вписаться», эффективно интегрироваться в социум, адаптироваться к постоянно изменяющимся социально-экономическим условиям, управлять своими эмоциями в непредвиденных жизненных ситуациях [4; 6].

Важным является изучение индивидуальных особенностей учащихся, так как знания об этом, а также сведения о состоянии здоровья и социального статуса ребенка в классе, уровне развития социального и эмоционального интеллекта смогут обеспечить минимизацию неблагоприятных воздействий, препятствующих формированию полноценной личности [3–6].

Качество жизни напрямую зависит от состояния здоровья [8; 9], поэтому целью работы явилось исследование психологических особенностей младших школьников, перенесших железодефицитную анемию в младшем возрасте, по результатам оценки ими качества жизни.

Объект и методы исследования

Нами проведено исследование оценки качества жизни у 229 младших школьников (средний возраст $8,54 \pm 32$ лет) первой и второй групп здоровья. Основную группу составили 177 школьников, перенесших железодефицитную анемию (ЖДА) в раннем возрасте. Из них перенесли анемию легкой степени 144 человека (81,4%), средней степени – 26 (14,7%), а тяжелой – 7 (3,9%). Группу сравнения составили младшие школьники, не болевшие ею ($n = 52$). Исследуемые группы детей сопоставлялись по полу, материальному и социальному статусу семей, обучались в общеобразовательных школах со стандартными программами.

Для оценки качества жизни (КЖ) использовался адаптированный для младших школьников опросник MOS-SF-36 [7]. Основным методом оценки КЖ явилось анкетирование. Дети заполняли опросники, после чего проводился анализ его отдельных частей по специальным шкалам. Опросник MOS-SF-36 состоит из 36 вопросов, которые организуют во-



семь шкал и формируют два компонента здоровья: физический и психологический.

Нами изучались шкалы психологической сферы по MOS-SF-36: психологическое здоровье (ПЗ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и социальное функционирование (СФ).

На первом этапе исследования надежность опросника подтверждена высоким значением коэффициента Кронбаха ($>0,9$), а валидность доказана результатами факторного анализа.

Сравнение долей признака осуществлялось с использованием критерия F Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Особенности психологической составляющей при оценке качества жизни школьниками отражены на рисунке.

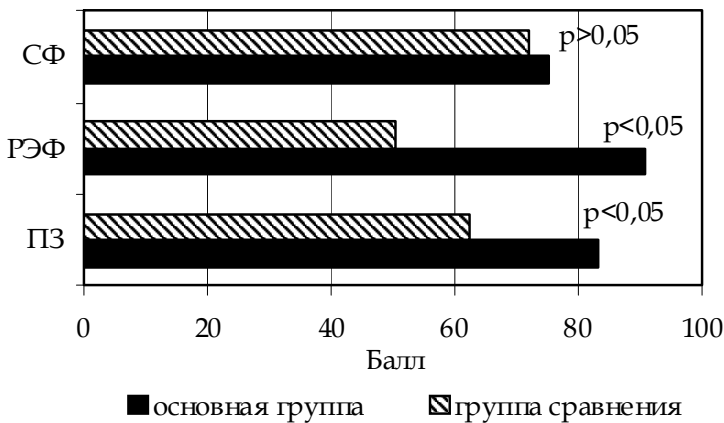


Рис. Особенности психологической сферы младших школьников, перенесших ЖДА в раннем возрасте, по результатам их оценки КЖ (опросник MOS-SF-36)

Достоверных различий в оценке школьниками своего социального функционирования, отражающего уровень общения в коллективе, физическое и эмоциональное состояния, выявлено не было. Учащиеся обеих групп не отличались по степени коммуникативности, физической активности.

Достоверные различия были установлены при оценке результатов тестирования ролевого функционирования школьников, обусловленного эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE) и психического здоровья (MentalHealth – MH), характеризующего настроение.



Уровень РЭФ школьников, перенесших ЖДА в раннем возрасте, был в 1,8 раза ниже, чем у детей контрольной группы (50,4 и 90,7 баллов; $p < 0,05$).

Это предполагает состояние психологического здоровья ребенка, в котором эмоциональность мешает выполнению заданий или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Дети основной группы в среднем затрачивали на приготовление домашнего задания в 1,6 раза больше времени, чем их сверстники из контрольной группы, а в 2,4 раза чаще в беседе указывали на плохое настроение, мешающее его выполнению.

Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют об ограничении в осуществлении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Показатели шкалы ПЗ, основной группы были в 1,3 раза ниже, чем у детей, не болевших ЖДА (62,4 и 83,4 балла; $p < 0,05$). Невысокие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии учащихся, перенесших анемию.

Исследование взаимозависимости уровня снижения показателей психологической сферы (РЭФ и ПЗ) и тяжести перенесенной в раннем возрасте ЖДА установило высокую степень прямой корреляционной зависимости ($r = 0,7$) данных показателей.

Выявленные психологические особенности младших школьников, перенесших анемию, влияли на их успеваемость. Среди детей основной группы количество учащихся, имеющих низкие показатели, было 2,8 раза больше, чем в группе сравнения (38,4 и 13,5%; $p < 0,001$). Одновременно отмечено достоверное уменьшение ($p < 0,001$) в 1,7 раза доли детей основной группы, учащихся на «хорошо» и «отлично» (табл.).

Сравнительная оценка успеваемости младших школьников, перенесших анемию в раннем возрасте

Показатель успеваемости	Основная группа, n = 177, %	Группа сравнения, n = 52, %	p
Высокий	41,8 (74)	71,2 (37)	< 0,001
Средний	19,7 (35)	15,4 (8)	> 0,05
Низкий	38,4 (68)	13,5 (7)	< 0,001



При этом установлено достоверное снижение ($p < 0,05$) доли детей, имеющих средние и высокие показатели успеваемости в школе, с увеличением степени тяжести перенесенной анемии в раннем возрасте, что подтверждает отдаленное неблагоприятное влияние этого заболевания на когнитивное развитие. Так, низкие показатели имели 85,7 % школьников, перенесших в раннем возрасте тяжелую анемию, 50 % детей – ЖДА средней степени и 34 % – легкой. Доля детей с высокой успеваемостью уменьшалась с увеличением степени тяжести перенесенной болезни и составила среди учащихся, перенесших легкую анемию, 46,5 %, а среднюю – 26,9 %. Школьников с высокими показателями успеваемости, перенесших тяжелую анемию в раннем возрасте, не было.

Полученные нами результаты согласуются с данными об отдаленном влиянии дефицита железа на развитие ребенка, несмотря на его коррекцию в раннем возрасте [8].

Заключение

Таким образом, опросник MOS-SF-36 является надежным инструментом в оценке психологической составляющей здоровья младших школьников и позволяет выявить особенности детей с различной соматической патологией.

Оценка качества жизни младшими школьниками установила особенности его психологической составляющей у детей, переболевших анемией в раннем возрасте. Перенесенное заболевание повлияло преимущественно на показатели психологического здоровья и эмоционального функционирования. Большие затраты времени на выполнение учебного задания, снижение концентрации внимания, склонность к депрессивному настроению, вероятно, явились причиной низкой успеваемости тех учеников, которые перенесли заболевание. Выраженность нарушений когнитивного развития и психологического функционирования детей младшего школьного возраста при этом зависело от степени тяжести заболевания.

Выявленные особенности качества жизни учащихся, переболевших анемией, диктуют необходимость на основе определения учебных возможностей школьника, знания состояния его здоровья рассчитывать нагрузку и обеспечивать индивидуальный подход с использованием адресно подобранных заданий. Кроме того, важной задачей школьного образования является приобщение соматически ослабленных детей к культуре здоровья, обучению навыкам ведения правильного образа жизни с учетом специфики заболевания, особенностей биоритмов, работоспособности, формируя при этом самостоятельность, ответственность и предприимчивость.



Список литературы

1. Айвазян С. А. Анализ синтетических категорий качества жизни населения субъектов Российской Федерации: их измерение, динамика, основные тенденции // Уровень жизни населения регионов России. М., 2002. № 11.
2. Беляева Л. А. Уровень и качество жизни. Проблема измерения и интерпретации // Социальная политика. Социальная структура. М., 2009. С. 33–42.
3. Голиков Н. А. Качество жизни школьников : педагогический словарь. М., 2008.
4. Ожева Р. Ш., Шаова Л. Т., Лысенков С. П. Пилотное исследование качества жизни подростков-школьников города // Успехи современного естествознания. М., 2011. № 5. С. 145–146.
5. Монахов М. В., Цыбульская И. С. Влияние качества жизни семей на состояние здоровья детей // Социальные аспекты здоровья населения. М., 2009. № 12(4).
6. Павленко Т. Н., Винярская И. В., Мурзина Ю. М., Кацова Г. Б. Состояние здоровья и качество жизни детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения // Российский педиатрический журнал. М., 2008. № 4. С. 47–50.
7. Bowling A., Bond M., Jenkinson C., Lamping D. L. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus survey in Britain, the Health survey for England and Oxford healthy life survey // Journal of public health medicine. 1999. Vol. 21. № 3. P. 255–270.
8. Bullinger M. et al. Translating health study questionnaires and evaluating them: the quality of life a project approach. International of quality of life assessment // Clin. epidemiol. 1998. Vol. 51. P. 913–923.
9. Lozoff B., Jimenez E., Hagen J. et al. Poorer behavioural and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy // Pediatrics. 2000. № 105. P. 1–11.
10. WHOQOL: Study protocol. Division of mental health. Geneva, 1993.
11. World health organization. Quality of life group. What is it quality of life? Wid. Hth. Forum. 1996. Vol. 1.

Об авторах

Наталья Константиновна Тихонова — д-р мед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград.

E-mail: tikhonovank@mail.ru

Наталья Владимировна Матузова — врач-педиатр ОГБУЗ Рославльская ЦРБ.

E-mail: tikhonovank@mail.ru

About the authors

Prof. Natalya Tikhonova, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.

E-mail: tikhonovank@mail.ru

Natalia Matuzova, paediatrician, Roslavl Central District Hospital.

E-mail: tikhonovank@mail.ru