

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

М.Ю. СУРМАЧ

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ:
СВЯЗЬ СО ЗДОРОВЬЕМ**

Монография

Гродно
ГрГМУ
2013

УДК 613.98:616-058(476)

ББК 51.1(4Бен),592

С 90

Рекомендовано Редакционно-издательским советом УО «ГрГМУ» (протокол № 11 от 14.10.2013).

Автор: канд. мед. наук, доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения УО «ГрГМУ» М.Ю. Сурмач.

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения УО «Гомельский государственный медицинский университет» Т.М. Шаршакова;
д-р мед. наук, зав. лабораторией гигиены и профессионального обучения, труда и профориентации, ст. науч. сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ научный центр здоровья детей РАМН Е.И. Шубочкина.

Сурмач, М.Ю.

С 90 Качество жизни подростков Республики Беларусь : связь со здоровьем : монография / М.Ю. Сурмач. – Гродно : ГрГМУ, 2013. – 228 с.

ISBN 978-985-558-300-5.

В монографии раскрыты современные подходы к определению и изучению здоровья с позиции социологии медицины. Охарактеризованы особенности здоровья подростков как объекта медико-социологического изучения; особое внимание уделено социальным и поведенческим факторам риска. Выполнен глубокий анализ медицинских и социологических аспектов ряда медико-социальных проблем, а именно проблемы качества жизни, связанного со здоровьем, подростков старшей возрастной группы; проблемы репродуктивного потенциала подростков в условиях депопуляционных процессов Республики Беларусь. Представлена методика оценки связанного со здоровьем качества жизни подростков 15-18 лет в Республике Беларусь, впервые обоснованы популяционные показатели. Раскрыты медико-организационные факторы здоровья подростков и качества их жизни, связанного со здоровьем.

Книга адресована организаторам здравоохранения, социологам, педиатрам. Может быть использована в разработке управленческих решений представителями органов исполнительной власти и управления, отвечающими за состояние здоровья молодёжи. Полезна социальным педагогам, психологам, представителям общественных молодёжных организаций.

УДК 613.98:616-058(476)

ББК 51.1(4Бен),592

ISBN 978-985-558-300-5

© Сурмач М.Ю., 2013

© УО «ГрГМУ», 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ.....	4
Глава 2. ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ КАК ОБЪЕКТ МЕДИКО- СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РИСКИ.....	27
Глава 3. РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДЕПОПУЛЯЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ.....	72
Глава 4. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ 15-18 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	98
Глава 5. ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ 15-18 ЛЕТ	115
Глава 6. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ	140
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	170
Приложение 1. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 15–18-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ РУЧНОГО И АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ВАРИАНТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ (ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ).....	182
Приложение 2. КОНСТРУИРОВАНИЕ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКИ 15–18-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ	208
ЛИТЕРАТУРА	217

Глава 1

Понятие здоровья в современных условиях. Качество жизни, связанное со здоровьем

История развития медицинской науки насчитывает несколько сотен определений здоровья. Большинство из них основаны на факторах, вклад которых в формирование здоровья признавался в каждый из исторических периодов наиболее важным. Как указывает академик Ю.П.Лисицын: «Примерно до середины XX века большинство медиков полагали, что большая часть заболеваний зависит от «внутренних факторов»: наследственности, ослабления защитных сил организма и других, – хотя уже к началу века складывалось убеждение о примате внешнесредовых факторов» [18, с. 72]. В 1960-1970 гг., когда популярность приобрело учение об эпидемиологии неэпидемических (неинфекционных, хронических) заболеваний, одновременно с обоснованием системы факторов риска для здоровья была выдвинута концепция социальной обусловленности здоровья. Превалировавший в это время интерес к изучению биомедицинских аспектов постепенно угас со смещением внимания к социальным компонентам [11]. В этот же период ВОЗ расширяет определение здоровья как состояние физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней. В конце 1980-х годов наибольшее внимание уделялось социально-экономическим и природно-географическим факторам. Исследования 1990-х годов характеризуются более активным изучением социально-психологических и поведенческих составляющих здоровья, которые рассматриваются наряду с социально-экономическими [15]. Вторая половина 1990-х годов и начало 2000-х обнаруживают усиление интереса к социально-психологическим аспектам [4]. Исследования середины 2000-х годов в Беларуси подтверждают превалирование социокультурных факторов в оценках здоровья [40]. В настоящее время социокультурные факторы признаются определяющими в формировании здоровья

населения как отечественными, так и зарубежными исследователями [48].

Анализ множества теорий здоровья позволил И.В.Журавлёвой сделать вывод о том, что деление факторов на те или иные группы не имеет унификации и зависит от позиции исследователя. Включение того или иного фактора в какую-то из групп в различных классификациях весьма субъективно [11]. В этой связи имеет смысл укрупнять группы факторов, воздействующих на здоровье, объединяя близкие по механизму действия и по содержанию факторы.

Коллективом Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН во главе с В.А.Медиком обоснована концепция здоровья, включающая две основные составляющие: биологическую и социальную [22]. К биологическим индикаторам здоровья отнесены: уровень компенсации соматической патологии; уровень неспецифической иммунорезистентности организма; уровень функциональной адаптации организма; уровень достигнутого физического развития (для детей). Этим же коллективом авторов разработаны интегральные индикаторы биологической составляющей здоровья населения, вычисляемые на основе статистических данных о возрастной структуре заболеваемости (с учётом групп тяжести) и смертности [21]. Социальные индикаторы включили такие факторы, как: ценностное отношение индивидов к своему здоровью; информированность населения о заболеваниях; самооценка здоровья; поведенческие стратегии населения в сфере здоровья; восприятие населением доступности медицинской помощи. В этой концепции социальные факторы среды обитания для здоровья человека признаются определяющими.

Ведущее значение социальных факторов в формировании здоровья населения подчёркивается в работах А.М.Осипова, который рассматривает социальную обусловленность общественного здоровья «как комплекс факторов, влияющих на состояние и динамику общественного здоровья, охватывающих количественные и качественные характеристики, социальные организации на уровне общества, локальных сообществ и социальной микросреды» [27]. Л.Г. Матрос рассматривает здоровье как «процесс гармоничного взаимодействия

социального и биологического в человеке, обеспечивающий ему устойчивость во взаимоотношениях с внешней средой» [19].

При том, что социальная обусловленность здоровья очевидна, до сих пор чётко не определён перечень влияющих на здоровье социальных факторов. И.Г.Карташов отмечает: «При наличии большого количества определений понятия «социальный фактор»,... не удалось встретить в научной литературе достаточно чёткого определения понятия «социальные факторы здоровья» и их классификации» [16, с. 22]. В качестве определения социальных факторов здоровья И.Г.Карташов предлагает использовать следующее: «Социальные факторы здоровья – это причины и условия, которые определяют состояние здоровья населения и имеют социальную (общественную, социетальную) природу, т.е. проистекают из общества, а именно из социальных групп, социальной системы статусов и ролей, социальных структур как конфигураций отношений между социальными позициями, а также культурных традиций и образований - значений, символов и правил, оказывающих влияние на действия населения и предопределяющих эти действия по поддержанию, сохранению и укреплению здоровья» [16, с. 22].

Особенно важен социальный критерий в оценках психического здоровья [39]. И.В.Журавлёва отмечает, что «влияние на россиян психосоциальных факторов, проявляющееся действием хронического стресса, находит отражение в таких эмпирических индикаторах, как удовлетворённость жизнью, чувство одиночества, самооценка здоровья, чувство отчуждённости, негативные значения которых усиливаются в течение последних десятилетий» [11, с. 171].

Дж.В.Браун, Л.В.Панова, Н.Л.Русинова разделяют социальные факторы здоровья на социально-структурные и социально-психологические. Социально-структурные факторы зависят от социального капитала человека. Они характеризуют место индивида в социальной иерархии, уровень его материальной обеспеченности, наличие социальной поддержки. Социально-психологические факторы включают переживаемые людьми стрессы и выраженность психологических ресурсов личности, позволяющих с ними справляться. По мнению

Дж.В.Браун, Л.В.Пановой, Н.Л.Русиновой, социальные факторы (и социально-структурные, и социально-психологические) действуют на здоровье как прямо, так и опосредованно, через поведение человека. Кроме того, эти факторы взаимодействуют с гендером. Так, пути, по которым социальные факторы воздействуют на здоровье, различаются у мужчин и у женщин. Как правило, женщины дают своему здоровью более низкую оценку по сравнению с мужчинами. По мнению авторов, это связано с «неравным, по сравнению с мужчинами, положением в обществе, ограниченностью доступа к материальным и социальным ресурсам, формирующим здоровье, а также большими психо-эмоциональными влияниями, связанными с выполнением социальных ролей» [3, с. 121]. Характерно, что здоровье мужчин, особенно психическое, на уровне осознаваемого благополучия (по самооценке) в значительной мере определяется тем, какое положение они занимают в обществе. Осознаваемое же благополучие женщин в большей мере детерминировано поведенческими факторами: личной ответственностью за здоровье и возможностью посвятить какое-то время заботе о себе лично; нервно-психическим воздействием семейной сферы; выраженностью личностного психологического ресурса, позволяющего справляться со стрессами. Обращают внимание поразительные контрасты в характере связи субъективного здоровья, прежде всего психического, с семейным положением. Если у женщин уровень психического благополучия (при контроле за всеми прочими факторами) оказывается абсолютно независимым от того, имеют ли они семью, на психическом самочувствии мужчин статус семейного человека отражается благотворно. Семья смягчает воздействие стрессогенных факторов и оказывает защитное влияние на здоровье мужчины [3]. Устойчивую связь между психическим здоровьем и семейным статусом, опосредованную фактором пола, отмечает и А.В.Решетников [32, с. 7].

Основываясь на приоритете социальных факторов, академик В.А.Медик предложил рассматривать здоровье как «состояние, обеспечивающее в полном объеме реализацию присущих индивидууму биологических и социальных функций» [22, с. 10].

Тот же принцип – оценки полноты реализации функций в

определении здоровья – лежит в основе функционального подхода, разработанного в отношении изучения здоровья в социологии. Его основоположником являлся Т.Парсонс, определявший здоровье как «оптимальные возможности индивида эффективно выполнять свои роли и задачи, для которых он был социализирован» [31]. Функциональный подход не согласовывается с определением здоровья, данным ВОЗ («состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»). Как справедливо отмечает В.А.Медик, согласно определению ВОЗ, отсутствие болезней и физических дефектов является обязательным условием отнесения индивидуума к здоровым людям. Соответственно, наличие болезней и дефектов априори относит его к категории больных. При этом определено, что здоровье в современных условиях – это возможность реализации не столько биологических, сколько, и прежде всего, социальных функций.

Следовательно, биологическое понятие нормы и болезни не совпадает с социальным понятием о них: человек с безупречными морфофизиологическими параметрами может не осуществлять никакой целесообразной, общественно полезной деятельности, и, наоборот, личность, отягощённая некоторыми физиологическими недостатками, может принести обществу пользу [11]. Растущую «независимость человека от ограничений, задаваемых его не всегда совершенной телесностью», когда «понятие «здоровье» становится синонимом «самореализации», а состояние здоровья обуславливается не только биологией человека, но его духовным потенциалом, развитостью его предметного мира» [11, с. 14], подчёркивает всё большее количество исследователей. И.В. Журавлёва, анализируя разные подходы к определению здоровья, пришла к выводу, что «здоровье – социальный феномен, продукт общественного развития, связанный с определённым историческим периодом времени и его социальными и культурными условиями» [11, с. 35].

Изменения в современных подходах к пониманию здоровья оправдывают необходимость пересмотра традиционного определения и отражаются в методологии изучения.

Неотъемлемым и основным методом изучения здоровья на современном этапе становится социологический метод. Его применение осуществляется в форме социологического мониторинга [43]. Ведущие организаторы здравоохранения Российской Федерации академики О.П.Щепин, В.А.Медик, В.И.Стародубов предлагают включать в социологический мониторинг следующие модули:

- медико-демографический (такие характеристики, как пол, возраст, семейное положение, очередность рождения, образование, принадлежность к отдельным социальным, профессиональным, этническим группам и др.);
- модуль самооценки населением основных аспектов состояния здоровья;
- модуль оценки населением деятельности местной системы здравоохранения;
- модуль, включающий факторы и условия, влияющие на здоровье населения: социально-экономические, экологические, социально-биологические, природно-климатические, медико-организационные [42].

Анализируя тенденции общественного здоровья в России, Б.Т.Величковский отметил не только численное сокращение населения, но и то, что само оно становится всё менее и менее здоровым, а значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения. Именно этот факт констатировал и доклад «Глобальные тенденции развития человечества до 2015 года», выполненный для Национального разведывательного совета в США в начале 2000-х годов [4].

Каковы причины данного явления? Традиционно их видят в экономическом кризисе, проявлениями которого стало обнищание россиян, лишение возможности полноценного доступа к социальным услугам, определяющим воспроизводство человеческого капитала: здравоохранению, образованию, культуре; вынужденная экономия на продуктах питания, качественных лекарствах. Б.Т.Величковский указывает, что нищета, возникшая в ходе реформ, наибольшее негативное влияние оказала на такие факторы, как рождаемость, физическое развитие и здоровье детей. Однако ухудшение материального благосостояния не имело решающего значения в подъёме

смертности населения. «Если бы указанная причина оказалась ведущей, подъём смертности в первую очередь затронул бы самые уязвимые возрастные группы – детей и престарелых. В этом случае темпы роста смертности всего населения были бы больше, чем лиц трудоспособного возраста. Но в действительности имеет место обратное явление: смертность лиц трудоспособного возраста растёт быстрее, чем смертность населения в целом» [4, с. 9].

Анализ социологами России основных факторов и условий, провоцирующих распространение социально обусловленных болезней в последние пятнадцать лет, позволил сделать выводы о том, что среди них важную роль играют такие, как: изменения приоритетов смысложизненных ориентаций людей, в которых стали массовыми их гедонистические разновидности, изменение представлений об идеале, реабилитация девиантных форм поведения, бесконтрольное развитие шоу-бизнеса и морально неполноценной рекламы [5].

Традиционной ведущей причиной сверхсмертности лиц трудоспособного возраста в России видят алкоголизм. Относительно этого Б.Т.Величковский пишет: «Для многих пьянство – наиболее доступный способ «решения» житейских проблем. Алкоголизм стал причиной того, что в общей смертности трудоспособного населения высок процент смертей от несчастных случаев, отравлений и травм. Вместе с тем, удельный вес смертности населения от этих причин во все годы реформ остаётся в три с лишним раза ниже смертности от болезней системы кровообращения. Очевидно, что алкоголизм, будучи, безусловно, значимой причиной повышения смертности населения, особенно трудоспособного возраста, не является доминирующим фактором. Курение табака, наркомания, неблагоприятное состояние окружающей среды, плохие условия труда также ухудшают здоровье населения. Но все перечисленные факторы лишь отчасти повинны в сокращении продолжительности жизни» [4, с. 10].

Согласно тезису Б.Т.Величковского, главной причиной ухудшения медико-демографической ситуации в России в годы реформ и демографического кризиса стал социальный стресс. Специфическая причина возникновения последнего заключалась

в утрате населением эффективной трудовой мотивации – «возможности честным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье» [4, с. 13]. В доказательство Б.Т.Величковский приводит динамику показателей общественного здоровья – ожидаемой продолжительности жизни, младенческой смертности, общей смертности населения. В течение двадцатого века автор выделяет несколько периодов с благоприятной динамикой этих показателей: годы НЭПа (1921 – 1927), шестидесятые годы, первые годы перестройки (1986–1989). Все эти исторические промежутки объединяет фактор «трудовой надежды» – формирования эффективной трудовой мотивации, надежды на достойную жизнь, гарантированную своим трудом, надежды на лучшее, достойное существование. Одновременно, наибольшие темпы возрастания коэффициентов смертности и снижения продолжительности жизни российского населения наблюдались в начале реформ (1991–1994 гг.) и после дефолта (1998–2000 гг.). Сравнение результатов периода с 1960 по 1990 г. и периода начала реформ с 1991 по 1994 г. показывает, что воздействие на здоровье населения психоэмоционального напряжения оказалось в 6,3 раза сильнее, чем комплексное воздействие экологических факторов.

Патогенетические механизмы воздействия социального стресса, как указывает Б.Т.Величковский, заключаются в истощении общего адаптационного синдрома; в срыве динамического стереотипа высшей нервной деятельности (что, в свою очередь, по мнению изучавшего данное явление П.П.Павлова, приводит к появлению суицидальных настроений) [28]; в формировании феномена запрограммированной смерти организма – фенотоза (возникающего в ответ на беззащитность человека перед жизненными обстоятельствами усиленного образования свободных радикалов и повреждения ими ДНК). Последнему способствует повышенная гетерозиготность генофонда российской (в условиях глобализации и демографического кризиса – славянской в целом) популяции.

Разделяя точку зрения Б.Т.Величковского, добавим также, что эффективная трудовая мотивация – важнейшая составляющая духовности общества. Посредством влияния на духовное состояние общества трудовая мотивация регулирует и его здоровье.

В современной социологии здоровья выделяют такой социальный фактор индивидуального здоровья, как социальный ресурс, или социальный капитал личности. Социальный ресурс состоит из ряда компонентов. По мнению В.А.Ядова, это такие компоненты, как социальное происхождение, первичная социализация, возраст, состояние здоровья, образование, квалификация, владение иностранными языками, уровень материального благополучия, гендерная, этнокультурная, религиозная принадлежность и другие [44].

Говоря о социальном здоровье, нельзя не принять во внимание фактор духовности и такое базовое понятие здоровья, как здоровье духовное. Духовное здоровье является не столько категорией психического здоровья, сколько характеризует нравственность общества. О связи биологического здоровья популяции с гармонией, духовностью свидетельствуют данные многих исследований, принадлежащих к различным отраслям научного знания.

Взаимосвязь духовного состояния общества и его здоровья отражена в законе духовно-демографической детерминации, обоснованном в 2001 г. И.А.Гундаровым: «При прочих равных условиях улучшение (ухудшение) духовного состояния общества сопровождается снижением (ростом) заболеваемости» [6]. Изучая причины депопуляционных процессов, И.А.Гундаров пришёл к выводу, что «ни один из известных социально-экономических и медицинских факторов риска и все они вместе не объясняют природы сверхсмертности в России» [6]. При этом обосновывается гипотеза о вовлечении в негативные медико-демографические процессы нравственных параметров.

Духовность – система смысловой и ценностной идентификации социально значимых идей и систем, идеология в широком смысле слова, – высший регулятор психической деятельности и поведения людей. Сфера духовного сознания, содержащая пласт накопленных человеком и обществом ответов на вопросы «Во имя чего?», посредством перенормировки нравственных ценностей влияет на сферу нравственного сознания («Почему?»). В совокупности духовное и нравственное сознание детерминирует качество рефлексивной психологической защиты здоровья [13].

В.Н.Ростовцев считает, что существует два подхода к оценкам здоровья: с позиций нормы и с позиций гармонии. Причём стандарты нормы всегда назначаются человеком и всегда относительны, то есть справедливы только при выполнении ряда условий (пол, конституция, возраст). Стандарты гармонии всегда являются фундаментальными константами природы и в силу этого всегда абсолютны [35]. В пределах одной и той же нормы индивидуальная гармоничность может существенно различаться. Как пишет В.Н.Ростовцев, «определение нормы является более грубым инструментом оценок здоровья, а определение гармоничности представляет собой более тонкий, ... прецизионный инструмент» [34, с. 40].

Развивая идеи И.А.Гундарова, В.Н.Ростовцев сформулировал основные законы социальной детерминации здоровья:

1. «Социальная духовность определяет динамику всех видов биологического и социального груза (закон Гундарова).

2. Социальная справедливость определяет величину эмоционального груза и, соответственно, частоту психозависимой и психосоматической патологии.

3. Социальная защищённость влияет на здоровье стариков и детей, а также на демографическую динамику» [13, с. 42].

В.Н.Ростовцев выделил основные индикаторы духовного здоровья, а именно:

- индикаторы социальной духовности – частота психозависимостей, уровень венерических заболеваний, процент разводов, распространённость социального сиротства;

- индикаторы социальной справедливости – показатели преступности и соотношение величин максимальной и минимальной заработной платы служащих;

- индикатор социальной защищённости – показатель продолжительности жизни.

Интегральными индикаторами всех трех составляющих социальной детерминации здоровья В.Н.Ростовцев считает рождаемость и частоту самоубийств.

Детерминация рождаемости, по В.Н.Ростовцеву, осуществляется прежде всего за счёт идеологии здоровья, нравственного воспитания детей, качества жизни и социальной

защищённости. В комплексе они определяют «качество населения» за счёт «качества воспроизводства населения» (последнее основано на воспроизводстве здоровых поколений и культуре брачного выбора).

Согласно В.Н.Ростовцеву, социальные переменные духовности, справедливости и защищённости отображают культуру общества (автор выделяет общую культуру, культуру здоровья и культуру воспроизводства здоровых). Жизнь общества определяют те идеи и цели, которые занимают высшие места в соответствующих смыслообразующих иерархиях. Если в каждой из них одно из первых мест не занимают идеи, ценности и цели созидания здоровья, то «ни о какой социальной культуре воспроизводства здоровья и о преодолении демографического кризиса речи быть не может» [13, с. 43]. Таким образом, В.И.Ростовцев убедительно обосновывает, что идеология здоровья должна являться ключевым компонентом государственной политики и составляющей духовности нации.

Примечательно, что похожие взгляды на здоровье высказывал известный социолог Питирим Сорокин. Он, в частности, анализировал влияние на здоровье таких качеств и состояний человека, как доброта и любовь. Рассуждая о роли и силе любви в сохранении здоровья, он писал, что «из двух субъектов с идентичными биологическими организмами добрый и приветливый человек имеет тенденцию к более продолжительной жизни и лучшему здоровью, чем недобрый, и, особенно, одержимый ненавистью» [36].

Духовное состояние общества, как совокупность его социально значимых идей и систем, может служить как фактором риска, так и фактором устойчивости здоровья населения. Механизмом негативного влияния ослабления духовной устойчивости общества на здоровье, на наш взгляд, является «социальная зависть» – феномен субъективного обеднения.

Бедность, обеднение – явление неоднозначное [2]. Н.М.Давыдова указывает, что теоретико-методологические подходы к изучению и измерению бедности исходят из трёх основных концепций: абсолютной, основанной на формальном соответствии доходов установленному минимуму средств существования; субъективной, базирующейся на оценках

собственного положения самими людьми; и относительной, предполагающей, что при различии стандартов потребления в разных сообществах установление единого минимального «порога бедности», по меньшей мере, проблематично и зависит от среднего уровня жизни конкретной страны [7]. В основу субъективных оценок закладывается принцип социального сравнения с референтными группами, практикующими иные (более высокие) стандарты жизни и образцы потребления. Одновременно, чем выше уровень материального положения в прошлом, тем острее ощущается субъективное обеднение. Известна также и прямо противоположная тенденция, когда потребности бедных искусственно ими же самими занижаются, с тем чтобы адаптироваться к реальным условиям и получить большую удовлетворённость тем, что есть.

Таким образом, социальные и духовные факторы, наряду с физиологическими, экологическими и биологическими факторами обуславливают тот или иной уровень физического, духовного и социального благополучия как результата взаимодействия человека, его поведения, физического и социального окружения.

Вероятно, базовый механизм непосредственного воздействия социальных факторов на здоровье человека имеет психосоматический характер. Основным инструментом опосредованного (косвенного) воздействия социальных факторов на здоровье индивидуума и населения выступает поведение в сфере здоровья, образ жизни. Последний, в свою очередь, зависит от социального окружения, в том числе от степени социального неравенства [29].

Социальное неравенство – пока новое, мало разработанное понятие. Это не синоним бедности и не то же, что представляет собой экономическое неравенство. Об экономическом статусе как факторе, определяющем возможности поддержания здоровья, известно давно. Актуальность данного фактора сохраняется и в настоящее время: чем более низким социально-экономическим статусом обладают люди, тем в меньшей степени они могут контролировать свою жизнь и состояние здоровья в том числе [3]. Однако неравенство в настоящее время рассматривается гораздо шире: не столько как экономическое, сколько как

территориальное, образовательное, социально-демографическое, информационное неравенства, которые взаимосвязанно влияют на объективные условия формирования здоровья населения. Прежде всего, все эти факторы, и составляющие суть социального неравенства, актуальны в формировании здоровья молодого поколения [30].

Таким образом, понятие здоровья менялось параллельно развитию представлений о факторах, его формирующих. В современных условиях признано ведущее значение социальных компонентов и функционального подхода к здоровью, что ставит под сомнение его традиционное определение и тесно связывает с факторами духовности и нравственности.

Функциональный подход к здоровью переплетается с концепцией качества жизни. Оптимальные возможности индивида выполнять те роли и задачи, для которых он был социализирован (понятие здоровья с позиции функционального подхода), достигаются тогда, когда результаты субъективной оценки людьми факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению, а также уровень функционирования, который позволял бы им следовать своим жизненным целям и отражал бы уровень их благополучия, – являются максимально высокими. То есть, оптимальное здоровье, с точки зрения функционального подхода, достижимо только при максимально высоком качестве жизни, связанном со здоровьем.

Следовательно, изучение здоровья и факторов, влияющих на него, с позиций функционального подхода, требует понимания мотивов, потребностей, ценностей индивида, учёта культурных факторов конкретного социума. Всё перечисленное составляет предметную базу социологии медицины. Именно социологию медицины в обширном ряду медицинских наук «интересует целостная личность в контексте её медико-социального окружения» [33, с. 17]. Общественное здоровье и здравоохранение изучает, прежде всего, здоровье населения, популяционное здоровье, выражаемое количественными индикаторами, а также основы организации и менеджмента здравоохранения. В то же время, построить модель медико-социального поведения – поведения человека, групп населения

по отношению к здоровью и здравоохранению, обосновать способы оптимизации такого поведения, предсказать социальные результаты применения новых организационных технологий, реформ в здравоохранении, – можно лишь изучая целостную личность в контексте её медико-социального окружения. При помощи методологических подходов социологии медицины, в отличие от других социальных и медицинских наук, можно наиболее полно обосновать концепцию социального управления здоровьем и медико-социальным поведением, в частности репродуктивным здоровьем и поведением молодёжи.

Концепция качества жизни как ключевого фактора взаимодействия врача и пациента начала зарождаться в конце девятнадцатого века. Наиболее точно её истоки отражены в известном принципе, сформулированном профессором Военно-медицинской академии С.П.Боткиным: «Лечить не болезнь, а больного». Этот принцип, на время незаслуженно забытый и вновь ставший главенствующим во взаимоотношениях здравоохранения и населения в последние годы, подчёркивает принадлежность качества жизни к предмету исследований социологии медицины.

С развитием концепции социальной обусловленности здоровья активно начала развиваться и новая парадигма клинической медицины, основанная на приоритете качества жизни. В конце 1990-х годов Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует рассматривать качество жизни как индивидуальное соотношение положения человека в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства. Согласно определению ВОЗ, «качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются» [14]. Другими словами, качество жизни – степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [17].

По ряду определений, в общем смысле качество жизни представляет собой систему жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, структуру

потребностей и условий развития человека и общества, удовлетворённость людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой [9; 38]. В.И.Евдокимов (2008) пишет: «Обретению истинного качества жизни отвечает только тот успех, который может быть достигнут без ущерба духовным качествам личности и духовному развитию общества в целом» [10, с. 23]. Автор указывает, что в ряде исследований, в которые были включены статистические материалы из двадцати трёх стран Европы и Америки, установлено, что материальное благополучие имеет неоднозначное влияние на жизнеспособность человека и здоровье населения. Например, при переходе стран из категории «бедных» в категорию «средних» по уровню доли ВВП на душу населения отмечается снижение заболеваемости и смертности. Дальнейшее улучшение благосостояния общества (переход в группу богатых стран) сопровождается феноменом ухудшения здоровья его членов, роста смертности от некоторых заболеваний. Было замечено, что принцип «чем выше уровень жизни, тем лучше здоровье» существует в определённых границах и справедлив не для всех компонентов качества жизни и заболеваний. В ряде случаев, если имеется духовное неблагополучие, он не действует. Тогда в силу вступает закон духовно-демографической детерминации И.А.Гундарова.

Духовное состояние общества формирует и качество жизни его членов, их социальное благополучие. Духовно здоровое общество не допускает какого бы то ни было ущемления его членов – следовательно, стигматизация в духовно здоровом обществе просто невозможна.

Интерес к исследованиям качества жизни в социологии возник в начале 1960-х гг., впервые – у американских социологов, работавших над проблемой эффективности федеральных социальных программ [26]. Социологическая операционализация понятия «качество жизни», как отмечает Г.Н.Соколова, началась на основе понятия «социальные индикаторы» (в США – Ф.Конверс, У.Роджерс, Л.Милбрейт; в Великобритании – А.Мак-Кеннел, С.Райт). Одновременно качество жизни стало предметом изучения и других наук – психологии (в первую очередь социальной), экономики. Для начального периода изучения

качества жизни характерно отсутствие единого подхода, как к самому понятию, так и к методологии его исследований. Психологи, прежде всего, фокусировали внимание на аффективных и когнитивных структурных компонентах качества жизни [45]. Социологи выделили субъективные и объективные компоненты качества жизни, что привело к возникновению соответствующих методологических подходов. «Субъективные» подходы к изучению качества жизни в социологии сосредоточились на рассмотрении ценностных установок и переживаний [47], в то время как объективные подходы – на таких компонентах, как пища, жильё, образование [49]. В первом случае элементами структуры качества жизни являются самочувствие, удовлетворённость жизнью, во втором – качество жизни определяется как «качество социальной и физической окружающей среды, в которой люди пытаются реализовать свои нужды и потребности» [26, с. 101].

Первая монография, предложившая основы методологии исследования качества жизни в медицине отечественному научному сообществу врачей, была опубликована в России в 1999 г. [25]. К одному из основополагающих, первых принципиальных положений концепции качества жизни в медицине относился постулат о том, что для оценки основных функций человека необходим универсальный критерий, включающий характеристику состояния как минимум четырёх составляющих благополучия: физической, психологической, социальной и духовной. Этот критерий и рассматривался как содержательное наполнение понятия «качество жизни».

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Впервые он был предложен Kaplan и Bush в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нём, от широкой общей концепции качества жизни [37]. В 1995 г. M. Shumaker и Naughton дали свою формулировку этого понятия: связанное со здоровьем качество жизни, согласно ей, это оценка людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать такой уровень функционирования, который

позволял бы им следовать своим жизненным целям и отражал бы уровень их благополучия [46].

Согласно определениям российских авторов, связанное со здоровьем качество жизни подразумевает категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации [20]. Это «комплекс психологического, социального, физического и духовного благополучия» [25, с. 19]. В современной парадигме клинической медицины понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» положено в основу понимания болезни и определения эффективности методов её лечения. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты качества жизни, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние пациента. Качество жизни является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни, дополнительной – при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни, единственной – для пациентов в инкурабельной стадии заболевания [25, с. 16.].

Изучение качества жизни, как указывают А.А.Новик и Т.И.Ионова, является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Исследование качества жизни в медицине в настоящее время особенно важно в таких направлениях, как фармакоэкономика, стандартизация методов лечения и экспертиза новых с использованием международных критериев, обеспечение полноценного мониторинга состояния пациента, а также проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска, обеспечением динамического наблюдения за группами риска и оценкой эффективности профилактических программ [25, с. 20; 24].

Как указывают А.А.Новик, Т.И.Ионова, концепция качества жизни в медицине включает три основные составляющие [25, с. 19]:

1. Многомерность (качество жизни несёт информацию обо всех основных сферах жизнедеятельности человека).
2. Изменяемость во времени (качество жизни изменяется во

времени в зависимости от состояния пациента, данные о качестве жизни позволяют осуществлять мониторинг и в случае необходимости проводить коррекцию лечения и реабилитации).

3. Участие пациента в оценке его состояния (оценку качества жизни должен проводить сам пациент).

Качество жизни, связанное со здоровьем, привлекает внимание не только медиков, поскольку его популяционные исследования – надёжный и эффективный метод оценки благополучия населения. Целый ряд социальных наук, предметом изучения которых стало здоровье человека, ориентирован и на изучение качества жизни как неотъемлемо связанного со здоровьем параметра.

Так, исследуя такую социологическую категорию, как удовлетворённость индивида здоровьем и жизнью в целом, И.В.Журавлёва показала, что «Показатель удовлетворённости индивида своим здоровьем является интегральным психо-социальным эмпирическим показателем, поскольку, с одной стороны, он характеризует именно самооценку здоровья и отношение индивида к своей самооценке, с другой стороны, находится в сложном взаимодействии с оценками параметров качества жизни... Об этом свидетельствуют данные ВЦИОМа по исследованию качества жизни» [11, с. 62]. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, может быть косвенно охарактеризовано посредством показателя удовлетворённости здоровьем. Одновременно И.В.Журавлёва подчёркивает влияние гендерного фактора на показатели удовлетворённости здоровьем и составляющие качества жизни [12].

Взаимосвязь показателя удовлетворённости жизнью со здоровьем показана и в работах И.Б.Назаровой (исследовано, в частности, занятое население) [23]. И.Б.Назарова отмечает: «Здоровье является одним из индикаторов качества жизни» [23, с. 54].

Взаимообусловленность качества жизни и здоровья объясняется социологическими теориями здоровья, такими как теория капитала (человеческого и социального), теория социального статуса, теория неравенства и социальной справедливости.

Методологические подходы к исследованию качества жизни в его взаимосвязи со здоровьем в содержательном отношении весьма разнообразны. Так, И.Б.Назарова указывает, что в исследованиях Института социально-экономических проблем народонаселения РАН качественное состояние населения было «представлено в терминах потенциалов таких важных свойств человека, как здоровье (физическое, психическое, социальное), образование и квалификация (интеллектуальный уровень), культура и нравственность (социальная активность). Особое значение придаётся измерению способности к труду (трудового потенциала)» [23, с. 55]. Следует заметить, что и в медицине именно факторы, связанные с утратой трудоспособности, являются основными в оценках социальной, медицинской и экономической эффективности здравоохранения.

И.Б.Назарова также отмечает, что качество жизни может быть рассмотрено через поведение по сохранению здоровья (самосохранительное, здоровьесберегающее поведение). Данное допущение основывается на модели (рисунок 1), которая связывает отношения между поведением по сохранению здоровья и уровнем здоровья, уровнем здоровья и понимаемым качеством жизни (perceived quality of life, QOL) [23, с. 55; 50].

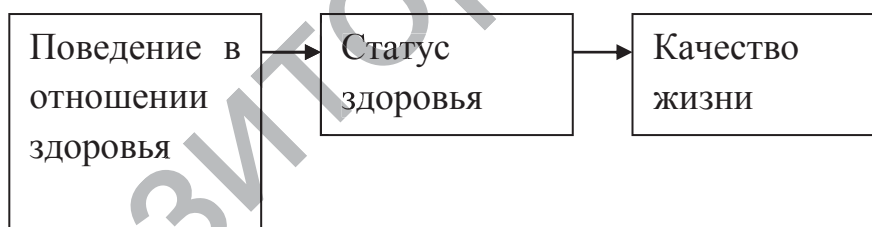


Рисунок 1 – Концептуальная модель взаимодействия поведения, статуса здоровья и качества жизни (по И.Б. Назаровой, 2007)

Таким образом, качество жизни является предметом изучения комплекса социальных наук, достижение максимально высокого его уровня – целью практического применения результатов этих исследований.

Несмотря на разнообразие методик, единственным инструментом исследования качества жизни является опросник. Имеется несколько классификаций опросников по изучению качества жизни в медицине, в зависимости от направлений исследования. Выделяют общие и специальные опросники; последние, в свою очередь, подразделяются по областям

медицины, по изучаемой нозологии. Выделяют также опросники, специфичные для определённого состояния [14; 41]. В отличие от специальных, общие опросники позволяют оценить качество жизни как здоровых, так и больных людей, независимо от заболевания.

В целом, общим для содержательной стороны методик изучения качества жизни во взаимосвязи со здоровьем является объединение анализа условий, образа жизни и удовлетворённости ими. Три данных компонента являются ключевыми в оценке качества жизни. В то же время, качество жизни – категория, характеризующая не столько интересы и ценности индивида и общества, сколько потребности. Так, Н.С.Данакин пишет: «качество жизни характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения» [8]. Немаловажное место в структуре потребностей человека и общества составляют потребности, связанные со здоровьем. В свою очередь, потребности – регулятор поведения человека. Потому изучение качества жизни, связанного со здоровьем, должно неотъемлемо включать факторы образа жизни и поведения по отношению к здоровью (самосохранительного, здоровьесберегающего поведения).

Таким образом, понятие здоровья исторически менялось параллельно развитию представлений о факторах, его формирующих. В современных условиях признано ведущее значение социальных компонентов здоровья и функционального подхода к его определению, что ставит под сомнение традиционную дефиницию и тесно связывает здоровье с факторами духовности и нравственности.

Оптимальное здоровье, с точки зрения функционального подхода, достижимо только при максимально высоком качестве жизни, связанном со здоровьем. Изучение здоровья и факторов, влияющих на него, с позиций функционального подхода, требует понимания мотивов, потребностей, ценностей индивида, учёта культурных факторов конкретного социума.

С развитием концепции социальной обусловленности здоровья активно начала развиваться парадигма клинической медицины, основанная на приоритете качества

жизни. Изучение качества жизни в настоящее время является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Он был предложен в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нём, от широкой общей концепции качества жизни. Связанное со здоровьем качество жизни – это оценка людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать уровень функционирования, позволяющий людям следовать их жизненным целям и отражающий уровень их благополучия.

Литература

1. Бабак, Г.А. Качество жизни больных ревматоидным артритом / Г.А. Бабак // Медицинские новости. – 2005. - №2. – С. 96 – 100.
2. Бобков, В.Н. Бедность, уровень и качество жизни: методология анализа и механизмы реализации /В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. - №1. – С. 7 – 20.
3. Браун, Дж. Гендерные различия в здоровье /Дж. Браун, Н.Л. Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. - №1. – Т.2. – С. 113.
4. Величковский, Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - №4. – С. 8-17.
5. Григорьев, С.И. Противодействие социально обусловленным болезням / С.И. Григорьев // Социология РоСА. – 2006. - №2. – С. 160 – 167.
6. Гундаров, И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления / А.И. Гундаров. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
7. Давыдова, Н.М. Депривационный подход в оценках бедности / Н.М. Давыдова // Социологические исследования. – 2003. - №6. – С. 88 – 96.
8. Данакин, Н.С. К определению качества жизни /Н.С. Данакин // Качество жизни населения: показатели и пути повышения: сб. науч. тр. - Белгород: Бел. кн. изд-во, 2004. – Вып. 1. – С. 14 – 18.
9. Евдокимов, В.И. Качество жизни: оценка и системный анализ / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж: Истоки, 2007. – 240 с.
10. Евдокимов, В.И. Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России /В.И. Евдокимов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. - №1. – С. 23 – 32.
11. Журавлёва, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлёва; Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
12. Журавлёва, И.В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели /И.В. Журавлёва // Социология медицины. – 2004. - № 2. – С. 11 – 17.
13. Закон духовно-демографической детерминации / В.Н. Ростовцев,

- И.Б. Марченкова, В.Е. Кузьменко, О.И. Рябкова, В.М. Ростовцева // Медицинские новости. – 2009. - №6. – С. 42 – 44.
14. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. - №6. - С. 293.
15. Калинина, Т.В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья /Т.В. Калинина, И.В. Малахова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №2. – С. 4 – 9.
16. Карташов, И.Г. Многофакторная обусловленность здоровья населения: теоретико-методологические подходы к изучению социальных детерминант здоровья / И.Г. Карташов // Социология медицины. – 2007. - №2. – С. 17 – 24.
17. Ковынева, О.А. Структура качества жизни и факторы его повышения / О.А. Ковынева // Экономика здравоохранения. – 2006. - №8. – С. 48 – 50.
18. Лисицын, Ю.П. Теории медицины XX века / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1999. – 176 с.
19. Матрос, Л.Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / Л.Г. Матрос. - Новосибирск, 1992. – С. 42 – 48.
20. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению /В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М., 2003. – Ч. 1. – 368 с.
21. Медик, В.А. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения /В.А. Медик, М.С. Токмачёв // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. - №6. – С. 17 – 20.
22. Медик, В.А. Некоторые методические подходы в изучении здоровья населения /В.А.Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - №6. – С.8 – 11.
23. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения: монография / И.Б. Назарова; Гос. Ун-т – Высшая школа экономики. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
24. Новик, А.А. [и др.]. Концепция исследования качества жизни в медицине /А.А.Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
25. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОМА-ПРЕС Звездный мир», 2002. – 320 с.
26. Нугаев, Р.М. Качество жизни в трудах социологов США /Р.М. Нугаев, М.А. Нугаев // Социологические исследования. – 2003. - №6. – С. 100 – 105.
27. Осипов, А.М. Социальная статистика общественного здоровья: методологические проблемы // Сб. трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН / под ред. В.А. Медика. – М., 2006. – Т.5. – С. 55 – 61.
28. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений / И.П. Павлов. – М.; Л., 1951. – Т.3, кн. 2. – С. 240.
29. Падиарова, А.Б. Социальное неравенство в факторной модели здоровья молодых россиян / А.Б. Падиарова // Вестник Поволжской Академии Государственной Службы. – 2009. - №2 (19). – С. 36 – 43.
30. Падиарова, А.Б. Социальное неравенство как фактор здоровья нового поколения россиян / А.Б. Падиарова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. - №1. – С. 2 – 12.
31. Парсонс, Т. Система современных обществ / Т.Парсонс / пер. с англ. Л.А.Седова, А.Д.Ковалёва. Под ред. М.С.Ковалёвой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
32. Решетников, А.В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2005. - № 2. – С. 3 – 25.
33. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину):

Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

34. Ростовцев, В.Н. Основы здоровья / В.Н. Ростовцев. – Мн.: Минсктиппроект, 2002. – 110 с.

35. Ростовцев, В.Н. Основы культуры здоровья: Пособие для педагогов и воспитателей учреждений образования / В.Н. Ростовцев, В.М. Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 119 с.

36. Сорокин, П. Главные тенденции нашего времени / П. Сорокин. – М.: Наука, 1997. – С. 263.

37. Татькова, А.Ю. [и др.]. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем / А.Ю. Татькова, С.М. Чечельницкая, А.Г. Румянцев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - №6. – С. 46 – 51.

38. Ушаков, И.Б. Качество жизни и здоровье человека / И.Б. Ушаков. – М.; Воронеж: Истоки, 2005. – 130 с.

39. Фролова, Ю.Г. Концепции здоровья в психологической науке и практике / Ю.Г. Фролова // Веснік БДУ. – Сер. 3. – 2007. - №1. – С. 71 – 76.

40. Фролова, Ю.Г. Социокультурный эталон здоровья как одна из характеристик белорусского менталитета / Ю.Г. Фролова // Этносоциальные и конфессиональные процессы в современном обществе: материалы международной научной конференции, 8-9 декабря 2005 г., Гродно. – Гродно: ГрГУ, 2006. – С. 458 – 460.

41. Цырульникова, А.Н. Качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью при артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца / А.Н. Цырульникова // Медицинские новости. – 2004. - №4. – С. 83 – 85.

42. Щепин, О.П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П. Щепин, В.А. Медик, В.И. Стародубов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - №5. – С. 3 – 6.

43. Щепин, О.П. К развитию методологии в исследованиях общественного здоровья / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2004. - №4. – С. 38 – 43.

44. Ядов, В.А. Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования реального расслоения в российском обществе / В.А. Ядов // Кто и куда стремится вести Россию? Акторы макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса. – М.: МВШСЭН, 2001. – С. 113 – 118.

45. Abbey, A. Modeling the Psychological Determinants of Life Quality / A. Abbey, F. Andrews // Social Indicators Research. – 1985. – vol. 16. – P. 1 – 34.

46. Naughton, M.J. Assessment of health-related quality of life / M.J. Naughton., S.A. Shumaker // J. Clin Oncol. – 2010. - 27(15 Suppl). –P. 9503.

47. Shuessler, K.F. Quality-of-life research and sociology // K.F. Shuessler, G.A. Fisher // Annual Review of Sociology. – 1985. – Vol. 11. – P. 131.

48. Stocka, A. Kulturowe uwarunkowania zachowan zdrowotnych studentow / A. Stocka, P. Pudlo // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Spolecznej I Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11-13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – tom 89. - suplement 1. – S. 87.

49. Wingo, L. The Quality of Life: Toward a micro-economic definition / L. Wingo // Urban Studies. – 1973. – vol. 10. – P. 3 – 8.

50. Woodruff, S.I. Impact of Health and Fitness-Related Behavior on Quality of Life / S.I. Woodruff, T.L. Conway // Social Indicators Research. – 1992. - № 25. - P. 391 – 405.

Глава 2

Здоровье подростков как объект медико-социологического изучения. Социальные факторы и поведенческие риски

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, подростковым возрастом является период от 10 до 19 лет, термин «юность» используется в отношении людей 15–25 лет, как «молодые люди» определяют лиц возраста 10–24 лет [46, с. 5; 40, блок В5, с. 14]. Кодекс о браке и семье Республики Беларусь определяет человека от рождения до достижения 18 лет как несовершеннолетнего, до достижения 14 лет – как малолетнего, в возрасте от 14 до 18 лет – как подростка [31]. Возраст 10–14 лет относится к раннему (младшему) подростковому, 15–19 лет – к старшему подростковому возрасту.

Состояние здоровья подростков может рассматриваться как индикатор социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, а также является предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы [17; 27; 36].

Здоровье, являясь комплексным феноменом, служит предметом изучения целого ряда социальных наук. Согласно функциональному подходу к здоровью, неотъемлемым для его изучения является социологический метод. Наиболее распространёнными подходами к изучению здоровья подростков как предмета изучения социологии являются биологический, когнитивный, психосексуальный и социальный; причём, с точки зрения социологии медицины, последний наиболее важный (он же и более молодой) [23, с. 10].

Социальный подход к изучению подросткового возраста в социологии медицины направлен на исследование способности подростков разбираться в социальных отношениях и понимать других людей. Подчёркивается сложность и длительность

процесса приобретения социальных знаний. Подход базируется на физических, психологических и социальных особенностях подростка: активные гормональные процессы, зависимость от большого числа микросоциальных факторов окружающей среды (семья, школа, ближайшее окружение) и макросоциальных факторов (общество, культура), активное познание роли человека в обществе и путей её реализации, восприятия ценностных установок и поведенческих норм в различных сферах, в том числе в сфере здоровья. Не умея оценивать объективные процессы, подросток весьма уязвим к воздействию социального и информационного окружения [41; 59].

В качестве двух основных методологических подходов к изучению здоровья подростков, принятых в социологии здоровья, И.В.Журавлёва выделяет следующие [23, с. 19]:

- Первый подход состоит в отборе и анализе факторов, значимых для здоровья подростков с точки зрения взрослых людей. Характерно, что выводы, как правило, связаны с отсутствием у подростков потребности в различных формах заботы о здоровье и недостаточной осознанностью значения негативных для здоровья факторов.

- Второй подход предусматривает исследование факторов, значимых с точки зрения самих подростков. И.В.Журавлёва относит к таким факторам информированность по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья (медицинская информированность), общие сведения о месте подростка в обществе, во взрослой жизни, о путях адаптации к ней. Важную роль играет понимание нужд подростка родителями, сверстниками, обществом – другими словами, социальная поддержка.

В современной социологической науке разрабатывается целый ряд проблем здоровья подростков. Основными являются такие направления, как исследования влияния образа жизни на здоровье, анализ факторов риска, изучение самосохранительного поведения. Эти же направления актуальны и для медицинской науки. Методологические подходы к изучению здоровья подростков в медицине в современных условиях характеризует всё большая социальная направленность. В частности, это наглядно иллюстрирует подход к изучению здоровья подростков

на основе оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

Как указывают ведущие российские педиатры, «Оценка человеком своего физического, психологического и социального благополучия» может стать «...новым критерием оценки состояния здоровья детей» [1, с. 16], «внедрение показателя качества жизни как дополнительного критерия позволит модифицировать существующую методику комплексной оценки состояния здоровья детей и сделать это на новом, современном уровне, с применением международных подходов, использование стандартного инструментария сделает исследования сравнимыми на любой территории» [1, с. 17].

Концепция исследования качества жизни в педиатрии, разработанная экспертами Межнационального центра исследования качества жизни, включает ряд принципиальных положений, основными из которых являются следующие [33]:

1. Общепринятые подходы не позволяют получить полное представление о многоплановых изменениях в состоянии ребёнка, вызванных болезнью и её лечением.

2. Для улучшения качества медицинской помощи в педиатрии необходимо включение в перечень первичных диагностических данных показателей физического, психологического состояния и социального функционирования ребёнка, интегрированных в понятие «качество жизни».

3. Оценка эффективности программ лечения ребёнка должна опираться, наряду с традиционными показателями, на параметры качества жизни.

Изучение качества жизни и его взаимосвязь с состоянием здоровья рассматривается как одно из приоритетных направлений в современной педиатрической практике, а результаты изучения рекомендуется использовать в долгосрочных государственных программах по улучшению и созданию новых условий формирования здоровья подрастающего поколения [38].

Анализ качества жизни в педиатрии позволяет исследовать не только клинические, но и такие социальные аспекты здоровья детей, как восприятие ребёнком окружающего мира и самого себя, отношение ребёнка к заболеванию и лечению, закономерности возникновения в семье психологических и

социальных проблем при наличии у ребёнка заболевания, состояние «оптимального здоровья», с точки зрения ребёнка и его родителей [35]. Это особо важно в оценке репродуктивного здоровья. Так, рассматривая репродуктивное здоровье и сексуальное поведение подростков, И.В.Журавлёва акцентирует внимание на медико-социальном контексте исследований в данной области, и придаёт важное значение таким факторам, как информированность подростков и источники получения информации, рискованное сексуальное поведение, сопряжённое с рядом социальных проблем, социальные факторы риска раннего сексуального опыта (такие как тип семьи, влияние общества сверстников и другие) [24; 25].

Следует отметить, что полные данные о социальных факторах риска в отношении репродуктивного здоровья подростков пока отсутствуют. Нет сведений об уровне их качества жизни, связанном с репродуктивным здоровьем. Одной из важных причин данной ситуации является отсутствие адаптированных методик. Так, ни одна из них не учитывает связи качества жизни и репродуктивного здоровья. Кроме того, ни одна из используемых методик не рассматривается в качестве универсального эталона. Как следствие – отсутствует база данных, полученных при исследованиях на популяционном уровне.

Исследования качества жизни детей, связанного со здоровьем, концентрируются прежде всего на соматических заболеваниях. В последние годы внедряются также методики изучения качества жизни, связанного со здоровьем, у детей с психическими расстройствами [5]. Данных об изучении качества жизни во взаимосвязи с репродуктивным здоровьем, репродуктивным потенциалом, пока нет.

Методологической проблемой в изучении качества жизни подростка, связанного со здоровьем, является отсутствие унифицированного подхода. Нет единого русскоязычного опросника и методологии оценки результатов опроса. Валидация иноязычных опросников возможна, но она требует учитывать условия социальной среды, культурные факторы, в которых проживают подростки. Это делает процедуру валидации затратной и настолько сложной, что эффективность результатов

при сравнении с процессом создания оригинальных отечественных методик ставится под сомнение [72].

Единых критериев и стандартных норм оценки качества жизни, связанного со здоровьем, не существует. Основным инструментом изучения качества жизни, связанного со здоровьем, являются профили (оценка каждого компонента качества жизни в отдельности) и опросники (для комплексной оценки). И те и другие могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологий). Количество вопросов в опросниках варьирует в широких пределах: от 14 (вопросник астмы у детей САQ-А, 4-7) до 153 (вопросник здоровья и болезни детей – СНIP-АЕ подростки) [5].

Общие опросники не позволяют оценить изменения в состоянии здоровья в рамках отдельно взятого заболевания. Специальные опросники сфокусированы на конкретной нозологии и её лечении, однако они направлены не на оценку клинической тяжести заболевания (нарушений здоровья), а отражают то, как пациент переносит свою болезнь [9; 20]. Специальные опросники позволяют уловить минимальные изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (2–4 недели), что обеспечивает возможность их применения для оценки эффективности конкретного метода ведения и лечения данного заболевания, в том числе при клинических испытаниях фармакологических препаратов [33]. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки [3; 20; 33]. Для различных групп населения, регионов, стран можно определить условную норму качества жизни, связанного со здоровьем (популяционные показатели), и в дальнейшем проводить сравнение с ней [3; 65].

Данные о результатах популяционных исследований качества жизни, так называемые популяционные нормы качества жизни, представляют большую ценность для различных институтов общества [37, с. 107]. Такие данные (нормативные показатели) имеются во всех развитых странах мира с конца 1990-х гг., что стало возможным при разработке и внедрении опросника SF-36 [62]. Этот инструментальный используется более чем в 90% клинических исследований в России [42; 45; 50]. Опросник SF-36 применим для изучения качества жизни лиц

возрастной категории от 15 до 85 лет. При этом согласие родителей и их опрос для респондентов подросткового возраста не предусмотрены. Основным недостатком, резко ограничивающим возможности применения опросника SF-36 для подростков, является отсутствие чувствительности к специфичности подросткового возраста, и, как следствие, – недостаточный учёт особенностей подростка и его репродуктивного здоровья как объекта и предмета исследования. В то же время известно, что проявление каждого из компонентов качества жизни зависит от возраста ребёнка: в частности, в школьном возрасте вопросы составляющей социального функционирования основаны на активности ребёнка в школе и связаны с его адаптацией в коллективе, коммуникабельностью [37, с. 233]. Очевидно, что репродуктивное здоровье и его влияние на качество жизни подростка также высоко специфично, что должно быть отражено в опроснике.

Для определения связанного со здоровьем качества жизни детей и подростков наиболее часто применяется опросник PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), версия 4.0 [64]. Вопросы анкеты PedsQL разделены на 4 шкалы, описывающие физическое функционирование, эмоциональное функционирование, социальное функционирование, жизнь в школе (детском саду). Ответы ребёнка дублируются ответами родителей (опекунов). Варианты опросника, заполняемые родителями, имеют такое же смысловое содержание, как и модули для детей, но в определенной мере различаются по форме задаваемых вопросов. Вопросник PedsQL включает несколько вариантов, адаптированных для возрастных групп детей: от 5 до 7 лет, от 8 до 12 лет, от 13 до 18 лет. После заполнения опросники перекодируются по процедурам, защищённым авторским правом [73; 74].

Опросники, применяемые в педиатрической практике, отражают специфику детского и подросткового возраста. Так же, как и для взрослых, опросники, предназначенные для детей и подростков, могут быть общими и специальными. Так, например, для изучения качества жизни детей, страдающих бронхиальной астмой, широко применяется опросник RAQLQ [71]. В то же время, методики в подавляющем большинстве предполагают

участие в опросе как детей, так и родителей, а именно комплексный подход, учитывающий в совокупности мнение ребёнка (self-report) и родителей (proxy-report) [37, с. 232]. До пятилетнего возраста качество жизни ребёнка оценивают родители; после достижения ребёнком пяти лет в оценке качества жизни участвуют как родители, так и дети. Общепринято, что дети могут начинать оценивать наиболее конкретные показатели качества жизни в возрасте 4–6 лет [5]. Установлено, что данные, полученные при опросах родителей, как правило, отличаются от таковых, полученных при опросах детей. Степень совпадения оценок качества жизни детьми и родителями сильно варьирует [5]. Известно также о существовании разногласий между родителями в оценке качества жизни их ребёнка. Так, оценка динамики качества жизни родителями подростков, проживающих в Санкт-Петербурге, проводимая при помощи PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), версия 4.0, оказалась выше по сравнению с оценками самих детей и подростков [58]. В исследовании качества жизни детей с ментальными нарушениями, выполненном в Германии, было показано, что отцы оценивают качество жизни своих детей по всем шкалам оценки выше, чем матери [33]. Одновременно с выявленными недостатками комплексного подхода к организации опроса было доказано, что у пациентов старше одиннадцати лет родители могут лишь немногим дополнить содержание ответов ребёнка. К одиннадцати годам у многих детей развивается формальное логическое мышление, характеризующееся концепцией причинно-следственной связи физиологических механизмов. На последней стадии дети начинают понимать, что мысли и чувства человека могут влиять на его физическое состояние [5].

Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) и Child Health Questionnaire являются наиболее известными из числа международных опросников. Их валидация и применение для исследования качества жизни подростков, связанного с репродуктивным здоровьем, нецелесообразна и даже невозможна. Во-первых, применение данных опросников предполагает участие родителей. В исследованиях репродуктивного здоровья подростков привлечение родителей, очевидно, снизило бы достоверность получаемой от подростка

информации (как безусловное проявление подробно описанного в литературе «проху-problem» или «cross-informant variance» феномена [73]). Во-вторых, указанные опросники не позволяют получить искомую информацию о репродуктивном здоровье в полной мере.

Для комплексной индивидуальной оценки состояния здоровья детей по образцу доступных опросников на базе отделения охраны здоровья матери и ребенка ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава были разработаны возрастные опросники для детей от рождения до 18 лет [4; 57]. В отличие от иностранных образцов были созданы, наряду с блоками физического, психоэмоционального, социального функционирования и умственного развития с оценкой обучаемости, также блоки оценки заболеваемости и социального статуса семьи ребенка. С помощью данных опросников было проведено масштабное анкетирование родителей и детей во всех регионах России. Общее количество опрошенных составило 7079 человек. Полученные результаты свидетельствуют о том, что для показателей качества жизни детей в России имеют немаловажное, а иногда и решающее значение учет социального окружения и средовых факторов: статуса и уровня среднедушевого дохода родителей, характера жилья и микроклимата в семье.

До настоящего времени среди разработанных отечественными учёными методик по изучению качества жизни, связанного со здоровьем, ни одна не получила статус эталона. В то же время, ряд работ, как, например, разработанный в Белорусской медицинской академии последипломного образования «Метод оценки индивидуального качества жизни» [34], заслуживают более пристального изучения и широкого распространения. Результаты, полученные И.В.Мащенко (2006) при исследовании качества жизни подростков 14–18 лет г. Минска и г. Молодечно, свидетельствуют о том, что средний показатель качества жизни обследованных является низким и составляет всего 23,5%. Ведущими факторами низкого качества жизни подростков являются беспокойность своим здоровьем и качество социализации. Одним из основных факторов, детерминирующих показатель качества жизни, выступает субъективная оценка здоровья [34].

Обобщая методики исследования связанного со здоровьем качества жизни подростков, следует отметить, что они объединяют два типа критериев и направлены на изучение физического, психологического и социального функционирования в их взаимосвязи. Объективные критерии включают такие, как физическая активность, факторы, связанные с социальным функционированием – учёбой, адаптацией в коллективе. Субъективные критерии содержат факторы эмоционального статуса, удовлетворённости разными аспектами жизни, самочувствие и самооценку ряда связанных со здоровьем факторов – то есть степени восприятия подростком того, как его потребности в здоровье удовлетворяются и насколько необходимые для этого возможности предоставлены. Специальные опросники, наряду с модулями для отдельных заболеваний, высокочувствительных для выявления симптомов, обусловленных самим заболеванием или его лечением, имеют также шкалы общего характера.

К типичным ошибкам при оценке качества жизни относится построение всех выводов на единственном сводном показателе [33]. Качество жизни является многокомпонентной структурой. Задача исследователя – оценка всех критериев, его составляющих.

Как следует из Руководства по исследованию качества жизни в медицине [37, с. 40-41], общие опросники должны отвечать требованиям к любому социологическому инструментарию, а именно, надёжности (точности измерения), валидности (способности достоверно измерять ту характеристику, которая заложена в опроснике) и чувствительности (способности выявлять изменения в динамике при повторных опросах). Аналогичны требования к опросникам, применяемым в педиатрии [22, с. 28]. Учёт указанных требований обязателен при разработке культурно адаптированных опросников по определению качества жизни в медицине.

Наряду со спецификой методологических подходов, здоровье подростков характеризуется и рядом *специфических медико-социальных проблем*. Эти проблемы имеют *социальную природу* (в большинстве – непосредственную связь с условиями

воспитания в семье) и *поведенческую обусловленность*.

Анализ проблем здоровья подростков показывает, что многие из них имеют гендерную специфику [2; 32]. При этом чётко выявлено наличие более высокого риска для юношей.

Одной из ключевых медико-социальных проблем здоровья подростков в современных условиях является проблема «неравенства в здоровье».

Проблема «неравенства в здоровье» у разных групп населения приобретает всё большую актуальность, в том числе в экономически благополучных странах [24]. Как отмечает И.В.Журавлёва, обычно неравенство в сфере здоровья связано с тремя группами факторов. Это, во-первых, экономические ресурсы, физическая и социальная среда, в которой живут люди; во-вторых – медицинское обслуживание с разными возможностями для разных категорий населения (то есть неравенства в доступности и возможности качественной медицинской помощи); и, в-третьих, это индивидуальные особенности поведения людей [24].

В молодом возрасте, особенно у подростков, проживающих в Республике Беларусь, в числе факторов, способствующих неравенству в здоровье, первенство, на наш взгляд, принадлежит физической и социальной среде проживания, условиям воспитания в семьях. Медицинское обслуживание в стране построено по принципу равной доступности для жителей всех территорий. В соответствии со ст.45 Конституции Республики Беларусь гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» доступность медицинской помощи определяется как важнейшая составляющая государственной политики в области охраны здоровья населения (ст.3) и как один из механизмов реализации права граждан на охрану здоровья (ст.5) [13; 19; 39]. В то же время, такие факторы, как влияние физического и социального окружения, невозможно регулировать только мерами со стороны государства. Потому их актуальность для здоровья и поведения подростков в этой сфере остаётся острой.

Влияние социальной среды на подростков чётко

прослеживается на примере курения. Так, в одном из исследований было выявлено, что курение российских подростков тесно связано с типом поселения [30]. При более детальном изучении оказалось, что высокая частота курения у мальчиков из села и у девочек из мегаполиса обусловлена разными факторами социального характера. Так, у девочек из крупных городов это был фактор курения матери. У мальчиков из села – такой фактор, как низкая самооценка, обусловленная принадлежностью к стигматизированной, по мнению мальчиков, группе (жители малого населённого пункта) [30; 60]. Пример потребления подростками алкоголя также подтверждает влияние на здоровье подростков и их поведение в сфере здоровьесбережения факторов неравенства гигиенических условий и социальной среды проживания. Установлено, что подростки-мальчики, проживающие в арендованных квартирах или общежитиях, с большей вероятностью потребляют алкоголь [30]. Причём воздействие типа жилья объясняется не фактором жилой площади, наличия либо же отсутствия удобств и прочих условий, но специфическим социальным окружением, в котором потребление алкоголя и другое рискованное поведение является нормой, общественное мнение толерантно, алкоголь доступен.

Неравная среда проживания влияет на здоровье и поведение подростка в сфере здоровья посредством стигматизации – выделения из общей социальной структуры. Стигматизация накладывает отпечаток на процесс идентификации личностью своего положения в коллективе и в обществе. Она делает человека успешным либо неуспешным только потому, что он принадлежит к некой определённой группе – по проживанию, образованию, манере поведения [21].

Семья – многофункциональное образование. В числе его функций выделяют две группы. Во-первых, те, что присущи семье как социальному институту: репродуктивная, воспитательно-социализационная, экономическая, рекреационная. Функции второй группы характеризуют успешность брачно-семейных отношений в решении задач семьи как малой социально-психологической группы [52; 53]. Основная из этих задач – повышение качества жизни индивидов, семью формирующих [7; 8]. По нашему мнению, среди важнейших, с

медико-социальной точки зрения, функций семьи следует особо выделить ещё одну – здоровьесформирующую. Эта функция использует методы ряда других функций семьи (таких, например, как медицинская, рекреационная, и даже репродуктивная), но является более широкой, нежели каждая из них. Она связана с родительской поддержкой в формировании здоровья детей, со взаимосбережением здоровья всех членов семьи как малой социально-психологической группы. Прежде всего, указанная функция семьи важна в отношениях родители – дети.

Результаты многих исследований доказывают значимость семьи в формировании здоровья и гигиенической культуры ребёнка [10], в создании установок на здоровьесбережение [28].

И.В.Журавлёва, глубоко изучавшая здоровье подростков, пишет: «Роль семьи в формировании здоровья определяется тем, что человек получает в наследство состояние здоровья своих родителей..., что это здоровье изменяется под влиянием материальных условий семьи..., и что, наконец, основной процесс формирования здоровья... происходит именно и прежде всего в семье» [23, с. 155].

Безусловно, семья – «проводник» при формировании у ребёнка личностных ценностей. Например, доказано, что родители влияют на поведение детей в сфере употребления алкоголя и никотина посредством правил и норм, действующих в этой области. Так, российские родители в пять раз чаще демонстрируют одобрение потребления алкоголя своими детьми по сравнению с американскими родителями (24,7% против 4,9% для подростков 15–17 лет) [66; 68].

Как указывает А.В. Решетников, усвоение культурных норм и освоение социальных ролей продолжается всю жизнь, но наиболее интенсивен этот процесс в детские и юношеские годы. Социализация взрослых направлена на овладение навыками и умениями, детей – на мотивацию их поведения. Взрослые могут оценивать нормы, дети же воспринимают всё непосредственно, через идеал [43]. При этом в семьях, где ребёнок воспитывается при наличии матери, её роль представляется особенно важной.

Каковы факторы, составляющие деятельность семьи, необходимую для формирования здоровья ребёнка? Знание этих факторов и опора на них при проведении профилактической

работы с семьями позволит повысить уровень медико-гигиенической грамотности родителей и обеспечить максимальный медико-социальный результат.

По данным И.В.Журавлёвой, к основным условиям для формирования здоровья ребёнка, связанным с семьёй, относят: 1) материальное благосостояние; 2) достаточное внимание, уделяемое ребёнку родителями; 3) соблюдение ребёнком режима дня; 4) регулирование перегрузки уроками; 5) создание у детей разумных досуговых потребностей; 6) формирование в семье необходимых навыков по заботе ребёнка о здоровье [23, с. 158–162]. Если проанализировать указанные условия с точки зрения возможностей их практической применимости, то, на наш взгляд, первое условие из числа перечисленных следует отнести к условно регулируемым самой семьёй. Для большинства семей с детьми это условие зависит от государственной поддержки, общей экономической ситуации в стране. Второе, в силу трудовой занятости родителей, также сложно оценить. Что касается третьего, четвертого и пятого условий, то их можно объединить и сразу принять в качестве практических рекомендаций. Последнее условие (формирование в семье необходимых навыков по заботе ребёнка о здоровье), очевидно, нуждается в детализации, более глубоком рассмотрении.

Изучение характера и направленности влияния семьи на формирование здоровья детей являлось одним из аспектов работы «Мониторинг условий формирования здорового поколения», выполненной по данным опроса российских школьников [60]. Согласно результатам, здоровье ребёнка во многом определяется составом семьи. Так, в возрастном периоде от 1 года до 13 лет включительно доля здоровых детей в полных семьях не изменяется (она составляет 23%), в неполных – снижается (с 18 до 10%). Детей с хроническими заболеваниями в возрасте 13 лет в полных семьях в два раза меньше, чем в неполных (23% против 38%).

Исследование структуры семей подростков, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), показало, что в группе перенесших ИППП почти в два раза больше подростков из неполных семей, в сравнении с группой подростков, никогда ИППП не болевших [44]. В.Н.Ростовцев

отмечает, что молодёжь из полных семей менее подвержена рискованному поведению по сравнению со сверстниками из неполных семей. В то же время молодые люди из полных семей, которые не удовлетворены взаимоотношениями с родителями, более подвержены алкоголизации сексуальной жизни и многовекторному риску. По В.Н.Ростовцеву, на формирование подверженности подростка поведенческим рискам основное влияние оказывает не состав родительской семьи, а степень его (её) удовлетворённости отношениями с родителями [44].

По данным В.Н.Ростовцева, между молодёжью из полных и неполных семей не выявлено различий по значимости таких ценностей, как доброта, милосердие, любовь к людям, к жизни, честь, ответственность, совесть, долг, сознательность, верность, справедливость, достоинство. В то же время, установлено, что респонденты из полных семей, которые не удовлетворены взаимоотношениями с родителями, не только более подвержены рискованному поведению и имеют более низкий индекс нравственности сексуального поведения, но для них меньшую значимость имеет и такая категория, как «ответственность». Одновременно, независимо от состава семьи, для молодых людей, удовлетворённых отношениями с родителями, высоко важна категория «достоинство» [44].

Значительную роль в формировании здоровья детей играет материальное положение семьи. Так, согласно результатам «Мониторинга условий формирования здорового поколения», «стартовая позиция» детей с хроническими заболеваниями в возрасте 1 год во всех группах оказалась примерно одинакова: от 6 до 7%. К 13 годам доля детей с хроническими заболеваниями в группе наименее обеспеченных семей составила 29%, в группе наиболее обеспеченных – 18% [60].

Фактор организации питания детей в семье имеет самостоятельную значимость, независимо от материального положения. Так, отмечают малообеспеченные семьи, в которых родители в ущерб себе стараются дать детям здоровое питание; в некоторых же богатых семьях родители из-за сильной занятости не уделяют должного внимания питанию детей. При хорошей организации питания удельный вес здоровых детей в возрастном периоде от 7 до 13 лет включительно увеличивается. В семьях же,

отметивших плохую организацию питания ребенка, удельный вес детей с хроническими заболеваниями и часто болеющих детей, напротив, растёт [60].

Результаты «Мониторинга условий формирования здорового поколения» дают основание заключить, что образование матери влияет на организацию питания ребенка. Если среди матерей с высшим образованием доля тех, кто соблюдает режим питания детей, составляет 38%, и около половины матерей используют в дополнение к питанию ребёнка поливитамины, то среди матерей, имеющих незаконченное среднее образование, она не превышает 10% (регулярное употребление витаминов – немногим более 25%), а матери с незаконченным средним образованием вообще не используют витамины в питании ребенка. 78% родителей с высшим образованием (в сравнении с 60% родителей с незаконченным средним образованием) всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка, и полностью выполняют рекомендации [60]. В то же время, известно, что ранняя выявляемость заболеваний у детей также во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам. И.В.Журавлёва указывает, что уровень образования матери считается одним из самых надёжных факторов прогнозирования здоровья детей [23, с. 81].

Наличие вредных привычек у родителей – доказанный фактор риска приобщения детей к табаку и алкоголю. Наиболее опасным для ребёнка является курение и употребление алкоголя матерью. Для потомков курящей матери риск приобщения к курению возрастает в два раза для мальчиков и в девять раз для девочек. Даже умеренное потребление алкоголя матерью (один раз в месяц) более чем в два раза увеличивает вероятность инициации потребления алкоголя для подростков обоего пола [30].

К рассмотренным выше факторам семьи, важным для здоровья ребёнка, следует добавить организацию досуга, а именно физической активности ребёнка. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья, физически активные подростки (особенно мальчики) с меньшей вероятностью курят и потребляют алкоголь [60].

По одной из гипотез, формирование девиантного поведения у ребёнка обуславливается ослаблением связи с матерью, недостаточным родительским мониторингом [16]. В сочетании с влиянием сверстников, если оно негативно, слабый контроль за поведением ребёнка может приводить к девиациям.

Анализируя механизм воздействия факторов, мы пришли к выводу, что многие из них действуют на состояние здоровья детей опосредованно – через микроклимат, сплочённость семьи.

Сплочённость семьи непосредственно влияет на её медико-информационную деятельность. Для успешного формирования приоритетов здорового образа жизни у подростка (особенно безопасного сексуального поведения) необходима передача родителями детям информации медицинского содержания. Как показали результаты факторного анализа данных опроса подростков, прерывающих беременность, и подростков контрольной группы (беременности не имевших), в суммарную общность факторов, влияющих на наличие искусственного прерывания беременности в подростковом возрасте, наибольший вклад вносит семейно-личностный фактор, раскрывающийся через такие переменные, как «источник получения первой информации о половой жизни», «источник доверительных отношений по проблемам, связанным с сексуальной жизнью», «характер семейных отношений», «вредные привычки у родителей» [26].

Родительские ссоры, случаи физического оскорбления, вынужденная разлука, смерть в семье – наиболее негативные факторы, дестабилизирующие семейный микроклимат. Именно они особо вредны для благополучия ребенка [18; 47]. Однако даже неполные семьи (развод, смерть, вынужденная разлука) могут быть психологически функциональны, при условии сохранения эмоционального контакта между поколениями родителей и детей [6; 29; 51]. Если же семья психологически дисфункциональна (независимо от её состава), родители не способны поддержать ребёнка в построении собственной идентичности. При этом процесс его социализации затрудняется, что приводит к различным отклонениям в поведении [14].

Возрастание роли эмоциональных факторов в функционировании семьи подчёркивают многие отечественные и

зарубежные исследователи. Современная семья – своеобразное «психологическое убежище», институт эмоционального контакта. Самым распространённым нарушением поведения у детей и подростков из неблагополучных семей является тревожность, сопровождающаяся неуверенностью в себе, резким снижением эмоционального фона, избеганием общения, утратой эмоциональности в отношениях со взрослыми и сверстниками. Как компенсаторная реакция при недостаточной самооценке у подростка возникают поведенческие девиации [14]. Так, по данным О.А.Кислицыной, подростки, которые согласны с утверждением, что «им нечем гордиться», чаще начинают употреблять табак и алкоголь по сравнению с теми, у кого высокая самооценка [30]. Низкая самооценка не позволяет противостоять давлению со стороны курящих и выпивающих приятелей, то есть влиянию «улицы».

Мы попытались установить, влияют ли состав семьи, её материальное положение, образование родителей (матери) на такие факторы здоровья и качества жизни подростков, как сексуальное поведение, наличие вредных привычек, самооценка полноценности питания, физическая активность, эмоциональный фон, наличие кризисных психологических состояний.

По данным опроса 949 подростков республиканской выборки (463 девушки и 486 юношей 15–18 лет), выполненного в 2010 г., большинство опрошенных считают материальное положение своих семей «хорошим» (45,1%) или «средним» (37,7%). Каждый двенадцатый подросток утверждает, что положение его семьи «трудное».

Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях (68,9%). Второе место занимает неполная семья «с мамой» (25%). Примерно равные доли подростков (около 1,5%) воспитываются в неполных семьях «с папой», «с бабушкой/ дедушкой», чуть больше ответов «с мамой и отчимом». В числе других названных подростками форм семей такие, как «то с мамой, то с папой», «с папой и бабушкой», «с опекуном», а также с другими родственниками («с братом», «с тётёй», «с семьёй сестры»). Единичные ответы – «сирота».

Около 3,8% подростков не ответили на вопрос об образовании матери, 18,5% – на вопрос об образовании отца.

Большинство подростков оценили состояние своего здоровья как «хорошее» (4 балла по 5-балльной системе) – 40%, или «отличное» (5 баллов) – 18%. Самооценка здоровья подростка оказалась связанной с самооценкой материального положения семьи (r Спирмена=0,226, $p=0,01$). В то же время, корреляционный анализ не выявил какой-либо связи между самооценкой здоровья и образованием матери (и отца) подростка. Средние значения самооценки здоровья подростков не имели различий в группах, выделенных по признаку состава семьи: в полных семьях значение самооценки здоровья ($M \pm \delta$) $3,58 \pm 1,047$; в неполных – $3,44 \pm 1,067$. Различия оказались близки к статистически значимым: $t=1,913$, $p=0,056$.

В числе поведенческих факторов риска здоровью подростков в Беларуси следует выделить такие, как рискованное сексуальное поведение, курение, употребление алкоголя, проба наркотика. Эти факторы являются универсальными для подростков всех развитых стран.

Статистический анализ показал, что влияние материального положения, состава семьи, а также образования родителей на наличие факта *половых отношений у подростка* не подтверждается. Не выявлено и влияния материального положения, состава семьи и образования матери на частоту *использования контрацепции* подростками. Материальное положение семьи и образование родителей не влияют также на наличие у подростка *случайных половых связей*. В то же время, доля положительно ответивших на вопрос о наличии случайных половых связей (из числа живущих половой жизнью подростков) в полных семьях составила 15,8%, в неполных – 31,5% ($\chi^2=4,22$, $p=0,04$, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,05$, $p=0,04$).

При сравнении группы подростков, оценивающих материальное положение своей семьи как «очень хорошее» или «хорошее», и группы оценивающих его как «трудное» и «очень трудное» не выявлено статистически значимых различий по долям *курящих* ($\chi^2=0,47$, $p=0,49$; χ^2 Yates=0,24, $p=0,62$). Не выявлено и влияния на фактор курения состава семьи, образования родителей.

Знакомые, употребляющие наркотические вещества, присутствуют у 13,4% подростков из семей с «очень хорошим»

или «хорошим», и 31,1% подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением ($\chi^2=10,19$, $p=0,0014$; $\chi^2_{\text{Yates}}=8,84$, $p=0,0029$). Близким к статистически значимому оказалось различие и между группами подростков из полных и неполных семей (14,5% подростков из полных и 19,5% подростков из неполных семей, соответственно, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=1,9$, $p=0,056$). Влияния образования родителей на наличие у подростка знакомых, употребляющих наркотические вещества, не установлено. Такой фактор, как наличие у подростка самостоятельной пробы наркотика, не выявил влияния на него материального положения, состава семьи, образования матери.

Влияния материального положения семьи на долю 15–18-летних подростков, не употребляющих *алкогольные напитки*, независимо от крепости, не выявлено. В то же время, положительно ответили на вопрос о том, употребляли ли они когда-либо сознательно, по собственной воле, алкогольные напитки, 68,7% подростков из полных и 78,5% из неполных семей (тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,97$, $p=0,003$). Влияния образования матери на данный фактор здоровья подростков не установлено. Крепкие (более 20 градусов крепости) алкогольные напитки употребляют 1 раз в неделю и чаще 1,4% подростков в обеспеченных и 8,1% в малообеспеченных семьях, $\chi^2=7,65$, $p=0,0057$.

Самооценка *полноценности питания* коррелирует с самооценкой состояния здоровья (r Спирмена 0,42, $p=0,01$) и самооценкой материального положения семьи подростка (r Спирмена 0,3, $p=0,01$). Среднее значение оценки полноценности питания подростками из полных семей составило $3,84 \pm 0,039$ ($M \pm m$, $\delta=0,99$), из неполных – $3,75 \pm 0,063$ ($M \pm m$, $\delta=1,07$), различия значимы: критерий Ливиня $F=8,56$, $p=0,004$. Непараметрическими методами анализа не подтверждается влияние образования матери на самооценку полноценности питания подростка.

Непараметрические методы анализа не выявили наличия связи между частотой занятий *физической культурой* и уровнем образования матери, материальным положением семьи. Влияние состава семьи оказалось несколько сильнее, однако также

статистически незначимо: в полных семьях уровень физической активности выше на 0,14 балла (по 4-балльной шкале), критерий Ливиня $F=3,0$, $p=0,08$.

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

Эмоциональный фон подростков различался в зависимости от полноты (состава) семьи. Перевод шкалы самооценки частоты негативных (позитивных) эмоций из порядковой в непрерывную позволил рассчитать средний уровень частоты негативных (позитивных) эмоций в трёх группах подростков (из полных семей, неполных семей «с мамой» и неполных семей «без мамы»). Различия не являлись статистически значимыми, однако очевидно, что подростки из полных семей испытывают негативные эмоции реже, а позитивные – чаще; различия наиболее значительны при сравнении с подростками из неполных семей «без мамы».

Отмечают наличие ситуации «когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния» 15,4% подростков из полных семей, 25,2% – из неполных семей «с мамой» ($\chi^2=7,8$, $p=0,005$) и 30,3% подростков из неполных семей «без мамы» (различия незначимы при сравнении подростков из разных типов неполных семей, но значимы при сравнении подростков из полных семей и неполных семей суммарно, $\chi^2=9,4$, $p=0,002$). В группе подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии ситуации «когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния», уровень образования матери оказался несколько выше в сравнении с подростками, где такая ситуация не отмечена, однако непараметрические методы анализа не подтвердили достоверность различий.

Таким образом, каждая из рассмотренных составляющих семьи подростка (материальное положение, состав семьи, образование родителей) так или иначе значима во влиянии на

поведенческие факторы риска здоровью, за исключением таких факторов, как курение и проба наркотика. Для риска сексуального поведения подростка наиболее значимым оказался состав семьи (риск случайных половых связей выше среди подростков из неполных семей). Знакомые, употребляющие наркотические вещества, чаще присутствуют у подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением, неполных семей. Материальное положение семьи и образование родителей оказалось незначимым фактором для факта воздержания подростка от употребления алкоголя (доли подростков, не употребляющих алкоголь, не имели различий по указанным факторам). В то же время, сознательное, по собственной воле, употребление алкогольных напитков чаще регистрируется среди подростков из неполных семей. Употребление алкогольных напитков крепостью выше 20 градусов 1 раз в неделю и чаще более распространено среди подростков из малообеспеченных семей.

Наиболее зависимым от семьи поведенческим фактором здоровья подростка оказался фактор питания. Самооценка полноценности питания коррелирует с самооценкой состояния здоровья и самооценкой материального положения семьи подростка; значимым фактором выступает также полнота семьи. В то же время, образование матери не значимо для самооценки полноценности питания подростка.

Непараметрические методы анализа не выявили связи между частотой занятий физической культурой и уровнем образования матери, материальным положением семьи. В полных семьях уровень физической активности подростков несколько выше, однако различия также статистически незначимы.

Значимо чаще сталкиваются с ситуацией, «когда были готовы покончить с собой от отчаяния», подростки из малообеспеченных и неполных семей. В группе подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии такой ситуации, уровень образования матери выше; однако достоверность различий статистически не подтверждается. Подростки из полных семей испытывают негативные эмоции реже, а позитивные – чаще; различия наиболее значительны при сравнении с подростками из неполных семей «без мамы».

В целом степень успешности здоровьесформирующей функции семьи в том, насколько правильно ребёнок, выходя из детского возраста, строит своё поведение по отношению к здоровью. Наряду с материальным положением, составом семьи, образованием родителей, безусловно, значимым фактором является эмоциональная сплочённость с родителями, положительный внутрисемейный микроклимат.

Итак, в числе факторов и условий, влияющих на здоровье ребёнка в семье, согласно полученным в собственных исследованиях результатам и опубликованным данным, нам удалось выделить следующие: 1) материальное положение (благополучие) семьи; 2) состав семьи; 3) образование матери; 4) наличие вредных привычек у родителей, особенно у матери; 5) достаточное внимание, уделяемое ребёнку родителями (родительский мониторинг); 6) организация режима дня ребёнка: сон, продолжительность выполнения домашних заданий, прогулки на свежем воздухе; организация питания; создание у детей разумных досуговых потребностей и достаточная физическая активность ребёнка в свободное время; 7) формирование в семье необходимых навыков по заботе ребёнка о здоровье; своевременное обращение за медицинской помощью; передача родителями детям соответствующей информации медицинского содержания; 8) сплочённость семьи, семейный микроклимат; наличие эмоционального контакта с ребёнком; – как негативный вариант: родительские ссоры, случаи физического оскорбления, вынужденная разлука, смерть в семье; как следствие – удовлетворённость/неудовлетворённость подростка взаимоотношениями с родителями; 9) способность семьи сформировать адекватную самооценку подростка, поддержать ребёнка в построении собственной идентичности.

Следует отметить, что здоровьесформирующая функция семьи определяется, в первую очередь, тем, насколько правильно ребёнок, выходя из детского возраста, строит своё поведение по отношению к здоровью. На выработку стереотипов поведения в сфере здоровья влияют в наибольшей степени такие факторы, как наличие вредных привычек у родителей, особенно у матери, родительский мониторинг, своевременное обращение

за медицинской помощью; передача родителями детям информации медицинского содержания. И, наконец, основной фактор здоровьесформирующей функции семьи, это, безусловно, сплочённость, эмоциональный контакт между ребёнком и взрослыми, необходимый для поддержки адекватной самооценки подростка, построения его собственной идентичности. Инструментом влияния микроклимата семьи и степени её сплочённости на поведение ребёнка в сфере здоровья является развитие спектра его личностных ценностей.

Поведенческие факторы являются основными в числе факторов риска здоровью подростков. В числе поведенческих факторов риска здоровью подростков распространены такие, как рискованное сексуальное поведение, курение, употребление алкоголя, психоактивных веществ, неадекватная реакция на кризисные психологические ситуации; приобретают высокую актуальность также проблемы питания, недостаточной физической активности.

Рискованное сексуальное поведение в подростковом возрасте – ведущая причина возникновения целого ряда заболеваний. Так, медики Польши, обеспокоенные наиболее высокой среди стран Евросоюза заболеваемостью раком шейки матки, указывают на острую необходимость разработки программ по профилактике рискованного сексуального поведения среди подростков [67].

Не менее опасным следствием рискованного сексуального поведения подростков является возникновение незапланированных беременностей. Их последствия связаны не только с прямой угрозой для здоровья девочки-подростка, которая возникает при любом исходе беременности. В случае относительно благоприятного репродуктивного выбора – родов – последствия нежеланной беременности в подростковом возрасте оказываются опасными и для ребёнка. Так, новорожденные матерей-подростков чаще имеют низкий вес, родовые травмы и неврологические дефекты. Такие дети в два раза чаще погибают в первый год жизни по сравнению с детьми, рождёнными у матерей старше 20 лет [63]. Несмотря на то, что высококачественная пренатальная помощь может предотвратить большинство физических проблем со здоровьем у этих детей,

исследования показывают, что их социальные и психологические проблемы решить значительно сложнее. Дети, рожденные матерями-подростками, склонны иметь более низкие баллы успеваемости и чаще становятся нарушителями поведения в школе в сравнении с детьми, рождёнными матерями старшего возраста [69; 70]. Ежегодно, по данным за 2005–2009 гг., у девушек-подростков 15–17 лет в Республике Беларусь регистрируется 5–8 случаев беременностей на каждую 1000 девушек [2; 11; 12].

Выделение приоритетных для подростков факторов риска сексуального поведения создает возможность разрабатывать программы целенаправленной профилактики, формировать в обществе приоритеты ответственности за здоровье самого индивидуума [55].

Для риска аборта у девочки в подростковом возрасте особенно важен фактор взаимоотношений в родительской семье. Так, отсутствие в семье подростка источника доверительных отношений по проблемам, связанным с сексуальной жизнью, особенно первой информации об интимных отношениях, собственно характер семейных взаимоотношений оказались ведущими в числе факторов риска аборта у девушки-подростка, согласно результатам факторного анализа [26].

Тема подросткового материнства сохраняет актуальность как одна из проблем в социологии. С одной стороны, образ несовершеннолетней матери конструируется средствами массовой информации как однозначно проблемный; с другой, – ситуация складывается так, что «...Родителям неловко говорить об этом с детьми. Учителя считают, что это не их дело. О том, что от любви бывают дети, 13–15-летние девочки узнают по тестам на беременность...» [48].

Анализ факторов, ассоциированных с возможной незапланированной беременностью в подростковом возрасте, проведенный американскими авторами, показал, что среди них можно выделить четыре группы [61]. Первая группа факторов риска – это индивидуальные, личностные факторы: самооценка, наличие знаний и опыта, возраст первого сексуального контакта. Вторая группа факторов риска – это факторы семьи. Среди них неполная семья (воспитание девочки одним родителем),

нарушения в процессе коммуникации в семье. Третья группа факторов связана с сообществом – культурными нормами, религиозностью, влиянием средств массовой информации, допустимостью насилия над ребёнком. С ними тесно связаны факторы четвертой группы – социо-экономические, такие как бедность, трудовая занятость/ безработица, наличие/ отсутствие жилья.

В середине 2000-х годов нами был выполнен анализ данных опроса 404 женщин, в момент сбора данных впервые беременных или недавно родивших первенца от первой беременности, и 267 женщин 15–24 лет, искусственно прерывающих первую беременность; всего 671 человек (выборочная совокупность репрезентативно отражала население республики по территориальному распределению). Результаты показали, что целый ряд медико-социальных факторов способствуют выбору молодой женщины при принятии ею решения об исходе первой беременности [54].

Статистически подтверждёнными факторами риска аборта являются более ранний возраст наступления беременности, зачатие вне брака (в том числе так называемого «гражданского»), принадлежность к социальной группе учащихся. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий по долям служащих организаций бюджетной сферы, работников сферы обслуживания и торговли, сельского хозяйства, предпринимателей, работающих по найму в частном секторе, военнослужащих, наличие у женщины работы является фактором, благоприятно отражающимся на её репродуктивном выборе. Прерывающие беременность женщины чаще не имеют отдельного жилья, проживают одиноко, либо их семьи проживают в общежитии.

Отношение женщин, прерывающих первую беременность, к интимной жизни до брака более либеральное, чем женщин, чья первая беременность оканчивается рождением первенца. Первые чаще позитивно оценивают добрачные интимные отношения, начинают интимную жизнь в более раннем возрасте и безответственно относятся к применению контрацепции. Рискованное сексуальное поведение сочетается у данной группы женщин с другими поведенческими факторами риска здоровью –

курением, употреблением алкоголя (более высокой частотой и более ранним возрастом первой пробы), неадекватной медицинской активностью (на примере поведения по отношению к медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП).

Рассмотренные выше факторы наводят на мысль о том, что прерывание первой беременности – удел социально неблагоприятных слоёв, либеральных в сексуальных отношениях и в рискованном поведении. В то же время, независимо от исхода первой беременности, основным мотивом первых в жизни интимных отношений у молодых женщин является любовь. Различия, выявленные при анализе причин первой сексуальной связи, состояли прежде всего в том, что для женщин, прерывающих первую беременность, большое значение имели такие неадекватные мотивы, как страх потерять партнёра, желание угодить ему, его настойчивое давление. Каждая двенадцатая молодая женщина, прерывающая первую беременность, впервые вступила в интимные отношения под влиянием алкогольного опьянения. Следовательно, наличие отсутствия партнёрских взаимоотношений, взаимопонимания в паре. Очевидно, что в данном случае эффективная контрацепция затруднительна.

На наш взгляд, причины того, что мотивом первых в жизни сексуальных отношений у молодой девушки являются желание угодить и страх, кроются во взаимоотношениях в родительской семье; в воспитании в семьях, где по отношению к девочке применялось насилие. В результате она воспроизводит усвоенную в родительской семье поведенческую модель.

Результаты анализа полученных нами данных позволили заключить, что наряду с такими социальными факторами риска неблагоприятного репродуктивного поведения молодой женщины при первой беременности, как зачатие вне брака, принадлежность к учащимся, отсутствие собственного жилья; для прерывающих первую беременность молодых женщин характерны более ранний возраст начала сексуальных отношений и наступления беременности, безответственное отношение к применению контрацепции, высокая распространённость вредных привычек, неадекватная

медицинская активность. В то же время, мотивы вступления в первую в жизни девушки сексуальную связь, особенности взаимоотношений с партнёром и с родителями свидетельствуют о том, что рискованное поведение молодой девушки по отношению к собственному здоровью, одним из наиболее серьёзных проявлений которого является и репродуктивный выбор прерывать первую беременность, можно с уверенностью рассматривать как следствие её неадекватной социальной и психологической адаптации. Вывод подтверждают данные о том, что чем ниже возраст девушки при первом половом контакте, тем выше вероятность, что он был для неё нежелательным [15]. Следовательно, девушка вступала в половую связь помимо собственного желания, мотивируясь давлением партнёра, либо же сексуальные отношения выступали в качестве компенсаторной реакции при недостаточной самооценке, отсутствии ощущения безопасности в родительской семье, эмоциональной связи с близкими людьми, взаимопонимания и контакта с родителями.

Сексуальное и репродуктивное поведение молодёжи, поведение в сфере здоровья являлось предметом наших медико-социологических исследований на протяжении с 2004 г. по настоящее время. Опрашивались республиканские репрезентативные выборки [56]. В 2010 г. выборочная совокупность, репрезентативно отражающая генеральную совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь (по факторам пола и территориального распределения), составила 949 человек: 463 девушки и 486 юношей 15–18 лет. В 2011 г. опрошены 705 девушек и 746 юношей 19–24 лет (1451 человек; модель выборочной совокупности молодёжи 19–24 лет, репрезентативная населению данной возрастной группы республики и достаточная по объёму, согласно данным переписи населения 2009 г.).

Из числа 1451 респондента 19–24 лет, опрошенных в 2011 г., отрицательно ответили на вопрос о наличии опыта половых отношений 15,3% девушек и 13,5% юношей. Возраст начала половой жизни составил от 13 до 24 лет у девушек (средний возраст – $17,7 \pm 0,077$ лет, $M \pm m$), от 11 до 23 лет (один ответ – 8 лет) – у юношей (средний возраст – $16,9 \pm 0,015$ лет,

$M \pm m$). Гендерные различия в средних значениях возраста начала половой жизни оказались значимы ($t=10,3$, $p=0,0001$).

При опросе подростков 15–18 лет оказалось, что наличие опыта половых отношений подтвердили 31,2% опрошенных (39,09% мальчиков и 22,9% девочек, $\chi^2=15,3$, $p=0,0001$). Почти столько же подростков (37% мальчиков и 20,9% девочек, $\chi^2=16,4$, $p=0,0001$) подтвердили наличие сексуального опыта. Возраст начала интимных отношений, согласно ответам, колебался от 10 лет (1 случай) до 18 лет, мода составила 16 лет. Гендерных различий не выявлено: средний возраст начала интимных отношений у мальчиков составил $15,07 \pm 0,136$ лет, у девочек – $15,5 \pm 0,199$ лет ($t=1,8$, $p=0,07$). Возраст первого сексуального опыта отличался от возраста начала половой жизни и составлял промежуток от 5 до 18 лет.

Таким образом, почти пятая часть девочек и треть мальчиков отмечают начало половых отношений в период до достижения 19-летия, в среднем возрасте около 15 лет. В последующие годы, до достижения 24 лет, приобретают опыт половых отношений около 85% молодых людей. Юноши отмечают более раннее начало половой жизни в сравнении с девушками.

Названы следующие причины начала половой жизни (таблицы 1, 2).

Причины начала половой жизни, названные подростками, имели некоторые отличия от тех, что были названы более старшей возрастной категорией опрошенных (таблица 2). Так, начало сексуальных отношений в подростковом возрасте, в сравнении с более старшими возрастными группами, чаще происходит по таким мотивам, как «любовь», «сексуальное влечение», «желание утвердиться в кругу сверстников», а также «желание угодить партнёру».

Таблица 1 – Гендерные различия в причинах начала половой жизни у юношей и девушек 19–24 лет (возможен выбор нескольких вариантов ответа)

Причина начала половой жизни	Девушки, %	Юноши, %	Гендерные различия
Любовь	53,4%	34,7%	$\chi^2=17,25$, $p=0,0001$
Любопытство	15,4%	24,8%	$\chi^2=11,27$, $p=0,0008$
Сексуальное влечение	22,1%	38,9%	$\chi^2=0,78$, $p=0,34$
Замужество	10,4%	2%	$\chi^2=33,8$, $p=0,00001$
Пора было по возрасту	5,9%	5,7%	-
Опьянение	3,4%	6,05%	$\chi^2=4,5$, $p=0,03$
Желание утвердиться в кругу сверстников	3,7%	4,18%	-
Чтобы развлечься	1,5%	5,7%	$\chi^2=4,5$, $p=0,0001$
Страх потерять партнёра	4,5%	1,24%	$\chi^2=11,5$, $p=0,0007$
Желание угодить	3,5%	1,4%	$\chi^2=5,6$, $p=0,176$
Настойчивое давление партнёра	3,5%	1,09%	$\chi^2=7,95$, $p=0,048$
Изнасилование	0,5%	0,6%	-
Другое	1,2% «затрудняюсь ответить», «уверенность в партнёре»	0,6% «затрудняюсь ответить», «не помню»	$\chi^2=1,06$, $p=0,3$
Итого	597 девушек, отметивших наличие опыта половой жизни	645 юношей, отметивших наличие опыта половой жизни	

Таблица 2 – Возрастные различия в причинах начала половой жизни подростков и молодёжи (возможен выбор нескольких вариантов ответа)

Причина начала половой жизни	19–24 года	Ранговое место в 19–24 года	15–18 лет	Ранговое место в 15–18 лет	Возрастные различия
Любовь	43,7%	1	68,5%	1	$\chi^2=6,56$, $p=0,01$
Любопытство	20,3%	2	20,8%	3	Различий нет
Сексуальное влечение	15,5%	3	54,4%	2	$\chi^2=30,7$, $p=0,00001$

Причина начала половой жизни	19–24 года	Ранговое место в 19–24 года	15–18 лет	Ранговое место в 15–18 лет	Возрастные различия
Замужество	6,03%	4	Вопрос не задавался		
Пора было по возрасту	7,09%	4	Вопрос не задавался		
Опьянение	4,8%	5	6,4%	5	$\chi^2=1,24$, $p=0,26$
Желание утвердиться в кругу сверстников	3,9%	5	«Чтобы не отстать от сверстников» (8,8%)	4	$\chi^2=5,9$, $p=0,015$
Чтобы развлечься	3,7%	5	Вопрос не задавался		
Страх потерять партнёра	2,8%	6	5,2%	5	$\chi^2=1,82$, $p=0,17$
Желание угодить	2,4%	6	6,0%	5	$\chi^2=5,5$, $p=0,019$
Настойчивое давление партнёра	2,3%	6	3,6%	6	$\chi^2=0,6$, $p=0,44$
Изнасилование	0,6%	7	0,8%	7	$\chi^2=0,05$, $p=0,8$
Другое	0,9%	7	3,04%	6	
Итого	1242 девушки и юноши, отметившие наличие опыта половой жизни		296 девочек и мальчиков, отметивших наличие опыта половых отношений		

На вопрос об использовании тех или иных методов контрацепции во время первого сексуального контакта положительно ответили 49,9% девушек и 59,07% юношей 19–24 лет, имеющих опыт половых отношений. В подавляющем большинстве случаев как юноши (27,2%), так и девушки (31,8%) использовали презерватив. Менее популярны оральные контрацептивы, прерванный половой акт и химические методы контрацепции.

Около 17,0% 15–18-летних подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии опыта половой жизни, не используют средства, предохраняющие от наступления беременности. Около 60,8% указали, какие именно средства (методы) контрацепции они используют. Остальные не ответили на вопрос о контрацепции. Структура используемых средств не отличалась от представленной в ответах более старшей возрастной группы.

Почти четверть (24,5%) 19–24-летних девушек положительно ответили на вопрос о наличии случайных половых связей. У юношей процент положительных ответов составил 46,4%. В возрастной группе 15–18 лет около 8,7% ответили положительно на данный вопрос.

На вопрос «Считаете ли Вы допустимыми для себя «нетрадиционные» сексуальные отношения?», вариант вопроса «однополой секс», ответили положительно 7,9% девушек и 5,5% юношей. Затруднились с ответом 10,6% девушек и 10,1% юношей. На тот же вопрос, вариант ответа «групповой секс», положительно ответили 3,3% девушек и 16,9% юношей, затруднились с ответом 16,0% девушек и 21,3% юношей. В группе 15–18 лет данный вопрос не задавался.

Таким образом, согласно результатам опроса, юноши составляют группу риска небезопасного сексуального поведения.

Почти каждый пятый (19,5%) 15–18-летний подросток из числа опрошенных в 2010 г. 949 человек указал, что курит (22% мальчиков и 16,8% девочек, $\chi^2=2,72$, $p=0,098$). Около 5% из числа курящих начали курить с 10 лет и ранее, около 7% – с 12 лет, около 13% – с 13 лет. Наибольшая часть курящих подростков (25 и 22%, соответственно) указали, что первая проба курения состоялась в 14 или 15 лет (рисунок 2). Около 17% опрошенных из числа курящих подростков начали курить в 16 лет и старше. Средний возраст начала курения у мальчиков составил $13,68 \pm 0,258$, у девочек – $14,23 \pm 0,246$ лет ($t=1,5$, $p=0,1$).

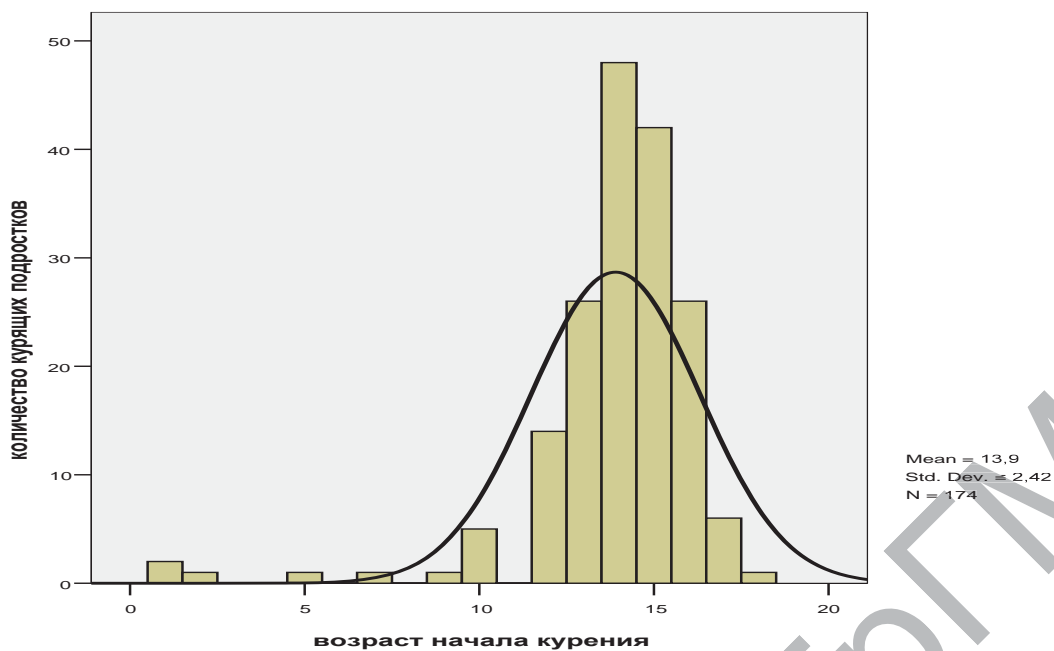


Рисунок 2 – Возраст начала курения у курящих подростков: опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

Наибольшее количество выкуриваемых в день сигарет, согласно ответам, составляет 25. Чаще подростки выкуривают от 2 до 5 (34% курящих подростков) либо 10–15 (20,5% курящих подростков) сигарет в день (рисунок 3).

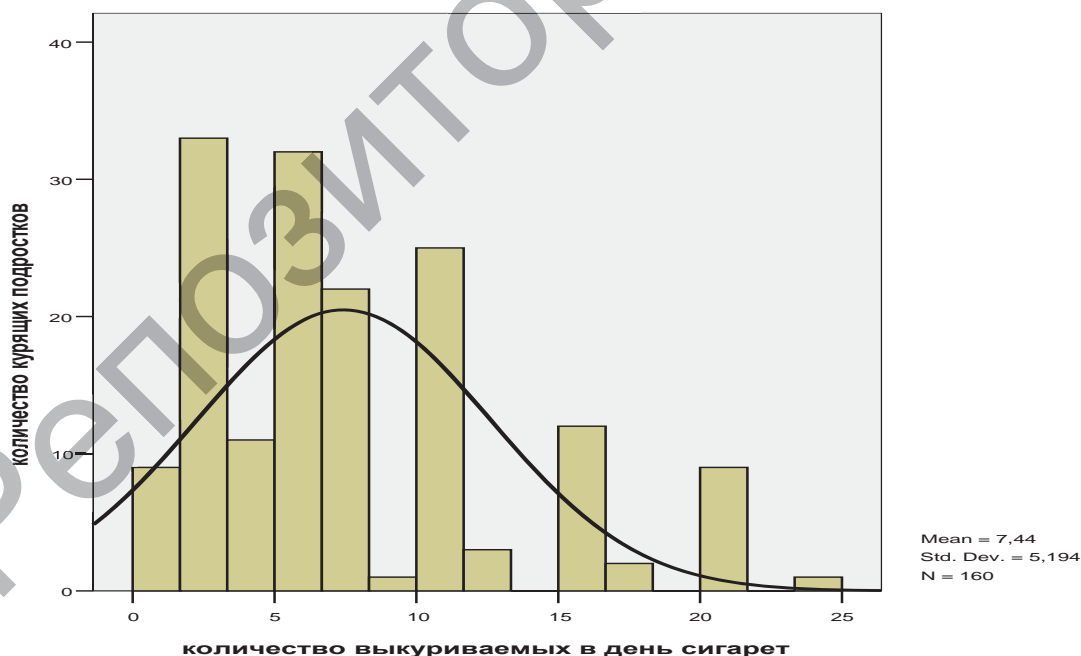


Рисунок 3 – Количество ежедневно выкуриваемых сигарет: опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

Из числа 1451 респондента 19–24 лет, опрошенных в 2011 г., курят 21,3% девушек и 45,9% юношей ($\chi^2=49,26$, $p=0,00001$). В то же время, среди опрошенных подростков в 15–18 лет (19,5% указали, что курят), гендерные различия не являлись статистически значимыми. Возраст начала курения колебался с 11 до 23 лет у девушек и с 7 до 23 лет у юношей (с единичными ответами о более раннем начале курения). Наибольшая часть девушек, положительно ответивших на вопрос о курении, начали курить в возрасте 15–18 лет. У юношей этот возраст составил 14–18 лет. Средний возраст начала курения в группе подростков также не зависел от пола.

Почти 16,1% подростков из числа опрошенных в 2010 г. (949 чел.) 15–18-летних респондентов (17,9% мальчиков и 14,3% девочек, $\chi^2=1,7$, $p=0,2$) ответили, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества. Около 7,4% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2=6,4$, $p=0,01$) указали, что сами пробовали наркотики (около 5,5% опрошенных этого возраста).

Из числа 1451 респондента 19–24 лет, опрошенных в 2011 г., пробовали наркотики 7,2% девушек и 12,5% юношей. Почти 16,1% подростков – 17,9% мальчиков и 14,3% девочек ($\chi^2=1,7$, $p=0,2$) – ответили, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества.

На вопрос «Употреблял(а) ли ты когда-либо сознательно, по своему желанию, алкогольные напитки?» положительно ответили 70,8% подростков из числа 949 15–18-летних респондентов. Гендерные различия незначимы: положительно ответили 67,1% мальчиков и 74,7% девочек ($\chi^2=1,15$, $p=0,28$). В 15-летнем возрасте доля ответивших отрицательно составила 37,7%. Состояние алкогольного опьянения испытывали когда-либо половина (50,6%) опрошенных.

К 19–24-летнему возрасту доля употреблявших алкогольные напитки составила 91,6% девушек и 92,1% юношей. Среди лиц 24 лет только 3,5% девушек и 2,2% юношей отрицательно ответили на вопрос об употреблении алкоголя.

Анализ данных опроса 15–18-летних подростков показал, что слабоалкогольные (менее 20 градусов крепости) напитки не употребляют 28,9% подростков (31,07% мальчиков и 26,6% девочек, $\chi^2=1,29$, $p=0,3$). Употребляют напитки крепостью менее

20 градусов 1 раз в неделю и чаще 4% подростков (4,5% мальчиков и 3,5% девочек), несколько раз в месяц – 18,4% (21,6% мальчиков и 15,1% девочек), несколько раз в полгода – 21,1% (19,7% мальчиков и 22,5% девочек, $\chi^2=0,7$, $p=0,4$), раз в полгода и реже – 23,3% (19,7% мальчиков и 27% девочек, $\chi^2=4,33$, $p=0,037$; рисунок 4).

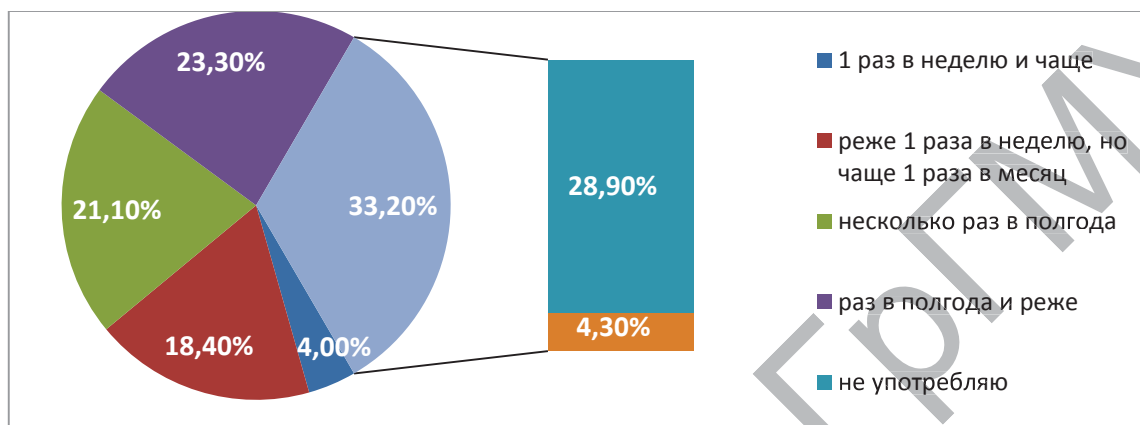


Рисунок 4 – Особенности употребления слабоалкогольных напитков: опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

Несмотря на то, что гендерные различия по долям положительно ответивших на вопрос об употреблении алкогольных напитков отсутствуют, более детальное рассмотрение показывает, что юноши составляют группу риска неблагоприятного поведения по отношению к алкоголю уже в подростковом возрасте.

Так, крепкие (более 20 градусов крепости) алкогольные напитки не употребляют 46,7% мальчиков и 46,0% девочек, употребляют 1 раз в неделю и чаще 1,6% мальчиков и 1,08% девочек, несколько раз в месяц – 8,85% мальчиков и 4,5% девочек ($\chi^2=6,1$, $p=0,01$), несколько раз в полгода – 13,6% мальчиков и 11,4% девочек, раз в полгода и реже – 18,1% мальчиков и 20,7% девочек. Таким образом, мальчики чаще, чем девочки, употребляют крепкий алкоголь несколько раз в месяц и более. Девочки же, несмотря на в целом высокую частоту положительных ответов об употреблении алкоголя, нередко отмечают употребление лишь слабоалкогольных напитков (чаще – пива). Так, слабоалкогольные напитки не употребляют 31,07% мальчиков и 26,6% девочек ($\chi^2=1,29$, $p=0,3$), употребляют 1 раз в неделю и чаще 4,5% мальчиков и 3,5% девочек, несколько раз в

месяц 21,6% мальчиков и 15,1% девочек, несколько раз в полгода 19,7% мальчиков и 22,5% девочек ($\chi^2=0,7$, $p=0,4$), раз в полгода и реже 19,7% мальчиков и 27% девочек ($\chi^2=4,33$, $p=0,037$).

Данные о частоте употребления алкогольных напитков в 19–24 года также подтверждают более высокий риск у юношей:

- употребляют алкоголь один и более раз в неделю 7,1% девушек и 16,1% юношей;
- несколько раз в месяц – 27,7% девушек и 27,2% юношей;
- 1 и менее раз в месяц – 55,9% девушек и 48,8% юношей;
- не употребляют – 2,4% девушек и 2,1% юношей;
- без ответа – 7,0% девушек и 5,8% юношей.

В целом, особенности поведения подростков по отношению к психоактивным веществам, алкоголю, курению, выявленные при опросах республиканских выборок, оказались следующими. К достижению 24 лет абсолютное большинство юношей и девушек употребляли когда-либо сознательно, по своему желанию, алкогольные напитки. Уже среди 15-летних доля ответивших положительно составляет 62,3%, в период 15–18-лет в целом – 70,8%. Несмотря на то, что по долям подтвердивших употребление алкоголя статистически значимых гендерных различий не выявлено, юноши составляют группу риска во все возрастные этапы, начиная от 15 до 24 лет. Мальчики чаще, чем девочки, употребляют крепкий алкоголь несколько раз в месяц и более. Девочки же, несмотря на высокую частоту положительных ответов об употреблении алкоголя, нередко отмечают употребление лишь слабоалкогольных напитков. Доля юношей, употребляющих алкогольные напитки 1 раз в неделю и чаще, превышает таковую у девушек более чем в 2 раза.

Доля курящих юношей в 19–24 года более чем в 2 раза превышает таковую у девушек. В то же время, в старшем подростковом возрасте гендерных различий не выявлено. Следовательно, пятая-шестая часть мальчиков и девочек начинают курение до достижения 18-летия, примерно в один и тот же возрастной период – от 14–15 до 18 лет. Затем процесс приобщения к курению значительно более интенсивно происходит у юношей; среди которых к 24 годам курят почти половина.

Доступность наркотиков одинакова для мальчиков и девочек (что подтверждается отсутствием различий в ответах

подростков о наличии знакомых, употребляющих наркотические вещества), в то же время, мальчики и юноши в 1,5 раза чаще положительно отвечают на вопрос об употреблении наркотиков.

Наряду с наличием риска сексуального поведения, употребления алкоголя, курения, следует отметить высокую распространённость среди подростков и молодёжи и других факторов риска, связанных с образом жизни. Это, прежде всего, факторы питания, сна, физической активности. Тревогу вызывает также высокая распространённость кризисных психологических ситуаций в старшем подростковом возрасте.

Согласно полученным нами результатам опроса республиканской выборки 15–18-летних подростков (949 человек), при самооценке подростками полноценности питания установлено, что около 1,5% респондентов (0,8% мальчиков и 1,9% девочек) оценивают его как плохое, ещё 12,2% (7,4% мальчиков и 17,3% девочек) – как удовлетворительное (рисунок 5). В целом, доля девочек, оценивающих своё питание низкими баллами, оказалась выше доли мальчиков в 2,34 раза. Считают, что состояние их питания «ближе к хорошему» (3 балла по 5-балльной системе) 13,8% мальчиков и 21,6% девочек. Оценивают свой рацион питания на «хорошо» 42% мальчиков и 38,9% девочек. Считают своё питание «отличным» 35,8% мальчиков и 19,9% девочек ($\chi^2=16,9$, $p=0,00001$). Среднее значение самооценки полноценности питания (по 5-балльной системе) составило у мальчиков $4,05 \pm 0,042$, у девочек – $3,58 \pm 0,049$ баллов ($t=7,2$, $p<0,0001$).

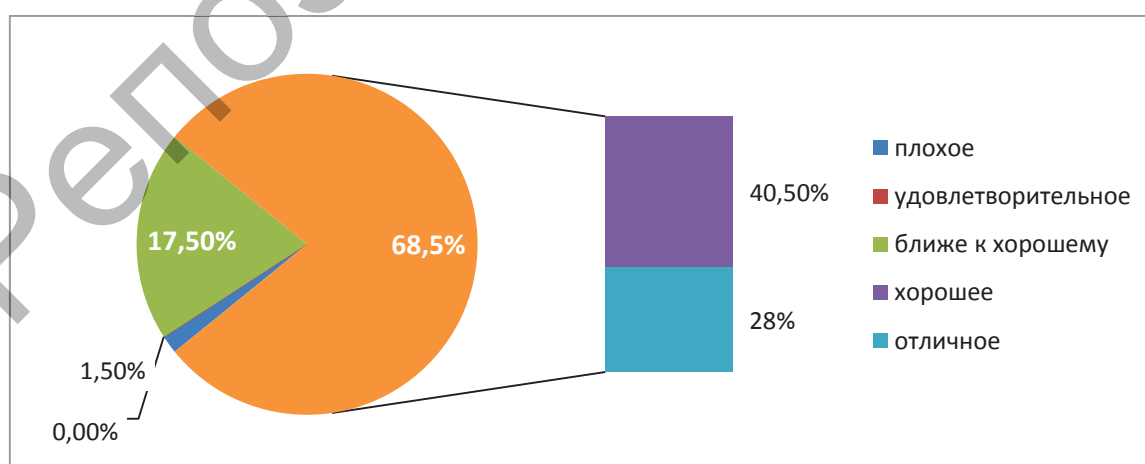


Рисунок 5 – Особенности самооценки полноценности питания: опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

Риск здоровью детей в современных условиях отчасти обусловлен увеличившейся учебной нагрузкой. Она лежит в основе недостаточной продолжительности ночного сна подростков и старших школьников, невыполнения ими норм пребывания на свежем воздухе. В то же время целый ряд факторов образа жизни ребёнка связан с влиянием его семьи. Результаты исследования особенностей образа жизни учащихся младших классов (на примере г. Гомеля) показали, что 46,3% первоклассников затрачивают на подготовку к урокам до 2 часов, 14,8% – более 2 часов. И уже в младшем школьном возрасте нормы длительности сна у трети – половины детей не выдерживаются. Почти 63% младших школьников не находят достаточное время на свежем воздухе. Завтракают 55,6% первоклассников. В четвёртом классе никогда не употребляли алкоголь только 69,4% детей [49].

Сон 4% подростков опрошенной нами республиканской выборочной совокупности (949 человек) длится 5 и менее часов в сутки, 12,2% – 6 часов, 26,2% – 7 часов, 28,9% – 8 часов, 14,1% – 9 часов. Около 14% подростков указали, что спят 10 часов в день и более (рисунок 6).

Средняя продолжительность ночного сна у мальчиков составила 7,86 часа, у девочек – 7,77 часа (критерий равенства дисперсий Ливиня $F=0,336$, критерий Стьюдента $t=0,9$, $p=0,37$; рисунок 7).

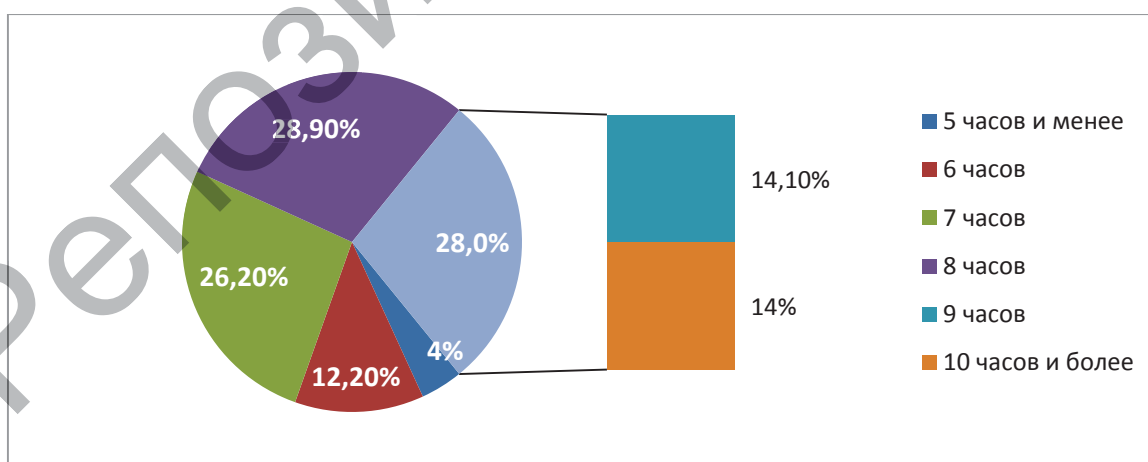


Рисунок 6 – Особенности продолжительности ночного сна: опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

Следовательно, физиологические нормы ночного сна выполняются только у 28% подростков 15–18 лет. Такая же часть подростков отмечают продолжительность ночного отдыха, близкую к физиологическим нормам. Более трети подростков 15–18 лет, проживающих в Республике Беларусь, спят меньше, чем положено согласно возрастным гигиеническим нормам.

Интересно, что взаимосвязь между самооценкой состояния здоровья и продолжительностью ночного сна у подростков не подтверждается (коэффициент корреляции Пирсона составил 0,016 при значимости $p=0,63$).

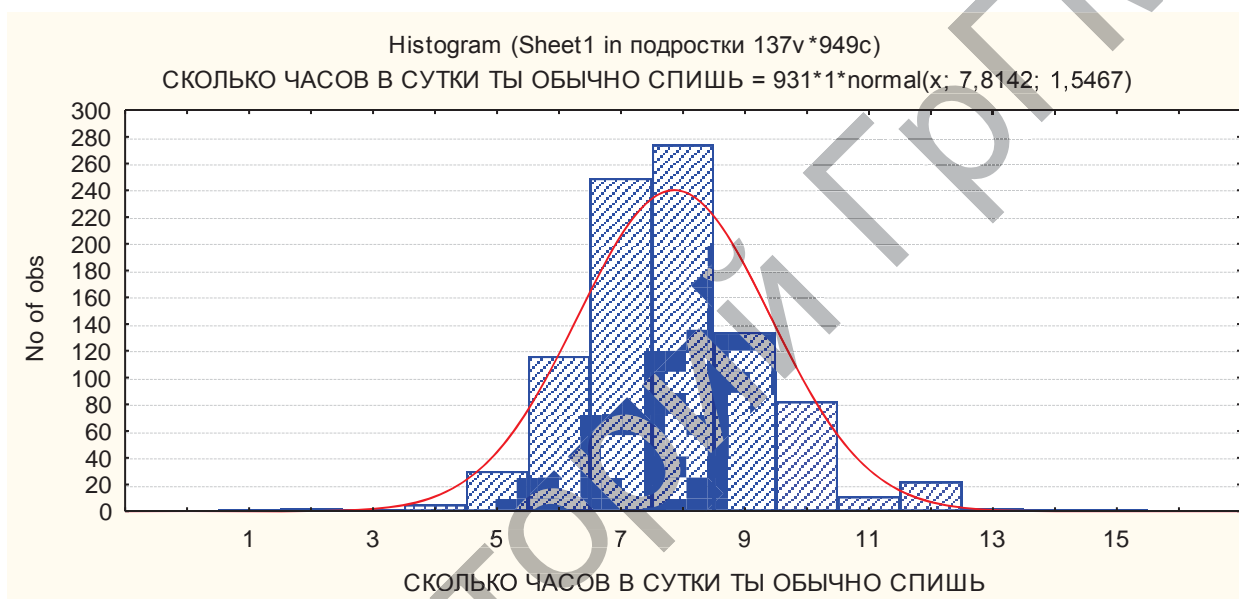


Рисунок 7 – Распределение ответов на вопрос «Сколько часов в сутки ты обычно спишь?», опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

О физической активности 15–18-летних проживающих в Беларуси подростков можно судить по частоте занятий физической культурой, которая, согласно ответам, составила: «Ежедневно» – 23,6%, «Часто» – 37,4%, «Иногда» – 36,4%, «Никогда» – 2,2%. Ежедневно занимаются физической культурой 31,07% мальчиков и 16% девочек ($\chi^2=18,5$, $p=0,00001$), «Часто» – 43,4% мальчиков и 31,1% девочек ($\chi^2=7,02$, $p=0,008$), «Иногда» – 24,07% мальчиков и 42,3% девочек ($\chi^2=30,4$, $p=0,00001$), «Никогда» – 1% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2=6,17$, $p=0,01$).

Анализ данных ответов 949 подростков 15–18-летнего возраста (республиканская выборка) показывает, что эмоциональный фон в данной возрастной группе в целом

положительный. Так, частоту ссор с окружающими, неприятных эмоций можно охарактеризовать как низкую. Девочки несколько чаще отмечают плохое настроение и негативные эмоции в сравнении с мальчиками; мальчики реже ссорятся с окружающими людьми.

Ежедневно отмечают ссоры только 3,1% подростков (2,7% мальчиков и 3,7% девочек), часто – 13,4% (10,08% и 16,8%, соответственно, $\chi^2=7,15$, $p=0,0075$); ежедневно испытывают неприятные эмоции 6,4% (3,9% мальчиков и 9,5% девочек, $\chi^2=10,5$, $p=0,0012$), часто – 21,4% (17,08% мальчиков и 25,9% девочек, $\chi^2=6,76$, $p=0,0093$); бывают в плохом настроении ежедневно 4,1% мальчиков и 4,8% девочек, часто – 23,7% (17,08% мальчиков и 30,7% девочек, $\chi^2=14,9$, $p=0,0001$). Никогда не ссорятся с окружающими 11,2% подростков (15% мальчиков и 8,9% девочек, $\chi^2=11,17$, $p=0,0008$), никогда не испытывают неприятные эмоции 8% подростков (10,5% мальчиков и 5,4% девочек, $\chi^2=7,13$, $p=0,0076$), никогда не бывают в плохом настроении 4,6% подростков (6,17% мальчиков и 3% девочек, $\chi^2=4,85$, $p=0,0276$). В то же время 34,15% мальчиков и 36,5% девочек ($\chi^2=0,27$, $p=0,6$) ежедневно испытывают положительные эмоции, 39,7% мальчиков и 45,36% девочек ($\chi^2=1,25$, $p=0,26$) – часто, 34% мальчиков и 28,3% девочек ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$) ежедневно бывают в хорошем настроении.

Несмотря на в целом положительный эмоциональный фон, почти каждый пятый (18,8%) подросток отмечает, что сталкивался с ситуацией, когда он/она был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния. Следует отметить, что данные относятся не к ситуации собственно суицидальной попытки, но к состоянию, предшествующему таковой. При этом ярко проявляются гендерные различия: на наличие кризисной ситуации указали 8,8% мальчиков и 29,16% девочек ($\chi^2=44,05$, $p=0,0001$).

Наиболее популярными из числа вариантов ответа на вопрос «Кто помог тебе в этой ситуации» оказались такие, как: «Сам (сама)» – 75,3% из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии кризисной психологической ситуации; «Друзья» – 39,3%; «Родители» – 15,7% (рисунок 8).

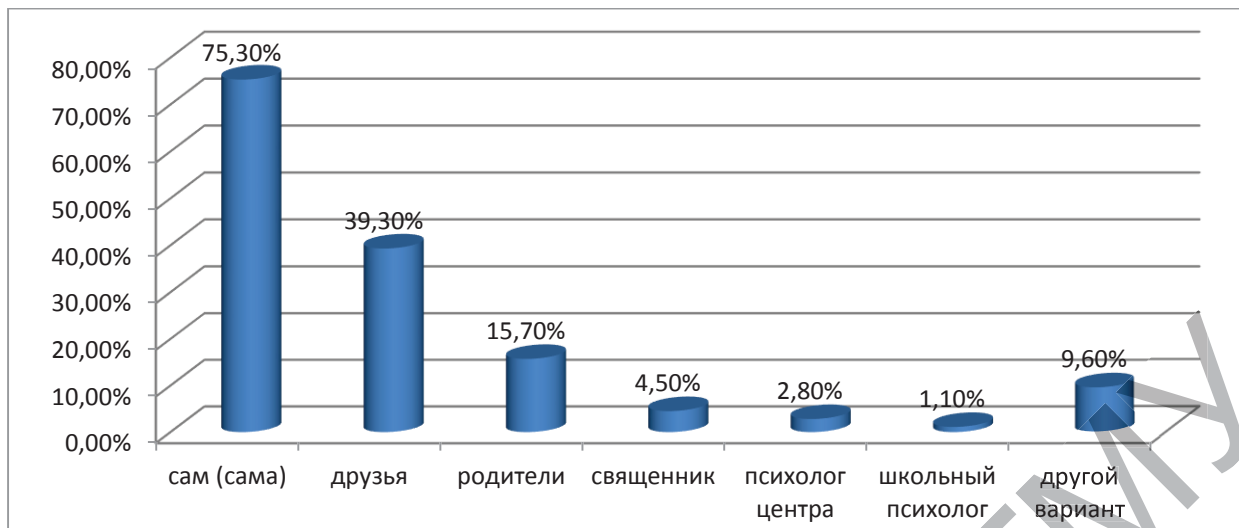


Рисунок 8 – Распределение ответов на вопрос «Кто помог тебе в ситуации, когда ты был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния?»: опрос 15–18-летних подростков; n=949, 2010 г.

Другой вариант ответа отметили 9,6% подростков, в том числе самыми частыми были такие пояснения, как: «Любимый парень» или «Любимый человек», «Мама», «Брат» («Сестра»), чуть реже – «Бог», «Религиозное воспитание». Отмечались также ответы «Никто», «Интернет», «Посторонний», «Совесть» и «Учитель». Школьный психолог помог подростку в ситуации готовности к суициду лишь в 1,1% случаев.

Таким образом, анализ качества жизни, связанного со здоровьем, становится неотъемлемой составляющей исследований здоровья в подростковом возрасте. Являясь многокомпонентным показателем, качество жизни, связанное со здоровьем, объединяет факторы физического, психологического и социального функционирования подростка.

Социальная природа и поведенческая обусловленность специфических медико-социальных проблем здоровья лиц данной возрастной категории обуславливает приоритетность медико-социологического подхода в числе используемых в комплексном изучении их популяционного здоровья.

Литература

1. Альбицкий, В.Ю. Новый подход в комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни /В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. - №5. – С. 16 – 17.
2. Антипова, С.И. Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Беларусь в 2005-2009 гг. / С.И.Антипова, И.И.Савина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №4. – С. 42-57.

3. Афанасьева, Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. - №1. – С. 36 – 38.
4. Бахадова, Е.В. Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни. - [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 06.03.2009.
5. Белоусов, Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2008. - №2. – С. 28 – 37.
6. Богданова, Л.П. Гражданский брак в современной демографической ситуации / Л.П. Богданова, А.С. Щукина // Социологические исследования – 2003. - №7. – С. 100 – 104.
7. Бурова, С.Н. Благополучие семьи как предмет социологического исследования (методологические основы изучения) / С.Н. Бурова // Социология. - 2009. - №4. – С. 98 – 111.
8. Бурова, С.Н. Условия жизни семьи как фактор её благополучия / С.Н. Бурова // Социология. – 2010. - №2. – С. 85 – 99.
9. Вассерман, Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л.И.Вассерман, Е.А.Трифопова, В.Л.Федорова // Сибирский психиатрический журнал. – 2008. - №27. - С. 67 – 71.
10. Волкова, Н.П. Образ жизни семьи как фактор формирования частой респираторной заболеваемости у детей раннего возраста / Н.П.Волкова // Актуальные вопросы медицины. Материалы конференции, посвящённой 50-летию УО «ГрГМУ». - Гродно, 2008. - С. 61-62.
11. Глинская, Т.Н. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-2010гг.) / Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Материалы IX съезда педиатров (17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – 320 с.
12. Глинская, Т.Н. Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь / Т.Н.Глинская, М.В. Щавелева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 г. / ред. совет: А.Н.Лызикив [и др.].– Гомель: ГомГМУ, 2010. - С. 29 – 31.
13. Глушанко, В.С. Здравоохранение Беларуси и демографическая безопасность страны / В.С. Глушанко // Медицина. - 2007. - № 2. - С. 2 – 4.
14. Гудинова, Ж.В. Оценка нервно-психического развития подростков с девиантными формами поведения / Ж.В. Гудинова, Е.И.Толькова // Российский педиатрический журнал. – 2010. - №1. – С. 49-51.
15. Гурко, Т.А. Опыты сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних женщин /Т.А. Гурко // Социологические исследования. – 2002. - №11. – С. 83 – 91.
16. Дементьева, И.Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье /И.Ф.Дементьева // Социологические исследования. - 2001. - № 11. - С. 108 – 113.
17. Демографическая ситуация, человеческий и социальный капитал Республики Беларусь: системный анализ и оценка / С.Ю. Солодовников, В.А. Кузьмицкая, В.А. Перепёлкин, Д.П. Рыбка. – Мн.: Белорусская наука, 2008. – 424 с.
18. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121 с. - [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.unicef.ru/publication/deti09_rus.pdf. – Дата доступа: 01.04.2010.
19. Достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия: Национальный отчет Республики Беларусь. – Минск: НИЭИ Министерства экономики РБ, 2010. - 78 с.

20. Евдокимов, В.И. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни /В.И. Евдокимов, А.И. Федотов // Медико-биологическая и социально-психологическая проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. - №4. – С. 63 – 71.
21. Елсуков, А.Н. Стигматизация как способ выделения объектов в структурах коммуникативного действия /А.Н.Елсуков // Социология. – 2010. - №4. – С. 3 – 9.
22. Жерносек, В.Ф. Качество жизни и его особенности у детей с аллергическими заболеваниями /В.Ф. Жерносек, М.Е. Новикова // Медицинские новости. – 2004. - № 11. – С. 26 – 30.
23. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ /И.В. Журавлёва. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.
24. Журавлева, И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков /И.В. Журавлёва // Социология медицины. – 2002. - № 1. – С. 32–48.
25. Журавлёва, И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И.В. Журавлёва // Социологические исследования. – 2004. - №7. - С. 133 – 142.
26. Закоркина, Н.А. Причины аборт у подростков, проживающих в сельской местности /Н.А. Закоркина, И.А. Банушевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. – с. 20 – 22.
27. Здоровье подростков как общественная ценность // ADOLESMED.RU – Портал для специалистов, работающих в сфере подросткового здоровья и медицины. - [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://www.adolesmed.ru/teensandpublichealthcare.html>. – Дата доступа: 01.04.2010.
28. Калмыкова, И.В. Роль семьи в формировании гигиенического поведения подростка /И.В. Калмыкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №5. – С. 16 – 19.
29. Карцева, Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества /Л.В.Карцева // Социологические исследования. - 2003.- №7. - С. 91-104.
30. Кислицина, О.А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ /О.А. Кислицина // Интернет-конференция «Дети и молодёжь» / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", Государственный университет – Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС), Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru>. – Дата доступа: 01.04.2010.
31. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье от 9 июля 1999 года // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, последние изменения: Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2012 г., № 9, 2/1894.
32. Куликов, А.М. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт /А.М. Куликов, В. П. Медведев. - Санкт-Петербург, 2008. — 80 с.
33. Лукьянова, Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии /Е.М.Лукьянова //Качественная клиническая практика. – 2002. - №4. – С.34 – 42.
34. Мащенко, И.В. Метод оценки индивидуального качества жизни /И.В. Мащенко. – Минск: ГУО «БелМАПО». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belmapo.by/page/5/390>. – Дата доступа: 01.04.2010.
35. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению /В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М., 2003. – Ч. 1. – 368 с.
36. Неверо, Е.Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления /Е.Г. Неверо, Е.Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.

– 2010. - №3 – С. 70-72.

37. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОМА-ПРЕС Звездный мир», 2002. – 320 с.

38. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / А.А.Баранов [и др.]. – М.: Гэотар Медиа, 2006. – 118 с.

39. О состоянии здоровья детей и подростков, проблемах и развитии детского здравоохранения / В.В. Колбанов [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохран. – 2006. - № 1. – С. 17–20.

40. Ориентационная программа «Здоровье подростков» для медицинских работников. Пособие для участника. Новые модули / Департамент здоровья и развития ребёнка и подростка ВОЗ. - Женева, 2006. – 449 с.

41. Папура, А.А. Влияние средств массовой информации на психологическое развитие личности подростка / А.А. Папура // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы II Международной научной конференции. 26 октября 2007 г., Минск / редкол. И.А. Фурманов (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2007. – С. 184 – 185.

42. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н.Амирджанова, Д.В.Горячев, Н.И.Коршунов, А.П.Ребров, В.Н.Сороцкая // Научно-практическая ревматология. – 2008. - №1. – С. 36 - 48.

43. Решетников, А.В. Социология медицины: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 256 с.

44. Ростовцев В.Н. Поведенческие риски и нравственные ценности // Белорусский медицинский журнал. - 2005. - №1. - С. 81 – 82.

45. Руководство по исследованию качества жизни / под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.

46. Севковская, З.А. Молодёжь Беларуси на пороге третьего тысячелетия / З.А. Севковская. - Мн.: Принткорп, 2002. – 128 с.

47. Сенько, В.Г. Истоки насилия в семье и пути его преодоления / В.Г. Сенько // Социально-педагогическая работа. - 2005. - С. 3 – 5.

48. Синельников, А. Выученные уроки: подростки и проблема насилия в семье / А. Синельников // Обыкновенное зло: исследование насилия в семье / сост. и ред. О.М. Здравомысловой. – Москва: Едиториал УРСС, 2003. – С. 113.

49. Соболева, Л.Г. Детерминанты здоровья школьников начальных классов г.Гомеля / Л.Г. Соболева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 г. / ред. совет: А.Н.Лызикив [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2010. - с. 93 – 96.

50. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / Ненароков А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В., Мудрый А.Ю. // Фундаментальные исследования. – 2012. - №2. – С. 421 – 424.

51. Соловьёва, Л.П. Одинокие матери как объект социальной работы / Л.П. Соловьёва // Социология. - 2001. - №4. - С. 85 – 90.

52. Социология семьи: учебник / А.И. Антонов [и др.]; под общ. ред. А.И. Антонова. – 2-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 640 с.

53. Социология: учеб. пособие для студентов вузов / Е.М. Бабосов, А.Н. Данилов [и др.]; под общ. ред. А.Н. Елсукова. – 5-е изд. – Мн.: Тетра-Системс, 2004. – 544 с

54. Сурмач, М.Ю. Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивный выбор при первой беременности / М.Ю. Сурмач, Е.М.Тищенко

// Вестник Ивановской медицинской академии. – 2010. - №1 (Т.15). – С. 5 – 8.

55. Сухарев, А.Г. Методика социально-гигиенического мониторинга детского и подросткового возраста /А.Г. Сухарев // Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень. – 2002. - №2. - С. 4-10.

56. Сурмач, М.Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности /М.Ю. Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.

57. Цыбульская, И.С. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) / И.С Цыбульская, Е.В. Бахадова [и др.]. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 52 с.

58. Черюканов, А.В. Сравнительный анализ качества жизни детей и подростков по оценкам самих несовершеннолетних и их родителей / А.В.Черюканов, А.А.Витрищак // Педиатрия. – Том 8. - сентябрь 2007. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medline.ru>. – Дата доступа: 01.12.2012.

59. Чистов, В.В. Анализ влияния СМИ на психическое здоровье и развитие личности /А.В. Чистов // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы II Международной научной конференции. 26 октября 2007 г., Минск / редкол. И.А. Фурманов (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. Центр БГУ. 2007. – С. 261 – 263.

60. Шабунова, А.А. Роль семьи в формировании здоровья детей / А.А. Шабунова, В.В. Артёменко// Интернет-конференция «Дети и молодёжь» / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", Государственный университет – Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС), Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04. 2010.

61. Bigrigg, A. Outcomes in action: How relevant to clinical practice are health outcome measures such as the rate of unintended pregnancies in young teenagers? /A. Bigrigg // *Advances in Contraception*. – 1999. - №15. – p. 245 – 256.

62. Gandek, B. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: The IQOLA Project approach / B. Gandek, J. Ware // *J. Clin. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 51, №11. – P. 953 – 959.

63. Henshaw, S.K. Unintended pregnancies in the United States / S.K. Henshaw // *Family Planning Perspectives*. – 1998. – 30 (1). – p. 24-29, 46.

64. Kochman, D. Jakosc zycia. Analiza teoretyczna /D. Kochman // *Zdr Publ.* – 2007. – 117 (2). – P. 242-248.

65. Mihaila, V. General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36) / V. Mihaila, D. Enachescu, C. Davila // *QL News Letter*. – 2001. – N. 26. – P. 17-18.

66. Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: a longitudinal study / Van der Vorst H., Engels R., Meeus W., Dekovic M., Vermulst A. // *Psychology of addictive behaviors*. – 2006. - №20. – P. 107 – 116.

67. Poziom wiedzy studentek rzeszowskich uczelni na temat zagrozen i czynnikow ryzyka raka szyjki macicy / J. Kadziolka, E. Barnas, E. Domka [i wsp.] // *Probl. Hig. Epidemiol.*- 2008. – suppl. 1. – p. 22 – 23.

68. Russian-American partners, alcohol use prevention. Adaptation of a school-based parent-child programme for alcohol use prevention /Williams C.L., Grechanaia N., Romanova O., Komro K., Perry C., Farbakhsh K. // *European Journal of Public Health*. – 2003. – Vol. 1. - №3. – P. 314 – 321.

69. Russo, N. Violence in the lives of Women Having Abortions: Implications for practice and public policy /N. Russo, J. Denious // Professional Psychology, Research and Pracice. – 2001. - №32. – P. 142 – 150.

70. Russo, N.F. When Pregnancies are Unwanted /N.F. Russo, H.P. David. Transnational Family Researc Institute [Электронный ресурс]. – 2004. – Режим доступа: http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr2.asp. - Дата доступа: 17.09.2006.

71. Trojanowska, A. Jakosc zycia dzieci chorych na astme oskrzelowa / A. Trojanowska, A. Emeryk // Zdr Publ. – 2009. – 119 (3). – P. 266-269.

72. Trojanowska, A. Znaczenie badan nad jakoscia zycia w medycynie / A. Trojanowska // Zdr Publ. – 2011. – 121 (1). – P. 99-103.

73. Varni, J.V. [et all]. Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers / J.V. Varni, M. Seid, P.S. Kurtin // Journal of Clinical Outcomes Management. – 1999. – Vol. 6, № 4. – P. 33 – 40.

74. Varni, J.V. [et all]. The PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations / J.V. Varni, M. Seid, P.S. Kurtin // Medical Care. – 2001. – Vol. 39, № 8. – P. 800 - 812.

Глава 3

Репродуктивный потенциал

подростков в условиях

депопуляционных процессов

Республики Беларусь

Меры по укреплению здоровья подростков приобретают в настоящее время особую актуальность на фоне депопуляционных процессов.

С одной стороны, благодаря реализации мер Национальных программ демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010, 2011–2015 гг., в стране резко снизились показатели младенческой и материнской смертности, достигнув значений, характерных для стран Западной Европы. Беларусь заняла 30 ранговое место среди 140 стран мира, ранжированных по Индексу материнства [17]. В то же время по итогам переписи населения Республики Беларусь 2009 г., доля супружеских пар, брак которых юридически не оформлен, возросла с 5% в 1999 г. до 8% в 2009 г., причём в возрастной группе 20–24 года 15% мужчин и 13% женщин состоят в браке, который принято называть «гражданским» (фактический или консенсуальный брак/союз). Численность вдов за последние 10 лет увеличилась на 5,4% и составила 18% в общей численности женщин в возрасте 15 лет и старше. Количество разведённых женщин возросло за межпереписной период на 17%. Почти 80% мужчин и более 75% женщин из числа никогда не состоявших в браке – молодёжь до 30 лет, что свидетельствует об отложенном возрасте вступления в первый брак [15]. Возрастной профиль рождаемости продолжает модифицироваться, а вместе с ним продолжается и начавшийся в 1990-х гг. рост среднего возраста матери. В 1997 г. он составлял 25,1 лет, в 2007 – 26,6 лет [22]. Прогнозируется постепенное снижение количества рождений, усиление тенденции «постарения» рождаемости.

Численность детского населения Республики Беларусь и удельный вес лиц детского возраста начали резко снижаться с

середины 1990-х годов. В период 1990–1995 гг. численность детей 0–15 лет находилась в пределах 2495,0–2350,0 тыс. человек, удельный вес в структуре населения составлял 24,5–23,1%. По данным переписи населения 2009 г. доля лиц моложе 16 лет колебалась от 14,3% в г. Минске до 18% в селах Брестской области. Численность лиц старшего подросткового возраста в Беларуси только за последние пять лет (с 2008 по 2012 гг.) сократилась на 23,3%, их доля в структуре населения снизилась с 8,1% в 2000 г. до 5,8% в 2012 г. [13; 14]. В то же время именно подростки представляют собой демографический потенциал страны.

Можно ли рассчитывать на то, что поколение подростков Республики Беларусь способно изменить демографические тенденции в положительную сторону?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, с 2004 г. по настоящее время нами изучались репродуктивные установки молодёжи. С целью выявить особенности установок молодёжи Республики Беларусь на ожидаемое (планируемое) и идеальное количество детей в семье, выявить их динамику за период с 2004–2006 по 2010–2011 гг., выполнен сравнительный анализ данных общенационального опроса. Первый этап анкетирования проводился в 2004–2006 гг. среди лиц 15–24-летнего возраста, $n=2666$ [25; 26]. В 2010–2011 гг. осуществлён второй этап. Суммарный объём исследования составил 5066 человек. Выборочная совокупность на обоих этапах конструировалась с учётом полового и территориального распределения изучаемых возрастных категорий населения и отвечала требованиям общенациональной выборки. В точках сбора данных применялся случайный бесповторный отбор. Использован оригинальный инструментарий, позволяющий изучить установки на планируемое число детей в семье: «Сколько всего детей Вы планируете: 0...1...2...3...4 и более» (опрос лиц 19–24 лет), «Как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье (реально оцениваемое количество)?» (подростки 15–18 лет); а также установки на идеальное их число детей: «Если бы Ваша семья была материально обеспечена и здорова, сколько в идеале детей Вы хотели бы иметь: 0...1...2...3...4 и более» (респонденты 19–24 лет); и «Какое количество детей в семье является идеальным?» (15–18-летние подростки). Применены параметрические и

непараметрические методы статистической обработки и анализа данных программ STATISTICA 6,0, SPSS 13,0.

Планируемое молодыми людьми количество детей в семье в 2004–2006 гг. соответствовало рождению 164–168 детей на 200 родителей; увеличение рождаемости, возможное при реализации существующих установок на идеальное количество детей в семье, составляло менее 0,6 ребёнка на каждую пару. В 2010–2011 гг. планируемое молодыми людьми количество детей в семье составило 185–188 на 200 родителей; увеличение рождаемости, возможное при реализации существующих установок на идеальное количество детей в семье, соответствовало значениям менее 0,38 ребёнка на каждую пару.

Анализ данных, полученных в 2004–2006 гг., показал наличие гендерных различий в репродуктивных установках молодёжи. Установки мужчин как на планируемое ($1,78 \pm 0,019$ ребёнка), так и на идеальное ($2,28 \pm 0,02$ ребёнка) число детей в семье оказались выше таковых у женщин ($1,52 \pm 0,017$ и $2,20 \pm 0,02$, соответственно). При проведении аналогичных исследований в 2010–2011 гг. гендерные различия оказались незначимыми (значения составили $1,88 \pm 0,02$ и $2,28 \pm 0,02$; $1,85 \pm 0,02$ и $2,218 \pm 0,025$, соответственно). В 2004–2006 гг. большинство девушек планировали рождение одного ребёнка (47,6%) или же двоих детей (43,1%). У юношей доля планировавших рождение двоих детей составляла около 58,7%. В 2010–2011 гг. доля девушек, планирующих рождение двоих детей, резко возросла (до 60,2%). При этом доля респондентов, планирующих рождение более 3 детей, осталась незначительной (около 2%); а доля планирующих бездетность (около 3,1% женщин и 4,5% мужчин) сохранилась на уровне 2004–2006 гг.

При сравнении данных 2004–2006 и 2010–2011 гг. чётко виден рост установок молодёжи на планируемое количество детей в семье. Такая тенденция однозначно благоприятна и объясняется улучшением условий для реализации репродуктивного потенциала. Демонстрируя ситуацию, когда реально планируемое число детей приближается к «идеальному» (с точки зрения опрошенных), молодые люди оценивают возможности, предоставленные им для реализации репродуктивных установок, как высокие. Это положительно

характеризует деятельность системы здравоохранения по эффективной организации перинатальной помощи. В то же время установки молодёжи на идеальное число детей возросли за изучаемый период времени незначительно. Выявленные установки молодёжи на планируемое число детей в семье как в 2004–2006, так и в 2011 гг. не обеспечивают даже простого воспроизводства населения, а резерв увеличения рождаемости сократился в 1,6 раза за счёт сокращения разрыва между установками на планируемое и идеальное число детей. Другими словами, *предел роста установок на планируемое число детей в семье уже почти достигнут; но даже при его полном достижении сохранится суженный тип воспроизводства населения.*

Существующие репродуктивные установки реализуются в малодетной линии репродуктивного поведения, причём ситуация остаётся неизменной как минимум на протяжении последних пяти лет. Причины низкой рождаемости – в низкой потребности в детях. Чтобы повлиять на идеальные репродуктивные установки, количественно отражающие потребность в детях, необходимы колоссальные усилия. Репродуктивным установкам и влияющим на них факторам посвящено множество исследований. Но их управляемые детерминанты пока не установлены.

В 2004–2006 гг. нами изучались медико-социальные факторы, определяющие значение репродуктивных установок молодых женщин на идеальное количество детей в семье. Результаты показали, что эти установки в равной степени зависят от экономико-социального положения женщины и от медико-социального характера её первой беременности (а именно: возраста женщины в момент наступления первой беременности, оценки женщиной желанности первой беременности и её исхода). При изменении факторов занятости и проживания в позитивную сторону репродуктивные установки молодых женщин на идеальное количество детей в семье возрастают в пределах от значений «один ребёнок» до значений «двое детей», то есть остаются в изначально сформированных ограниченных пределах, недостаточных для обеспечения даже простого воспроизводства населения. В то же время методом факторного анализа было

доказано, что благоприятная медико-социальная характеристика первой беременности вместе с семейным положением женщины определяет более 64% ($F=71,1$, $p<0,001$) значения репродуктивной установки на рождение трёх и более детей [24, с. 61 - 67]. Значит, проведением плановой направленной профилактической работы по подготовке женщины к наступлению беременности: повышением её медико-гигиенической грамотности, уровня ответственности при подходе к планированию беременности, – возможно достижение положительной динамики её репродуктивных установок в отношении вторых и последующих рождений.

По данным опроса 15–18-летних подростков мы статистически проверили ряд гипотез. В частности, о влиянии на потребность в детях материального положения семьи, в которой воспитывался подросток (что подростки из менее обеспеченных семей в собственных семьях планируют иметь меньшее количество детей); о влиянии на репродуктивные установки подростка полноты и состава родительской семьи, наличия или отсутствия у подростка родных братьев или сестёр.

Гипотезу о влиянии материального положения семьи на репродуктивные установки подростка подтвердить не удалось. Большинство подростков (87,9% мальчиков и 88,8% девочек) считают, что у них будет возможность иметь полноценную семью. В группе подростков, оценивающих материальное положение своей семьи как «очень хорошее» и «хорошее», уверены в том, что смогут создать свою полноценную семью, 92,06% подростков. В группе подростков, материальное положение семьи которых «трудное» и «очень трудное», уверены в возможности создать собственную полноценную семью 84,4% ($\chi^2=0,14$, $p=0,7$). Следовательно, несмотря на наличие некоторых статистически неподтверждаемых различий, субъективная оценка возможности социальной реализации в создании собственной семьи у подростков из малообеспеченных и хорошо обеспеченных в материальном плане семей сопоставима.

Репродуктивные установки подростков в зависимости от полноты и типа родительской семьи оказались следующими. Подростки из полных семей планировали $1,91\pm 0,032$ ребёнка (максимальное значение, хотя различия статистически

незначимы), из неполных семей «с мамой» – $1,84 \pm 0,048$ детей, из неполных семей «без мамы» – $1,83 \pm 0,16$ ребёнка. Подростки из полных семей считали идеальным количеством детей в семье $2,19 \pm 0,034$ ребёнка, подростки из неполных семей «с мамой» – $2,14 \pm 0,044$ ребёнка, из неполных семей «без мамы» – $2,3 \pm 0,21$ детей. Различия статистически незначимы. В то же время, вероятно, максимальное значение показателя в последней группе связано с психологическими факторами (чувство одиночества, желание иметь большую дружную семью). Следовательно, *такой фактор, как полнота родительской семьи, не является детерминирующим для репродуктивных установок подростка.*

Средняя установка на планируемое число детей подростка, воспитывающегося как единственный ребёнок в семье, соответствует $1,67 \pm 0,047$ ($M \pm m$) детей. Подростки, имеющие сестёр или братьев, ориентированы на $1,98 \pm 0,032$ ($M \pm m$) ребёнка. Различия значимы (критерий равенства дисперсий Ливиня F составляет 19,8, критерий Стьюдента $t=5,4$, $p=0,0001$). Установки на идеальное количество детей в семье подростков, не имеющих/имеющих братьев и/или сестёр, составляют, соответственно, $2,06 \pm 0,055$ и $2,23 \pm 0,035$ ребёнка ($t=2,6$ при $p=0,01$). Таким образом, *если подросток имеет родных братьев или сестёр, его/её репродуктивные установки значимо выше.*

За прошедший с 2004 по 2011 гг. период очевиден эффект мер, предпринимаемых государством для решения демографических проблем. Это, прежде всего, социальная поддержка молодых семей, улучшение организации перинатальной помощи. На наш взгляд, именно эти меры позволили достичь положительных сдвигов в репродуктивных установках молодых женщин на планируемое число детей в семье. В то же время установки молодёжи на идеальное количество детей в семье, отражающие потребность в детях, сохраняются на низком уровне и по-прежнему не обеспечивают даже простого воспроизводства населения. Проведением плановой направленной профилактической работы по подготовке женщины к наступлению беременности (повышением её медико-гигиенической грамотности, уровня ответственности при подходе к планированию беременности), а также

направленной поддержкой семей с двумя и более детьми можно достичь положительной динамики репродуктивных установок женщин в отношении вторых и последующих рождений. Их реализация, наряду с тем, что чётко прослеживается положительное влияние наличия братьев и сестёр на формирование у подростков более высоких репродуктивных установок как на планируемое, так и на идеальное число детей, приведёт к росту рождаемости во вторых и третьих поколениях.

Актуальность мер по охране здоровья подростков подчёркивается и важнейшими государственными документами: Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. (Указ Президента Республики Беларусь №357 от 11 августа 2011 г.; от 12 сентября 2012 г. №406), Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. №218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 гг.». В частности, в последнем документе подчёркивается необходимость разработки методов оценки эффективности деятельности служб по охране здоровья подростков.

По опубликованным данным, а также на основе собственных исследований нами проведен анализ некоторых *показателей здоровья подростков* старшей возрастной группы (15–18 лет).

В 2012 г. исследована выборка лиц 1994–1997 годов рождения, $n = 886$. Формирование выборки осуществлялось с учетом соотношения подростков по признаку пола, фактора территориального распределения подростков (город – село) и доли подростков каждого возраста в выбранном возрастном интервале объекта исследования в генеральной совокупности [20; 23].

Количественное соотношение между мужской и женской частями выборки следующее: юноши – 458 (51,7%), девушки – 428 (48,3%), что соответствует соотношению в генеральной совокупности в данной возрастной группе. Распределение по фактору проживания в городе или селе составило 709 подростков (80,02% выборки) и 177 (19,98%), соответственно, что также пропорционально республиканскому.

Выборочная совокупность представлена лицами 15–18 лет. Возраст подростков определялся как полное количество лет на момент проведения комплексной оценки состояния здоровья. При сборе данных группа 18-летних подростков оказалась организационно менее доступной, потому при проведении анализа данных 17- и 18-летние подростки были объединены. Возрастная структура выборки подростков следующая: 15-летние подростки – 194 (21,90%), 16-летние – 207 (23,36%), 17–18-летние – 485 (54,74%), что соответствует параметрам генеральной совокупности по долям групп 15-летних, 16-летних и объединённой группы 17–18-летних подростков.

Средний возраст подростков выборочной совокупности составил $16,50 \pm 1,02$ лет, средний возраст юношей – $16,47 \pm 1,04$, средний возраст девушек – $16,53 \pm 0,99$ (достоверные различия в возрасте отсутствуют).

Использован выкопировочный метод. Выкопировка из Историй развития ребёнка (ф. № 112 /у) проводилась по схеме переводного эпикриза [16] в детских поликлиниках и детских отделениях в составе поликлиник для взрослого населения.

Данные были сгруппированы в 8 блоков и 64 пункта: общие сведения (номер бланка); сведения социального характера (3 пункта: пол, возраст, место жительства); информация о перенесенных заболеваниях в анамнезе (21 пункт), о заболеваниях, выявленных при комплексном медицинском осмотре (21 пункт), о состоянии физического развития (7 пунктов), о соматометрических данных (2 пункта: масса и рост), о группах здоровья (5 пунктов), о группе для занятий физической культурой (4 пункта).

Сведения о перенесенных заболеваниях в анамнезе (пункт 6 переводного эпикриза) и о заболеваниях, выявленных на момент медицинского осмотра (пункт 8 переводного эпикриза), были систематизированы согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10).

Патологическая поражённость подростков составляет ($M \pm SD$) $1344,49 \pm 680,72$ случаев патологии на 1000 человек при отсутствии статистически значимых гендерных различий. На одного подростка на момент осмотра приходится в среднем 1,35

заболеваний и/или патологических состояний. При этом у каждого подростка в анамнезе по данным эпикризов выявлено около 3,57 заболеваний, диагноз которых был установлен впервые в жизни.

Лидером явились заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99 по МКБ-10) – 325,05 случаев на 1000 подростков. Из них доля сколиозов, лордозов и кифозов составила 60,8%, плоскостопий 26,3%. На втором месте – болезни глаза (H00-H59) – 273,22 на 1000 подростков. Из них миопия составляет 93,7%. Болезни органов пищеварения (K00-K59) заняли третье место в ряду патологических состояний: 171,71 на 1000. Основной составляющей класса явились гастриты и дуодениты (49,7%). Уровень болезней органов дыхания (J00-J99) составил 139,31 на 1000; болезней системы кровообращения (I00-I99) – 91,8 на 1000 (55,3% - ПМК).

Болезни органов дыхания (J00-J99) являются основным классом заболеваний, отягощающим анамнез 99,6% подростков. Чуть более половины подростков (56,37%) перенесли инфекционные болезни (A00-B99). Патологию органов пищеварения (K00-K59) перенёс почти каждый шестой подросток (15,34%). Болезнями глаза (H00-H59) страдали 12,74% юношей и девушек. Пятое место заняли внешние воздействия, которые выявлены у 7,34% подростков.

Чуть более четверти 15–18-летних подростков являются практически здоровыми, половина отнесены ко II группе здоровья (группе риска развития заболеваний). Почти каждый пятый подросток в возрасте 15–18 лет имеет хроническую патологию (III группа), 1,13% подростков отнесены к четвертой группе здоровья. Средний уровень физического развития выявлен у $77,06 \pm 1,56$ на 100 подростков. У основной массы подростков физическое развитие гармоничное ($83,93 \pm 1,36$ на 100 подростков). Около $16,07 \pm 1,36$ на 100 всех подростков имеют дисгармоничное развитие. Нормальная масса тела выявлена у $82,23 \pm 1,41$ на 100 подростков. Распространенность дефицита массы тела в общей группе составила $11,4 \pm 1,17$ на 100 подростков, соответственно. Частота выявления избытка массы тела составила $3,66 \pm 0,69$ на 100 подростков. Ожирение наблюдается у $2,7 \pm 0,60$ на 100 подростков. Сопоставительный

анализ с данными предыдущих исследований показал отсутствие динамики в распределении подростков по группам здоровья и физическому развитию за период с 2009 по 2012 г. Занимаются физической культурой в основной группе 62,65% всех подростков. Подготовительную группу имеют 20,58%, специальную – 11,43%, ЛФК занимаются 5,34% подростков.

По итогам профилактических осмотров в 2010 г. большинство детей 0–17 лет были отнесены ко II группе здоровья (48,2%), 28,13% имели I группу здоровья, 22,4% – III; 1,27% – IV группу здоровья [18]. Среди подростков 15–17 лет практически здоровых (I группа здоровья) в 2009 г. было 26,3% юношей и 24,7% девушек [1]. Доля подростков, имеющих факторы риска развития заболеваний (II группа здоровья), составляла уже более половины (52,9%) юношей и девушек. С середины 1990-х годов сохраняется тенденция к росту доли подростков 15–17 лет, имеющих хронические заболевания (ежегодный прирост 0,5–1%) [21]. За последние 10 лет выявлены негативные тенденции в показателях физического развития детей: достоверное снижение темпов роста, уменьшение размеров и массы тела, снижение доли подростков с нормальным физическим развитием [19, с.8].

Таким образом, с учётом данных предыдущих исследований общей заболеваемости подростков полученные нами результаты свидетельствуют об отсутствии положительных тенденций в состоянии здоровья лиц 15–18 лет, у которых за период с 2009 по 2012 г. произошла практически полная смена поколения. Патологическая поражённость остаётся высокой, что отражается на распределении подростков по группам здоровья.

Наиболее распространёнными заболеваниями и патологическими состояниями, отягощающими состояние здоровья 15–18-летних подростков Республики Беларусь, являются: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (прежде всего – сколиозы, лордозы и кифозы, на втором месте – плоскостопие), болезни глаза (в подавляющем большинстве – миопия), болезни органов пищеварения (гастриты и дуодениты), болезни органов дыхания (отягощают анамнез 99,6% подростков), болезни системы кровообращения (более половины случаев – ПМК), а также внешние воздействия (7,34% подростков). Следовательно,

профилактике именно этих заболеваний у детей следует уделить наиболее активное внимание.

Особенности показателей здоровья подростков в зависимости от факторов пола, возраста и проживания в городе или селе оказались следующими.

Уровень патологической пораженности городских подростков достоверно выше ($1399,49 \pm 747,98$ на 1000 и $1022,22 \pm 150,71$ на 1000, соответственно, $\chi^2=5,90$; $p=0,0152$), однако различия между подростками по фактору проживания оказались преимущественно гендерно обусловленными, за исключением патологии костно-мышечной системы. Так, гендерные различия (с более высокой долей имеющих заболевание или патологическое состояние у юношей) оказались достоверными для такой патологии, как болезни крови (1,3% юношей и 0,7% девушек, $\chi^2=5,66$, $p=0,017$); болезни органов дыхания (15,1% юношей и 8,7% девушек, $\chi^2=8,86$; $p=0,003$); симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (1,1% юношей и 0,5% девушек, $\chi^2=4,71$, $p=0,03$). Удельный вес подростков, имеющих болезни глаза и его придаточного аппарата, оказался в 1,3 раза выше у девушек (30,4% девушек и 23,4% юношей, $\chi^2=5,66$; $p=0,0174$). Указанные различия отмечались только среди подростков, проживающих в городе. Вне зависимости от пола фактор проживания оказался значимым для болезней костно-мышечной системы: городские подростки поражены ими статистически значимо выше (31,1% и 13,3% из числа городских и сельских подростков, соответственно). Фактор места проживания оказался значимым также для следующих классов перенесенных подростком ранее заболеваний: инфекционные заболевания, болезни крови и кроветворных органов, болезни уха и сосцевидного отростка (достоверно чаще регистрируются у городских подростков), болезни нервной системы (чаще диагностированы у подростков села).

При сравнении уровня патологической пораженности по возрастным группам выявлено, что в объединенной группе 17–18-летних он достоверно выше, чем в общей группе подростков ($1513,40 \pm 881,36$ против $1344,49 \pm 680,72$ случаев на 1000 подростков, $\chi^2=8,48$; $p=0,0036$) и не имеет статистически

достоверных различий между 15-летними и 16-летними подростками. Такая ситуация может быть обусловлена повышенной школьной нагрузкой, а также более высоким качеством проведения профилактических осмотров подростков в 17–18-летнем возрасте.

Средний уровень физического развития выявлен у девушек достоверно чаще, чем у юношей (80,8 и 73,55%, соответственно, $\chi^2=5,50$; $p=0,02$). У подростков из села средний уровень физического развития наблюдается у 92,68% против 75,08% их городских ровесников ($\chi^2=12,76$; $p=0,0004$). Средний и низкий уровень физического развития чаще отмечается у девушек и у подростков села, а выше среднего, высокий и очень высокий – у юношей и у подростков, проживающих в городе. У основной массы подростков физическое развитие гармоничное, причем чаще у юношей и у подростков из сельской местности. Дисгармоничность развития у девушек обусловлена в основном дефицитом массы тела, у юношей – избытком массы тела. Распространенность дефицита массы тела в 2 раза чаще регистрируется у девушек, чем у юношей (15,11 и 7,78%, соответственно, $\chi^2=9,82$, $p=0,0017$), почти в 3 раза чаще у подростков города, чем у подростков села (12,14 и 4,29%, соответственно, $\chi^2=3,87$; $p=0,049$). Избыток массы тела регистрируется в 2,2 раза чаще у юношей, чем у девушек (5,09 и 2,20%, соответственно, $\chi^2=4,38$, $p=0,0364$), при этом достоверных различий между подростками города и села нет. По признаку ожирения не выявлено как гендерных различий, так и различий по фактору проживания (город-село). При этом распространенность дефицита массы тела в 2 раза выше, а избытка массы тела (включая ожирение) в 2,5 раза ниже у 17–18-летних подростков по сравнению с 15-летними.

Установлено, что доля абсолютно здоровых лиц в данном возрасте в сельской местности достоверно выше, чем в городе. Более высокий удельный вес подростков села с первой группой здоровья обусловлен достоверно более высоким процентом практически здоровых лиц среди сельских девушек, при отсутствии различий между юношами города и села. Наряду с данными о том, что доля подростков в селе со II группой здоровья почти в 4 раза выше, чем у их городских сверстников,

достоверно выше в селе и количество подростков с суб- и декомпенсацией хронических состояний и инвалидностью, а также примерно одинаково число подростков города и села с наличием хронической патологии в стадии компенсации, следует сделать вывод о том, что более низкий показатель практически здоровых подростков в городе, наиболее вероятно обусловлен лучшей возможностью обследования и оптимальной доступностью медицинской помощи для городских жителей. Выявленные гендерные особенности распределения по группам здоровья свидетельствуют о том, что следует обратить особое внимание на качественную диагностику состояния здоровья девушек подросткового возраста, проживающих в селе.

В возрастном интервале от 15 до 18 лет поступательно снижается доля подростков с первой группой здоровья: от 30,41% подростков в 15 лет до 25,57% 17–18-летних. Доли 16- и 17–18-летних подростков с I и II группами здоровья примерно равны и значительно ниже, чем удельный вес подростков с I и II группами здоровья в 15 лет. Это дает основание полагать, что именно в 15-летнем возрасте увеличивается риск развития заболеваний, что указывает на необходимость более активного наблюдения в указанный период. В то же время не обнаружено достоверных различий по распределению подростков по группам занятий физической культурой в зависимости от возраста, пола и проживания.

Общая заболеваемость является основным показателем, характеризующим состояние здоровья населения, в том числе лиц подросткового возраста. Анализ распространенности патологии у 15–17-летних подростков свидетельствует о том, что в данной возрастной группе наблюдаются самые высокие темпы роста показателей общей заболеваемости. Уровень общей заболеваемости 15–17-летних подростков в 1,4 раза выше того же показателя у взрослых [4].

С 1995 по 2008 г. темп прироста заболеваемости детского населения составил +26,4%, суммарный абсолютный прирост по отношению к уровню 1995 г. +7635,3 случаев на 10000 детей [5; 8]. По данным исследований общей заболеваемости 15–17-летних подростков Республики Беларусь показатели составляли от 1660,2 на 1000 юношей и 1804,4 на 1000 девушек в 2005 г. до

2064,8 на 1000 юношей и 2231,7 на 1000 девушек в 2009 г. [1]. Средний уровень среднегодового показателя общей заболеваемости подростков 15–17 лет в период с 1995 по 2010 г. составил $163586 \pm 4980,4$ на 100000 человек, что в 1,4 раза выше того же показателя у взрослых. Рост первичной заболеваемости оказался еще более существенным как у юношей, так и у девушек [4]. Основными классами заболеваний, формирующими уровень первичной заболеваемости, являются болезни органов дыхания, внешние воздействия, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни нервной системы и органов чувств [1; 4; 5; 25].

По сравнению с 2005 г. в 2009 г. общая заболеваемость 15–17-летних по всем классам болезней стала выше на 24,4%. Ежегодно регистрировались от 2 до 11 случаев убийства подростков, 5–7 случаев их смерти от повреждений с неопределёнными намерениями [1].

Нами проведен анализ заболеваемости детей и подростков по данным официальных статистических сборников Республики Беларусь за период с 2008 по 2011 гг. [10; 28]. Общая заболеваемость лиц в возрасте 0–17 лет выросла за рассматриваемый период времени на 10,6% и составила в 2011 г. 219463,5 на 100 тыс. населения данного возраста (в 2008г. – 198352,9 на 100 тыс. населения). Уровень первичной заболеваемости лиц в возрасте 0–17 лет увеличился еще более значимо (на 13,4%) и составил 185034,7 на 100 тыс. населения (в 2008 г. – 163136,0). Вклад первичной заболеваемости в структуру общей заболеваемости составил в 2008 г. 82,3%, в 2011г. – 84,3%. Общая заболеваемость детей 0–17 лет на протяжении рассматриваемого периода стабильно выше (в 1,55 раза) того же показателя у лиц 18 лет и старше. Наиболее значительный рост общей заболеваемости детей регистрировался по таким классам болезней, как врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (на 23,9%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (на 19%), болезни органов дыхания (на 17,7%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 15,8%). Структура общей заболеваемости изменилась, однако формируется в целом теми же основными классами заболеваний. Первые два места в ряду «лидеров» общей заболеваемости остались за последние 5 лет без изменений (болезни органов

дыхания – более 61%, болезни глаза и его придаточного аппарата – 5,1%). На третье место в 2011 г. (с четвертого места в 2008 г.) поднялись травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействий внешних причин. Болезни органов пищеварения, занимавшие в 2008 г. третье место, опустились в 2011 г. на четвертое место.

Тенденция к росту общей заболеваемости у подростков регистрируется практически по всем классам заболеваний. В период с 2005 по 2009 г. среднегодовой прирост этого показателя у юношей составил 5,8%, у девушек – 5,5% [1; 8]. В структуре общей заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания (1167,1 на 1000 человек). На второе место вышли болезни глаза (183,9 на 1000), на третьем месте – болезни органов пищеварения (182,2 на 1000), на четвертом – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (93,3 на 1000) [1]. В структуре хронической патологии подростков 15–17 лет лидирующее положение занимают болезни пищеварения, далее следуют болезни органов дыхания, нервно-психические расстройства, врожденные аномалии и болезни органа зрения. По итогам профилактических осмотров в 2010 г. хронические формы патологии, выявленные до достижения подростком 15 лет, обусловили 31,3% от общего числа случаев хронических заболеваний [5].

Первичная заболеваемость подростков за 1995–2010 гг. в сравнении с общей выросла еще более значимо: с 92640,2‰ до 130420,0‰ (темп прироста +40,8%) [5]. За период с 2005 по 2010 г. среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости у юношей составил 8,2%, у девушек – 8,8%. Вклад первичной заболеваемости в структуру общей заболеваемости в 2010 г. составил 68,7% (в 1995 г. – 65%). Основными классами заболеваний, формирующими уровень первичной заболеваемости, а также «виновными» в её росте, являются болезни органов дыхания (61–72% в структуре заболеваемости), внешние воздействия, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни нервной системы и органов чувств [1; 4].

Среди показателей здоровья подростков особая роль принадлежит детской инвалидности, поскольку состояние здоровья детей и подростков определяет трудовой потенциал

общества. По данным официальной статистики здравоохранения, с 2008 до 2011 г. показатель первичного выхода на инвалидность лиц в возрасте 0–17 лет увеличился на 5,6% (с 16,26 на 10 тыс. населения в 2008 г. до 17,17 на 10 тысяч населения в 2011г.). «Тройка лидеров» причин инвалидности не изменилась. Первое место в нозологической структуре первичной инвалидности стойко занимают врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения» (около 29%); второе – болезни нервной системы (16,8%); третье – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (10,5%). Четвертое место в 2008 г. приходилось на новообразования (8,8%), в 2011г. его заняли психические расстройства и расстройства поведения (10,2%) [13; 14]. В 2010 г. впервые признаны инвалидами в Республике Беларусь в возрасте 15–17 лет 281 чел. (2005 г. – 520 чел., 2000 г. – 744 чел.). Следовательно, наряду с некоторым ростом детской инвалидности прослеживается тенденция к снижению первичной инвалидности у подростков. Тяжесть первичной инвалидности в данной возрастной группе ниже, чем у детей младшего возраста, за счет более низкого удельного веса детей-инвалидов с 3 и 4 степенью утраты здоровья. Однако среди детей 15–17 лет доля наиболее тяжелой степени утраты здоровья увеличилась с 5,9% в 2002 г. до 11,7% в 2010 г. В возрасте 15–17 лет первой по частоте инвалидизирующей патологией являются психические расстройства, вторая причина – новообразования, третья – врожденные аномалии, четвертая – болезни нервной системы и органов чувств [31].

Сравнение общей заболеваемости подростков Беларуси и ближайших регионов России (Брянская, Смоленская, Ленинградская области) показывает, что заболеваемость 15–17-летних детей в России намного ниже [7; 33]. В то же время в России в последние 5 лет отмечается рост заболеваемости детей до 14 лет на 13,1%, подростков – на 15% [24]; а смертность подростков почти в 2 раза выше, чем их сверстников в Беларуси [12]. Вероятно, одной из причин различий в статистических данных о заболеваемости подростков являются разные подходы к диспансеризации подросткового населения и более высокое качество диагностики при проведении профилактических

осмотров подростков в Беларуси.

Показатель смертности в подростковом возрасте имеет тенденцию к снижению, но при этом остается на высоком уровне. Так, в 2010 г. уровень смертности в возрасте 15–19 лет в Беларуси составил 1,0 на 1000 человек среди юношей и 0,4 на 1000 человек среди девушек (в 2005 г. показатель составил 1,1 на 1000 человек и 0,5 на 1000 человек, соответственно). Уровень смертности выше среди сельских подростков (1,7 на 1000 человек), чем среди городских (0,4 на 1000 человек) [20]. В структуре причин смертности травмы, отравления и другие последствия воздействий внешних причин составляют 78,3%, болезни нервной системы – 5,7%, новообразования – 5,1%, врожденные аномалии (пороки развития) – 3,4%, болезни системы кровообращения – 2,9%. Обращает на себя внимание и тот факт, что рост смертности подростков связан несчастными случаями, травмами и отравлениями. Вызывает беспокойство уровень самоубийств среди подростков: значения данного показателя в Беларуси являются одними из самых высоких в мире [22].

Подростковый возраст характеризуется как критический этап биологической и психологической перестройки организма, адаптации к новому социальному окружению, как период основных проб новых типов поведения, новых социальных ролей, приобретения нового опыта, выстраивания иерархии мотивов [3; 11]. Данные возрастные особенности составляют основу для повышенного риска формирования психических нарушений у подростков. В структуре общей заболеваемости психические расстройства занимают 11-е место, но при этом они являются основной инвалидизирующей патологией среди лиц данной возрастной группы (22,3%) [31]. К проблемам психических заболеваний вплотную примыкают и в значительной мере ее усугубляют проблемы психозависимой патологии (алкогольная, наркотическая зависимость, курение, сексуальное аддиктивное поведение и др.), рискованного и девиантного поведения, связанных с ними проявлений социально-психологической дезадаптации [2; 6; 33].

Ухудшение здоровья детей и подростков отчасти обусловлено увеличившейся учебной нагрузкой. Результаты исследования особенностей образа жизни учащихся младших

классов г. Гомеля показали, что 46,3% первоклассников затрачивают на подготовку к урокам до 2 часов, 14,8% – более 2 часов. Нормы длительности сна у трети – половины младших школьников не выдерживаются. Почти 63% учащихся не выдерживают норму пребывания на свежем воздухе. Завтракают 55,6% первоклассников. В четвёртом классе никогда не употребляли алкоголь только 69,4% детей [27].

Непосредственно обусловлены поведенческими особенностями подростков и проблемы, связанные с **репродуктивным здоровьем**. Подростки в наибольшей мере подвержены инфекциям, передаваемым половым путем; на данный возраст приходится половина случаев инфицирования ВИЧ. Наряду с тем, что у 75–86% девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10–15% – гинекологические расстройства, ограничивающие фертильность [19], медико-социальной проблемой остаются аборт и подростковая беременность. Уровень беременностей у девушек 15–19 лет в Беларуси сократился до 34,8 в 2009 г. против 43,9 на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет в 2003 г., но по-прежнему Беларусь относится к числу стран с высокими значениями данного показателя [9]. По данным официальной статистики здравоохранения, из общего числа производимых в Беларуси аборт на старший подростковый возраст (15–19 лет) в 2008 г. приходилось 9,2%, в 2011 г. – 7% [13; 14]. Снижение общего количества аборт произошло почти на четверть, уменьшение доли подростковых беременностей также высоко статистически значимо ($\chi^2=125$, $p=0,00001$). Тем не менее, почти каждый десятый аборт производится у лиц в возрасте до 20 лет.

В профилактике опасного сексуального поведения подростков особая роль принадлежит **медицинской информированности**. В свою очередь её качество в подростковом возрасте напрямую зависит от выбора адекватного источника информации.

Результаты выполненных нами исследований медицинской информированности лиц 15–29 лет в области репродуктивного здоровья (данные опросов республиканских выборок) показали, что минимальные значения регистрируются в группе подростково-юношей [30]. С целью проследить в динамике, какие источники

информации по вопросам полового воспитания используются юношами 15–19 лет в последние годы, проанализированы результаты двух опросов, проведенных при помощи сопоставимых анкет.

В обоих опросах данные получены от республиканских выборок юношей, репрезентативных на момент сбора данных генеральной совокупности подростков по территориальному признаку. Объём выборок (в 2005–2006 гг. в анализ было включено 500 анкет, в 2010 г. – 486 анкет, итого 986 подростков-юношей) позволяет исследовать изучаемые признаки с точностью результата, соответствующей вероятности ошибки $p < 0,05$. Анонимное анкетирование на основе добровольного согласия опрашиваемых проводилось медицинскими работниками в организациях здравоохранения. Для анализа использованы пакеты прикладных программ STATISTICA 6,0, SPSS 13,0; применены методы непараметрической статистики (тест Краскела–Уоллиса, построение таблиц сопряжённости с расчётом критерия χ^2).

Проанализированы результаты ответов на вопросы: *«Из каких источников ты получаешь основную информацию по вопросам полового воспитания (отметь верные варианты): 1 – От сверстников. 2 – Из телевидения и прессы. 3 – Из печатной и наглядной информации учреждений здравоохранения, книг. 5 – От учителей. 6 – На приёме уролога. 7 – От знакомого врача. 8 – Из личного опыта. 9 – От родителей, в семье. 10 – Другое?»*; *«Знаешь ли ты, что такое репродуктивное здоровье? 1 – Да. 2 – Нет. 3 – Не уверен»*; *«Считаешь ли ты свои знания о репродуктивном здоровье достаточными? 1 – Да; 2 – Нет; 3 – Не уверен»*.

Результаты первого опроса показали, что в группе 15–19-летних юношей ранжирование источников информации по вопросам пола выглядит следующим образом: 1 – сверстники; 2 – телевидение и пресса; 3 – личный опыт; 4 – семья, родители; учреждения образования; 5 – информация Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, учреждений здравоохранения; 6 – консультация «знакомого врача»; консультация специалиста (уролог, сексолог). Хотя бы один источник из числа «информация Центров гигиены,

эпидемиологии и общественного здоровья, учреждений здравоохранения»; «консультация «знакомого врача»; «консультация специалиста (уролог, сексолог)») назван в ответах 14,8% юношей.

Характерно, что те респонденты, которые обращались к источникам, связанным с системой здравоохранения, достоверно чаще оценивали свои знания как более точные и полные по сравнению с теми юношами, которые не обращались к системе здравоохранения в поисках информации о репродуктивном здоровье.

При опросе в 2010 г. установлено, что подростки-юноши используют для получения информации по вопросам пола такие источники, как: сверстники – около 35% (1 ранговое место; таблица 3), телевидение, пресса – около 33,2%, печатная и наглядная информация учреждений здравоохранения, книги – около 31,1% (второе ранговое место наряду со средствами массовой информации); от учителей – 15,2% (четвёртое ранговое место по популярности); на приёме у уролога – 6,2%; от знакомого врача – 3,7%; из личного опыта – 27,4%; от родителей, в семье – 26,7% (третье место наряду с таким источником, как «личный опыт»). Другие источники информации о репродуктивном здоровье отметили 8% юношей-подростков (преимущественно такие, как «Интернет», «видео»). При этом на вопрос: «Знаешь ли ты, что такое репродуктивное здоровье?» положительно ответили 41,5% юношей, отрицательно – 29,2%; на вопрос: «Считаешь ли ты достаточными свои знания о репродуктивном здоровье?» положительно ответили только 26% юношей, отрицательно – 24,2%.

Сравнительный анализ результатов самооценки подростками знаний о репродуктивном здоровье, выполненный между группой подростков, отметивших в качестве источника информации о репродуктивном здоровье хотя бы один из числа связанных с системой здравоохранения (из печатной и наглядной информации учреждений здравоохранения; на приёме у уролога; от знакомого врача, всего 41,2%) и юношами, не отметившими ни одного из указанных источников, показал, что в первой группе достаточными свои знания считают 25,7%, во второй – 22%. Статистически различия не подтвердились ($\chi^2=0,58$, $p=0,44$).

Таблица 3. – Источники информации о репродуктивном здоровье, выбранные подростками-юношами (опрос 2010 г., n=486 чел., возможен выбор нескольких вариантов ответа)

Источник информации	Доля подростков-юношей, выбравших источник (%)
Печатная и наглядная информация учреждений здравоохранения, книги	31,07
Сверстники	34,9
СМИ (телевидение, журналы)	33,2
Семья, родители	26,7
Учителя	15,2
«Личный опыт»	27,4
На приёме у врача-гинеколога, врача-уролога	6,17
От «знакомого врача»	3,7
Другие источники	8

Сравнение ответов подростков в пятилетней динамике дало следующие результаты (таблица 4).

Таблица 4 – Пятилетняя динамика отношения юношей-подростков, проживающих в Республике Беларусь, к источникам информации о репродуктивном здоровье

Источник информации о репродуктивном здоровье	Ранговое место в 2005-2006 гг.	Ранговое место в 2010 г.
Сверстники	1	1
Телевидение, пресса	2	
Печатная и наглядная информация Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, учреждений здравоохранения, книги	5	2
Личный опыт	3	3
Учреждения образования (учителя)	4	4
Семья		3
На приёме у уролога	6	6
От знакомого врача		7
Другое	7	5

Таким образом, как и пять лет назад, основную информацию о репродуктивном здоровье подростки-юноши получают при общении в среде своих сверстников – то есть друг от друга. Как и ранее, ответу «Личный опыт» принадлежит третье место, ответу «Учителя» (учреждения образования) – четвёртое ранговое место в ряду используемых подростками источников сведений по вопросам пола. Изменения коснулись прежде всего таких источников, как «Телевидение, пресса», «Печатная и наглядная информация Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, учреждений здравоохранения; книги», а также варианта ответа «Другое». В качестве последнего подростки чаще всего указывают «Интернет», «видео», а также «порнофильмы». Востребованность этих источников, различных по качеству получаемых подростком сведений, возросла. Наблюдается резкий рост доли тех подростков, которые отмечают в качестве источника информации о репродуктивном здоровье хотя бы один из числа связанных с системой здравоохранения: с 14,8 до 41,2% выборки, то есть почти в 2,8 раза. В то же время снизилась популярность непосредственной консультации врача с целью получить искомую подростком информацию.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что за последние пять лет доля тех юношей, которые в качестве источника информации о репродуктивном здоровье используют хотя бы один из числа связанных с системой здравоохранения, возросла в 2,5 раза. При этом рост произошёл прежде всего за счёт популярности анонимных источников (печатной, наглядной информации учреждений здравоохранения). Роль непосредственной консультации специалиста в ранговом ряду источников информации по вопросам репродуктивного здоровья стала менее заметной.

На вопрос о том, знает ли подросток, что такое репродуктивное здоровье, в 2010 г. немногим менее половины подростков (41,6%) ответили утвердительно. Около трети (29,2%) юношей указали, что не знают, что такое репродуктивное здоровье. Остальные опрошенные оказались не уверены в своих знаниях. Считают свои знания о репродуктивном здоровье достаточными 26,1% мальчиков, недостаточными – 24,3%. Каждый третий подросток (34% юношей) затрудняется оценить

свои знания о репродуктивном здоровье.

Самооценка здоровья и знаний о репродуктивном здоровье оказались взаимосвязанными: те подростки, которые ответили, что не знают, что такое репродуктивное здоровье, оценивали собственное здоровье ниже, чем остальные опрошенные (3,38 и 3,6 балла по 5-балльной шкале, соответственно). В то же время самооценка здоровья является одним из основных компонентов связанного со здоровьем качества жизни подростков. Следовательно, уровень знаний о репродуктивном здоровье, оценка подростком его достаточности влияет на качество жизни подростков.

Очевидно, что важным источником знаний подростков о репродуктивном здоровье является семья. Следовательно, факторы семьи, такие как материальное положение, состав (полнота) семьи, а также образование родителей могут быть значимыми для уровня знаний подростков о репродуктивном здоровье, а также самооценки подростком достаточности этих знаний. Нами был выполнен тест Краскела–Уоллиса, позволяющий подтвердить или опровергнуть статистические различия между группами подростков, выделенными по тем или иным факторам. Оказалось, что материальное положение семьи подростка (выделено шесть вариантов: «очень хорошее», «хорошее», «среднее», «трудное», «очень трудное» и «не могу оценить») не влияет на выбор подростком ответа на вопрос о достаточности знаний о репродуктивном здоровье. Аналогичные результаты получены и для таких факторов, как образование матери (выделены следующие варианты: «начальное», «неполное среднее», «среднее», «профессиональное», «высшее»), полнота (состав) семьи (семья «полная», если ребёнок растёт в семье с обоими родителями, «неполная» – если ребёнок воспитывается только матерью, только отцом, либо другими родственниками).

Отсутствие влияния факторов, связанных с семьёй подростка, на самооценку подростком достаточности знаний о репродуктивном здоровье, обусловлено тем фактом, что в целом только около четверти подростков-юношей выбрали семью в качестве источника информации о репродуктивном здоровье.

Здоровье подростков продолжает ухудшаться: сохраняется ежегодный рост как первичной, так и общей заболеваемости, наблюдается хронизация патологии. Снижение показателей первичной инвалидности может рассматриваться в качестве индикатора эффективности мер по диспансеризации. Рост показателей заболеваемости не может являться индикатором неэффективности данных мероприятий, поскольку частота патологии напрямую связана с качеством диагностики. Тем не менее снижается число абсолютно здоровых детей, расширяется группа риска, растёт доля детей, имеющих хронические заболевания. Снижается репродуктивный потенциал современных подростков.

Исследования по изучению здоровья подростков, выявлению факторов риска и антириска сохраняют высокую актуальность. При этом поведенческая и психосоциальная обусловленность многих проблем здоровья подросткового возраста объясняет важность интердисциплинарного подхода, с облигатным включением социологических данных.

Литература

1. Антипова, С.И. Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Беларусь в 2005-2009 гг. / С.И. Антипова, И.И. Савина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - № 4. – С. 42 – 57.
2. Баранов, А.А. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, И.В. Звездина. – Москва: Издательство «Литера». - 2007. – С. 213.
3. Гендерное поведение подростков и роль социальных факторов в формировании репродуктивного здоровья / В.Р. Кучма, Е.И. Шубочкина, С.С. Молчанова, А.В. Куликова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - № 5. - С. 9-17.
4. Глинская, Т.Н. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-2010) / Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Материалы IX съезда педиатров (17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – С. 77–79.
5. Глинская, Т.Н. Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь /Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 г./ ред. совет: А.Н.Лызикив [и др].– Гомель: ГомГМУ, 2010. - С. 29 – 31.
6. Гудинова, Ж.В. Оценка нервно-психического развития подростков с девиантными формами поведения / Ж.В. Гудинова, Е.И.Толькова // Российский педиатрический журнал. – 2010. – №1. – С. 49–51.
7. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121 с. - [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.unicef.ru/publication/deti09_rus.pdf. – Дата доступа: 01.04.2010.
8. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-2010 гг.)

/ Д.Л. Пиневич [и др.] // Материалы IX съезда педиатров (17–18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – С. 9–11.

9. Достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия: Национальный отчет Республики Беларусь. – Минск: НИЭИ Министерства экономики РБ, 2010. – 78 с.

10. Езепчик, О.А. Проблемы здоровья подростков Республики Беларусь / О.А. Езепчик, М.Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции, 22 января 2013 г. / ГрГМУ; ред. кол.: В.А. Снежицкий [и др.]. – Гродно, 2013. – Часть 1. – С. 258–261.

11. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлёва. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.

12. Здоровье подростков как общественная ценность // ADOLESMED.RU – Портал для специалистов, работающих в сфере подросткового здоровья и медицины. – [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://www.adolesmed.ru/teen sand public health care.html>. – Дата доступа: 01.03.2013.

13. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2008 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 316 с.: табл.

14. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2011 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.: табл

15. Зиновский, В.И. Численность, размещение и состав населения Республики Беларусь по данным переписи 2009 г. /В.И. Зиновский // Социология. – 2010. - №3. – С. 111 – 116.

16. Инструкция об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет / в ред. Постановления МЗ РБ от 01.07.2008 г. №114.

17. Калинина, Т.В. Рождаемость населения как важнейшая характеристика общественного здоровья // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2008. №3. С. 3 – 7.

18. Ключевые аспекты послания Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко белорусскому народу и национальному собранию Республики Беларусь. - Май, 2011. - 24 с.

19. Куликов, А.М. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт /А.М. Куликов, В. П. Медведев. – Санкт-Петербург, 2008. – 80 с.

20. Население Республики Беларусь. Стат. сборник. Нац. статистич. комитет РБ. – Минск, 2011. - 474 с.

21. Неверо, Е.Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е.Г. Неверо, Е.Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 70–72.

22. О положении молодежи в Республике Беларусь в 2010 году: Доклад Министерства образования Республики Беларусь. – Минск, 2011. – 110 с. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rogachevo.gov.by/.../Doklad%20MO%20o%20molodegi.pdf. – Дата доступа: 15.07.2013.

23. Общая численность населения, его состав по возрасту, полу, состоянию в браке, уровню образования, национальностям, языку и источникам средств к существованию. Бюллетень Национального статистического комитета Республики Беларусь. – Мн., 2010. – 28 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: belstat.gov.by. – Дата доступа: 20.12. 2010.

24. Огрызко, Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15-17 лет /Е.В. Огрызко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - №4. – С. 16 – 18.

25. Пиневич, Д.Л. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь

(1995-2010 гг.) / Д.Л. Пиневиц, И.В. Митрошенко, Е.Л. Богдан // Материалы IX съезда педиатров (17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – 320 с.

26. Рождаемость в Беларуси: оценка, тенденции, региональные особенности /И.И. Новик, Н.М.Трофимов, Т.В.Ясюля, Д.Ф.Куницкий, В.В.Кулинка, В.М.Хавратович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. - №2. – С. 11 – 15.

27. Соболева, Л.Г. Детерминанты здоровья школьников начальных классов г. Гомеля /Л.Г. Соболева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 г. / ред. совет: А.Н.Лызилов [и др.].– Гомель: ГомГМУ, 2010. - С. 93 – 96.

28. Сурмач, М.Ю. Анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности подростков Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач, О.А. Езепчик // Педиатрия XXI века: проблемы и перспективы: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры детских болезней УО «ГрГМУ», 14 декабря 2012 г. / ГрГМУ; ред. кол.: Н.С. Парамонова [и др.]. – Гродно, 2012. – С.184–188.

29. Сурмач М.Ю. Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодёжи / М.Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 268 с.

30. Сурмач, М.Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности / М.Ю. Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.

31. Тенденции формирования показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь / А.В. Копыток, Т.С. Голубева, Т.П. Дубовик, Н.А. Якушина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011 – № 3. – С. 12–18.

32. Шубочкина, Е.И. Курение подростков как проблема охраны здоровья / Е.И. Шубочкина // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности. РОС, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения»: сб. статей по материалам Интернет конференций.- М.: «ИПЦ «Маска». - 2008. - С. 116-126.

33. Шубочкина, Е.И. Качество жизни и проблемы формирования здоровья учащихся учебных заведений начального профессионального образования / Е.И. Шубочкина, С.С.Молчанова, А.В.Куликова // Вестник РАМН. – 2009. - № 5. - С. 37-40.

Глава 4

Методика оценки связанного со здоровьем качества жизни подростков 15–18 лет в Республике Беларусь

Укрепление здоровья подростков в Республике Беларусь – задача государственной важности [8; 12]. Беларусь практически сразу присоединилась к реализации решения ВОЗ об открытии специальных служб, созданных по целевому назначению – «дружественных к подросткам и молодежи». Принципы их деятельности были выработаны в Женеве в 2001 г. представителями более 20 стран [5].

С появлением новых служб встал вопрос о необходимости разработки методик оценки эффективности их работы. Согласно современным требованиям к оценке эффективности деятельности в здравоохранении, следует исходить из приоритета качественных показателей (показателей здоровья). В этой связи необходимо учитывать специфику подросткового возраста – высокую значимость поведенческих факторов, факторов репродуктивного здоровья, психологических факторов.

Рассмотренная ситуация проблемна не только с практической, но и с методологической точки зрения. Ведь современные требования к оценке здоровья населения предполагают необходимость включения данных о социальных факторах риска и о связанном со здоровьем качестве жизни [2; 7; 17].

В педиатрической практике изучение качества жизни и его взаимосвязь с состоянием здоровья рассматривается как одно из приоритетных направлений, а результаты изучения рекомендуется использовать в долгосрочных государственных программах по улучшению и созданию новых условий формирования здоровья подрастающего поколения [9; 18].

Показатель качества жизни, под которым подразумевается «субъективная оценка человеком своего физического,

психологического и социального благополучия», может стать «новым критерием оценки состояния здоровья детей» [1, с. 16], «внедрение показателя качества жизни как дополнительного критерия позволит модифицировать существующую методику комплексной оценки состояния здоровья детей и сделать это на новом, современном уровне с применением международных подходов, а использование стандартного инструментария сделает исследования сравнимыми на любой территории» [1, с. 17]. Наиболее перспективным «является подход к решению вопроса здоровья и определения степени «нездоровья» с позиций определения «качества жизни» – по субъективному восприятию его показателей со стороны ребенка или его родителей» [3].

Следует отметить, что с методологической точки зрения понятия «качество жизни» и «качество жизни, связанное со здоровьем» разделены. Под качеством жизни, связанным со здоровьем, понимают «исследования качества жизни, изменяемые в зависимости от состояния здоровья» [6, с. 34].

Работа подростковых служб направлена, таким образом, в первую очередь на формирование здоровьесберегающего поведения и имеет медико-социальную направленность. В то же время методик, позволяющих быстро и с незначительными затратами определить, какие именно меры профилактики будут являться наиболее эффективными для данного подростка, отнести его (её) к той или иной группе риска, учесть социальные факторы, связанные с семьёй, в разработке мер по укреплению здоровья подростка, пока нет.

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

Единица наблюдения – подросток, проживающий в Республике Беларусь. Согласно ВОЗ, подростковым возрастом является период от 10 до 19 лет, термин «юность» используется в отношении людей 15–25 лет, «молодые люди» – лица 10–24 лет [13]. Кодекс о браке и семье Республики Беларусь определяет человека от рождения до достижения 18 лет как несовершеннолетнего, до достижения 14 лет – как малолетнего, в возрасте от 14 до 18 лет – как подростка [4]. Возраст 10–14 лет относится к раннему (младшему) подростковому, 15–19 –

старшему подростковому возрасту. Объектом исследования изначально предполагались лица старшего подросткового возраста (15–19 лет). Однако медицинское обслуживание подростков в Республике Беларусь строится по системе единого педиатра, от рождения до достижения 18 лет. Категория лиц 18 лет и старше обслуживается в организациях здравоохранения как взрослое население, однако получает медицинское обслуживание в учреждениях образования наряду с подростками более младшего возраста. Объект, на который рассчитано применение методики, ограничен категорией лиц 15–18 лет.

Впервые разработанная нами «*Методика оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков*» включает четыре этапа. Возможен выбор ручного и электронного варианта (при последнем все этапы автоматизированы). Методика может быть использована в работе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих подростков (врачи-педиатры, врачи подростковых кабинетов, персонал центров здоровья подростков и молодёжи, врачи и средние медицинские работники в учреждениях среднего и специального образования). Может являться компонентом комплексных профилактических медицинских осмотров подростков (Положение об организации и проведении диспансеризации детей в Республике Беларусь, Приказ МЗ РБ от 11.08.2003 №140; Инструкция об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет / в ред. Постановления МЗ РБ от 01.07.2008 г. №114). Мониторинг качества жизни, связанного со здоровьем, может быть использован для оценки эффективности профилактических программ, эффективности деятельности центров здоровья подростков и молодёжи.

Технология использования разработанной методики представлена в Приложении 1.

На первом этапе подросток заполняет анкету. Это происходит в условиях конфиденциальности и доброжелательности. Разработанный нами опросник позволяет изучить факторы образа и условий жизни подростков, такие как питание, сон, физическая активность, психоэмоциональный фон, распространённость курения, особенности поведения по

отношению к алкоголю, социальная характеристика семьи подростка. Анкета направлена также на выявление наличия потенциальных факторов риска приобщения к психоактивным веществам, риска кризисных психологических состояний, факторов риска сексуального поведения. Ряд вопросов позволяют охарактеризовать медицинскую активность подростка: установки на обращение за медицинской помощью, в том числе специализированной (гинеколог, уролог), информированность о возможностях получения медицинской помощи в Центрах доброжелательного отношения к подростку. Оценка и самооценка состояния здоровья, полноценности питания, физической активности, психо-эмоционального статуса, материального положения семьи подростка, возможностей его социальной реализации в будущем, информированности о репродуктивном здоровье осуществляется по балльным шкалам. Исследуются репродуктивные установки подростков.

Опросник сбалансирован по количеству вопросов (43 закрытых и полузакрытых вопроса), составлен с учётом фазности опроса, прошёл предварительное испытание при проведении пилотажного исследования. При формулировке вопросов приняты во внимание рекомендации о необходимости «понимающей позиции» [10].

На втором этапе осуществляется расчёт и оценка уровня каждого фактора. Выделено одиннадцать факторов качества жизни, связанного со здоровьем, а именно: самооценка здоровья (F1), самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2), самооценка полноценности питания (F3), физическая активность (F4), продолжительность сна (F5), риск приобщения к психоактивным веществам (F6), риск опасного сексуального поведения (F7), риск развития кризисных психологических состояний (F8), самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9), оценка обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья (F10), социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11). Третий этап состоит в расчёте и оценке уровня качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ). На четвёртом этапе формулируется заключение. Оно включает оценку КЖСЗ, оценку

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

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

Основные преимущества предлагаемой методики:

1. Опросник изначально разработан пригодным для культурных и социальных условий, в которых проживают подростки Беларуси.

2. Опросник позволяет изучить качество жизни во взаимосвязи с репродуктивным здоровьем подростка и субъективной оценкой им своего репродуктивного потенциала.

3. Оценка результатов опроса построена с учётом взаимозависимости факторов, наличия обратных связей, многокомпонентности качества жизни, связанного со здоровьем.

4. Методика позволяет установить уровень качества жизни, связанного со здоровьем, и провести его покомпонентную оценку.

5. Выводы строятся на принципе многокомпонентности связанного со здоровьем качества жизни подростка, следовательно, заранее гарантировано предупреждение типичной ошибки, возникающей при оценке качества жизни при помощи единственного сводного показателя.

6. Наряду с данными оценки, методика позволяет установить форму и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий по повышению связанного со здоровьем качества жизни подростка.

7. Методика может быть использована для исследования качества жизни, связанного со здоровьем, в динамике, с целью контроля эффективности корректирующих (предупреждающих) мероприятий.

8. Методика позволяет выбрать как ручную форму обработки данных, так и автоматизированный вариант с применением персонального компьютера.

9. При автоматизированном способе данные опроса сохраняются в базе данных (БД). Заполненной анкете присваивается уникальный идентификатор (№ анкеты), фиксируется информация о дате/времени заполнения анкеты. Заключение по итогам оценки доступно специалисту сразу же после окончания заполнения подростком анкеты. Работа с защищенной частью приложения (заключения) возможна только после успешного прохождения процедуры авторизации. Специалисту доступны отображение полного списка анкет, хранящихся в БД: уникальный идентификатор (№ анкеты); индивидуальный уровень качества жизни (цифра и справа относительная диаграмма); информация о дате/времени заполнения анкеты опрашиваемым. По данным атрибутам возможна сортировка в порядке убывания и в порядке возрастания (прямая и обратная сортировка). Существует возможность просмотра реальных анкет (сохранённых в БД), при необходимости – дополнения комментарием для данной анкеты, просмотра результатов обработки реальных анкет (сохранённых в БД), удаления как отдельных анкет, так и автоматически результатов обработки реальных анкет.

Индивидуальные баллы факторов устанавливались исходя из значимости каждого из них и их влияния на значение других компонентов качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем. При помощи параметрических и непараметрических методов выполнен предварительный статистический анализ результатов опроса республиканской выборки подростков, который позволил установить влияние друг на друга отдельных факторов, входящих в состав компонентов связанного со здоровьем качества жизни. При этом в числе зависимых составляющих качества жизни были выделены те, что регулируются поведением подростка – то есть поддающиеся коррекции. Влияние социальных факторов учтено в технологии оценки и расчёта. Ниже рассмотрены эти факторы: полнота семьи, в которой воспитывается подросток, материальное положение, образование родителей, психологические взаимоотношения в семье подростка.

Рассмотрено также влияние фактора пола на модифицируемые поведением подростка составляющие качества

жизни, связанного со здоровьем.

Для такого фактора, как продолжительность ночного сна, учтены требования к гигиенически полноценному сну подростка [15].

Апробация способа проводилась по данным опроса популяционной выборки, которая составила 949 чел.: 463 девушки и 486 юношей [14]. Методика формирования выборочной совокупности рассмотрена в Приложении 2. Для апробации методики материалы опроса были предварительно обработаны при помощи программы STATISTICA 10,0, что позволило установить особенности взаимовлияния отдельных компонентов качества жизни, связанного со здоровьем. При этом в числе зависимых составляющих качества жизни были выделены те, что регулируются поведением подростка – то есть поддающиеся коррекции. Влияние социальных факторов учтено в технологии оценки и расчёта. При разработке процедуры оценки индивидуальные баллы факторов устанавливались исходя из значимости каждого из них и их влияния на остальные компоненты.

Влияние полноты семьи на медико-гигиеническую грамотность подростка (знания о репродуктивном здоровье, F2)

В формировании медико-гигиенической грамотности подростка и его уверенности в своих знаниях значимую роль играет семья.

Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях (рисунок 9). Второе место занимает неполная семья «с мамой». Примерно равные доли подростков воспитываются в неполных семьях «с папой», «с бабушкой/дедушкой», чуть больше ответов «с мамой и отчимом». В числе других названных подростками форм семей такие, как: «то с мамой, то с папой»; «с папой и бабушкой», «с опекуном», а также с другими родственниками («с братом», «с тётёй», «с семьёй сестры»). Единичные ответы – «сирота».

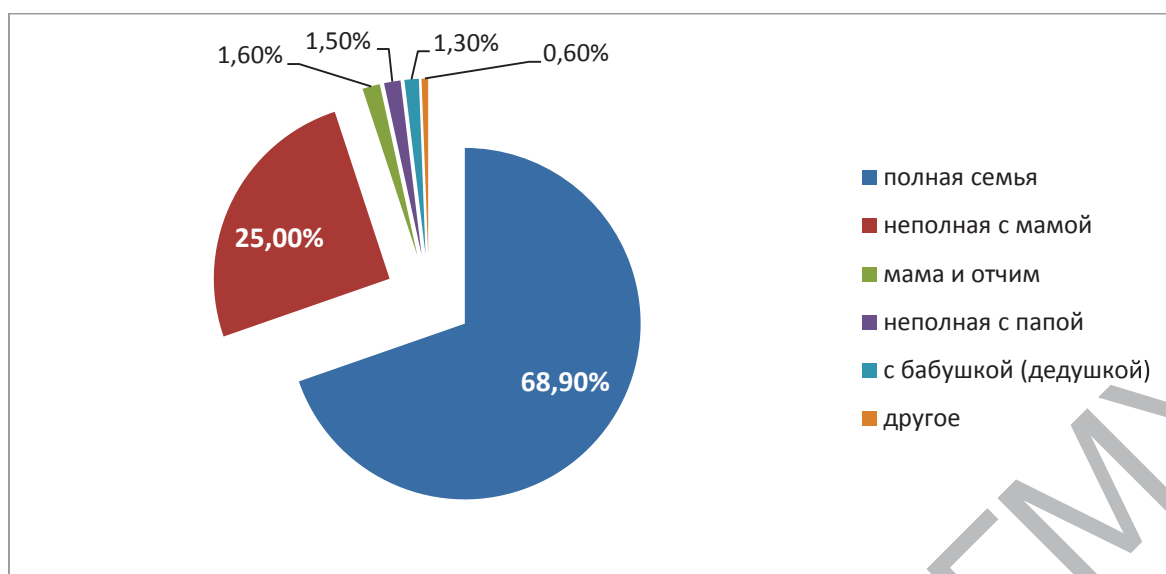


Рисунок 9 – Состав семей, в которых воспитываются подростки

Ответили, что основную информацию по вопросам пола, репродуктивного здоровья получают в семье и от родителей, треть (32,3%) опрошенных. Почти столько же подростков (33,2%) доверяют средствам массовой информации (телевидение, журналы). Семья и телевидение разделили третье место в ранговом ряду источников информации по вопросам здоровья, используемых подростками. Большая часть подростков (40,6%) используют печатную и наглядную информацию учреждений здравоохранения, книги (первое ранговое место). На втором месте (34,9%) оказались сверстники. Несколько реже (четвёртое ранговое место) подростки указывали учителей (19,9%), «личный опыт» (17,5%). Ещё реже (13,6%) информация поступала на приёме у врача, в 6,4% анкет – от «знакомого врача». Около 3% подростков выделили другие источники информации (интернет, видео, порнофильмы).

Влияние полноты (состава) семьи на её коммуникативную функцию (таблица 5) исследовано при помощи сравнительного анализа долей подростков, использующих семью как источник информации о репродуктивном здоровье, среди опрошенных из полных семей (31,8%), неполных семей «с мамой» (39,3%) и неполных семей, где подросток проживает с отцом или другими родственниками (15%).

В семьях «с мамой» подростки статистически значимо чаще указывают на то, что родители и семья являются источником информации по вопросам полового воспитания.

Таким образом, выбор подростком вариантов ответа «Неполная семья: живёшь с папой», «Неполная семья: живёшь с бабушкой (дедушкой)» или «Неполная семья: другое» учитывается в технологии расчёта уровня фактора F2 Самооценка знаний о репродуктивном здоровье как минус 1 балл.

Таблица 5 – Таблица сопряжённости «Укажи, пожалуйста, твоя семья...» и «Из каких источников ты получаешь основную информацию по вопросам полового воспитания?», вариант ответа – «От родителей, в семье»

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

При этом сравнительный анализ медицинской активности подростков из разных типов семей показал, что обращаются за медицинской помощью безотлагательно («сразу при недомогании») 11,8% подростков из полных семей, 9,1% подростков из неполных семей «с мамой» и 9,09% – из неполных семей «без мамы». Различия статистически незначимы.

Влияние полноты семьи на психическое здоровье подростка (риск развития кризисных психологических состояний F8)

Эмоциональный фон подростков различался в зависимости от полноты семьи. Перевод шкалы самооценки частоты негативных (позитивных) эмоций из порядковой (для качественных данных) в непрерывную (когда данные теоретически имеют дробную часть и являются количественными), а именно: «ежедневно» приравняли к 1, «часто» – к 2, «иногда» – к 3 и «никогда» – к 4, - позволил

рассчитать средний уровень частоты негативных (позитивных) эмоций в трёх группах подростков (из полных семей, неполных семей «с мамой» и неполных семей «без мамы»). Он составил 2,75, 2,69 и 2,67 для негативных и 1,87, 1,86 и 2,00 для позитивных эмоций, соответственно. Различия не являлись статистически значимыми, однако очевидно, что подростки из полных семей испытывают негативные эмоции реже, а позитивные – чаще; различия наиболее значительны при сравнении с подростками из неполных семей «без мамы».

Отмечают наличие ситуации «когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния» 15,4% подростков из полных семей, 25,2% – из неполных семей «с мамой» ($\chi^2=7,8$, $p=0,005$) и 30,3% подростков из неполных семей «без мамы» (различия незначимы при сравнении подростков из разных типов неполных семей, но значимы при сравнении подростков из полных семей и неполных семей суммарно, $\chi^2=9,4$, $p=0,002$).

Таким образом, подростки из полных семей чаще испытывают позитивные и реже – негативные эмоции, статистически значимо реже указывают на наличие кризисных психологических ситуаций. Наихудшие показатели регистрируются для подростков из неполных семей «без мамы». Выбор подростком вариантов ответа «Неполная семья: живёшь с папой», «Неполная семья: живёшь с бабушкой (дедушкой)» или «Неполная семья: другое» учитывается в технологии расчёта уровня фактора F8 Риск развития кризисных психологических состояний как минус 1 балл.

Влияние материального положения семьи подростка на его психическое здоровье (F6 Риск приобщения к психоактивным веществам и F8 Риск развития кризисных психологических состояний)

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

Почти каждый пятый (19,5%) подросток указал, что курит. При сравнении группы подростков, оценивающих материальное положение своей семьи как «очень хорошее» или «хорошее» и

группы, оценивающих его как «трудное» и «очень трудное», не выявлено статистически значимых различий по долям курящих ($\chi^2=0,47$, $p=0,49$; $\chi^2\text{Yates}=0,24$, $p=0,62$).

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

Крепкие (более 20 градусов крепости) алкогольные напитки не употребляют 28,9% подростков. Употребляют 1 раз в неделю и чаще 4% подростков (1,4% в обеспеченных и 8,1% в малообеспеченных семьях, $\chi^2=7,65$, $p=0,0057$; $\chi^2\text{Yates}=4,64$, $p=0,03$), несколько раз в месяц – 18,4%, несколько раз в полгода – 21,1%, раз в полгода и реже – 23,3%. Влияния материального положения семьи на долю не употребляющих алкогольные напитки, независимо от крепости, не выявлено.

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

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

Выбор подростком вариантов ответа «Трудное» или «Очень трудное» на вопрос «Как ты оцениваешь материальное положение твоей семьи?» учитывается в технологии расчёта уровня факторов F6 – Риск приобщения к психоактивным веществам и F8 – Риск развития кризисных психологических состояний как минус 1 балл.

Влияние образования родителей на медицинскую активность подростка (F10 – оценка обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья)

Около 3,8% подростков не ответили на вопрос об образовании матери, 18,5% – на вопрос об образовании отца (рисунок 10).

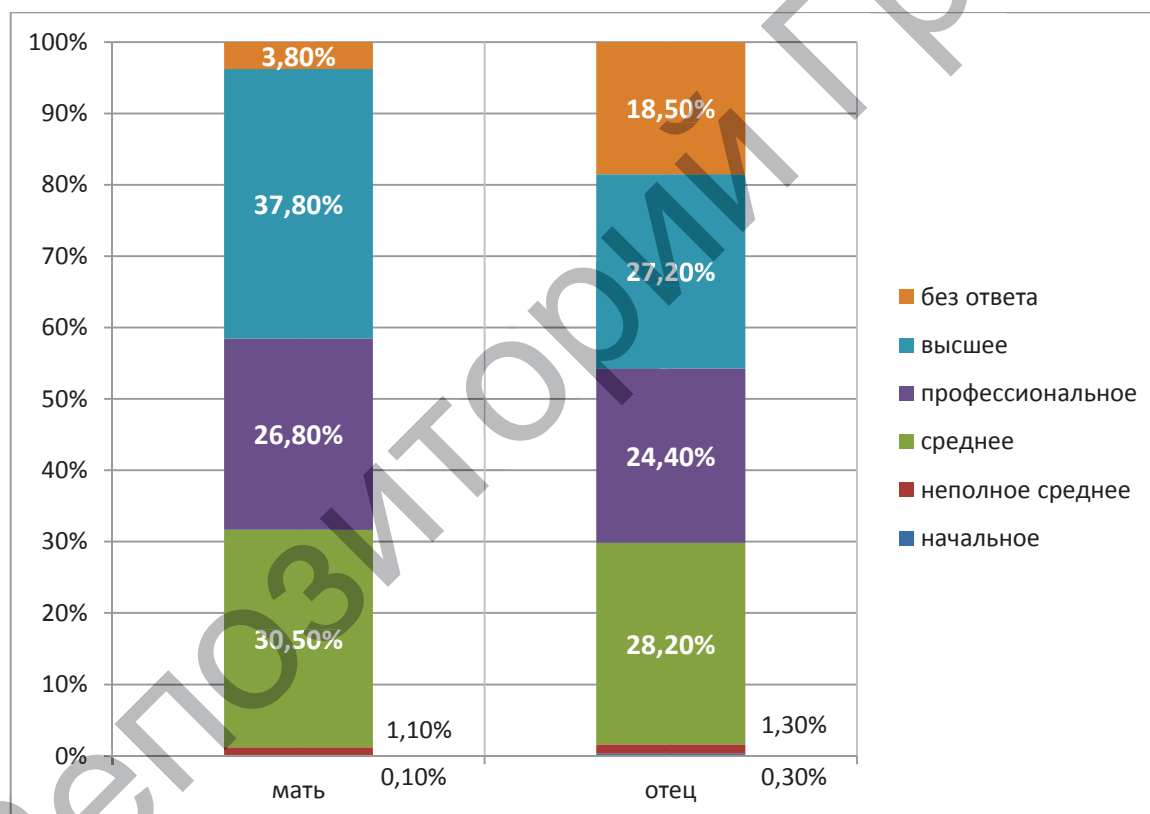


Рисунок 10 – Образование родителей опрошенных подростков

Получают основную информацию по вопросам пола в семье, от родителей 30,6% подростков, чьи матери имеют высшее образование, и 33,4% подростков, образование матерей которых имеет более низкий уровень. Подобный результат получен и для такого фактора, как образование отца: 34% подростков, отцы которых имеют высшее образование, черпают информацию по

вопросам репродуктивного здоровья в семье, от родителей; 31,5% подростков, указавших на более низкий уровень образования их отцов, также используют семью в качестве одного из основных источников информации по вопросам пола.

Безотлагательно обращаются за медицинской помощью 11,4% подростков, матери которых имеют высшее образование, и 10,65% подростков, указавших на более низкий образовательный уровень их матерей. Обращаются за медицинской помощью сразу при недомогании 12,4% подростков из числа тех, отцы которых имеют высшее образование, 10,9% из числа подростков, указавших на более низкий уровень образования их отцов. Полученные различия не являются значимыми. В то же время обращаются за медицинской помощью сразу при недомогании 0% подростков, матери которых имеют начальное либо неполное среднее образование, 10,4% – среднее, 11,4% – профессиональное, 11,4% – высшее; 6,6% подростков, отцы которых имеют начальное или неполное среднее образование, 10,1% – среднее, 12,06% – профессиональное, 12,4% – высшее (рисунок 11).

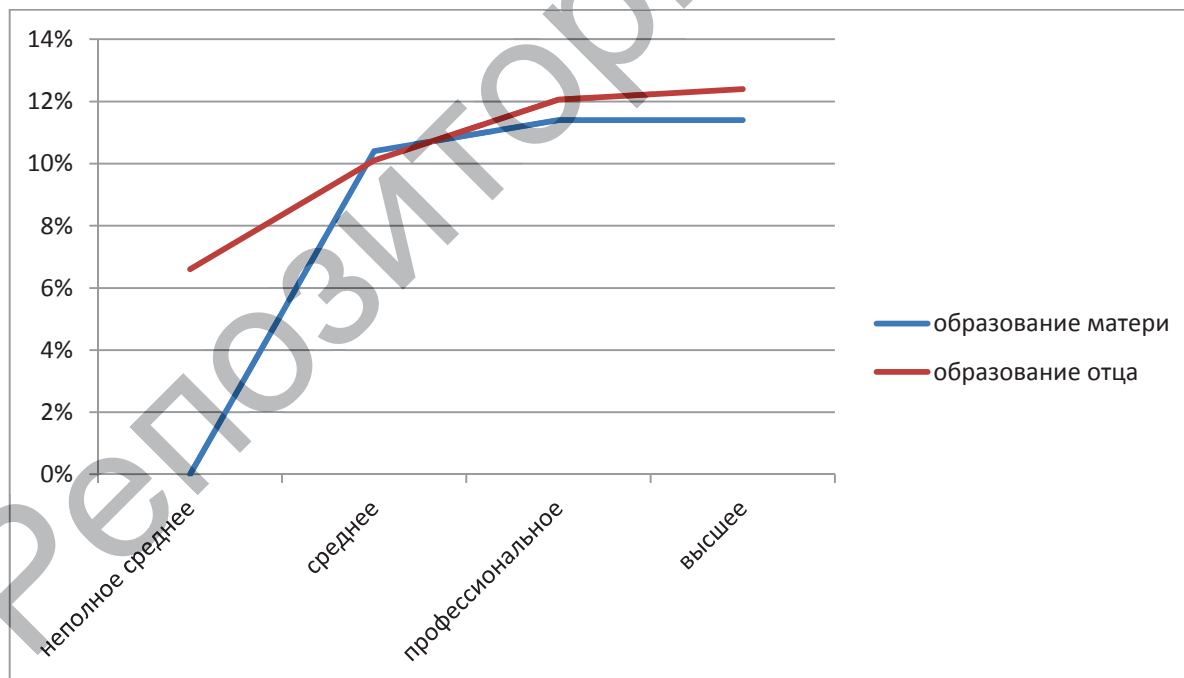


Рисунок 11 – Зависимость обращения за медицинской помощью от образования родителей (по оси x – образование родителей, по оси y – % подростков, своевременно обращающихся за медицинской помощью)

Поскольку непараметрические методы анализа, в том числе метод ранговой корреляции, не подтверждают данную зависимость статистически, следует пока говорить только о наличии тенденции.

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

Влияние психологического микроклимата в семье подростка на его психическое здоровье (F8 Риск развития кризисных психологических состояний)

Ответы на вопрос «Охарактеризуй, пожалуйста, свои отношения с родителями (взаимоотношения в твоей семье)» распределились следующим образом: «тёплые, близкие» (61,5% юношей и 58% девушек), «сдержанно-тёплые» (24,8% юношей и 30,6% девушек), «равнодушные» (7,0% юношей и 3,8% девушек), «равнодушно-неприятные» (0,5% юношей и 1,1% девушек), «частые ссоры, скандалы» (4% юношей и 5,2% девушек). Не ответили на вопрос около 2% юношей и около 1% девушек.

Влияние отношений с родителями (взаимоотношений в семье подростка) на его психологическое благополучие подтверждено результатами ранее проведенных исследований и не требует дополнительного подтверждения [11; 16]. При разработке технологии оценки результатов опроса выбор подростком вариантов ответа «Равнодушные», «Равнодушно-неприятные», «Частые ссоры, скандалы» на вопрос «Охарактеризуй, пожалуйста, свои отношения с родителями (взаимоотношения в твоей семье)», учтён при расчёте уровня фактора F8 Риск развития кризисных психологических состояний как минус 1 балл, минус 2 балла, минус 3 балла, соответственно.

Пол как фактор качества жизни подростка, связанного с репродуктивным здоровьем

Пол относится к биологическим немодифицируемым факторам. Его учёт в технологии оценки качества жизни определён значимым влиянием гендерной составляющей на некоторые факторы качества жизни, связанного со здоровьем.

Наиболее значимое влияние гендерного фактора выявлено для такого компонента, как *медико-гигиеническая грамотность подростка (знания о репродуктивном здоровье, F2)*. Так, установлено, что мальчики значимо чаще прибегают к неадекватным источникам информации о репродуктивном здоровье в сравнении с девочками (таблица 6).

Таблица 6 – Гендерные различия между подростками в частоте использования источников информации по вопросам репродуктивного здоровья

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

Другие источники информации используют 8% мальчиков и 3,2% девочек ($p=0,58$). Мальчики указывают на такие источники, как «видео», «Интернет», «порнофильмы», «лучший друг»; среди ответов девочек преобладают такие как «Интернет», Центр «Надежда», «видео», а также «меня это не интересует».

Подростки в целом, и прежде всего мальчики, выбирают неадекватные источники медицинской информации и являются группой риска низкой медико-гигиенической грамотности.

Мужской пол учитывается в технологии расчёта уровня фактора F2 Самооценка знаний о репродуктивном здоровье как минус 1 балл.

Таким образом, разработанная нами методика имеет

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

Литература

1. Альбицкий, В.Ю. Новый подход в комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. - №5. – С.16 – 17.
2. Афанасьева, Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. - №1. – С.36 –38.
3. Бахадова, Е.В. Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни. – [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 06.03.2009.
4. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье от 9 июля 1999 года // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, последние изменения: Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2012 г., № 9, 2/1894.
5. Консультирование подростков и молодёжи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и средн. мед. персонала / Н.Е.Акола [и др.]; редкол.

Е.М.Русакова [и др.]; предисл. Е.Л.Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. – Минск: АЛЬТИОРА, 2011. – 258 с.

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

7. Медик, В.А. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения / В.А. Медик, М.С. Токмачёв // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. - №6. – С.17 – 20.

8. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 – 2015 гг. / Указ Президента Республики Беларусь №357 от 11 августа 2011 г.; от 12 сентября 2012 г. №406.

9. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / А.А.Баранов [и др.]. – М.: Гэотар Медиа, 2006. – 118 с.

10. Огрызко-Вевюровский, Г. Версии вопроса при исследовании общественного мнения / Г.Огрызко-Вевюровский // Социологические исследования. – 2003. - №6. – С.96 – 100.

11. Петрова, О.Ю. Влияние родительских практик на благополучие детей / О.Ю. Петрова // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С.3469 – 3476.

12. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. №218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012 – 2016 гг.».

13. Севковская, З.А. Молодёжь Беларуси на пороге третьего тысячелетия / З.А. Севковская. - Мн.: Принткорп, 2002. – 128 с.

14. Сурмач, М.Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков / М.Ю.Сурмач. Е.М.Тищенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №4. – С.62 – 67.

15. Туаева, И.Ш. Гигиеническая характеристика режима ночного сна подростков / И.Ш. Туаева, О.И. Янушанец // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. - №2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals//46/> – Дата доступа: 01.12.2012.

16. Шматкова, И.В. Взаимосвязь эмоционального благополучия детей раннего возраста и материнской позиции: автореф. ...дис. кандидата психологических наук: 19.00.13 / И.В. Шматкова; «БГПУ им. Максима Танка». – Минск, 2012. – 27 с.

17. Kochman, D. Jakosc zycia. Analiza teoretyczna /D. Kochman // Zdr Publ. – 2007. – 117 (2). – P. 242-248.

18. Trojanowska, A. Znaczenie badan nad jakoscia zycia w medycynie / A. Trojanowska // Zdr Publ. – 2011. – 121 (1). – P. 99-103.

Глава 5

Популяционные показатели связанного со здоровьем качества жизни подростков 15–18 лет

Для того чтобы определить популяционные показатели качества жизни, связанного со здоровьем, и наиболее актуальные в современных условиях медико-организационные факторы здоровья подростков, нами был выполнен опрос популяционной выборки 15–18-летних подростков [4]. Выборочная совокупность подростков, репрезентативно отражающая генеральную совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь, материалы опроса которой включены в дальнейший анализ, составила 949 человек: 463 девушки и 486 юношей [Приложение 2].

Опрос проведен в организациях здравоохранения, осуществляющих медицинское обслуживание лиц соответствующей возрастной категории, весной 2010 г. с помощью курсантов кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования (курс № 396, «Организация здравоохранения», очная форма обучения), на основе добровольного согласия интервьюеров и опрашиваемых, с предварительным устным инструктажем и раздачей кратких письменных рекомендаций относительно методики проведения опроса. Инструктаж включал разъяснение этических и психологических аспектов сбора данных: важности соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии, создания благоприятной психологической атмосферы при общении с подростком, доступного изложения респонденту задач и актуальности исследования, помощи в объяснении правил заполнения анкеты.

Полученные данные позволили впервые определить *популяционные показатели связанного со здоровьем качества жизни подростков 15–18 лет в Республике Беларусь*. Материалы опроса обработаны при помощи программы

STATISTICA 10,0. Опрос и обработка результатов проводились в период разработки компьютерного варианта методики, потому для обоснования популяционных норм качества жизни 15–18-летних подростков применен ручной способ оценки «Методики оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков» [Приложение 1]. Индивидуальные баллы по каждому фактору суммировались и делились на количество единиц наблюдения. Таким образом, выведены усреднённые индивидуальные баллы F инд. усред., использованные далее в расчёте индексов факторов индивидуальных усреднённых If инд. усредн. и их оценке, усреднённого индекса качества жизни, связанного со здоровьем, и его оценке. Таким образом, дано заключение по итогам оценки качества жизни, связанного со здоровьем, которое включает: оценку качества жизни, оценку уровня каждого фактора, форму коррекции для каждого фактора, конкретные рекомендации, прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов. Поскольку результаты оценки имели гендерную специфику, заключение дано отдельно для мальчиков и девочек.

Конкретные статистические данные по расчёту каждого фактора следующие.

Самооценка здоровья (F1)

Большинство опрошенных подростков оценили собственное здоровье как «хорошее» (4 балла при оценке по 5-балльной системе). Распределение ответов оказалось следующим: «плохое» (1 балл) – 2,3%; «удовлетворительное» (2 балла) – 17,8%; «ближе к хорошему» (3 балла) – 21,2%; «хорошее» (4 балла) – 40%; «отличное» (5 баллов) – 18%. Менее 1% подростков не ответили на вопрос о самооценке здоровья. При этом средняя оценка у мальчиков составила $3,76 \pm 0,046$ баллов, у девочек – $3,3 \pm 0,049$ баллов (различия достоверны, $t = 6,8$, $p < 0,0001$).

$F1$ инд. усредн. = 7 баллов у мальчиков. $F1$ инд. усредн. = 5 баллов у девочек.

$(F1/F1 \text{ макс}) \times 100 = If1 \text{ усредн.} = 700/10 = 70$ у мальчиков, выше среднего.

$(F1/F1 \text{ макс}) \times 100 = If1 \text{ усредн.} = 500/10 = 50$ у девочек, средний.

Самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2)

На вопрос о том, знает ли подросток, что такое репродуктивное здоровье, почти половина подростков (48%) ответили утвердительно (41,6% мальчиков и 50,8% девочек, $\chi^2=2,98$, $p=0,08$); по 25,8% подростков указали, что не знают, что такое репродуктивное здоровье (29,2% мальчиков и 22,2% девочек, $\chi^2 = 0,18$, $p = 0,66$), 28,8% – не уверены в своих знаниях.

Считают свои знания о репродуктивном здоровье достаточными 29,1% подростков (26,1% мальчиков и 32,2% девочек, $\chi^2 = 2,31$, $p = 0,12$), недостаточными – 22% (24,3% мальчиков и 19,7% девочек). Каждый третий подросток (34% мальчиков и 32,4% девочек) затрудняется оценить свои знания о репродуктивном здоровье.

F2 инд. усредн. = 7 баллов мальчики, F2 инд. усредн. = 9 баллов девочки.

$(F2/ F2 \text{ макс}) \times 100 = If2 = 700/12 = 58,3$ у мальчиков, средний.

$(F2/ F2 \text{ макс}) \times 100 = If2 = 900/12 = 75$ у девочек, выше среднего.

Самооценка полноценности питания (F3)

При самооценке подростками полноценности питания установлено, что около 1,5% подростков (0,8% мальчиков и 1,9% девочек) оценивают его как плохое, ещё 12,2% (7,4% мальчиков и 17,3% девочек) как удовлетворительное (рисунок 12). В целом доля девочек, дающих низкую оценку своему питанию, оказалась выше доли мальчиков в 2,34 раза. Считают, что состояние их питания «ближе к хорошему» (3 балла по 5-балльной системе) 13,8% мальчиков и 21,6% девочек. Оценивают свой рацион питания на «хорошо» 42% мальчиков и 38,9% девочек. Считают своё питание «отличным» 35,8% мальчиков и 19,9% девочек ($\chi^2=16,9$, $p=0,00001$). Среднее значение самооценки полноценности питания (по 5-балльной системе) составило у мальчиков $4,05 \pm 0,042$, у девочек – $3,58 \pm 0,049$ баллов ($t=7,2$, $p < 0,0001$).

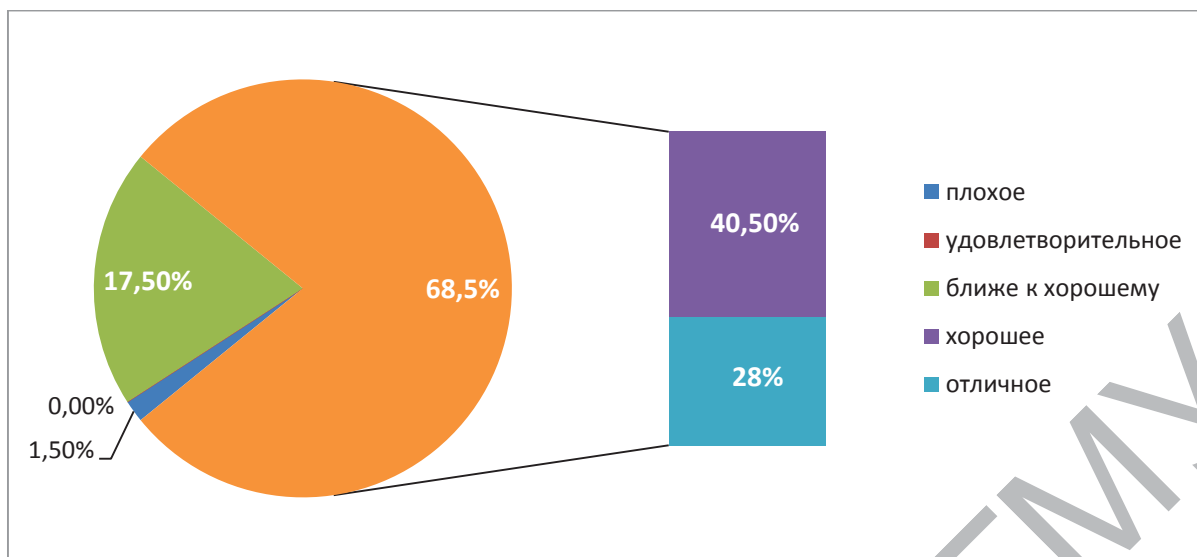


Рисунок 12 – Самооценка подростками полноценности питания

F3 инд. усредн. = 6 баллов мальчики, F3 инд. усредн. = 4 балла девочки.

$(F3/F3 \text{ макс}) \times 100 = If3 = 600/8 = 75$ у мальчиков, выше среднего.

$(F3/F3 \text{ макс}) \times 100 = If3 = 400/8 = 50$ у девочек, средний.

Физическая активность (F4)

О физической активности подростков можно судить по частоте занятий физической культурой, которая, согласно ответам подростков, составила: «Ежедневно» – 23,6%, «Часто» – 37,4%, «Иногда» – 36,4%, «Никогда» – 2,2%.

Ежедневно занимаются физической культурой 31,07% мальчиков и 16% девочек ($\chi^2=18,5$, $p=0,00001$), «Часто» – 43,4% мальчиков и 31,1% девочек ($\chi^2=7,02$, $p=0,008$), «Иногда» – 24,07% мальчиков и 42,3% девочек ($\chi^2=30,4$, $p=0,00001$), «Никогда» – 1% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2=6,17$, $p=0,01$).

F4 инд. усредн. = 8 баллов мальчики, F4 инд. усредн. = 5 баллов девочки.

$(F4/ F4 \text{ макс}) \times 100 = If4 = 800/9 = 89$ у мальчиков, высокий.

$(F4/ F4 \text{ макс}) \times 100 = If4 = 500/9 = 56$ у девочек, средний.

Продолжительность сна (F5)

Сон 4% подростков выборочной совокупности длится 5 и менее часов в сутки, 12,2% – 6 часов, 26,2% – 7 часов, 28,9% – 8

часов, 14,1% – 9 часов. Около 14% подростков указали, что спят 10 часов в день и более (рисунок 13). Средняя продолжительность ночного сна у мальчиков составила 7,86 часа, у девочек – 7,77 часа (критерий равенства дисперсий Ливиня $F=0,336$, критерий Стьюдента $t=0,9$, $p=0,37$).

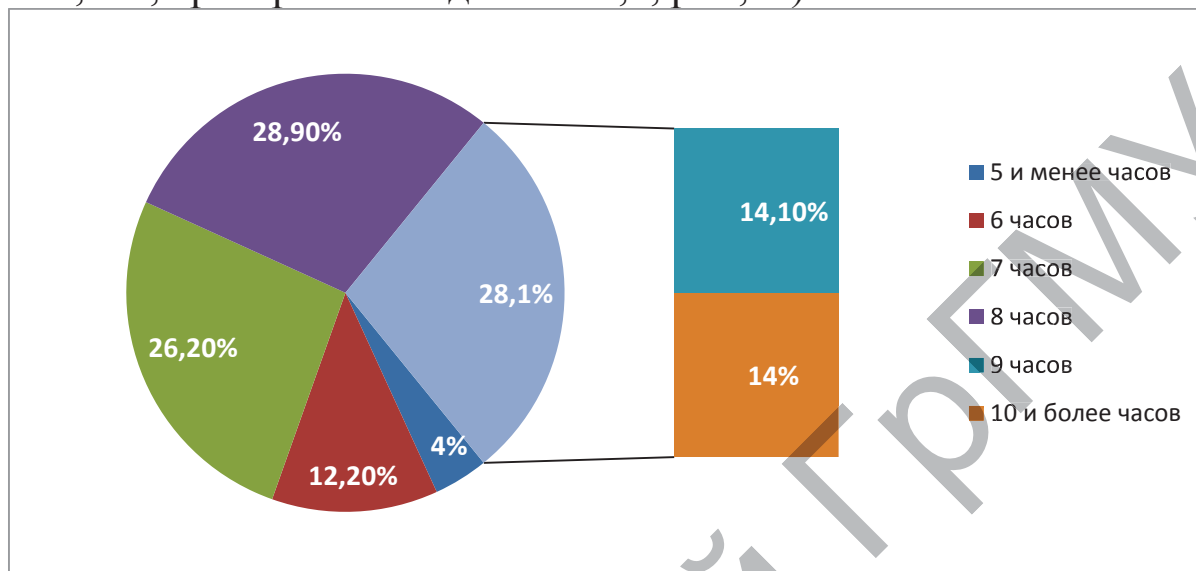


Рисунок 13 – Продолжительность ночного сна белорусских подростков

F5 инд. усредн. = 8 баллов

$(F5 / F5 \text{ макс}) \times 100 = If5 = 800/10 = 80$, высокий

Риск приобщения к психоактивным веществам (F6)

Почти каждый пятый (19,5%) подросток указал, что курит (22% мальчиков и 16,8% девочек, $\chi^2=2,72$, $p=0,098$). Наибольшее количество выкуриваемых в день сигарет, согласно ответам, составляет 25. Чаще подростки выкуривают от 2 до 5 (34% курящих подростков), либо 10–15 (20,5% курящих подростков) сигарет в день.

F 6.1 инд. усредн. = 5 баллов.

На вопрос «Употреблял(а) ли ты когда-либо сознательно, по своему желанию, алкогольные напитки?» положительно ответили 70,8% подростков (67,1% мальчиков и 74,7% девочек, $\chi^2=1,15$, $p=0,28$), 1,4% подростков на вопрос не ответили.

Состояние алкогольного опьянения испытывали половина (50,6%) опрошенных.

Слабоалкогольные (менее 20 градусов крепости) напитки не употребляют 28,9% подростков (31,07% мальчиков и 26,6% девочек ($\chi^2=1,29$, $p=0,3$)). Употребляют 1 раз в неделю и чаще 4%

подростков (4,5% мальчиков и 3,5% девочек), несколько раз в месяц – 18,4% (21,6% мальчиков и 15,1% девочек), несколько раз в полгода – 21,1% (19,7% мальчиков и 22,5% девочек, $\chi^2=0,7$, $p=0,4$), раз в полгода и реже – 23,3% (19,7% мальчиков и 27% девочек, $\chi^2=4,33$, $p=0,037$; рисунок 14).

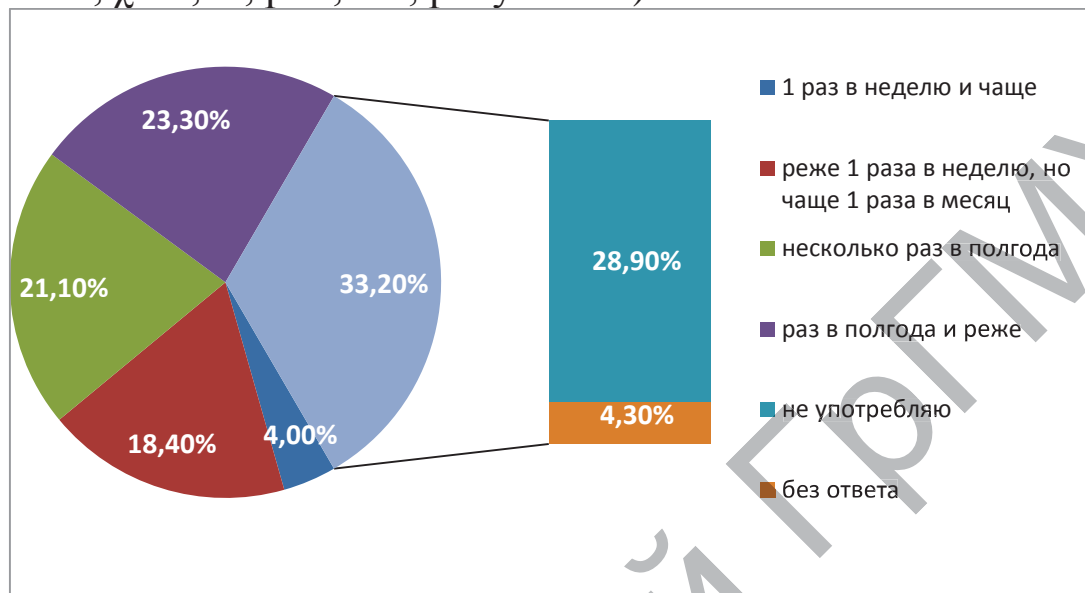


Рисунок 14 – Употребление подростками алкогольных напитков крепостью 20 градусов и менее

Крепкие (более 20 градусов крепости) алкогольные напитки не употребляют 46,7% мальчиков и 46% девочек. Употребляют несколько раз в неделю около 1,6% мальчиков и 1,08% девочек, несколько раз в месяц 8,85% мальчиков и 4,5% девочек ($\chi^2=6,1$, $p=0,01$), несколько раз в полгода 13,6% мальчиков и 11,4% девочек, раз в полгода и реже 18,1% мальчиков и 20,7% девочек.

Почти 16,1% подростков (17,9% мальчиков и 14,3% девочек, $\chi^2=1,7$, $p=0,2$) ответили, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества.

Пробовали наркотики 7,2% девушек и 12,5% юношей 19–24 лет, 7,4% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2=6,4$, $p=0,01$) 15–18 лет (около 5,5% опрошенных этого возраста).

F6. 2 инд. усредн. = 7 баллов.

F6. 3 инд. усредн. = 3,5 балла.

F6 инд. усредн. = 15,5 балла

$(F6 / F6 \text{ макс}) \times 100 = If6 = 1550/20 = 76$ Высокий

Риск опасного сексуального поведения (F7)

Наличие опыта половых отношений подтвердили 31,2%

опрошенных (39,09% мальчиков и 22,9% девочек, $\chi^2=15,3$, $p=0,0001$).

Около 17% подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии опыта половой жизни, не используют средства, предохраняющие от наступления беременности. Около 60,8% указали, какие именно средства (методы) контрацепции они используют. Остальные не ответили на вопрос о контрацепции.

На вопрос: «Была ли у тебя (твоей девушки) беременность?», положительно ответили 1,8% респондентов 15–18 лет (17 из 949). У 53,0% беременность закончилась родами, у 29,4% – искусственным абортom, у 17,6% – самопроизвольным прерыванием.

В возрастной группе 15–18 лет около 8,7% ответили положительно на вопрос о наличии случайных половых связей.

F7 инд. усредн. = 14 баллов девочки.

F7 инд. усредн. = 13 баллов мальчики.

$(F7/F7 \text{ макс}) \times 100 = If7 = 1400/15 = 93$ у девочек, высокий.

$(F7/F7 \text{ макс}) \times 100 = If7 = 1300/15 = 87$ у мальчиков, высокий.

Риск развития кризисных психологических состояний (F8)

Психическое здоровье подростков, их психоэмоциональное состояние характеризует частота ссор с окружающими, негативных и позитивных эмоций, плохого и хорошего настроения (рисунок 15).

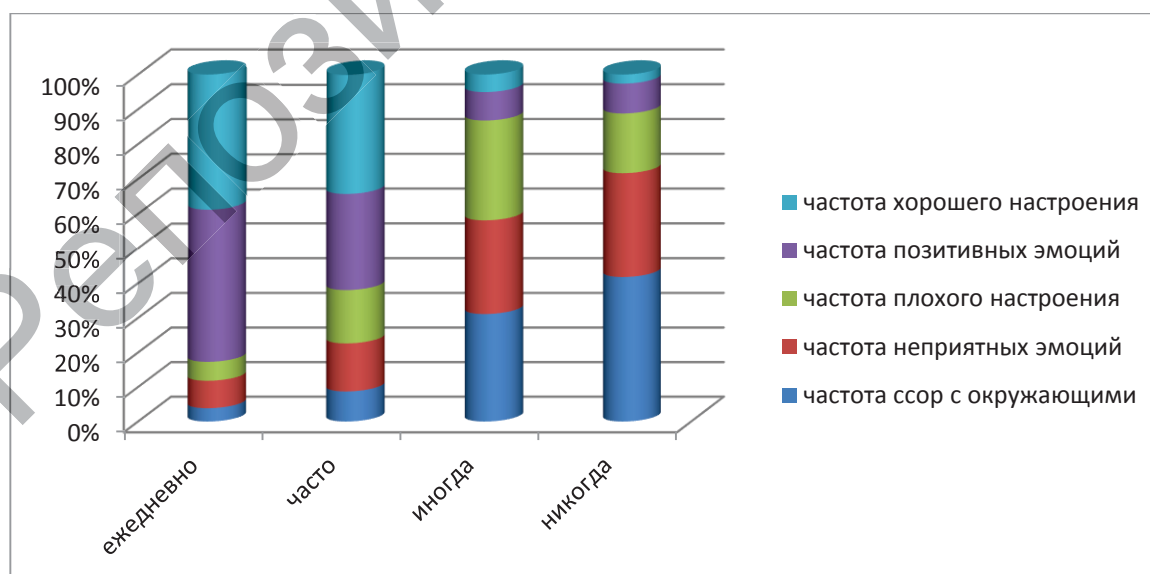


Рисунок 15 – Частота ссор с окружающими, негативных и позитивных эмоций, плохого и хорошего настроения белорусских подростков

Рисунок 15 наглядно представляет в целом положительное психоэмоциональное состояние подростков: большие части столбцов «ежедневно» и «часто» заполнены хорошим настроением и позитивными эмоциями.

Ежедневно ссорятся с окружающими 3,1% подростков (2,7% мальчиков и 3,7% девочек), часто – 13,4% (10,08 и 16,8%, соответственно, $\chi^2=7,15$, $p=0,0075$); никогда не ссорятся с окружающими 11,2% подростков (15% мальчиков и 8,9% девочек, $\chi^2=11,17$, $p=0,0008$).

Ежедневно испытывают неприятные эмоции 6,4% (3,9% мальчиков и 9,5% девочек, $\chi^2=10,5$, $p=0,0012$), часто – 21,4% (17,08% мальчиков и 25,9% девочек, $\chi^2=6,76$, $p=0,0093$); никогда не испытывают неприятных эмоций 8% подростков (10,5% мальчиков и 5,4% девочек, $\chi^2=7,13$, $p=0,0076$).

Никогда не бывают в плохом настроении 4,6% подростков (6,17% мальчиков и 3% девочек, $\chi^2=4,85$, $p=0,0276$); бывают в плохом настроении ежедневно 4,1% мальчиков и 4,8% девочек, часто – 23,7% (17,08% мальчиков и 30,7% девочек, $\chi^2=14,9$, $p=0,0001$).

Таким образом, девочки несколько чаще отмечают плохое настроение и негативные эмоции, чаще ссорятся с окружающими в сравнении с мальчиками.

В то же время 34,15% мальчиков и 36,5% девочек ($\chi^2=0,27$, $p=0,6$) ежедневно испытывают положительные эмоции. Около 42,5% подростков ответили, что часто испытывают положительные эмоции, 18,8% – иногда, около 2,3% – никогда; 39,7% мальчиков и 45,36% девочек ($\chi^2=1,25$, $p=0,26$) – часто, 34% мальчиков и 28,3% девочек ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$) ежедневно бывают в хорошем настроении.

Несмотря на в целом положительный эмоциональный фон, почти каждый пятый (18,8%) подросток отмечает, что сталкивался с ситуацией, когда он/она был/была готов(а) покончить с собой от отчаяния. При этом ярко проявляются гендерные различия: на наличие кризисной ситуации указали 8,8% мальчиков и 29,16% девочек ($\chi^2=44,05$, $p=0,0001$).

Девочки F8 инд. усредн. = 15 баллов.

Мальчики F8 инд. усредн. = 18 баллов.

$(F8 / F8 \text{ макс}) \times 100 = If8 = 1500/21 = 71$ у девочек, выше среднего.

$(F8 / F8 \text{ макс}) \times 100 = If8 = 180/21 = 86$ у мальчиков, высокий.

Самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9)

На вопрос: «Как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье?», ответы распределились от «0» (3,9% опрошенных) до «6» (0,1%). Наибольшая часть подростков (61,8%) ответили – «2 детей», каждый пятый – «1 ребёнок». Среднее значение составило $1,88 \pm 0,7$ ($M \pm SD$) детей. Анализ ответов на вопрос: «Какое количество детей в семье является идеальным», показал, что для 76,3% это 2 детей и менее. Среднее значение составило $2,17 \pm 0,83$ ($M \pm SD$) ребёнка (таблица 7).

Таблица 7 – Планируемое и идеальное число детей, ответы подростков 15–18 лет

Репродуктивная установка, количество детей	Планируемое число детей		Идеальное число детей	
	Чел.	%	Чел.	%
0	36	3,8	15	1,6
1	190	20,0	83	8,7
2	566	59,6	604	63,6
3	101	10,6	191	20,1
4	14	1,5	13	1,4
5	8	0,8	10	1,1
6	1	0,1	0	0
8	0	0	2	0,2
10	0	0	2	0,2
Итого	916	96,5	920	96,9
Пропущенные	33	3,5	29	3,1
Итого	949	100,0	949	100,0

Несовпадение репродуктивных установок на идеальное и планируемое количество детей в семье наблюдается в ответах 35,8% подростков.

Большинство (88,3%) респондентов считают, что у них будет возможность иметь полноценную семью; каждый десятый не уверен в этом.

Положительно оценивают возможность реализации жизненных планов 68,7% подростков; 29% затруднились с ответом; 2% ответили отрицательно. Основные причины неуверенности – «особенности характера», «материальное положение»; реже подростки указывают на ощущение преграды

со стороны родителей. В целом наличие преграды в реализации жизненных планов отмечают 30,7% подростков.

F9 инд. усредн. = 6 баллов.

$(F9 / F9 \text{ макс}) \times 100 = If9 = 600/7 = 86$, высокий.

Оценка обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья (F10)

На вопрос о том, организовывались ли в школе беседы с врачами – гинекологом (хирургом, урологом), – положительно ответили 49,6% подростков.

Самостоятельно когда-либо посещали гинеколога либо уролога около 35,7% опрошенных (20,1% мальчиков и 52,05% девочек, $\chi^2=50,13$, $p=0,0001$).

Наличие «проблем медицинского характера, связанных с половой сферой», отмечали 9% подростков (7,4% мальчиков и 10,6% девочек, $\chi^2=2,45$, $p=0,12$).

Профилактический осмотр репродуктивной системы (гинеколог, хирург) у 50,9% опрошенных отсутствовал.

Процедура у 36% состояла только из осмотра репродуктивной системы, у 32% – из «осмотра врачом и ответов на вопросы врача», у 15% включала «осмотр врачом, ответы на вопросы врача и профилактическую беседу». Почти каждый десятый подросток указал, что профилактический осмотр гинекологом (хирургом, урологом) включал «только ответы на вопросы врача».

Только 11,3% опрошенных (11,9% мальчиков и 10,6% девочек) обращаются за медицинской помощью сразу при недомогании. Большинство (48,7%, 44,2% мальчиков и 53,3% девочек, $\chi^2=2,72$, $p=0,099$) обращаются к врачу, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют; почти четверть – только в случае тяжёлой болезни (24,4%, 26,1% мальчиков и 22,7% девочек, $\chi^2=0,93$, $p=0,33$). Обращаются за медицинской помощью только когда нужно освобождение от занятий (работы) 7,5% подростков. Почти 5,6% к врачам по своей инициативе не обращаются, но проходят обязательные диспансерные обследования. Почти 1,2% к врачам никогда не обращаются.

О возможности получения медицинской помощи в Центрах дружественного отношения к подростку информированы 31,07%

мальчиков и 46,2% девочек ($\chi^2=10,22$, $p=0,0014$).

Обращались в один из таких Центров 1,6% мальчиков и 4,8% девочек ($\chi^2=7,01$, $p=0,008$). Большинство – чтобы получить консультацию либо пройти профилактический осмотр, реже – пройти обследование и лечение. В единичных ответах обращение в медицинский центр доброжелательного отношения к подростку было обусловлено возможной беременностью.

Мальчики F10 инд. усредн. = 12 баллов.

Девочки F10 инд. усредн. = 13 баллов.

$(F10/ F10 \text{ макс}) \times 100 = If10 = 1200/20 = 60$ у мальчиков, средний.

$(F10/F10 \text{ макс}) \times 100 = If10 = 1300/20 = 65$ у девочек, выше среднего.

Социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное со здоровьем (F11)

Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях (рисунок 16). Второе место занимает неполная семья «с мамой». Примерно равные доли подростков воспитываются в неполных семьях «с папой», «с бабушкой/дедушкой», чуть больше ответов «с мамой и отчимом». В числе других названных подростками форм семей такие, как «то с мамой, то с папой», «с папой и бабушкой», «с опекуном», а также с другими родственниками («с братом», «с тётёй», «с семьёй сестры»). Единичные ответы – «сирота».

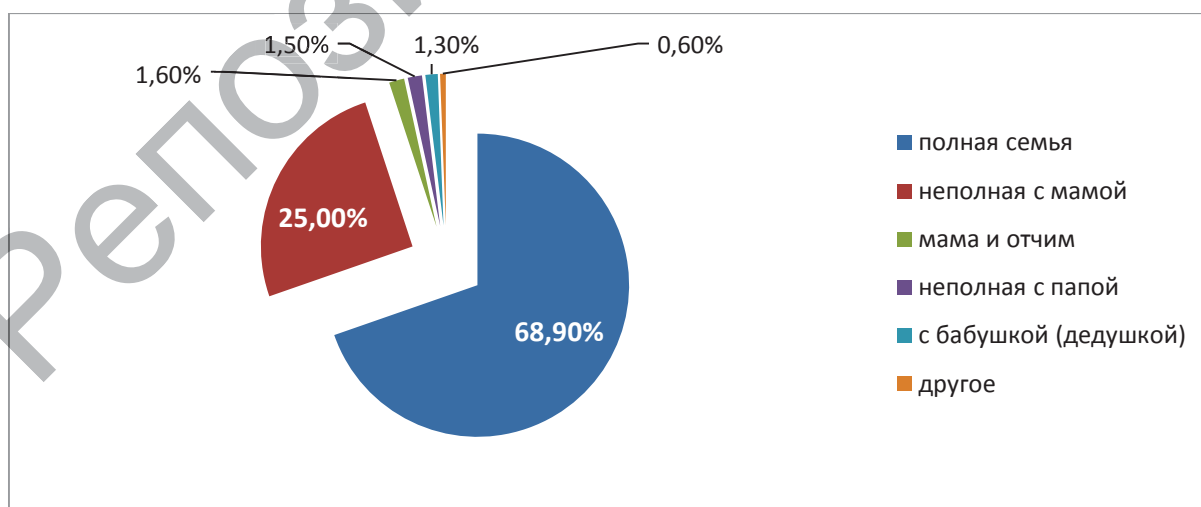


Рисунок 16 – Состав семей, в которых воспитываются подростки

Результаты анализа самооценки материального положения семьи, в которой воспитывается подросток, показали, что большинство опрошенных считают его «хорошим» (45,1%) или «средним» (37,7%). Каждый двенадцатый подросток утверждает, что положение его семьи «трудное» (4,5%), «очень трудное» (менее 1%), либо затрудняется с оценкой (3,5%); в то же время каждый двенадцатый (8,3%) оценивает материальное положение своей семьи как «очень хорошее» (рисунок 17).

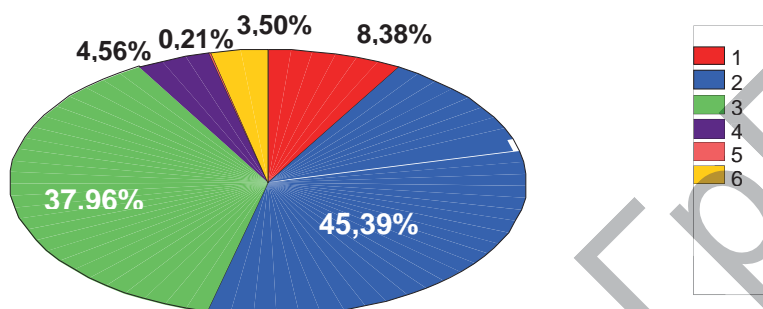


Рисунок 17 – Самооценка материального положения семьи подростком.
Обозначения на рисунке: 1 – «очень хорошее», 2 – «хорошее»,
3 – «среднее», 4 – «трудное», 5 – «очень трудное», 6 – «не могу оценить»

Около 3,8% подростков не ответили на вопрос об образовании матери, 18,5% – на вопрос об образовании отца (рисунок 18).

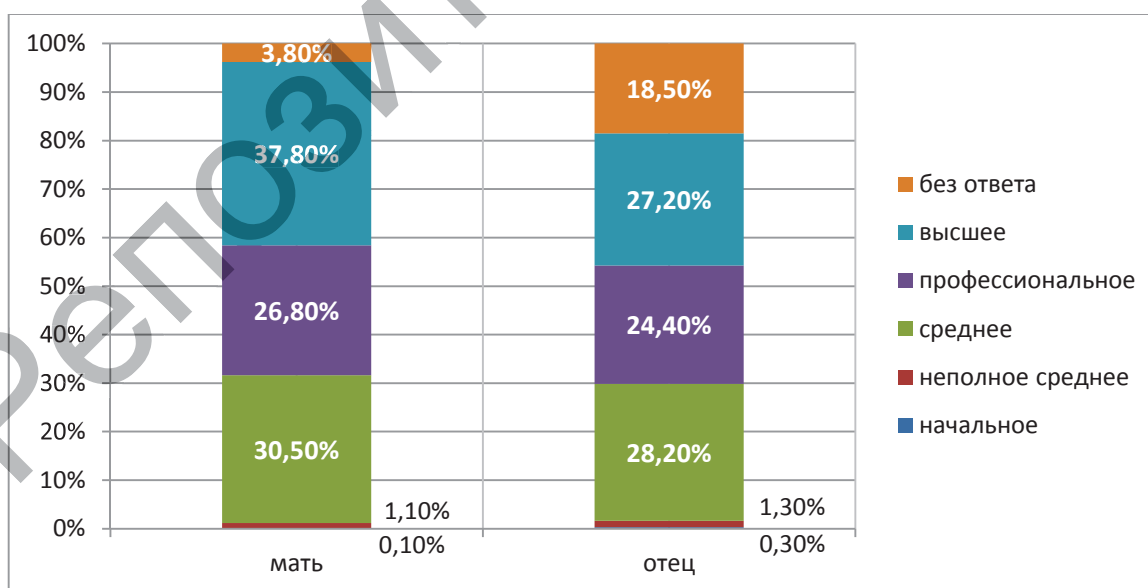


Рисунок 18 – Образование родителей опрошенных подростков

Психологические взаимоотношения подростка с родителями отражены в таблице 8.

Таблица 8 – Психологические взаимоотношения в семьях, где воспитываются подростки

Характер взаимоотношений	Девочки, %	Мальчики, %
Тёплые, близкие	58,0	61,5
Сдержанно-тёплые	30,6	24,8
Равнодушные	3,8	7,0
Равнодушно-неприятные	1,1	0,5
Частые ссоры, скандалы	5,2	4,0
Без ответа	1,3	2,2
Итого	100,0%	100,0%

Распределение подростков в возрасте 15–18 лет по полу: доля девочек составляет около 48,8%, мальчиков – 51,2%.

F11 инд. усредн. = 19 баллов.

$(F11/F11 \text{ макс}) \times 100 = If11 = 1900/24 = 79$, высокий.

Сумма индивидуальных усреднённых баллов по факторам (Σ инд. усредн.) = 119,5 у мальчиков.

Сумма индивидуальных усреднённых баллов по факторам (Σ инд. усредн.) = 113,5 у девочек.

Индивидуальный усреднённый индекс качества жизни, связанного со здоровьем, I инд. усредн. = $(\Sigma \text{ инд. усредн.} / \Sigma \text{ макс}) \times 100$.

I инд. усредн. = $11950/156 = 77$ у мальчиков, высокий;

I инд. усредн. = $11350/156 = 73$ у девочек, выше среднего.

Итак, популяционный уровень качества жизни 15–18-летних подростков, связанный со здоровьем, соответствует высокому уровню у мальчиков (таблица 9) и выше среднего уровня у девочек (таблица 10).

Таблица 9 – Покомпонентная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, форма и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий у мальчиков

Фактор	Уровень фактора качества жизни	Форма коррекции (F2 – F10)	Содержание Мероприятий
Самооценка здоровья (F1)	Выше среднего	Коррекция возможна при изменении факторов F2, F10 со средним уровнем оценки на более высокий уровень	
Самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2)	Средний	Срочная, корректирующие (предупреждающие) мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	Консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога) либо беседа среднего медицинского работника
Самооценка полноценности питания (F3)	Выше среднего	Плановая: корректирующие (предупреждающие) мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца после проведения исследования с последующим контролем исследования в динамике	Консультация врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового либо среднего медицинского работника
Физическая активность (F4)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового либо среднего медицинского работника При уровне фактора ниже среднего – консультация психолога
Продолжительность сна (F5)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового либо среднего медицинского работника
Риск приобщения к психоактивным веществам (F6)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике,	Консультация психолога (врача-педиатра участкового, врача

Фактор	Уровень фактора качества жизни	Форма коррекции (F2 – F10)	Содержание Мероприятий
		корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	терапевта-подросткового), либо среднего медицинского работника с навыками психологического консультирования
Риск опасного сексуального поведения (F7)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога) либо беседа среднего медицинского работника
Риск развития кризисных психологических состояний (F8)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация психолога (врача-педиатра), либо среднего медицинского работника с навыками психологического консультирования
Самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация психолога (врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового), либо среднего медицинского работника с навыками психологического консультирования
Оценка обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья (F10)	Средний	Срочная, корректирующие (предупреждающие) мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	Консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога), врача педиатра участкового (терапевта подросткового), либо беседа среднего медицинского работника
Социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11)	Высокий	Коррекция медико-организационными мерами не осуществляется.	

Прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов у мальчиков: оптимальный.

Таблица 10 – Покомпонентная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, форма и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий у девочек

Фактор	Уровень фактора качества жизни	Форма коррекции (F2 – F10)	Содержание мероприятий
Самооценка здоровья (F1)	Средний	Коррекция возможна при изменении факторов F3, F4 со средним уровнем оценки на более высокий уровень	
Самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2)	Выше среднего	Плановая: корректирующие (предупреждающие) мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца после проведения исследования с последующим контролем исследования в динамике	Консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога) либо беседа среднего медицинского работника
Самооценка полноценности питания (F3)	Средний	Срочная, корректирующие (предупреждающие) мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	Консультация врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового либо среднего медицинского работника
Физическая активность (F4)	Средний	Срочная, корректирующие (предупреждающие) мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	Консультация врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового либо среднего медицинского работника
Продолжительность сна (F5)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового либо среднего медицинского работника
Риск приобщения к психоактивным веществам (F6)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию	Консультация психолога (врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового), либо среднего

Фактор	Уровень фактора качества жизни	Форма коррекции (F2 – F10)	Содержание мероприятий
		подростка	медицинского работника с навыками психологического консультирования
Риск опасного сексуального поведения (F7)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога) либо беседа среднего медицинского работника
Риск развития кризисных психологических состояний (F8)	Выше среднего	Плановая: корректирующие (предупреждающие) мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца после проведения исследования с последующим контролем исследования в динамике	Консультация психолога (врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового), либо среднего медицинского работника с навыками психологического консультирования
Самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9)	Высокий	Предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	Консультация психолога (врача-педиатра участкового, врача терапевта-подросткового), либо среднего медицинского работника с навыками психологического консультирования
Оценка обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья (F10)	Выше среднего	Плановая: корректирующие (предупреждающие) мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца после проведения исследования с последующим контролем исследования в динамике	Консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога), врача педиатра участкового (терапевта подросткового), либо беседа среднего медицинского работника
Социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11)	Высокий	Коррекция медико-организационными мерами не осуществляется.	

Прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов у девочек: оптимальный.

Таким образом, к **зонам риска, требующим срочной коррекции, у мальчиков** следует отнести зону медико-гигиенической грамотности, а также зону обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья. В обоих указанных компонентах уровень фактора качества жизни, связанного со здоровьем, средний.

У **девочек** коррекция востребована в факторах полноценности питания и физической активности.

Плановая коррекция у мальчиков требуется по фактору полноценности питания, у **девочек** – факторам медико-гигиенической грамотности, риска кризисных психологических состояний, обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья.

Состояние социальных факторов, влияющих на качество жизни, связанное со здоровьем, свидетельствует о том, что **прогноз успешности мер** по оптимизации состояния модифицируемых факторов у подростков оптимальный.

Полученные нами популяционные показатели связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков установлены впервые. Аналогов предлагаемой нами методике нет. Следовательно, нет пока возможности сравнения и сопоставления результатов. Единственным подобного рода исследованием, проводимым в Беларуси, была работа ассистента кафедры гигиены и медицинской экологии БелМАПО И.В.Мащенко [2]. Авторы отталкивались от определения ВОЗ, согласно которому «качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются». Из этого определения следует, что сущность качества жизни имеет социально-психологическую природу и заключается в оценке индивидом собственной удовлетворенности разными аспектами своей жизни в социуме относительно тех своих психологических особенностей, которые связаны с уровнем запросов. Данный принцип определения качества жизни применен и нами при определении связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков.

И.В.Машенко разработана модель оценки индивидуального качества жизни, основанная на использовании индексов типа отношений (рисунок 19). Каждый индекс является отношением удовлетворенности определенным аспектом жизни к соответствующему уровню психологических притязаний. Сумма значений индексов рассчитывалась авторами как показатель качества жизни (КЖ).

Поскольку данный метод [2] пригоден для сравнительного анализа с разработанной нами методикой, остановимся на нём подробнее.

Метод оценки индивидуального КЖ был апробирован авторами в рамках исследования психогигиенического статуса подростков на основе выборочного несплошного однократного обследования, в которое были включены 740 подростков г.Минска и г.Молодечно Минской области в возрасте 14–18 лет, из них 391 девочка (52%) и 349 мальчиков (48%). Средний возраст респондентов составил 15,8 года.

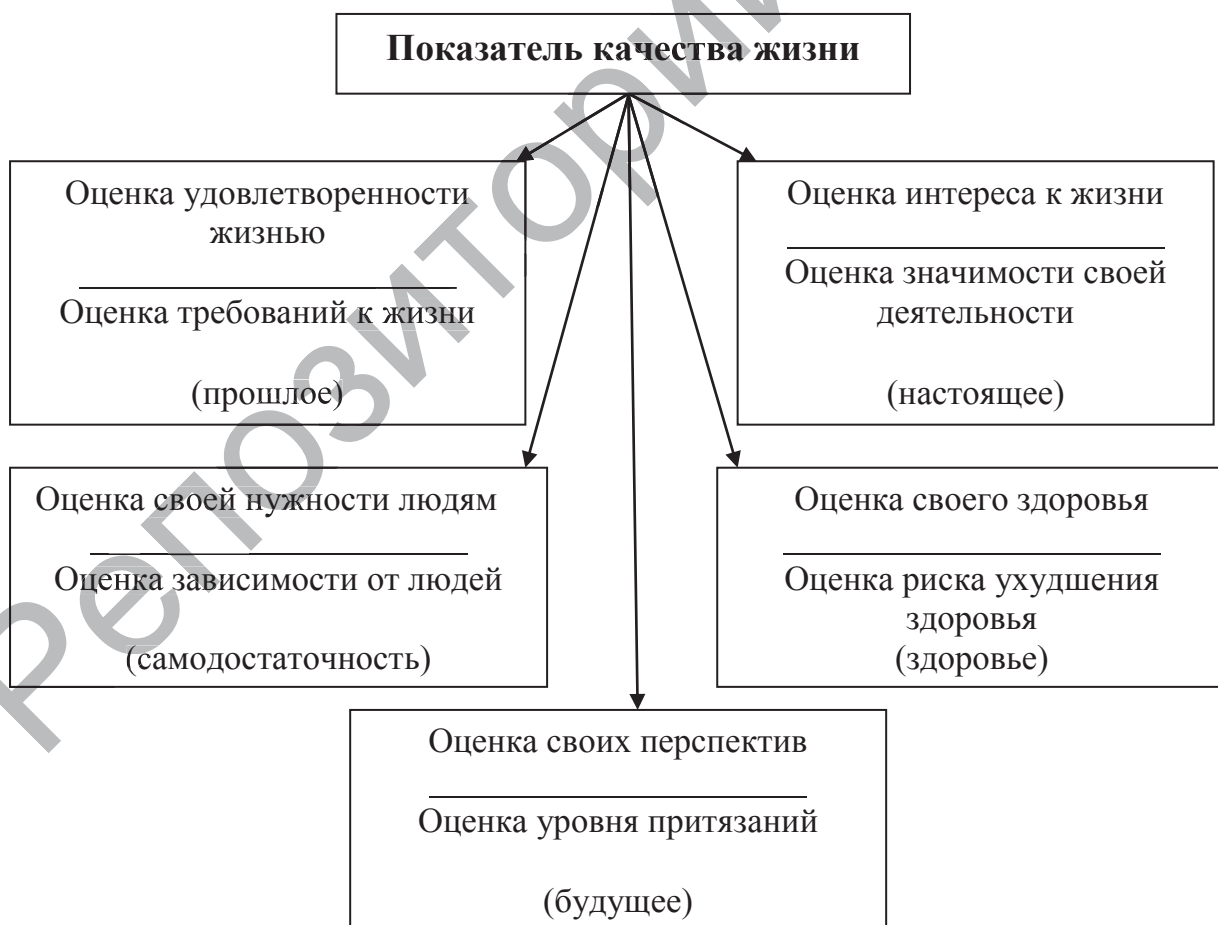


Рисунок 19 – Модель оценки качества жизни по И.В.Машенко

Для оценки КЖ авторами был разработан опросник, состоящий из 61 вопроса с 5-балльной системой ответов.

Исследовалась удовлетворённость подростков «Своими успехами», «Качеством отдыха», «Своими жилищными условиями», «Своим материальным положением», «Качеством питания», «Своими способностями», «Своими родителями», «Своими братьями и сестрами», «Своими друзьями», «Своей страной», «Отношениями в вашей семье», «Собой как личностью в целом», «Своими успехами в учебе или работе», «Своими коллегами по учебе или работе», «Отношением к вам лиц противоположного пола», «Вашиими отношениями с лицами противоположного пола».

Изучались ответы на вопрос «Какова оценка ваших требований» к: «своим успехам», «качеству отдыха», «жилищным условиям», «материальному положению», «качеству питания», а также «Какова ваша оценка»: «интереса к жизни», «интереса к людям», «интереса к учёбе», «осмысленности своей жизни», «полноценности своей жизни».

Исследовалась самооценка подростками необходимости учёбы, необходимости общественной деятельности, необходимости будущей профессиональной деятельности, помощи опрашиваемого подростка людям, его деятельности в целом.

Оценивались результаты оценки подростком индивидуальных перспектив «повышения уровня своего образования, своего профессионального роста, роста социального положения, роста материального благополучия, духовного развития».

Анализировались ответы на вопросы «Какова оценка уровня, которого вы хотите достигнуть» для вариантов вопроса «в образовании», «профессионализме», «социальном положении», «материальном положении», «духовном развитии»; «Какова оценка вашей необходимости» с вариантами вопроса «родителям», «родственникам», «друзьям», «коллегам (соученикам)», «другим людям»; «Какова ваша оценка своей зависимости» с вариантами вопроса «от родителей», «от родственников», «от друзей», «от коллег (соучеников)», «от других людей»; «Какова ваша оценка» с вариантами вопроса

«своего физического здоровья», «своего психического здоровья», «своего духовно-нравственного здоровья», «своей эмоциональной уравновешенности», «своей работоспособности».

Изучались результаты самооценки подростком возможности ухудшения «физического здоровья», «психического здоровья», «духовно-нравственного здоровья», «эмоциональной уравновешенности», «работоспособности»

Для вычисления показателя качества жизни по методике И.В.Мащенко на первом этапе оценивается индекс удовлетворенности прошлым (И1), который равен отношению оценки удовлетворенности жизнью к оценке требований к жизни (21 вопрос анкеты). Для вычисления индекса находят X_1 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 1 по 16; находят X_2 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 17 по 21; находят значение индекса $И1 (\%) = 4 \times (X_1/X_2)$.

На втором этапе определяют индекс удовлетворенности настоящим (И2), равный отношению оценки интереса к жизни к оценке значимости своей деятельности (оценивается по 10 вопросам). Для вычисления индекса И2 находят X_3 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 22 по 26; находят X_4 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 27 по 31; находят значение индекса $И2 (\%) = 4 \times (X_3/X_4)$.

На третьем этапе рассчитывают индекс удовлетворенности будущим (И3), равный отношению оценки своих перспектив к оценке уровня своих притязаний, также оценивается по 10 вопросам. Для вычисления индекса И3 находят X_5 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 32 по 36; находят X_6 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 37 по 41; находят значение индекса $И3 (\%) = 4 \times (X_5/X_6)$.

На четвёртом этапе находят индекс социальной удовлетворенности (И4), который равен отношению оценки своей нужности людям к оценке зависимости от людей, используется 10 вопросов. Для вычисления индекса И4 находят X_7 , равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 42 по 46; находят X_8 , равное среднему

арифметическому балльных оценок вопросов с 47 по 51; находят значение индекса И4 (%) = $4 \times (X7/X8)$.

Пятый этап заключается в расчете индекса удовлетворенности здоровьем (И5), равного отношению оценки состояния своего здоровья к оценке риска его ухудшения, рассчитывают по оценкам 10 вопросов. Для вычисления индекса И5 находят X9, равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 52 по 56; находят X10, равное среднему арифметическому балльных оценок вопросов с 57 по 61; находят значение индекса И5 (%) = $4 \times (X9/X10)$.

Показатель качества жизни (КЖ) определяют в процентах, $КЖ = И1 + И2 + И3 + И4 + И5$.

В рамках данного метода оценки показатель качества жизни изменяется в диапазоне от 4% до 100%.

Для обозначения уровней КЖ, по мнению авторов, разумно использовать следующую шкалу: менее 20% – очень низкий; 21–40% – низкий; 41–60% – средний; 61–80% – высокий; 81–100% – очень высокий уровень. Таким образом, выделено пять градаций результата.

Кроме пяти индексов, которые являются основными компонентами КЖ, авторы предлагают вычислять ещё два индекса, представляющих собой нормированные (в %) суммы числителей всех компонент и знаменателей всех компонент.

Нормированная сумма числителей пяти компонент по своему смыслу является индексом субъективного позитива.

Формула вычисления индекса субъективного позитива (ИСП):

$$ИСП (\%) = 4 \times (X1 + X3 + X5 + X7 + X9).$$

Нормированную сумму знаменателей авторы обозначают как индекс субъективного негатива (ИСН).

$$ИСН (\%) = 4 \times (X2 + X4 + X6 + X8 + X10).$$

При апробации метода средний показатель индивидуального КЖ обследованных подростков составил всего 23,5%, что, согласно используемой авторами шкале, соответствует низкому уровню КЖ. Следует отметить, что результат был получен авторами в 2006 г.

По мнению И.В.Мащенко, факт низкого уровня качества жизни у подростков обусловлен двумя основными

обстоятельствами. Первое связано с общей закономерностью индивидуального развития личности. Эта общая закономерность психоонтогенеза, как указывают авторы, заключается в том, что в подростковом возрасте уже достаточно сформированы личностные притязания, но еще мало достижений по их реализации. Второе обстоятельство обусловлено дефектами существующей системы общественных ценностей, которая предрасполагает к развитию завышенных материальных запросов и заниженных духовно-нравственных ценностей.

При сравнении результатов, полученных у мальчиков и у девочек, авторами выявлены некоторые гендерные различия. Так, по индексу удовлетворённости прошлым, индексу удовлетворённости настоящим, индексу социальной удовлетворённости и субъективного позитива статистически значимых различий не установлено. Половые различия подростков по индексам, которые отражают структуру детерминации КЖ, определяли различия в уровнях индексов удовлетворенности будущим, оценки здоровья и субъективного негатива. Все эти три индекса были менее благоприятны у девочек. Соответственно, уровень самого КЖ у девочек существенно ниже и составлял 22,99% против 24,1% у мальчиков ($p < 0,001$). И у девочек и у мальчиков самые низкие значения имел индекс удовлетворенности будущим (3,72 у мальчиков и 3,56 у девочек).

Разница уровней КЖ от очень низкого до более высоких уровней и у девочек и у мальчиков определялась индексами социальной удовлетворенности и удовлетворенностью здоровьем.

Средний показатель КЖ обследованных подростков в исследовании И.В.Мащенко оказался низким и составил всего 23,5%. По мнению авторов, беспокойство своим здоровьем и качество социализации являются ведущими факторами низкого качества жизни подростков, определяя его почти на четверть у мальчиков и почти на треть у девочек.

Следует отметить, что метод И.В.Мащенко сопоставим по технической сложности с предлагаемой нами методикой, однако имеет принципиальные различия. Основное из них – отсутствие возможности объективной оценки факторов образа жизни

подростка, составляющих основу риска его здоровью, и упор только на субъективные факторы качества жизни. Следовательно, результаты И.В.Мащенко отражают социально-психологическую сторону качества жизни, полученные нами результаты позволяют оценить качество жизни в более тесной взаимосвязи со здоровьем и репродуктивным потенциалом подростка.

Популяционные показатели качества жизни, связанного со здоровьем, 15–18-летних подростков, оказались значительно более благоприятными по сравнению с полученными коллегами из БелМАПО по их методике. Одновременно нами также выявлены гендерные различия в отдельных компонентах связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков, а также в уровне интегрального показателя качества жизни с высокими значениями у мальчиков и значениями «выше среднего» у девочек.

Таким образом, полученные нами результаты согласуются с данными И.В.Мащенко, что позволяет обоснованно говорить об их объективности и о валидности предлагаемой нами методики.

Перспективной областью практического применения способа «Методика оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков» является профилактическая медицина. Предлагается использовать такие методики для определения групп населения с разным уровнем качества жизни по шкалам социально-экономического благополучия, социально-гигиенического функционирования, физического и психического здоровья, что позволит оптимизировать выделение групп риска [5]. Следовательно, можно использовать методику для оптимизации выделения среди подростков групп медико-социального риска с разным уровнем качества жизни и его компонентов. В работе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих подростков, определение групп риска позволит своевременно корректировать программы первичной и вторичной профилактики. Мониторинг качества жизни предлагается использовать как метод оценки эффективности профилактических программ и реабилитационных мероприятий на индивидуальном, семейном и административном уровнях [5], динамического наблюдения за группами риска [3], а также для оценки эффективности мер

социальной поддержки [1]. Так, например, метод определения качества жизни, связанного со здоровьем, применялся для оценки программ обучения с привлечением сверстников у подростков, страдающих бронхиальной астмой [6], оценки влияния образовательных программ и здоровьесберегающего поведения на качество жизни детей с такой же патологией [7]. В режиме мониторинга указанную методику предлагается использовать как метод оценки эффективности профилактических программ в работе с подростками, деятельности центров здоровья молодёжи.

Литература

1. Гуцин, А.В. Возможности использования понятия качества жизни как оценочного критерия в медицине / А.В.Гуцин // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – с. 6539 – 6543.

2. Машенко, И.В. Метод оценки индивидуального качества жизни / И.В. Машенко. – Минск: ГУО «БелМАПО». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belmapo.by/page/5/390>. – Дата доступа: 01.04. 2010.

3. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии /Ненароков А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В., Мудрый А.Ю. // Фундаментальные исследования. – 2012. - №2. – С. 421 – 424.

4. Сурмач, М.Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков / М.Ю.Сурмач. Е.М.Тищенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №4. – С.62 – 67.

5. Чередник, М.А. Оценка качества жизни как критерия здоровья городской семьи: автореф. ...дис. кандидата медицинских наук: 14.00.33 / М.А. Чередник; СПбГМА. – Санкт-Петербург, 2003. – 22 с.

6. Shah S. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomized controlled trial / S. Shah, J.K. Peat, E.J. Mazurski // BMJ. – 2001. – Vol. 322. – p. 583 – 585.

7. Trojanowska, A. Edukacja zdrowotna a jakosc zycia dzieci chorych na astme oskrzelowa /A. Trojanowska, A. Emeryk // Zdr Publ. – 2009. – 119 (3). – 279-282.

Глава 6

Медико-организационные факторы здоровья подростков

Состояние здоровья детей и подростков – предмет, высокая значимость которого очевидна при *любых социально-экономических условиях*. *Вместе с тем подходы к организации медицинской помощи* подрастающему поколению в разные исторические периоды претерпевают изменения.

Актуальность мер по охране здоровья подростков подчёркивается важнейшими государственными документами: Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. (Указ Президента Республики Беларусь №357 от 11 августа 2011 г.; от 12 сентября 2012 г. №406), Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. №218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2102–2016 гг.». В частности, в последнем документе подчёркивается необходимость разработки методов оценки эффективности деятельности служб по охране здоровья подростков.

Система охраны здоровья детей и подростков в нашей стране была создана в первые годы советской власти и исходила из приоритетов государственной политики. Основным звеном ее являлись детские амбулатории и пункты по охране здоровья детей и подростков [7]. В 1936 г. вместо них были созданы детские поликлиники, а функции по медицинскому обслуживанию подростков были переданы в лечебно-профилактические учреждения для взрослых. В 1975 г. определен единый территориально-цеховой принцип оказания медицинской помощи подросткам в ЛПУ для взрослых, установлен порядок передачи лиц, достигших 15 лет, из детских поликлиник в территориальные [11]. В 1980-х годах была разработана система ежегодных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения подростков. Подростковые кабинеты работали по территориально-цеховому принципу, осуществляя лечебно-

диагностическую деятельность. Профилактическое направление ограничивалось санитарным просвещением, медико-социальное направление включало подготовку молодежи к трудовой деятельности и службе в армии. Подростковые врачи не касались проблем репродуктивного здоровья, ранней социализации детей, рискованного поведения [10]. К 1990-м серьезной проблемой стало отсутствие необходимой преемственности между детскими поликлиниками и поликлиниками для взрослых в медицинском обеспечении подростков. Предполагалось осуществлять наблюдение подростков до 18 лет в детских поликлиниках, однако в связи с распадом СССР окончательная передача подростков в систему педиатрической службы не состоялась. Подростки не рассматривались как отдельная целевая группа, нуждающаяся в специализированных службах здравоохранения. В то же время система охраны здоровья детей оказалась не готова к решению специфических проблем подростков.

В начале 2000-х годов в Республике Беларусь сложилась модель государственной политики, предусматривающая всестороннюю защиту государством и обществом молодого поколения. Именно эта задача являлась стержневой в принятом в 1993 г. Законе Республики Беларусь «О правах ребенка». В Стратегии ЮНИСЕФ в области здравоохранения (1995) охрана здоровья подростков и молодежи определяется как новая приоритетная задача. В 2001 г. в Женеве под эгидой ВОЗ представители более 20 стран выработали единые принципы и положения, регламентирующие деятельность служб, созданных по целевому назначению – «дружественных к подросткам и молодежи» [7; 9]. Сотрудничество ЮНИСЕФ и Республики Беларусь в области медико-социальной помощи, дружественной к подросткам, начало активно развиваться с 2003 г. Были внедрены новые подходы к оказанию медицинской помощи подросткам, включающие организацию консультирования здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни, социальную и правовую защиту. «Дружественным» подход к организации медицинской помощи подросткам назван не случайно: при этом подходе предоставление медицинских услуг осуществляется в

соответствии с потребностями и ожиданиями подростков.

Проект ЮНФПА «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» послужил основой для создания специализированных Центров охраны здоровья подростков. Соглашение между Министерством здравоохранения, Министерством образования Республики Беларусь и Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) о реализации проекта подписано в 2003 г.; его реализация охватила все 6 географических областей Беларуси. Первый Центр репродуктивного здоровья подростков в Минской области был открыт в сентябре 2005 г. в г. Солигорске на базе районной поликлиники. В феврале 2006 г. по поручению председателя Минского облисполкома И.Ф.Домашкевича открыты Центры дружественного отношения к подросткам в трёх крупных районах столицы – Кунцевщине, Малиновке и Шабанах. В течение 2006 г. ещё 22 Центра были открыты на базе городских и районных поликлиник Минской области. Данный проект направлен на достижение двух основных целей: улучшение системы информирования и просвещения молодёжи по всем аспектам сексуальности и репродуктивного поведения; обеспечение доступности служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья для подростков.

На базе организаций здравоохранения при поддержке ЮНИСЕФ и ЮНФПА в период с 2003 по 2011 гг. были организованы 26 Центров здоровья молодёжи (Центров, дружественных к подросткам); в 23 городах Минской области открыты кабинеты услуг, дружественных молодёжи [9]. В случае функционирования только консультативного кабинета приём ведётся одним врачом; в случае организации центра услуги подросткам предоставляются несколькими специалистами. Помощь максимально приближена к принципу универсальности: с какой бы проблемой подросток ни обратился в Центр, консультативная и медицинская помощь (в том числе направление в другие организации здравоохранения с привлечением соответствующих специалистов) оказывается подростку максимально полно.

Центр здоровья молодёжи – это структурное подразделение организации здравоохранения, оказывающее комплексную

медико-психологическую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности. Работа Центра здоровья молодёжи начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением [9].

Основанием для создания центра здоровья молодёжи является приказ областного/ районного управления или городского комитета здравоохранения. Составной частью приказа о создании Центра является «Положение о центрах здоровья молодёжи», утверждённое Министерством здравоохранения Республики Беларусь, включающее принципы организации и оказания консультативной и медицинской помощи подросткам и молодёжи в области репродуктивного здоровья в вышеуказанных центрах. Центр работает на функциональной основе, исключения составляют центры, открытые в городе Минске, где для их работы создано отдельное штатное расписание [9].

Наряду с кабинетами и центрами здоровья молодёжи, работающими на функциональной основе, подросткам оказывается медицинская помощь согласно утверждённой Постановлением МЗ РБ от 11.08.2004 г. №32 Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет (в редакции Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2008 № 114). Данный документ регламентирует создание в детских организациях здравоохранения (отделениях), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, подростковых кабинетов. Все подростки подлежат обязательному диспансерному наблюдению, основным элементом которого – комплексные медицинские осмотры. По результатам последних врачом-терапевтом подростковым либо врачом-педиатром участковым даётся оценка состояния здоровья подростка. При необходимости обеспечивается углубленное обследование с дальнейшим наблюдением, лечением и реабилитацией. Основным принципом оказания медицинской помощи подросткам в

Республике Беларусь – обеспечение свободного доступа к медицинской помощи, оказываемой в атмосфере доброжелательности и конфиденциальности. Подчёркивается необходимость межведомственного взаимодействия [1; 14; 15].

Итак, современным подросткам требуются услуги, которые по форме отличаются от таковых, оказываемых взрослым и детям. Предпосылками являются изменение структуры заболеваемости с нарастанием доли «болезней рискованного поведения», отсутствие возможности обеспечения должного уровня медицинской помощи подросткам имеющимися традиционными службами, появление специфических проблем здоровья подростков (репродуктивное, психическое здоровье). Анализ исторического опыта показывает, что сохранение здоровья молодежи – комплексная проблема, решение которой зависит от сочетания усилий многих специалистов и органов власти, учёта социальных факторов. Следует подчеркнуть также важность принципиально новой модели подготовки медицинского персонала – с акцентом на навыки коммуникативной работы, знанием психологии подросткового возраста, умением использовать интервенционные практики.

Навыки коммуникативного взаимодействия с подростками особо важны при проведении мер первичной профилактики нарушений репродуктивного здоровья, обусловленных рискованным сексуальным поведением – так называемого *полового воспитания*.

Следует отметить, что проблемы полового воспитания сложны для однозначного решения, так как помимо медицинских, затрагивают целый ряд морально-этических, правовых и педагогических вопросов.

В конце двадцатого века педагоги, социологи и медики Европы и США начали задаваться вопросом, как относиться к негативным факторам, обусловленным сексуальным поведением подростков и молодёжи, и как решить проблемы, поведенчески обусловленные.

Б.Хуберман, посвятившая более 30 лет изучению подобных вопросов в США, отметила следующий факт: «несмотря на

либеральное отношение к сексу, принятое в Европе, их подростки начинают жить половой жизнью на год или даже на два позже, чем в США» [6]. По данным конца 1990-х – начала 2000-х гг., «в США подростки становятся сексуально активными в среднем в 16 лет, в Голландии – почти в 18. Во Франции на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет приходится 9 родов, в Германии – 13, в Голландии (сексуально раскрепощённой стране) – всего 7, в то время как в США – 54,7» [17, с. 103].

По мнению большинства авторов, причина – в степени доступности информации, дающей подростку знания, необходимые для профилактически направленного поведения.

Анализируя роль воспитателей и педагогов в изменении сексуального поведения молодёжи США, авторы указывают, что ключ к достижению цели – «простое понимание того факта, что, каково бы ни было сексуальное влечение, а оно, как известно, может быть очень сильным, стремление к любви – ещё сильнее. Желание любви ещё глубже коренится в человеческой психике... Крайне важно помочь молодёжи разграничить два устремления – к сексу и к любви» [3, с. 118–119].

И.В.Журавлёва пишет: «Изменение... ситуации связывают с надеждой на введение полового воспитания в школьную программу. Эта сложная не только медико-социальная, но и политическая задача будет решена не скоро, но приближать час её решения нужно каждый день, повышая уровень санитарно-гигиенической культуры подростков, уровень их информированности в репродуктивной сфере. Правда, сама по себе информированность не решает проблему... Их информированность является пассивной и не влияет на выбор того или иного вида поведения. Поэтому улучшение информированности подростков, введение системы полового воспитания несомненно полезны, но они не смогут полностью решить проблему... Она отражает состояние норм сексуального поведения и практики во взрослом обществе, которые служат образцом поведения для подростков в гораздо большей степени, чем любые уроки и лекции... Образовательные программы, ориентирующие подростков на воздержание и формирующие ответственность в сексуальных отношениях, являются наиболее реальным средством изменений сложившейся неблагоприятной ситуации» [4, с. 150].

Проблема полового воспитания не нашла пока единого решения. Результаты исследований польских авторов показывают как недостаток знаний у молодёжи, так и влияние типа образовательной специализации на здоровьесберегающее поведение [19; 20]

По мнению экспертов ВОЗ, сексуальное образование и доступность для подростков средств контрацепции не приводят к ранней половой жизни, но, наоборот, способствуют отсрочке начала половой активности [17, с. 104]. Возраст начала половой жизни у подростков мало зависит от школьного сексуального просвещения [5]. Согласно мнению И.С.Кона, школьный курс или отсрочивает начало сексуальной жизни, или делает её более безопасной; самыми успешными являются программы, которые начинаются раньше, чем школьники вступают в половые отношения [8]. Так, в Швеции ещё в 1942 г. были разработаны школьные образовательные программы, охватывающие детей с 7-летнего возраста и старше.

В США программы полового воспитания внедряются с начала 2000-х гг. наряду с формированием стереотипа девственности до брака. Применительно к профилактике проблем, связанных с подростковым сексом, в США сосуществуют и развиваются две основные альтернативные идеи [3].

Первая идея основана на введении полового воспитания с акцентом на «безопасном сексе». Включает преподавание мер профилактики посредством обучения правильному, последовательному использованию латексных презервативов и других контрацептивов (неназидательное, предлагающее учащимся ряд вариантов сексуального поведения с последующей возможностью учащимся сделать самостоятельный выбор и жить в соответствии с ним) [3].

Вторая идея основана на провозглашении принципа воздержания: программы полового воспитания назидательно ориентируют школьников на то, чтобы отложить начало половой жизни до вступления в брак, или, как минимум, до окончания школы. Данный подход признаёт тот факт, что решения, принимаемые личностью, оказывают воздействие на общество в целом: например, подростковая беременность приводит к социальному сиротству, которое впоследствии дорого обходится

государству и обществу. Данный подход утверждает, что «...в каждом обществе существуют определённые нормы, регулирующие сексуальное поведение. И пока большинство граждан принимает эти нормы, общество может существовать и развиваться, а когда нормы не соблюдаются, происходит ослабление основных общественных институтов, что пагубно влияет на общество» [3, с. 108].

Демографический кризис и резкое ухудшение репродуктивного здоровья молодёжи в России обусловили попытки введения программ полового просвещения россиянами в конце 1990-х гг.

Институт социологии РАН (руководитель исследования – И.В.Журавлёва) провёл анализ 20 образовательных программ, имеющих отношение к половому просвещению. Все программы разделены на три группы: программы, непосредственно посвящённые половому просвещению; программы, в которых половое просвещение является одним из разделов программы по здоровому образу жизни; программы, где вопросы полового просвещения рассматриваются как элемент профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании [5].

В первой группе программ центральное место заняла программа «Основы планирования семьи и здорового образа жизни», созданная коллективом авторов Российской ассоциации «Планирование семьи» (РАПС) на основе «Концепции полового воспитания подростков» [2, с. 10–12]. В предисловии авторы указывают: «Внедрение программы полового воспитания не стимулирует сексуальную активность подростков. Это подтвердил анализ более тысячи ответов о таких программах, проведенный ВОЗ в 1993 г., который показал, что половое просвещение не ведёт к более раннему началу половой жизни, а наоборот, способствует пониманию необходимости ответственного сексуального поведения и формированию положительного отношения к семейным ценностям» [2]. Как отмечает И.В.Журавлёва, «В ней [программе] в качестве основной задачи выступает формирование у молодых людей ответственного отношения к своему здоровью, половой жизни, включая воздержание, и принятию осознанного решения, уметь сказать «нет» в ситуации, когда подросток не готов к таким

отношениям» [5, с. 139].

Вторая группа программ, имеющих отношение к половому просвещению и внедрённых в системе образования России, включила многочисленные программы по формированию здорового образа жизни, в которых половое просвещение является лишь одним из разделов. Наиболее ярким образцом второй группы программ являлась «Региональная программа пропаганды здорового образа жизни», осуществлявшаяся Фондом Сороса «Культурная инициатива». Программа представляла собой 5 книг объёмом до 100 страниц каждая, с разделом «Введение в сексуальность человека». Как указывает И.В.Журавлёва, недостатки программы были существенными. Среди них – нероссийский менталитет авторов, некачественный перевод, натурализм рисунков и некоторых текстов. Более удачные образцы программ второй группы, разработанные в России, действовали только в отдельных регионах (Ярославль, Великий Новгород).

Третья группа включает программы, где вопросы полового просвещения рассматриваются по профилактике ВИЧ/ СПИДа и наркомании. Как указывает И.В.Журавлёва, в России такие программы явились результатом отдельных проектов, финансируемых зарубежными фондами и осуществляемых при методическом участии последних, либо разрабатывались и внедрялись областными центрами профилактики и борьбы со СПИДом в регионах.

Выводы, полученные на основании анализа 20 образовательных программ, имеющих отношение к половому просвещению в России, сотрудниками Института социологии РАН (руководитель исследования – И.В. Журавлёва), утверждали разнородность содержания и методического обеспечения, отсутствия какого-либо руководства на федеральном уровне, стихийный характер, зависимость эффективности от личности и профессионализма учителя.

Попытки конструирования в России программы «Планирование семьи» завершились неудачей вследствие ошибок, произошедших ещё на стадии внедрения. В результате программа была лишена финансирования. И.В.Журавлёва указывает: «Самый важный вывод по поводу основного

источника информации и субъекта заботы о здоровье подростка состоит в том, что и школьники (87%), и родители (65%), и педагоги (58%) возлагают ответственность за здоровье на самого подростка, предлагая заботиться о собственном здоровье ему самому. При этом никто не стремится обеспечить его необходимыми для этого знаниями» [5, с. 137].

Этот вывод ещё более тревожен, если сопоставить его с результатами исследований, проведенных Г.Х.Лявщиной относительно мнения российских врачей о сексуальном здоровье детей [12]. Как указывает автор, поскольку специалистов по детской сексологии в России практически не существует, их функцию выполняют другие врачи, преимущественно педиатры. Опрос врачей разных специальностей, по роду своей деятельности сталкивающихся с вопросами сексуальной сферы детей, показал, что знания по проблеме большинство из них получали самостоятельно, читая специальные издания. В то же время 67,5% вообще не читали подобную литературу, 14,8% не могли указать конкретный источник, и только 17,7% назвали, какие источники были использованы. Не удивительно, что вопросы определения сексуального здоровья ребёнка и его критериев оказались затруднительными для врачей всех специальностей, и около трети респондентов вообще не ответили на них. Лишь каждый десятый врач дал правильное определение сексуального здоровья, т.е. учёл физическое, психическое развитие ребёнка в соответствии с возрастом, чёткое понимание ребёнком своей полоролевой функции в жизни, отсутствие конфликта половой идентичности во взаимодействии с социумом. Более четверти опрошенных дали неправильное определение. Практически все врачи (97,8%) считали, что необходимо проводить систематическое половое воспитание детей. Однако его задачи и суть плохо понятны для педиатров, которые относят данное воспитание лишь к сексуальной деятельности. Только опрошенные сексологи указали, что мероприятия по половому воспитанию необходимо начинать ещё до наступления 7–10-летнего возраста.

Как указывает И.В.Журавлёва, оптимальным вариантом преподнесения школьникам информации по половым вопросам (в качестве учебного предмета) в бывших государствах СССР

является пример Латвийской Республики, Министерством образования и науки которой утверждены экспериментальные учебники «Здоровье», включающие раздел, посвящённый половому просвещению. Внедрение программы «Здоровье» в школе предполагает одновременную работу по четырём направлениям: принятие соответствующей программы, её методическое и, главное, финансовое обеспечение на государственном уровне, написание учебников для учителей и школьников, подготовка педагогов, формирование общественного мнения о важности данной программы через средства массовой информации.

Беларусь не имеет опыта подобных программ и, по-сути, пока никак не использовала неудачный опыт соседей. Как и в России, в настоящее время функцию сексуального просвещения выполняют в большей степени медики, а именно, служба планирования семьи, представленная кабинетами планирования семьи и контрацепции женских консультаций, консультациями «Брак и семья», а также открывшиеся и работающие при поддержке ЮНФПА Центры здоровья подростков и молодёжи.

Функции полового просвещения возложены, наряду со здравоохранением, также на социальных педагогов. Однако как и в России, курс полового воспитания не входит в школьные программы. Потому формирование половой культуры учащихся напрямую зависит от степени вовлечённости, энтузиазма и профессионализма социально-педагогических работников учреждений образования.

Роль педагогов в решении проблем, связанных с сексуальным поведением молодёжи, в Беларуси заключается не столько в реализации и разработке самостоятельных программ полового воспитания, сколько в формировании ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью [13]. Авторы указывают: «Основные направления деятельности школы по формированию позитивного отношения подростков к репродуктивному здоровью состоят в следующем:

- ✓ привитии учащимся обоюбого пола основных навыков общения и взаимопонимания, а также способности принимать осознанные решения в сфере межполовых отношений;
- ✓ формировании у учащихся ответственного отношения к

своему телу как к основе индивидуальной жизни и позитивного отношения к здоровому образу жизни, ответственному родительству;

✓ привитии учащимся отношения к семье как к ведущей идее сдержанности в сфере сексуальных отношений;

✓ обеспечении учащихся грамотной и систематической информацией, которая даст им возможность понять, что с ними происходит, а также поможет адаптироваться к изменениям, происходящим в период полового созревания, поможет пройти с наименьшими психологическими потерями в этот сложный этап взросления» [13, с. 44–45].

Основными формами организации работы в школе в области репродуктивного здоровья в Беларуси являются отдельные уроки и фрагменты уроков в рамках таких учебных предметов, как биология, литература, обществоведение, история, факультативные занятия и курсы по выбору (учебно-методические комплекты для которых пока находятся в стадии разработки), семинары для родителей. В ряд курсов обучения включены аспекты здорового образа жизни. С пятого по девятый класс учащиеся могут выбрать факультатив по здоровому образу жизни, включающий вопросы профилактики табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков, ИППП/ ВИЧ. Самостоятельное значение имеет работа социальных педагогов и педагогов-психологов (консультации для учащихся и родителей, организуемые в школах и в социально-педагогических центрах).

Следует отметить, что внедрение в России методик, основанных на первой группе образовательных программ (непосредственно посвящённых половому просвещению), на базе Центров здоровья подростков и молодёжи, стал, как указывает И.В.Журавлёва, вариантом *«оптимального (в данных исторических условиях) решения вопроса охраны репродуктивного здоровья молодежи и рекомендован для активного внедрения в субъектах РФ»* [5, с. 139].

В г. Гродно договор «Об организации деятельности центра здоровья молодёжи, созданного в рамках проекта ЮНФПА «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» был заключён между управлением здравоохранения Гродненского областного исполнительного

комитета, учреждением здравоохранения «Гродненская центральная городская поликлиника» и Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в 2006 г. Согласно данному договору, был открыт Центр репродуктивного здоровья подростков и молодёжи «Контакт» (г. Гродно, ул. Островского, 17).

В 2011 г. подписан Приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011 «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», согласно которому были утверждены типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодёжи), Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам.

Согласно приказу, организационное руководство, информационное обеспечение, методическая помощь, координация и контроль деятельности центров осуществляются республиканским информационно-методическим ресурсным центром по координации работы центров, дружественных подросткам (центров здоровья подростков и молодёжи), управлениями здравоохранения областных исполкомов, комитетом по здравоохранению Минского городского исполкома. Типовой центр работает в тесном сотрудничестве с органами и учреждениями других ведомств – Министерствами образования, социальной защиты, культуры, органами внутренних дел, прокуратуры, общественными и частными организациями, а также СМИ и фондом народонаселения и Детским фондом ООН.

Основная цель создания центров – повышение информированности и мотивации к здоровому образу жизни, обеспечение условий для социализации подростков и в конечном итоге улучшение репродуктивного, психологического и соматического здоровья молодёжи.

В типовые задачи центра включены такие, как:

1. Профилактическая работа по активной пропаганде здорового образа жизни, правильного репродуктивного поведения, половому воспитанию и просвещению по направлениям:

- привитие и укрепление навыков у молодёжи по ведению

здорового образа жизни, правильного социального и репродуктивного поведения;

- профилактика заболеваемости – раннее выявление и коррекция нарушений в состоянии психического и физического здоровья подростков;

- выявление и изменение паттерна рискованного поведения, профилактика алкоголизма, наркомании, токсикомании среди молодёжи;

- профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, инфекций, передающихся половым путём;

- повышение информированности молодёжи в вопросах сексуального развития, укрепление репродуктивного здоровья;

- профилактика нежелательной беременности у девочек подросткового возраста, обучение молодёжи современным методам контрацепции;

- воспитание в подростковом возрасте ответственного отношения к своему здоровью;

- формирование мотивации к применению полученных знаний и навыков в собственном поведении.

2. Оказание первичной, консультативной и специализированной медицинской помощи подросткам и молодёжи.

3. Обеспечение преемственности в работе с другими организациями здравоохранения, своевременное направление на консультацию в городские (районные, областные) консультативно-диагностические центры, специализированные диспансеры, стационарные организации здравоохранения, центры планирования семьи и репродукции.

4. Оказание медико-психологической помощи подросткам, в том числе в случае кризисных психологических состояний, психокоррекция поведения, развитие самосознания. Формирование установки на здоровый образ жизни с целью улучшения общего психического здоровья подростков.

5. Развитие волонтерской работы для пропаганды и формирования у молодёжи навыков здорового образа жизни.

6. Обучение и информирование медицинских работников, сотрудников других ведомств, представителей общественных и

молодёжных организаций по данным вопросам.

7. Внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; участие в конференциях; публикация учебно-методических разработок, пособий; научная деятельность.

8. Обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям.

Приказ утверждает примерные нормы нагрузки на врача-педиатра центра: на приём одного посетителя (пациента) врачу-педиатру (врачу-специалисту-консультанту) центра выделяется не менее 30 минут, независимо от первичного или вторичного приёма.

Во исполнение вышеназванного Приказа в г. Гродно в 2011 г. подписан Приказ главного врача УЗ «ГЦГП» (№ 289-ОД от 28.07.2011) об организации второго Центра здоровья молодёжи под названием «Позитив». Согласно данному Приказу, в работе центров здоровья молодёжи в г. Гродно участвуют на функциональной основе следующие специалисты: руководитель центра, координатор, врач-гинеколог (детский и подростковый), психотерапевт, уролог, подростковый врач, психолог; при необходимости могут привлекаться врачи-специалисты других профилей.

Целью организации и функционирования центра здоровья молодёжи (на примере нормативных документов центров, действующих в Гродно) является сохранение и укрепление репродуктивного здоровья подростков и молодёжи, оказание подросткам и молодёжи информационно-консультативной, лечебно-диагностической и психологической помощи для формирования у подростков и молодёжи осознанного отношения к своему здоровью и формирование у них навыков здорового образа жизни. В задачи Центра здоровья молодёжи г. Гродно входят [16]:

1. Повышение качества предоставляемых медицинских услуг подросткам и молодёжи в области репродуктивного и психического здоровья.

2. Повышение уровня знаний подростков и молодёжи по вопросам здорового образа жизни, репродуктивному здоровью, социально-психологическим вопросам.

3. Формирование мотивации к использованию полученных знаний и навыков для изменения собственного поведения.

4. Приобретение навыков здорового образа жизни, ответственного социального и сексуального поведения.

5. Обучение специалистов навыкам консультирования подростков и молодёжи по вопросам формирования здорового образа жизни, репродуктивного здоровья, психологической помощи.

В числе основных направлений деятельности центра первым определено консультативно-информационное направление. Оно включает консультирование подростков и молодёжи по вопросам здорового образа жизни, репродуктивного здоровья, ответственного репродуктивного поведения, современных методов контрацепции, психогигиены половой жизни; разработку и обеспечение подростков и молодёжи современными информационно-инструктивными материалами по вопросам здорового образа жизни, современной контрацепции, профилактики ИППП, рискованного поведения. Таким образом, работа по половому воспитанию подростков относится к приоритетным направлениям деятельности центров.

В 2010 г. нами изучалась востребованность девочками-подростками услуг, оказываемых Центром репродуктивного здоровья подростков и молодёжи «Контакт» (г. Гродно, ул. Островского, 17). Материалом послужили данные анкетирования 100 городских девочек-подростков в возрасте 15–17 лет, которые в период с 7 по 24 декабря 2009 г. посетили Центр «Контакт» или проходили профилактический осмотр у гинеколога. Следует отметить, что только за 2009 г. специалистами центра организовано 157 индивидуальных посещений подростками гинеколога, 106 – психотерапевта; проведено 69 лекций врачом-гинекологом с просмотром видеофильма (общее количество слушателей – 2572 чел.), круглый стол «Профилактика суицидального поведения среди молодёжи» в ГППЭК им. Счастливого (для учащихся, проживающих в общежитии), проведен ряд семинарских занятий гинекологом и психотерапевтом среди учащихся-волонтеров СШ №18, организован вечер вопросов и ответов для учащихся школы-интерната с нарушением слуха. Проведены также семинарские занятия для заместителей

директоров по воспитательной работе на базе СШ №13, круглый стол с участием социальных педагогов и психологов школ и целый ряд других мероприятий медико-социальной направленности.

Использован оригинальный анонимный опросник, включивший 44 вопроса, позволивший изучить результаты самооценки подростками знаний о репродуктивном здоровье, установить источники информации о Центре «Контакт» и причины обращения подростков за помощью к тем или иным специалистам центра, данные оценки подростками уровня оказания им медицинской помощи. Анкета включала также блок вопросов о репродуктивном здоровье девочек-подростков, их образе жизни, психическом здоровье и его основных проблемах (алкоголь, кризисные состояния), роли школьного психолога в их решении.

Возраст опрошенных девочек находился в пределах 15–17 лет. Почти 22% подростков – из неполных семей, в том числе 2% воспитываются только папой или только бабушкой.

Большинство (80%) девочек-подростков считают свой образ жизни правильным. В то же время только 42% оценивают состояние своего здоровья как хорошее или отличное, более половины (51%) – как удовлетворительное, около 7% – как плохое.

Каждая пятая девочка-подросток из числа опрошенных ограничивает себя в питании. Большинство не едят вечером. Почти каждая десятая ограничивает количество пищи. Большинство (58%) питаются 3 раза в день, 14% – менее 3 раз, 28% – 4 раза и более. Наиболее часто употребляемыми продуктами девочки назвали овощи (61% едят их ежедневно), бутерброды (ежедневно употребляют 55%), фрукты (55%), сладости (50%). На втором месте по частоте употребления – молоко (46% девочек указали, что употребляют его ежедневно), свинина или говядина (42%), каши (37%), кисломолочные продукты (34%). Наименее часто употребляемые продукты – чипсы, крекеры (17% едят их каждый день), птица (16%), рыба (8%).

Указали, что продолжительность их ночного сна составляет не менее 9 часов, только 20% девочек. Большинство опрошенных

(50%) спят менее 8 часов в сутки.

Каждая пятая-шестая девочка (17%) положительно ответила на вопрос о курении. У каждой десятой имеются знакомые, употребляющие наркотики. Около 37% указали, что имели случай сознательного, по собственному желанию, употребления крепких алкогольных напитков (более 20 градусов крепости). Абсолютное большинство (86%) по своему желанию употребляли слабые алкогольные напитки. Употребляют слабые алкогольные напитки 1 раз в неделю и более 9% девочек, реже 1 раза в неделю, но чаще 1 раза в месяц – 19%. Почти 5% девочек несколько раз в месяц употребляют крепкие алкогольные напитки, каждая десятая – не чаще 1 раза в месяц, но несколько раз в полгода. Почти половина девочек испытывали когда-либо состояние алкогольного опьянения. Около 3% положительно ответили на вопрос о наличии опыта наркоманического опьянения.

У большинства (92%) опрошенных девочек-подростков в школе работает психолог, однако только 14% к нему обращались. Только 28% (в том числе немногим более половины из тех, кто обращался за помощью к школьному психологу) ответили, что могут доверить данному специалисту серьезные психологические проблемы.

Почти 29% опрошенных девочек-подростков указали, что в их жизни была ситуация, когда девочка была готова покончить с собой от отчаяния. На вопрос о том, кто помог подростку при этом, большинство (11 человек, или 38% из числа тех, у кого была кризисная психологическая ситуация) ответили, что справились самостоятельно. Четырём девочкам помогли друзья, двум – школьный психолог, одной – священник. Остальные (11 человек) выделили несколько путей получения ими психологической помощи, в том числе такие, как «самостоятельно», «с помощью родственников», «с помощью друзей».

Две трети опрошенных девочек-подростков считают, что у них есть возможность реализовать свои жизненные планы. Почти 27% затрудняются ответить на этот вопрос, 4% считают, что возможности реализовать жизненные планы у них нет. Преграду чувствуют со стороны родителей, учителей, сверстников. Мешает

реализации планов подростка и «собственное «Я» (боязнь перед трудностями, пониженная самооценка).

Каждая десятая девочка хочет создать собственную семью до достижения 20 лет. Половина (51%) наиболее предпочтительным возрастом для создания семьи считают 21–24 года. Чуть более трети указывают на возраст 25–30 лет. Каждая пятая считает, что в её семье будет только один ребёнок. Около половины хотели бы иметь двоих детей. Только четверть девочек-подростков ответили, что хотели бы иметь 3 детей и более.

Треть подростков положительно ответили на вопрос о наличии опыта половой жизни. Из числа ответивших отрицательно почти половина считали, что наиболее разумный возраст для начала интимных отношений – менее 18 лет. Четверть из девочек-подростков, живущих половой жизнью, отрицательно ответили на вопрос об использовании контрацептивов. Из числа девочек, которые используют те или иные средства контрацепции (23% опрошенных, или 75% из числа живущих половой жизнью), только 2 советовались с врачом при выборе контрацептивных средств. Все опрошенные девочки отрицали наличие у них когда-либо беременности. Более половины (53%) девочек оценивают свои знания о репродуктивном здоровье как достаточные, 27% – как недостаточные. Каждая пятая девочка-подросток затруднилась с ответом.

Почти каждая вторая опрошенная девочка-подросток затруднилась ответить на вопрос о том, какая из числа перечисленных в вопросе форм медицинского обслуживания для неё наиболее удобна. Около 45% ответили, что считают наиболее удобной формой медицинского обслуживания Центр репродуктивного здоровья подростков и молодёжи «Контакт». Половина девочек когда-либо туда обращались.

Впервые узнали о центре от медицинских работников школы 22% девочек; 8% – от друзей, 7% – от учителей, по 5% – из средств массовой информации или от врача поликлиники, 6% – из акций, волонтерских программ, организованных центром.

Треть подростков обратились в центр для того, чтобы пройти профилактический осмотр у гинеколога, 10% – чтобы получить консультацию. Небольшой процент обратившихся нуждались в том, чтобы пройти обследование, в том числе 2

девочки – на предмет возможной беременности. Около 8% опрошенных впервые пришли в центр, чтобы получить консультацию психолога. Почти 18% девочек обращались в центр неоднократно.

Результаты оценки подростками работы центра оказались высокими: из числа оценивших только 11% отметили его работу баллом «3» по 5-балльной шкале, более 72% дали работе центра наивысший балл.

Из числа девочек, обращавшихся когда-либо в Центр «Контакт», 34% отметили, что посещение центра повысило их уровень знаний о собственном здоровье, 26% прошли необходимое обследование, 4% получили нужное им лечение, столько же стали вести более правильный образ жизни, некоторые нашли новых друзей. Около 8% получили психологическую поддержку. Остальные выбрали несколько вариантов ответа. В целом ни одна из посетивших центр девочек не ответила, что данное посещение ничего полезного ей не дало.

Таким образом, несмотря на позитивную оценку подростками собственного образа жизни, выявляется целый ряд тревожных фактов. Так, каждая пятая девочка-подросток из числа опрошенных ограничивает себя в питании. Большинство девочек (50%) спят менее 8 часов в сутки. Каждая пятая-шестая девочка (17%) положительно ответила на вопрос о курении. У каждой десятой имеются знакомые, употребляющие наркотики.

Особо негативный фактор – высокая распространённость употребления спиртных напитков среди 15–17-летних девочек. Так, около 37% указали, что имели случай сознательного, по собственному желанию, употребления крепких алкогольных напитков (более 20 градусов крепости).

Треть подростков положительно ответили на вопрос о наличии опыта половой жизни. Из числа девочек, которые использует те или иные средства контрацепции, только 2-е советовались с врачом при выборе контрацептивов. Четверть девочек, живущих половой жизнью, не используют средства контрацепции.

Вышеуказанные факторы риска образа жизни городских девочек-подростков иллюстрируют острую необходимость в эффективной работе центров здоровья подростков в г. Гродно.

Помощь школьного психолога доступна абсолютному большинству подростков. В то же время, согласно результатам исследования, подростки не спешат обращаться к психологу своей школы, поскольку недостаточно доверяют ему и не уверены в том, что получат действенную помощь в решении серьёзных психологических проблем. Ярко данная ситуация прослеживается на примере решения одной из наиболее серьёзных проблем подростков, такой как суицид. Только 2 человека из 29, указавших, что в их жизни была ситуация, когда они были готовы покончить с собой от отчаяния, обратились к психологу, остальные искали пути выхода другими способами. Что касается проблемы самоутверждения, то большинство (69%) подростков чувствуют уверенность в возможности реализации своих планов, и только 4% указывают на наличие преград.

Более 72% девочек-подростков оценили работу Центра «Контакт» наивысшей оценкой. Несомненно, деятельность такого рода центров экономически оправдана и востребована подростками. Фактом, усложняющим эффективную работу центров, однозначно является организация функционирования их преимущественно на функциональной основе. Ввиду негативных тенденций здоровья подростков, тревожной социально-демографической ситуации оправданным будет являться выделение городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков как самостоятельной юридической единицы в системе организации здравоохранения области, с финансированием за счёт средств бюджета. Необходима также более тесная интеграция центров с учреждениями образования, социальной защиты, общественными организациями.

По данным опроса популяционной выборки 15–18-летних подростков (N=949, 2010 г.) [18; Приложение 2] нами были изучены особенности *медицинской активности подростков и их потребности в улучшении организации медицинского обслуживания.*

При ответе на вопрос: «Оцени, пожалуйста, состояние своего здоровья», большинство опрошенных подростков выбрали вариант «хорошее» (4 балла при оценке по 5-балльной системе, которая была использована). Распределение ответов следующее: «плохое» (1 балл) – 2,3%; «удовлетворительное» (2 балла) –

17,8%; «ближе к хорошему» (3 балла) – 21,2%; «хорошее» (4 балла) – 40%; «отличное» (5 баллов) – 18%. Менее 1% подростков не ответили на вопрос о самооценке здоровья (рисунок 20). При этом средняя оценка у мальчиков составила $3,76 \pm 0,046$ ($M \pm m$) баллов, у девочек – $3,3 \pm 0,049$ баллов (различия достоверны, $t=6,8$, $p < 0,0001$).

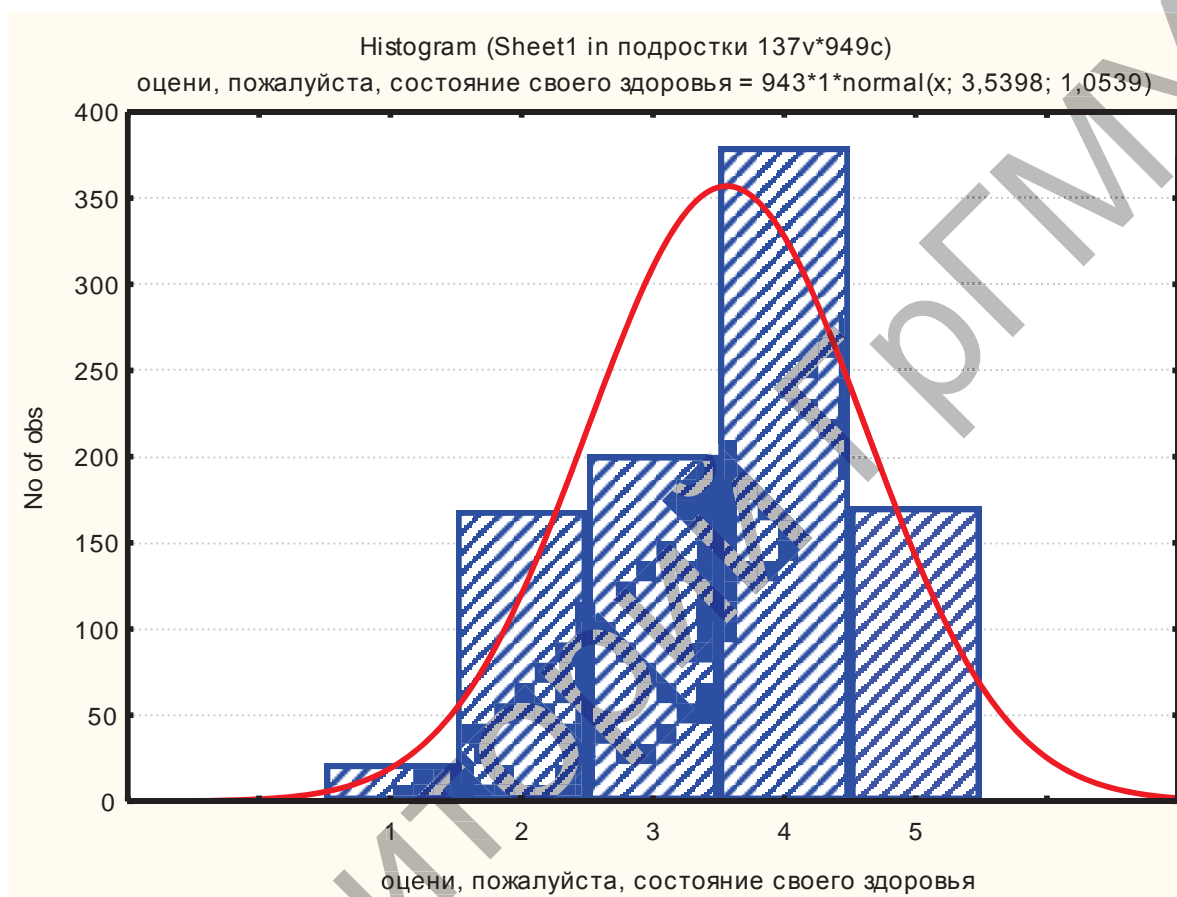


Рисунок 20 – Самооценка подростками состояния здоровья

Только 11,3% опрошенных (11,9% мальчиков и 10,6% девочек) обращаются за медицинской помощью *сразу при недомогании*.

Большинство (48,7%, 44,2% мальчиков и 53,3% девочек, $\chi^2=2,72$, $p=0,099$) обращаются к врачу, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют; почти четверть – только в случае тяжёлой болезни (24,4%, 26,1% мальчиков и 22,7% девочек, $\chi^2=0,93$, $p=0,33$). Обращаются за медицинской помощью только когда нужно освобождение от занятий (работы) 7,5% подростков. Почти 5,6% к врачам по своей инициативе не обращаются, но проходят обязательные диспансерные обследования. Почти 1,2% к врачам никогда не обращаются.

В силу психологических возрастных особенностей наиболее редко по собственной инициативе подростки обращаются к специалистам в области репродуктивного здоровья. Потому особо важны меры по активному выявлению патологии репродуктивной сферы. Не менее значимо и своевременное информирование подростков.

На вопрос о том, *знает ли подросток, что такое репродуктивное здоровье*, почти половина подростков (48%) ответили утвердительно (41,6% мальчиков и 50,8% девочек, $\chi^2=2,98$, $p=0,08$); по 25,8% подростков указали, что не знают, что такое репродуктивное здоровье (29,2% мальчиков и 22,2% девочек, $\chi^2= 0,18$, $p=0,66$), 28,8% – не уверены в своих знаниях. Считают свои знания о репродуктивном здоровье достаточными 29,1% подростков (26,1% мальчиков и 32,2% девочек, $\chi^2= 2,31$, $p=0,12$), недостаточными – 22% (24,3% мальчиков и 19,7% девочек). Каждый третий подросток (34% мальчиков и 32,4% девочек) затрудняется оценить свои знания о репродуктивном здоровье.

Самооценка здоровья и знаний о репродуктивном здоровье оказались взаимосвязанными: те подростки, которые ответили, что не знают, что такое репродуктивное здоровье, оценивали собственное здоровье ниже, чем остальные опрошенные (3,38 и 3,6 балла по 5-балльной шкале, соответственно, рисунок 21).

На вопрос о том, *знают ли подростки, что такое репродуктивное здоровье*, ответили утвердительно 41,6% мальчиков и 50,8% девочек ($\chi^2= 2,98$, $p=0,08$); отрицательно – 29,2% мальчиков и 22,2% девочек ($\chi^2= 0,18$, $p=0,66$).

На вопрос о том, *организовывались ли в школе беседы с врачом-гинекологом (урологом)*, положительно ответили 49,6% подростков. У большинства (29,5%) беседы касались личной гигиены либо болезней, передаваемых половым путём (28,2%). Четверть получили от врача информацию о предохранении от беременности (24,9%), пятая часть (22,8%) – о половой жизни. Несколько реже беседы затрагивали темы строения и функций половой системы (13,2%) или последствий аборта (12,6%), наиболее редко (6,2%) – подготовки к будущему рождению детей, особенностей проведения аборта (3,7%). Встреча с врачом-гинекологом (урологом) была организована у большинства опрошенных в 9–11, реже – в 7–8 классе; в 15-летнем возрасте.

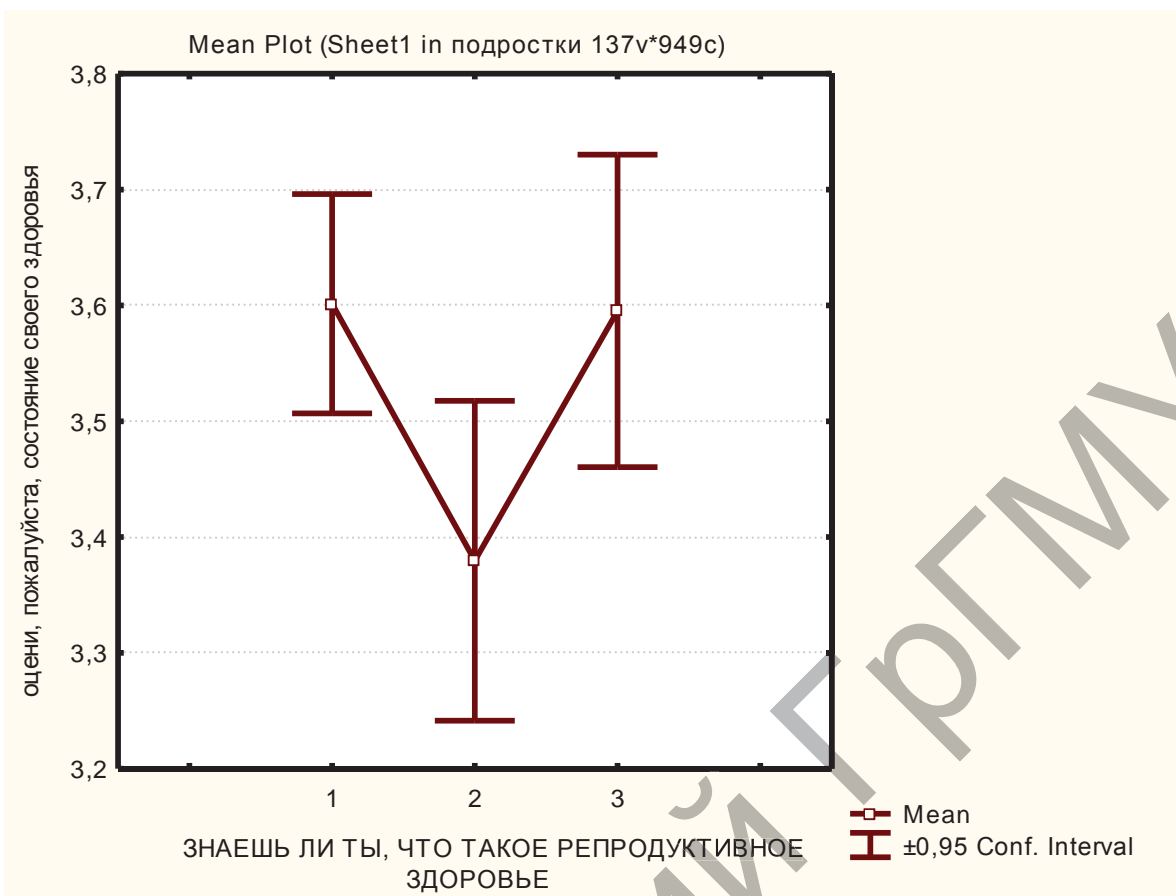


Рисунок 21 – Связь между самооценкой здоровья и самооценкой знаний о репродуктивном здоровье подростков

Профилактический осмотр репродуктивной системы (гинеколог, хирург) у 50,9% опрошенных отсутствовал. У ответивших положительно осмотр проводился в 14–16-летнем возрасте. Процедура у 36% состояла только из осмотра репродуктивной системы, у 32% – из «осмотра врачом и ответов на вопросы врача», у 15% включала «осмотр врачом, ответы на вопросы врача и профилактическую беседу». Почти каждый десятый подросток указал, что профилактический осмотр гинекологом (хирургом, урологом) включал «только ответы на вопросы врача».

На вопрос: «Чем бы ты хотел(а) дополнить данный осмотр?», большая часть опрошенных не ответили, почти половина подростков указали, что «ничем». Среди тех, кто высказал своё мнение (около 3% массива и около 6% тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии профилактического осмотра), большинство хотели бы дополнить осмотр беседой, возможностью получить консультацию, информацию, ответы на

вопросы, совет. Некоторые нуждались в анонимности, в «более тщательном проведении осмотра». Шокирующим ответом на вопрос о том, чем бы подростки хотели дополнить профилактический осмотр, был ответ «осмотром».

Самостоятельно когда-либо посещали гинеколога либо уролога около 35,7% опрошенных (20,1% мальчиков и 52,05% девочек, $\chi^2=50,13$, $p=0,0001$). При этом наличие «проблем медицинского характера, связанных с половой сферой», отмечали 9% подростков (7,4% мальчиков и 10,6% девочек, $\chi^2=2,45$, $p=0,12$).

О возможности получения медицинской помощи в центрах дружественного отношения к подростку информированы 31,07% мальчиков и 46,2% девочек ($\chi^2=10,22$, $p=0,0014$) 15–18-летнего возраста, проживающих в Беларуси в 2010 г. Обращались в один из таких центров 1,6% мальчиков и 4,8% девочек ($\chi^2=7,01$, $p=0,008$). Большинство – чтобы получить консультацию либо пройти профилактический осмотр, реже – пройти обследование и лечение. В единичных ответах обращение в медицинский центр доброжелательного отношения к подростку было обусловлено возможной беременностью.

Из опрошенных подростков 15–18 лет около 17% респондентов, положительно ответивших на вопрос о наличии опыта половой жизни, не используют средства, предохраняющие от наступления беременности. Около 60,8% указали, какие именно средства (методы) контрацепции они используют. Остальные не ответили на вопрос о контрацепции. Только 7,2% подростков из числа тех, кто использует те или иные методы и средства контрацепции, предварительно обращались к врачу за консультацией.

Наиболее удобной формой медицинского обслуживания подростки считают детскую поликлинику (43,9%), каждый четвёртый (23%) – территориальную (взрослую) поликлинику, около 26% – медицинский центр доброжелательного отношения к подростку либо (6,6%) – «специальный медицинский центр для подростков», в котором бы работали следующие врачи: «в возрасте до 30 лет», «молодого возраста», «специализирующиеся на работе с подростками», «добрые», «хорошие», «немного старше нас». Предпочитаемыми специальностями являлись такие, как гинеколог, уролог, психолог, отоларинголог;

подростки указывали также на потребность в наличии лаборатории в подобных центрах. Среди предпочитаемых форм медицинского обслуживания подростки в единичных ответах указывали также «анонимные учреждения», «диагностические центры», «частный врач», «платная поликлиника», «чтобы врач приходила на дом».

Ежедневно ссорятся с окружающими 3,1% подростков (2,7% мальчиков и 3,7% девочек), часто – 13,4% (10,08% и 16,8%, соответственно, $\chi^2=7,15$, $p=0,0075$); ежедневно испытывают неприятные эмоции 6,4% (3,9% мальчиков и 9,5% девочек, $\chi^2=10,5$, $p=0,0012$), часто – 21,4% (17,08% мальчиков и 25,9% девочек, $\chi^2=6,76$, $p=0,0093$); бывают в плохом настроении ежедневно 4,1% мальчиков и 4,8% девочек, часто – 23,7% (17,08% мальчиков и 30,7% девочек, $\chi^2=14,9$, $p=0,0001$). Таким образом, девочки несколько чаще отмечают плохое настроение и негативные эмоции в сравнении с мальчиками.

Никогда не ссорятся с окружающими 11,2% подростков (15% мальчиков и 8,9% девочек, $\chi^2=11,17$, $p=0,0008$), никогда не испытывают неприятные эмоции 8% подростков (10,5% мальчиков и 5,4% девочек, $\chi^2=7,13$, $p=0,0076$), никогда не бывают в плохом настроении 4,6% подростков (6,17% мальчиков и 3% девочек, $\chi^2=4,85$, $p=0,0276$). В то же время 34,15% мальчиков и 36,5% девочек ($\chi^2=0,27$, $p=0,6$) ежедневно испытывают положительные эмоции, 39,7% мальчиков и 45,36% девочек ($\chi^2=1,25$, $p=0,26$) – часто, 34% мальчиков и 28,3% девочек ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$) ежедневно бывают в хорошем настроении. Таким образом, согласно данным опроса, мальчики реже ссорятся с окружающими.

В целом эмоциональный фон подростков, независимо от пола, можно охарактеризовать как положительный. Мальчики по сравнению с девочками статистически значимо чаще указывают на то, что они редко ссорятся с окружающими, испытывают неприятные эмоции и бывают в плохом настроении.

Согласно данным опроса, доступность психологической помощи высокая: только 3,8% подростков (независимо от пола) ответили, что в их школе нет психолога; 2,6% затруднились ответить. В то же время востребованным данный вид помощи

оказывается недостаточно: обращались к школьному психологу только 15,2% 15–18-летних подростков, проживающих в Республике Беларусь.

Несмотря на в целом положительный эмоциональный фон, почти каждый пятый (18,8%) подросток отмечает, что сталкивался с ситуацией, когда он/она был готов покончить с собой от отчаяния. При этом ярко проявляются гендерные различия: на наличие кризисной ситуации указали 8,8% мальчиков и 29,16% девочек ($\chi^2=44,05$, $p=0,0001$).

Наиболее популярными из числа вариантов ответа на вопрос: «Кто помог тебе в этой ситуации», оказались следующие: «Сам (сама)» – 75,3% из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии кризисной психологической ситуации; «Друзья» – 39,3%; «Родители» – 15,7% (рисунок 22).

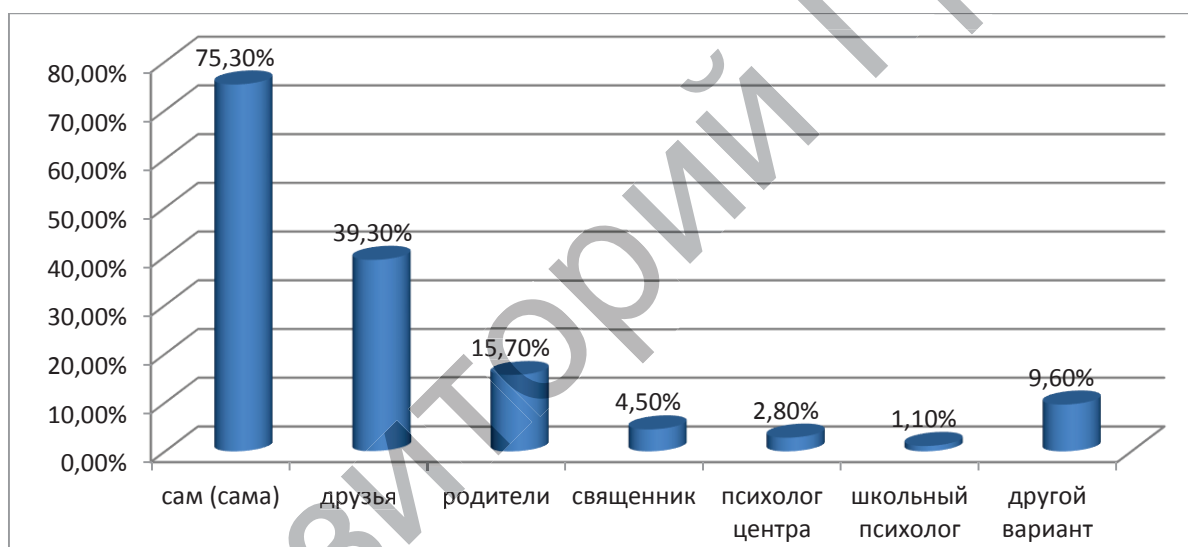


Рисунок 22 – Ответы подростков на вопрос «Кто помог тебе в ситуации, когда ты был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния?»

Другой вариант ответа отметили 9,6% подростков, в том числе самыми частыми были варианты ответов «Любимый парень» или «Любимый человек», «Мама», «Брат» («Сестра»), чуть реже – «Бог», «Религиозное воспитание». Отмечались также такие ответы, как «Никто», «Интернет», «Посторонний», «Совесть» и «Учитель». Школьный психолог помог подростку в ситуации готовности к суициду лишь в 1,1% случаев.

Почти каждый пятый подросток отмечает, что сталкивался с ситуацией, когда он или она были готовы

покончить с собой от отчаяния. Доля девочек, указывающих на наличие кризисной ситуации, статистически значимо превышает долю мальчиков (8,8% мальчиков и 29,16% девочек, $\chi^2=44,05$, $p=0,0001$). Следует отметить, что данные относятся не к ситуации собственно суицидальной попытки, но к состоянию, предшествующему таковой. Именно этим, по нашему мнению, объясняется тот факт, что, по литературным данным, частота суицидов среди мальчиков выше, среди девочек.

Таким образом, медицинская активность подростков оказалась низкой. Большинство (48,7%) обращаются к врачу, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют; почти четверть – только в случае тяжёлой болезни (24,4%). Только каждый девятый подросток своевременно обращается за медицинской помощью. Зона риска: репродуктивное здоровье. Группа риска: мальчики. При одинаковом уровне субъективного неблагополучия в репродуктивной сфере мальчики в 2,5 раза реже обращаются за помощью к специалисту.

Согласно полученным результатам, более высокий уровень медицинской информированности способствует повышению критичности подростка в отношении оценки собственного здоровья, более высокой индивидуальной ответственности за него. Чётко выявляется взаимосвязь между самооценкой здоровья и самооценкой знаний о репродуктивном здоровье. Следовательно, обоснованным является предположение о том, что повышение уровня медицинской информированности в области репродуктивного здоровья – фактор, значимый для самооценки подростком своего здоровья, и, следовательно, фактор, высокозначимый для качества жизни, связанного со здоровьем.

В то же время охват опрошенных 15–18-летних подростков организованными беседами с врачом-гинекологом (урологом) оказался недостаточным – менее 50%. Содержание информации в большинстве случаев неполно.

Доступность психологической помощи для подростков следует охарактеризовать как высокую: почти 94% подростков указывают на то, что в их школе есть психолог. В то же время услуги школьного психолога не востребованы подростками в

полной мере. Так, обращались к школьному психологу только 15,2% 15–18-летних подростков, проживающих в Республике Беларусь. В ситуации готовности «покончить с собой от отчаяния» подросток обращается к школьному психологу лишь в 1,1% случаев.

Качество профилактических осмотров подростков, касающихся оценки состояния репродуктивной системы или репродуктивного здоровья, оказывается недостаточным, неудовлетворительным. Необходимо обеспечить обязательную информационную составляющую (беседа с подростком, возможность консультации, ответы на вопросы, совет), а также полное соответствие осмотра стандартам.

При высокой потребности в консультативной помощи по проблемам сохранения репродуктивного здоровья, внутрисемейным взаимоотношениям, конфликтным отношениям со сверстниками, две трети подростков не имеют информации о наличии центров доброжелательного отношения к подростку, где есть такие специалисты, как психолог, гинеколог, уролог, и только 3,2% обращались в такой центр.

Подростки в целом удовлетворены организацией медицинского обслуживания. Однако необходимо помнить, что подросток психологически уязвим. Эта психологическая возрастная особенность ярко иллюстрируется пожеланиями видеть врачей «добрых, хороших, немного старше нас».

Литература

1. Богдан, Е.Л. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков / Е.Л. Богдан, И.В. Митрошенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №3. – С. 75-77.
2. Гребешева, И.И. [и др.]. Концепция полового воспитания подростков, разработанная Российской ассоциацией «Планирование семьи» / И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк, И.Л. Алесина // Выбор. – М.: РАПС, 1997.
3. Десять вопросов к опыту полового воспитания в США. Подготовлено МАОО «Международный Фонд Образования» на основании материалов, предоставленных Ричардом А.Панзером // Мир образования – образование в мире. – 2001. - №3. – С. 107 – 121.
4. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлёва. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.
5. Журавлёва, И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И.В. Журавлёва // Социологические исследования. – 2004. - №7. - С. 133 – 142.
6. Запретный плод сладок. По материалам ИТАР-ТАСС // Врач. – 1999. - №9. – С. 41.

7. Клиники, дружелюбные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. - Москва: ООО «БЭСТ-принт», 2010. – 210 с.
8. Кон, И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века / И.С. Кон. – Дубна, 2001.
9. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н.Е.Акола [и др.]; редкол. Е.М.Русакова [и др.]; предисл. Е.Л.Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. – Минск: АЛЬТИОРА, 2011. – 258 с.
10. Куликов, А.М. Клиники, дружелюбные к молодежи / А.М. Куликов, П.Н. Кротин, Т.Ю. Кожуховская, К.А. Варганова // Материалы 13^й Европейской конференции Междунар. ассоциации здоровья подростков. – С-Петербург, 2007. – 80 с.
11. Куликов, А.М. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт /А.М.Куликов, В. П.Медведев. — Санкт-Петербург, 2008. — 80 с.
12. Лявщина, Г.Х. Мнения врачей о сексуальном здоровье детей /Г.Х. Лявщина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. - №6. – С. 11 – 14.
13. Мартынова, В.В. Формирование ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью: пособие издано при финансовой поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Беларуси / В.В. Мартынова, Т.И. Курило. – Минск: Современная школа, 2007. – 168 с.
14. Неверо, Е.Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е.Г. Неверо, Е.Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №3. – С. 70-72.
15. Пиневиц, Д.Л. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь 1995-2010гг.) / Д.Л. Пиневиц, И.В. Митрошенко, Е.Л. Богдан // Материалы IX съезда педиатров(17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – 320 с.
16. Приложение к приказу главного врача Учреждения здравоохранения «Гродненская центральная городская поликлиника» №289-ОД от 28.07.2011
17. Резер, Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования / Т.М. Резер // Социол. исслед. – 2003. - №1. – С. 102 – 108.
18. Сурмач, М.Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков /М.Ю.Сурмач. Е.М.Тищенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №4. – С.62 – 67.
19. Baran, A. The type of a university course as a determinan5t of health-related behaviours / A.Baran, A. Stocka // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Spolecznej I Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11-13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – tom 89. - suplement 1. – S. 31.
20. The level of knowledge of students from universities of Rzeszow concerning danger and risk factors for cervical cancer / J. Kadziolka, E. Barnas, E. Domka, J. Grzegorzczuk, I. Bojar // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Spolecznej I Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11-13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – tom 89. - suplement 1. – S. 22-23.

Заключение

Понятие здоровья исторически менялось параллельно развитию представлений о факторах, его формирующих. В современных условиях признано ведущее значение социальных компонентов здоровья и функционального подхода к его определению, что ставит под сомнение традиционную дефиницию и тесно связывает здоровье с факторами духовности и нравственности.

Оптимальное здоровье, с точки зрения функционального подхода, достижимо только при максимально высоком качестве жизни, связанном со здоровьем. Изучение здоровья и факторов, влияющих на него, с позиций функционального подхода требует понимания мотивов, потребностей, ценностей индивида, учёта культурных факторов конкретного социума.

Здоровье подростков продолжает ухудшаться: сохраняется ежегодный рост как первичной, так и общей заболеваемости, наблюдается хронизация патологии. Снижается число абсолютно здоровых детей, расширяется группа риска, растёт доля детей, имеющих хронические заболевания.

Данные сравнительно-сопоставительного анализа показателей здоровья подростков, проведенного в рамках НИР кафедры общественного здоровья и здравоохранения УО «Гродненский государственный медицинский университет» в 2012-2013 гг., свидетельствуют об отсутствии положительных тенденций в состоянии здоровья 15–18-летних подростков, у которых за период с 2009 по 2012 г. произошла практически полная смена поколения. Патологическая поражённость остаётся высокой, что отражается на распределении подростков по группам здоровья. Наиболее распространёнными заболеваниями и патологическими состояниями, отягощающими состояние здоровья 15–18-летних подростков Республики Беларусь, являются такие, как: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (прежде всего сколиозы, лордозы и кифозы, на втором месте – плоскостопие), болезни глаза (в подавляющем большинстве – миопия), болезни органов пищеварения (гастриты и дуодениты), болезни органов дыхания (отягощают анамнез 99,6% подростков), болезни системы кровообращения (более

половины случаев – ПМК), а также внешние воздействия (7,34% подростков). Следовательно, профилактике именно этих заболеваний у детей следует уделить наибольшее внимание.

Результаты проведенного нами опроса республиканской выборки 15–18-летних подростков показывают, что эмоциональный фон подростков, независимо от пола, можно охарактеризовать как положительный. Мальчики по сравнению с девочками статистически значимо чаще указывают на то, что они редко ссорятся с окружающими, испытывают неприятные эмоции и бывают в плохом настроении. В то же время почти каждый пятый подросток отмечает, что сталкивался с ситуацией, когда (он или она) был готов покончить с собой от отчаяния.

В подростковом возрасте основной вклад в достижение оптимального качества жизни подростка *вносит семья*, в которой подросток растёт, его микросоциальное окружение. По данным опроса популяционной выборки 15–18-летних подростков Республики Беларусь было установлено, что каждая из рассмотренных нами составляющих семьи подростка (материальное положение, состав семьи, образование родителей) так или иначе значима во влиянии на поведенческие факторы риска здоровью, за исключением таких факторов, как курение и проба наркотика. Для риска сексуального поведения подростка наиболее значимым оказался состав семьи (риск случайных половых связей выше среди подростков из неполных семей). Знакомые, употребляющие наркотические вещества, чаще присутствуют у подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением, неполных. Материальное положение семьи и образование родителей оказалось незначимым фактором для факта воздержания подростка от употребления алкоголя (доли подростков, не употребляющих алкоголь, не имели различий по указанным факторам). В то же время сознательное, по собственной воле употребление алкогольных напитков чаще регистрируется среди подростков из неполных семей. Употребление алкогольных напитков крепостью выше 20 градусов 1 раз в неделю и чаще более распространено среди подростков из малообеспеченных семей. Наиболее зависимым от семьи поведенческим фактором здоровья подростка оказался фактор питания.

Тревожащие значения показателей здоровья, очевидно, являются базой недостаточного репродуктивного потенциала подростков. В то же время, от того, насколько подростки смогут реализовать свой репродуктивный потенциал, зависит благополучие государства в ближайшие десятилетия.

Результаты нашего исследования показали значимость факторов семьи подростка и в формировании его *репродуктивных установок*.

Следует отметить, что сравнительный анализ данных двух республиканских опросов молодёжи 19–24 лет, выполненных нами в 2004–2006 и 2010–2011 гг., иллюстрирует очевидный рост установок молодёжи на планируемое количество детей в семье. Такая тенденция однозначно благоприятна и объясняется улучшением условий для реализации репродуктивного потенциала. Демонстрируя ситуацию, когда реально планируемое число детей приближается к «идеальному» (с точки зрения опрошенных), молодые люди оценивают возможности, предоставленные им для реализации репродуктивных установок, как высокие. Это положительно характеризует деятельность системы здравоохранения по эффективной организации перинатальной помощи.

В то же время установки молодёжи на идеальное число детей возросли за изучаемый период времени незначительно. Выявленные установки молодёжи на планируемое число детей в семье как в 2004–2006, так и в 2011 гг. не обеспечивают даже простого воспроизводства населения, а резерв увеличения рождаемости сократился в 1,6 раза за счёт сокращения разрыва между установками на планируемое и идеальное число детей. Другими словами, предел роста установок на планируемое число детей в семье уже почти достигнут; но даже при его полном достижении сохранится суженный тип воспроизводства населения.

Существующие репродуктивные установки реализуются в малодетной линии репродуктивного поведения, причём ситуация остаётся неизменной как минимум на протяжении последних пяти лет. Причины низкой рождаемости – в низкой потребности в детях. Чтобы повлиять на идеальные репродуктивные установки, количественно отражающие потребность в детях, необходимы

колоссальные усилия. Репродуктивным установкам и влияющим на них факторам посвящено множество исследований. Но их управляемые детерминанты пока не установлены. Нами методом факторного анализа доказано, что благоприятная медико-социальная характеристика первой беременности вместе с семейным положением женщины молодого возраста (не достигшей 25 лет) определяет более 64% ($F=71,1$, $p<0,001$) значения репродуктивной установки на рождение трёх и более детей. Значит, проведением плановой направленной профилактической работы по подготовке женщины к наступлению беременности: повышением её медико-гигиенической грамотности, уровня ответственности при подходе к планированию беременности, – можно достичь положительной динамики её репродуктивных установок в отношении вторых и последующих рождений.

Современные подростки – именно та быстро уменьшающаяся количественно группа, которая в ближайшем будущем станет базой для воспроизводства поколений. Подростки – трудовой, экономический, демографический потенциал страны.

Согласно полученным нами результатам, гипотеза о влиянии материального положения семьи на репродуктивные установки подростка не подтвердилась. Такой фактор, как полнота родительской семьи (под полной семьёй подразумевалась такая семья, когда подросток проживает совместно с обоими родителями) не является детерминирующим для репродуктивных установок подростка. В то же время нами установлено и статистически доказано, что если подросток имеет родных братьев или сестёр, его/её репродуктивные установки значимо выше в сравнении с подростком, воспитываемым как единственный ребёнок в семье.

В профилактике опасного сексуального поведения подростков особая роль принадлежит *медицинской информированности*. В свою очередь, её качество в подростковом возрасте напрямую зависит от выбора адекватного источника информации. Полученные нами данные позволяют утверждать, что подростки в целом, и, прежде всего, мальчики, выбирают неадекватные источники медицинской информации и являются группой риска низкой медико-гигиенической

грамотности. В то же время за последние пять лет доля тех юношей, которые в качестве источника информации о репродуктивном здоровье используют хотя бы один из числа связанных с системой здравоохранения, возросла в 2,5 раза. При этом рост произошёл прежде всего за счёт популярности анонимных источников (печатной, наглядной информации учреждений здравоохранения). Роль непосредственной консультации специалиста в ранговом ряду источников информации по вопросам репродуктивного здоровья стала менее заметной.

Нами выявлено отсутствие влияния факторов, связанных с семьёй подростка, на самооценку подростком достаточности знаний о репродуктивном здоровье. На наш взгляд, это обусловлено тем фактом, что в целом только около четверти подростков-юношей выбрали семью в качестве источника информации о репродуктивном здоровье.

Исследования по изучению здоровья подростков, выявлению факторов риска и антириска сохраняют высокую актуальность. При этом поведенческая и психосоциальная обусловленность многих проблем здоровья подросткового возраста объясняет важность интердисциплинарного подхода, с облигатным включением социологических данных.

Термин «качество жизни, связанное со здоровьем» был предложен в 1980-е годы для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нём, от широкой общей концепции качества жизни. Связанное со здоровьем качество жизни – это оценка людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать уровень функционирования, позволяющий людям следовать их жизненным целям и отражающий уровень их благополучия.

Социальная природа и поведенческая обусловленность специфических медико-социальных проблем здоровья подростков обуславливает приоритетность медико-социологического подхода в числе используемых в комплексном изучении их популяционного здоровья. Анализ качества жизни, связанного со здоровьем, становится неотъемлемой составляющей исследований

здоровья в подростковом возрасте. Являясь многокомпонентным показателем, качество жизни, связанное со здоровьем, объединяет факторы физического, психологического и социального функционирования подростка.

Основными преимуществами *предлагаемой нами методики оценки связанного со здоровьем качества жизни подростков 15–18 лет* являются следующие:

1. Опросник изначально разработан пригодным для культурных и социальных условий, в которых проживают подростки Беларуси.

2. Опросник позволяет изучить качество жизни во взаимосвязи со здоровьем подростка и субъективной оценкой им своего репродуктивного потенциала.

3. Оценка результатов опроса построена с учётом взаимозависимости факторов, наличия обратных связей, многокомпонентности качества жизни, связанного со здоровьем.

4. Методика позволяет установить уровень качества жизни, связанного со здоровьем, и провести его покомпонентную оценку.

5. Выводы строятся на принципе многокомпонентности связанного со здоровьем качества жизни подростка, следовательно, невозможно совершить типичную ошибку, возникающую при оценке качества жизни при помощи единственного сводного показателя.

6. Наряду с данными оценки, методика позволяет установить форму и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий по повышению связанного со здоровьем качества жизни подростка.

7. Методика может быть использована для исследования качества жизни, связанного со здоровьем, в динамике, с целью контроля эффективности корректирующих (предупреждающих) мероприятий.

8. Методика позволяет выбрать как ручную форму обработки данных, так и автоматизированный вариант с применением персонального компьютера. При автоматизированном способе опрос и обработка результатов занимает около 5–10 минут, в зависимости от скорости ответа подростком на предложенную ему в электронном виде анкету. Заключение по итогам оценки доступно специалисту сразу же

после окончания заполнения анкеты подростком.

9. Автоматизированный вариант предлагает целый ряд преимуществ в работе с группой подростков. Данные опроса сохраняются в базе данных (БД). Заполненной анкете присваивается уникальный идентификатор (№ анкеты), фиксируется информация о дате/времени заполнения анкеты. Работа с защищенной частью приложения (заключения) возможна только после успешного прохождения процедуры авторизации. Специалисту доступны отображение полного списка анкет, хранящихся в БД: уникальный идентификатор (№ анкеты); индивидуальный уровень качества жизни (цифра и справа относительная диаграмма); информация о дате/времени заполнения анкеты опрашиваемым. По данным атрибутам возможна прямая и обратная сортировка. Существует возможность просмотра реальных анкет (сохранённых в БД), при необходимости – дополнения комментарием для данной анкеты, просмотра результатов обработки реальных анкет (сохранённых в БД), удаления как отдельных анкет, так и автоматически результатов обработки реальных анкет.

Разработанная нами методика имеет значимое преимущество перед другими методиками оценки качества жизни, заключающееся в медико-социальной направленности. В оценку качества жизни, связанного со здоровьем, включается социальный компонент (состав и материальное положение семьи, образование родителей, психологические взаимоотношения в семье подростка). Он позволяет выделить подростков медико-социального риска, спрогнозировать эффективность мероприятий по укреплению здоровья. Одновременно методика позволяет быстро и без существенных затрат определить подростков, нуждающихся в помощи психолога (психотерапевта), гинеколога (уролога), разработать индивидуальную программу профилактики с учётом факторов образа жизни подростка. Следовательно, в работе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих подростков (врачи-педиатры, врачи подростковых кабинетов, персонал центров здоровья подростков и молодёжи, врачи и средние медицинские работники педиатрических отделений по обслуживанию школ) применение методики позволит своевременно корректировать программы

первичной и вторичной профилактики. Мониторинг связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков может быть использован для оценки эффективности профилактических программ и реабилитационных мероприятий на индивидуальном, семейном и административном уровнях, динамического наблюдения за группами риска. Возможно применение способа в режиме мониторинга для оценки эффективности деятельности центров здоровья молодёжи.

Апробация методики, выполненная по данным опроса популяционной выборки 15-18-летних подростков Республики Беларусь в 2010 г., позволила рассчитать *популяционные показатели связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков*. Нами установлено, что популяционный уровень качества жизни 15–18-летних подростков, связанный со здоровьем, соответствует высокому уровню у мальчиков и выше среднего уровня у девочек. Индивидуальный усреднённый индекс качества жизни, связанного со здоровьем, $I \text{ инд. усредн.} = (\Sigma \text{ инд. усредн} / \Sigma \text{ макс}) \times 100 = 11950/156 = 77$ у мальчиков, высокий; $I \text{ инд. усредн.} = (\Sigma \text{ инд. усредн} / \Sigma \text{ макс}) \times 100 = 11350/156 = 73$ у девочек, выше среднего. К зонам риска, требующим срочной коррекции, у мальчиков следует отнести зону медико-гигиенической грамотности, а также зону обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья. В обоих указанных компонентах уровень фактора качества жизни, связанного со здоровьем, средний. У девочек коррекция востребована в факторах полноценности питания и физической активности. Плановая коррекция у мальчиков требуется по фактору полноценности питания, у девочек – факторам медико-гигиенической грамотности, риска кризисных психологических состояний, обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья. Состояние социальных факторов, влияющих на качество жизни, связанное со здоровьем, свидетельствует о том, что прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов у подростков оптимальный.

Аналогов предлагаемой нами методике нет. Следовательно, нет пока возможности сравнения и сопоставления результатов.

Единственным подобного рода исследованием, проводимым в Беларуси, была работа ассистента кафедры гигиены и медицинской экологии БелМАПО И.В.Мащенко. Средний показатель КЖ обследованных подростков из городов Минска и Молодечно в исследовании И.В.Мащенко оказался низким и составил всего 23,5%. По мнению авторов, беспокойность своим здоровьем и качество социализации являются ведущими факторами низкого качества жизни подростков, определяя его почти на четверть у мальчиков и почти на треть у девочек. Следует отметить, что метод И.В.Мащенко сопоставим по технической сложности с предлагаемой нами методикой, однако имеет принципиальные различия. Основное из них – отсутствие возможности объективной оценки факторов образа жизни подростка, составляющих основу риска его здоровью, акцент на субъективные факторы качества жизни. Следовательно, результаты И.В.Мащенко отражают социально-психологическую сторону качества жизни. Полученные нами результаты позволяют оценить качество жизни в более тесной взаимосвязи со здоровьем и репродуктивным потенциалом подростка.

Популяционные показатели связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков оказались значительно более благоприятными по сравнению с показателями, полученными коллегами из БелМАПО. Нами выявлены также сходные гендерные различия в отдельных компонентах связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков, а также в уровне интегрального показателя качества жизни с высокими значениями у мальчиков и значениями «выше среднего» у девочек. Следовательно, полученные нами результаты согласуются с данными И.В.Мащенко, что позволяет обоснованно говорить об их объективности и о валидности предлагаемой нами методики.

Анализ исторического опыта показывает, что сохранение здоровья молодежи – комплексная проблема, решение которой зависит от сочетания усилий многих специалистов и органов власти, учёта социальных факторов.

В 2001 г. под эгидой ВОЗ были выработаны единые принципы и положения, регламентирующие деятельность служб, созданных по целевому назначению – «дружественных к

подросткам и молодежи». Сотрудничество ЮНИСЕФ и Республики Беларусь в области медико-социальной помощи, дружественной к подросткам, начало активно развиваться с 2003 г. Были внедрены новые подходы к оказанию медицинской помощи подросткам, включающие организацию консультирования здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни, социальную и правовую защиту. «Дружественным» подход к организации медицинской помощи подросткам назван постольку, поскольку при этом подходе предоставление медицинских услуг осуществляется в соответствии с потребностями и ожиданиями подростков. В рамках данного подхода были открыты центры (кабинеты) здоровья молодёжи (дружественные к подросткам). Как показали результаты нашего исследования, выполненного в 2010 г. с целью определить востребованность городскими девочками-подростками работы одного из таких центров, функционирующих в городе Гродно («Контакт»), более 72% девочек-подростков оценили работу центра на наивысшую оценку. Следовательно, деятельность такого рода центров востребована подростками.

По полученным нами данным, медицинская активность подростков оказалась низкой. Большинство (48,7%) обращаются к врачу, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют; почти четверть – только в случае тяжёлой болезни (24,4%). Только каждый девятый подросток своевременно обращается за медицинской помощью. Зона риска: репродуктивное здоровье. Группа риска: мальчики. При одинаковом уровне субъективного неблагополучия в репродуктивной сфере мальчики в 2,5 раза реже обращаются за помощью к специалисту. Одновременно более высокий уровень медицинской информированности способствует повышению критичности подростка в отношении оценки собственного здоровья, более высокой индивидуальной ответственности за него. Чётко выявляется взаимосвязь между самооценкой здоровья и самооценкой знаний о репродуктивном здоровье. Следовательно, обоснованным является предположение о том, что повышение уровня медицинской информированности в области репродуктивного здоровья – фактор, значимый для

самооценки подростком своего здоровья, и, следовательно, фактор, высокозначимый для качества жизни, связанного со здоровьем. Несмотря на значимость активной профилактики в подростковом возрасте, охват опрошенных 15–18-летних подростков организованными беседами с врачом гинекологом (урологом) оказался недостаточным – менее 50%. Содержание информации в большинстве случаев неполно. Качество профилактических осмотров репродуктивной системы подростков также недостаточно. Необходимо обеспечить обязательную информационную составляющую (беседа с подростком, возможность консультации, ответы на вопросы, совет), а также полное соответствие осмотра стандартам.

Наряду с острой необходимостью повышать качество профилактической консультативной помощи психолога, гинеколога (уролога, андролога), только чуть более трети подростков информированы о наличии центров доброжелательного отношения к подростку – и только 3,2% обращались в такой центр.

Доступность психологической помощи для подростков следует охарактеризовать как высокую: почти 94% подростков указывают на то, что в их школе есть психолог. В то же время услуги школьного психолога не востребованы подростками в полной мере. Так, обращались к школьному психологу только 15,2% 15–18-летних подростков, проживающих в Республике Беларусь. В ситуации готовности «покончить с собой от отчаяния» подросток обращается к школьному психологу лишь в 1,1% случаев.

Таким образом, за прошедший с 2004 по 2011 г. период очевиден эффект мер, предпринимаемых государством для решения демографических проблем. Это, прежде всего, социальная поддержка молодых семей, улучшение организации перинатальной помощи. На наш взгляд, именно эти меры позволили достичь положительных сдвигов в репродуктивных установках молодых женщин на планируемое число детей в семье. В то же время установки молодёжи на идеальное количество детей в семье, отражающие потребность в детях, сохраняются на низком уровне и по-прежнему не обеспечивают даже простого воспроизводства населения. Проведением плановой направленной

профилактической работы по подготовке к наступлению беременности (повышение медико-гигиенической грамотности, уровня ответственности при подходе к планированию беременности), а также направленной поддержкой семей с двумя и более детьми можно достичь положительной динамики репродуктивных установок молодых женщин в отношении вторых и последующих рождений. Их реализация, наряду с тем, что чётко прослеживается положительное влияние наличия братьев и сестёр на формирование у подростков более высоких репродуктивных установок как на планируемое, так и на идеальное число детей, приведёт к росту рождаемости во втором и третьем поколениях.

Подростки в целом удовлетворены организацией медицинского обслуживания. Однако необходимо помнить, что подросток психологически уязвим. Эта психологическая возрастная особенность ярко иллюстрируется желанием видеть врачей «добрых, хороших, немного старше нас». Следует активнее проводить информирование подростков о наличии в доступности центров дружественного отношения к подросткам; активнее внедрять мероприятия по повышению уровня знаний подростков о репродуктивном здоровье, а также более активно проводить с подростками работу по профилактике нарушений психического здоровья, с учётом выявленных нами факторов. Следует подчеркнуть также важность принципиально новой модели подготовки медицинского персонала – с акцентом на навыки коммуникативной работы, знанием психологии подросткового возраста, умением использовать интервенционные практики.

Усложняет эффективную работу центров организация их функционирования преимущественно на функциональной основе. Ввиду негативных тенденций здоровья подростков, тревожной социально-демографической ситуации оправданным будет являться выделение как минимум в каждом районе областного центра и в каждом районном центре центра охраны репродуктивного здоровья подростков как самостоятельной юридической единицы в системе здравоохранения области, с финансированием за счёт средств бюджета. Необходима также более тесная интеграция центров здоровья молодёжи с учреждениями образования, социальной защиты, общественными организациями.

Приложение 1. Методика оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков: особенности ручного и автоматизированного вариантов использования (инструкция по применению)

Цель инструкции по применению: обосновать метод оценки связанного со здоровьем качества жизни 15-18-летних подростков, позволяющий скорректировать индивидуальные и групповые программы профилактики с учётом социального фактора.

Инструкция предназначена для врачей-специалистов центров, дружественных подросткам, амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (врач-педиатр, врач-психиатр-нарколог, врач-акушер-гинеколог, врач-уролог), прочих должностей, закреплённых в штатном расписании указанных центров (психолог, валеолог).

Позволяет быстро и без существенных затрат:

- разработать индивидуальную программу профилактики здоровья подростка с учётом социального фактора, уровня и особенностей связанного со здоровьем качества жизни,
- выделить группы риска подростков для проведения с ними групповой профилактической и коррекционной работы;
- определить уровень КЖСЗ подростков 15–18-летнего возраста;
- выявить подростков с недостаточным уровнем КЖСЗ;
- скорректировать и определить мероприятия индивидуальной программы профилактики с учётом уровня и особенностей КЖСЗ;
- дать индивидуальный прогноз эффективности профилактических мероприятий на основе состояния социального фактора КЖСЗ.

Внедрение методики будет способствовать исполнению ряда документов государственной значимости, а именно:

1. Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. (гл. 5; мероприятия 1.1, 1.3, 1.4, 11 Приложение 2 Национальной программы).

2. Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 12.03.2012 № 218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 годы» (мероприятия 17,18, 24).

3. Положения об организации и проведении диспансеризации детей в Республике Беларусь (Приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.08.2003 № 140, 27.10.2003 № 171, 10.05.2007 № 352, 29.08.2008 № 811).

4. Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет (в редакции Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2008 № 114).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

При ручном способе: анкета на бумажном носителе, калькулятор, технология использования способа.

При автоматизированном способе: клиентская машина: ПК (ноутбук) с установленным WEB браузером; серверная машина: процессор Intel Pentium 4, 768МБ ОЗУ для Windows XP (Linux). Для Windows 7,8 - 1,5ГБ ОЗУ; программное обеспечение (WEB Приложение “TeanHealth”).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Методика показана к применению для разработки индивидуальных программ профилактики здоровья подростков с учётом социального фактора, уровня и особенностей связанного со здоровьем качества жизни, а также для выделения групп риска подростков для проведения с ними групповой профилактической и коррекционной работы, в случаях:

- при обращениях подростков для медицинского осмотра и обследования (класс XXI Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр, рубрики Z00 – Z99; преимущественно Z00.3 Обследование с целью оценки состояния развития подростка),

- при обращениях в связи с опасностью для здоровья, связанной с социально-экономическими и социальными обстоятельствами (Z55 – Z65), в связи с другими обстоятельствами (Z70-Z73).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Отказ подростка от исследования.
2. Нарушения психического и эмоционального состояния подростка.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ

Методика включает четыре этапа:

1. Заполнение опросника (Приложение 1).
2. Расчёт и оценка уровня каждого фактора: F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11 (таблицы 1, 2, 3).
3. Расчёт и оценка уровня качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) (таблицы 4, 5).
4. Заключение. Рекомендации. Прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов.

Методика применения при обращении для медицинского осмотра и обследования (Z00.3): на 1 (доврачебном) этапе подросток заполняет анкету в электронном виде. Средний медицинский работник, проводящий данный этап медосмотра, получает заключение по итогам оценки и передаёт его вместе с другими данными на 2 этап (осмотр врача-педиатра). Оценка КЖСЗ занимает 5-7 минут, в зависимости от скорости заполнения подростком анкеты. Врач-педиатр принимает решение по итогам заключения.

Методика применения при обращении для получения консультации в центр (кабинет) здоровья молодёжи амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения: координатор, валеолог, либо врач-педиатр предлагает подростку заполнить анкету в электронном либо печатном виде, получает заключение по итогам оценки. Валеолог либо врач-педиатр принимает решение по итогам заключения о корректировке мероприятий профилактики на индивидуальном уровне с учётом уровня и особенностей КЖСЗ обследованного подростка.

Пример использования технологии (ручной способ) приведен в Приложении 2.

При автоматическом способе все этапы автоматизированы.

Первый этап. Заполнение опросника может осуществляться вручную (печатный вариант), либо в электронном виде. Подросток выполняет данный этап самостоятельно и индивидуально.

Второй этап. Каждый вопрос анкеты соответствует определённому фактору КЖСЗ. Всего выделено одиннадцать факторов: самооценка здоровья (F1), самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2), самооценка полноценности питания (F3), физическая активность (F4), продолжительность сна (F5), риск приобщения к психоактивным веществам (F6), риск опасного сексуального поведения (F7), риск развития кризисных психологических состояний (F8), самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9), оценка обращаемости за медицинской помощью и её доступности в области репродуктивного здоровья (F10), социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное со здоровьем (F11).

Каждому варианту ответа соответствует определённый балл (таблица 1).

Максимально возможная сумма баллов по каждому фактору составляет значение F макс; среднее значение возможной суммы баллов по фактору составляет значение F средн. (таблица 2).

Индивидуальная сумма баллов по фактору составляет значение F инд.

Для уточнения уровня каждого фактора рассчитываются: индивидуальный балл для фактора F инд. (таблица 1.1); делением (F инд.) на (F макс) определяется индекс фактора индивидуальный (If инд.): $(F \text{ инд.} / F \text{ макс.}) \times 100 = If \text{ инд.}$; делением среднего балла для фактора F средн. на максимальный балл для фактора F макс рассчитывается индекс фактора средний If средн. (таблица 1.2).

Максимальное значение индекса фактора регистрируется тогда, когда F инд. = F макс. Следовательно, If макс = 100.

Для оценки уровня каждого фактора используется метод сравнения среднего, индивидуального и максимального индексов по шкале оценки (таблица 1.3).

Таблица 1.1 – Индивидуальные баллы факторов

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
F1	Оцени, пожалуйста, состояние твоего здоровья	1 – плохое	1
		2 – удовлетворительное	3
		3 – ближе к хорошему	5
		4 – хорошее	7
		5 – отличное	10
F2	Знаешь ли ты, что такое репродуктивное здоровье?	1 – да	6
		2 – нет (вопрос 3 пропустить)	2
		3 – не уверен (а)	4
	Считаешь ли ты достаточными свои знания о репродуктивном здоровье?	1 – да	6
		2 – нет	2
		3 – не уверен (а)	4
	пропуск вопроса	2	
F3	Оцени, пожалуйста, полноценность твоего питания	1 – плохое	1
		2 – удовлетворительное	2
		3 – ближе к хорошему	4
		4 – хорошее	6
		5 – отличное	8
F4	Как часто ты занимаешься физкультурой?	1 – ежедневно	9
		2 – часто	6
		3 – иногда	3
		4 – никогда	1
F5	Сколько часов в сутки ты обычно спишь?	8,5 часов и более	10
		8 – 8,4 часов	9
		7,5 – 7,9 часов	8
		7 – 7,4 часа	7
		6,5 – 6,9 часа	6
		6 – 6,4 часа	5
		5,5 – 5,9 часа	4
		5 – 5,4 часа	3
		4,5 – 4,9 часа	2
		менее 4,5 часов	1
F6	F6.1 Куришь ли ты?	1 – нет	6
		2 – да сколько сигарет в день выкуриваешь: 1 – 4	5
		2 – да сколько сигарет в день выкуриваешь: 5 – 9	4
		2 – да сколько сигарет в день выкуриваешь: 10 – 14	3
		2 – да сколько сигарет в день выкуриваешь: 15–19	2
		2 – да сколько сигарет в день выкуриваешь: 20 и более	1

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
F6	F6.2 Употреблял(а) ли ты когда-либо сознательно, по своему желанию, алкоголь?	1 – нет	1
		2 – да	0
	Испытывал(а) ли ты когда-либо состояние алкогольного опьянения?	1 – нет	1
		2 – да	0
	Как часто ты употребляешь слабоалкогольные напитки (менее 20°), например, пиво?	не употребляю	4
		раз в полгода и реже	3
		несколько раз в полгода	2
		реже 1 раза в неделю, но чаще 1 раза в месяц	1
		один раз в неделю и чаще	0
	Как часто ты употребляешь алкогольные напитки крепостью более 20°?	не употребляю	4
		раз в полгода и реже	3
		несколько раз в полгода	2
		реже 1 раза в неделю, но чаще 1 раза в месяц	1
		один раз в неделю и чаще	0
F6.3 Есть ли у тебя знакомые, употребляющие наркотические вещества?	1 – нет	2	
	2 – да	1	
Пробовал(а) ли ты такие вещества?	1 – нет	2	
	2 – да	0	
F7	А. Имеешь ли ты опыт половой жизни?	1 – нет, переход к F8	15
		2 – да	2
	В. Используешь ли ты средства, предохраняющие от наступления беременности?	1 – да	6
		2 – нет	1
	С. Была ли у тебя (твоей девушки) беременность?	1 – нет, переход к E в данном факторе	4
		2 – да	0
	D. Чем закончилась беременность?	1 – роды	1
		2 – аборт	0
		3 – выкидыш	0
	E. Были ли у тебя случайные половые связи?	1 – нет	2
2 – да		0	
F8	Как часто ты ссоришься с окружающими?	1 – ежедневно	1
		2 – часто	2
		3 – иногда	3
		4 – никогда	4
	Как часто ты испытываешь неприятные эмоции?	1 – ежедневно	2
		2 – часто	2
		3 – иногда	3
		4 – никогда	4
Как часто ты	1 – ежедневно	4	

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа		Баллы F инд	
F8	испытываешь положительные эмоции?	2 – часто		3	
		3 – иногда		2	
		4 – никогда		1	
	Как часто ты бываешь в плохом настроении?	1 – ежедневно		1	
		2 – часто		2	
		3 – иногда		3	
		4 – никогда		4	
	Как часто ты бываешь в хорошем настроении?	1 – ежедневно		4	
		2 – часто		3	
		3 – иногда		2	
4 – никогда		1			
Была ли в твоей жизни ситуация, когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния?	1 – нет		1		
	2 – да		0		
F9	Как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье?	A		при A=B, 2; A≠B, 1	
	Какое количество детей в семье является идеальным?	B			
	Как ты считаешь, будет ли у тебя возможность иметь свою полноценную семью?	1 – да		2	
		2 – нет		0	
F10	Есть ли у тебя возможность реализовывать свои жизненные планы?	3 – не уверен (а)		1	
		1 – да		2	
		2 – нет		0	
	Если нет, откуда чувствуешь преграду?	1 – родители		отмечен любой из вариантов	0
		2 – материальное положение			
		3 – родственники		отсутствие ответа	1
		4 – учителя			
		5 – сверстники			
		6 – особенности характера			
		7 – другое			
А. Организовывались ли в твоей школе беседы с врачами: гинекологом (девушки), хирургом- урологом (юноши)?	1 – да		2		
	2 – нет		1		
В. Посещала ли ты когда-нибудь гинеколога (отвечают девушки), уролога (отвечают юноши) самостоятельно?	1 – да		2		
	2 – нет		1		

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
F10	С. Были ли у тебя когда-либо проблемы медицинского характера, связанные с половой сферой?	1 – нет	1
		2 – да	0
	Д. Был ли организован у вас в школе профилактический осмотр гинекологом (девушки), хирургом-урологом (юноши)?	1 – нет, переход к F в данном факторе	1
		2 – да	2
	Е. Что включал данный осмотр?	1 – только ответы на вопросы	1
		2 – только осмотр врачом	2
		3 – осмотр врачом и ответы на вопросы врача	3
		4 – осмотр врачом, ответы на вопросы и беседу	4
		5 – другое	1
	F10	F. Какая из следующих ситуаций обращения за медицинской помощью наиболее характерна для тебя:...	1 – обращаюсь сразу при недомогании
2 – обращаюсь, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствую			4
3 – обращаюсь только в случае тяжелой болезни			3
4 – обращаюсь, когда нужно освобождение от занятий (работы)			4
5 – к врачам по своей инициативе не обращаюсь, но прохожу обязательные диспансерные обследования			2
Какая из следующих ситуаций обращения за медицинской помощью наиболее характерна для тебя:...		6 – к врачам никогда не обращаюсь	1
		G. Знаешь ли ты о медицинских центрах доброжелательного отношения к подростку?	1 – да
2 – нет (переход к F11)			0
H. Обращался (лась) ли ты в такой центр?		1 – да	1
		2 – нет	0
F11	Укажи, пожалуйста, твоя семья:...	Полная: мама и папа	4
		Неполная: живёшь с мамой	3
		Неполная: живёшь с папой	2
			F2 -1 F8 -1
		Неполная: живёшь с бабушкой (дедушкой)	2
			F2 -1 F8 -1
	Неполная: другое	2	
		F2 -1 F8 -1	

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
F11	Как ты оцениваешь материальное положение твоей семьи?	1 – очень хорошее	5
		2 – хорошее	4
		3 – среднее	3
		4 – трудное	2 F6-1 F8 -1
		5 – очень трудное	1 F6-1 F8 -1
		6 – не могу оценить	2
	Какое образование имеют твои родители: мама?	отсутствие ответа	1
		1 – начальное	
		2 – неполное среднее	2
		3 – среднее	3
		4 – профессиональное	4
		5 – высшее	5 F 10+1
	Какое образование имеют твои родители: папа?	отсутствие ответа	1
		1 – начальное	
		2 – неполное среднее	2
		3 – среднее	3
		4 – профессиональное	4
		5 – высшее	5 F 10+1
	Охарактеризуй, пожалуйста, свои отношения с родителями (взаимоотношения в твоей семье)?	1 – тёплые, близкие	5
		2 – сдержанно-тёплые	4
		3 – равнодушные	2 F8-1
		4 – равнодушно-неприятные	1 F8-2
		5 – частые ссоры, скандалы	0 F8-3
	Укажи, пожалуйста, твой пол?	1 – мужской	- F2-1
		2 – женский	-
	Укажи, пожалуйста, твой возраст?	<i>При ответе, находящемся за пределами 15–18 лет, анкета выбраковывается</i>	

Таблица 1.2 – Максимальный, минимальный и средний балл, средний индекс по каждому фактору

Фактор	F макс	F мин.	F средн.	If средн. = (F средн / F макс)х100
F1	10	1	5,5	55
F2	12	2	7	58
F3	8	1	4,5	56
F4	9	1	5	56
F5	10	1	5,5	55
F6	20	1	10,5	53
F7	15	3	9	60
F8	21	1	11	52
F9	7	1	4	57
F10	20	4	12	60
F11	24	5	14,5	60

Таблица 1.3 – Шкала оценки уровня фактора качества жизни, связанного со здоровьем

Уровень фактора	Условие
Высший	If инд. = 96–100
Высокий	If инд. = 76–95
Выше среднего	If инд. = 61–75 (66–75 для F7, F10, F11)
Средний	If инд. = 50–60 (60–65 для F7, F10, F11)
Ниже среднего	If инд. <50 (<60 для F7, F10, F11)

Третий этап. Расчёт и оценка уровня КЖСЗ. По всем факторам (F1–F11) рассчитывается: сумма максимальных баллов (Σ макс), сумма средних баллов (Σ средн.) (табл. 1.4), сумма индивидуальных баллов подростка (Σ инд.).

Таблица 1.4 – Максимальные и средние баллы факторов

Номер фактора	F макс	F средн.
F1	10	5,5
F2	12	7
F3	8	4,5
F4	9	5
F5	10	5,5
F6	20	10,5
F7	15	9
F8	21	11
F9	7	4
F10	20	12
F11	24	14,5
Сумма	Σ макс = 156	Σ средн. = 88,5

Делением (Σ инд.) на (Σ макс) определяется "индивидуальный индекс качества жизни, связанного со здоровьем" (I инд.): $(\Sigma \text{ инд.} / \Sigma \text{ макс}) \times 100 = I \text{ инд.}$ Делением Σ средн. на Σ макс определяется "усреднённый индекс качества жизни" (I средн.): $(\Sigma \text{ средн.} / \Sigma \text{ макс}) \times 100 = I \text{ средн.} = (88,5/156) \times 100 = 57$. Для оценки уровня КЖСЗ используется метод сравнения "индивидуального индекса качества жизни" I инд. с его максимально возможным значением I макс (равным 100) и "усреднённым индексом качества жизни" I средн., равным 57, по шкале оценки (таблица 1.5).

Таблица 1.5 – Шкала оценки уровня качества жизни подростка, связанного со здоровьем

Индивидуальный уровень качества жизни, связанного со здоровьем	Условие
Высший	I инд. = 96–100
Высокий	I инд. = 76–95
Выше среднего	I инд. = 61–75
Средний	I инд. = 57–60
Ниже среднего	I инд. <57

Четвёртый этап. Заключение по итогам оценки качества жизни, связанного со здоровьем, включает: оценку КЖСЗ, оценку уровня каждого фактора, форму коррекции для каждого фактора (таблица 1.7), конкретные рекомендации, прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов. Рекомендации строятся по итогам оценки уровня каждого фактора, согласно таблице 1.6.

Таблица 1.6 – Схема построения рекомендаций

Фактор	Возможность модификации	Значение	Форма коррекции	Корректирующие (предупреждающие) мероприятия
F1	условно модифицируемый фактор	базовый уровень КЖСЗ	коррекция возможна при изменении факторов F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10 со средним и ниже среднего уровнем на более высокий уровень	
F2	модифицируемый фактор	медико-гигиеническая грамотность	срочная плановая предупреждающая	консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога)
F3	модифицируемый фактор	полноценность питания	срочная плановая предупреждающая	консультация педиатра либо среднего медицинского работника, при уровне

Фактор	Возможность модификации	Значение	Форма коррекции	Корректирующие (предупреждающие) мероприятия
				фактора среднем и ниже среднего – физиолого-гигиеническая оценка и коррекция питания
F4	модифицируемый фактор	физическая активность	срочная плановая предупреждающая	консультация педиатра либо среднего медицинского работника; при уровне фактора ниже среднего – консультация психолога
F5	модифицируемый фактор	норма длительности ночного сна	срочная плановая предупреждающая	консультация педиатра либо среднего медицинского работника
F6	модифицируемый фактор	риск приобщения к психоактивным веществам	экстренная срочная плановая предупреждающая	консультация психолога (педиатра)
F7	модифицируемый фактор	риск сексуального поведения	экстренная срочная плановая предупреждающая	консультация гинеколога (уролога, андролога)
F8	модифицируемый фактор	риск кризисных психологических состояний	экстренная срочная плановая предупреждающая	консультация психолога (педиатра)
F9	модифицируемый фактор	самооценка социального потенциала. Психологическое благополучие	срочная плановая предупреждающая	консультация психолога (педиатра)
F10	модифицируемый фактор	обращаемость за медицинской помощью и её доступность в области репродуктивного здоровья	экстренная срочная плановая предупреждающая	консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога), педиатра, либо беседа среднего медицинского работника
F11	не модифицируемый фактор	базовый уровень КЖСЗ и прогноз успешности мер по оптимизации	коррекция медико-организационными мерами не осуществляется; при высшем либо высоком уровне прогноз оптимальный; при уровне выше среднего - умеренно благоприятный; при среднем уровне – умеренно неблагоприятный; при уровне ниже среднего прогноз неблагоприятный	

Таблица 1.7 – Формы корректирующих (предупреждающих) мероприятий, F2 – F10

Уровень F2 – F10	Форма коррекции
Высший	не требуется
Высокий	предупреждающая: исследование в динамике, предупреждающие мероприятия по желанию подростка
Выше среднего	плановая: корректирующие (предупреждающие) мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца после проведения исследования с последующим контролем в динамике
Средний	срочная, корректирующие (предупреждающие) мероприятия в течение нескольких дней с последующим контролем факторов риска
Ниже среднего	экстренная (F6-8, F10), корректирующие (предупреждающие) мероприятия в день проведения исследования с последующим наблюдением в динамике (не менее, чем двукратно) и контролем факторов риска

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

К возможным ошибкам следует отнести:

1. Несоблюдение ограничений по возрасту подростков.
2. Нарушение условий добровольности и доброжелательности при проведении опроса.
3. Неточное соблюдение методики расчёта при ручном способе.
4. Нарушение процедуры установки WEB-приложения, приводящее к затруднениям в подготовке к использованию, при автоматизированном способе.

Осложнения применения методики отсутствуют.

Пути устранения ошибок: строгое соблюдение технологии использования методики, технологии инсталляции электронного приложения.

При *автоматизированном способе* данные опроса сохраняются в базе данных (БД). Заполненной подростком анкете присваивается уникальный идентификатор (№), фиксируется информация о дате/времени заполнения анкеты. Заключение доступно специалисту сразу же после окончания заполнения анкеты. Работа с заключением возможна только после прохождения процедуры авторизации.

Специалисту доступны отображение полного списка анкет в БД: уникальный идентификатор (№ анкеты); индивидуальный

уровень качества жизни (цифра и диаграмма); информация о дате/времени заполнения. Возможна сортировка анкет. Существует возможность просмотра анкет, добавления комментариев без изменения данных, просмотра и удаления анкет и результатов обработки.

WEB ПРИЛОЖЕНИЕ “TEANHEALTH”: ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

Общее описание системы

WEB приложение трёхзвенной архитектуры:

1. Уровень хранения: среда функционирования – СУБД *MySQL*, версия 5 и выше (бесплатное ПО).

2. Уровень приложения: java основанные технологии (jsf, на уровне DAO для достижения максимальной скорости работы приложения использовались технологии JDBC). Технология визуализации диаграмм: XML. Среда функционирования уровня приложения: бесплатный WEB сервер Tomcat (поддержка jsf v2), любая современная операционная система (бесплатное ПО).

3. Уровень клиента: стандартный web браузер (рекомендуется Opera, Mozilla Firefox, Google Chrome). Для работы с закрытой частью системы на клиентскую машину необходимо установить плагин (дополнение) для WEB браузеров Adobe SVG Viewer (бесплатное ПО, 3МБ объём инсталлятора). Установка указанного плагина необходима для корректного отображения динамической диаграммы на странице formResults.jsp.

Вся информация приложения хранится на сервере баз данных (*MySQL*) в трёх таблицах: users (таблица содержит информацию о пользователях системы); user_answers (содержит ответы пользователей на вопросы анкеты); individual_points (рассчитанные индивидуальные баллы за ответы анкеты). Для добавления/удаления информации в таблицы: user_answers и individual_points дополнительно созданы 2 процедуры.

Системные требования

1. Клиентская машина: ПК (ноутбук) с установленным WEB браузером.

2. Серверная машина (минимальные требования): процессор Intel Pentium 4, 768МБ ОЗУ для Windows XP (Linux). Для Windows 7,8 – 1,5ГБ ОЗУ.

Принцип действия приложения

1. Возможности опрашиваемых (открытая часть приложения)

Открыть и заполнить страницу `opros.jsp`

После нажатия кнопки “Отправить”:

а) анкета автоматически попадает в БД, при этом заполненной анкетой присваивается уникальный идентификатор (№ анкеты), кроме того в БД также автоматически фиксируется информация о дате/времени заполнения анкеты опрашиваемым (см. страницы `forms.jsp`; `formResults.jsp`; `oprosOut.jsp`);

б) в случае успешного выполнения пункта а), автоматически открывается страница `oprosAddOk.jsp`

2. Возможности “специалистов” (защищённая часть)

Работа с защищённой частью приложения возможна только после успешного прохождения процедуры авторизации (страница `login.jsp`).

Специалист вводит пару логин/пароль, затем в случае ввода правильной комбинации автоматически открывается страница списка анкет (`forms.jsp`) (происходит автоматическое перенаправление на данную страницу). Обойти процедуру авторизации нельзя – при попытке открыть страницу списка анкет (также как и другие страницы из защищённой части приложения, описанных ниже) без прохождения авторизации происходит автоматическое перенаправление на страницу `login.jsp`.

Учетные записи действующих пользователей хранятся в базе данных (БД), хранят информацию: логин, пароль, состояние (активна, заблокирована). Заблокированная учётная запись определяется системой как недействительная. Количество создаваемых учётных записей не ограничено.

В шаблоне, подготовленном для установки, в БД хранится только одна активная учётная запись: Логин: SocioTest Пароль: SocioTest.

Основные возможности страницы `forms.jsp`:

1. Отображение полного списка анкет, хранящихся в БД: уникальный идентификатор (№ анкеты); индивидуальный уровень качества жизни (цифра и справа относительная диаграмма); информация о дате/времени заполнения анкеты

опрашиваемым. По данным атрибутам возможна сортировка в порядке убывания и в порядке возрастания (прямая и обратная сортировка). Для проведения сортировки необходимо кликнуть по заголовку столбца, который нужно отсортировать. При этом страница динамически перестроит порядок представления информации. Обратная сортировка происходит при повторном клике по параметру. Для удобства использования справа от заголовков имеются графические элементы – пиктограммы (треугольники и прямоугольники).

2. Существует возможность просмотра реальных анкет (сохранённых в БД). Для этого нужно кликнуть по соответствующему номеру анкеты (содержимое столбца “№ анкеты”, страница forms.jsp). При этом автоматически откроется страница oprosOut.jsp. Данные на странице oprosOut.jsp изменить невозможно, при этом можно добавить комментарий для данной анкеты (заполняем поле комментариев, нажимаем кнопку “Добавить/изменить комментарий”, при этом страница автоматически перегружается, комментарии добавляются в БД. Максимальная длина комментариев – 300 символов.

3. Существует возможность просмотра результатов обработки реальных анкет (сохранённых в БД). Для этого нужно кликнуть по соответствующему номеру анкеты (содержимое столбца “Результаты анкеты”, страница forms.jsp). При этом автоматически откроется страница oprosOut.jsp. На диаграмме страницы добавлены условные обозначения уровней F1-F12 и ИУКЖ. Кроме того, всё, что “Ниже среднего” (“Уровень фактора качества жизни”, “Форма коррекции”, “Содержание мероприятий”) выделяется жирным шрифтом. Кнопка “К списку анкет” – переход на страницу forms.jsp. Кнопка “Выйти из приложения” – удаление из сессии (спец. Объекты, хранятся на WEB сервере) параметров авторизации – выход из системы (пример: выход из электронной почты).

4. Существует возможность удаления как отдельных анкет, так и автоматически результатов обработки реальных анкет. Для этого нужно кликнуть по соответствующему содержимому столбца “Удаление анкеты”, страница forms.jsp). При этом произойдёт автоматическое безвозвратное удаление информации из БД.

АНКЕТА «ТВОЁ ЗДОРОВЬЕ»

Пожалуйста, внимательно прочитай вопрос и обведи нужный ответ;

при необходимости впиши его в специальную графу

1. ОЦЕНИ, ПОЖАЛУЙСТА, СОСТОЯНИЕ ТВОЕГО ЗДОРОВЬЯ:

- 1 – плохое
- 2 – удовлетворительное
- 3 – ближе к хорошему
- 4 – хорошее
- 5 – отличное

2. ЗНАЕШЬ ЛИ ТЫ, ЧТО ТАКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ?

- 1 – да
- 2 – нет (вопрос 3 пропустить)
- 3 – не уверен(а)

3. СЧИТАЕШЬ ЛИ ТЫ ДОСТАТОЧНЫМИ СВОИ ЗНАНИЯ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ?

- 1 – да
- 2 – нет (вопрос 3 пропустить)
- 3 – не уверен(а)

4. ОЦЕНИ, ПОЖАЛУЙСТА, ПОЛНОЦЕННОСТЬ ТВОЕГО ПИТАНИЯ:

- 1 – плохое
- 2 – удовлетворительное
- 3 – ближе к хорошему
- 4 – хорошее
- 5 – отличное

5. СКОЛЬКО ЧАСОВ В СУТКИ ТЫ ОБЫЧНО СПИШЬ?.....

6. КУРИШЬ ЛИ ТЫ?

- 1 – нет
- 2 – да (сколько сигарет в день выкуриваешь:))

7. ЕСТЬ ЛИ У ТЕБЯ ЗНАКОМЫЕ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА?

- 1 – нет
- 2 – да

8. ПРОБОВАЛ(А) ЛИ ТЫ ТАКИЕ ВЕЩЕСТВА?

- 1 – нет
- 2 – да

9. УПОТРЕБЛЯЛ(А) ЛИ ТЫ КОГДА-ЛИБО СОЗНАТЕЛЬНО, ПО СВОЕМУ ЖЕЛАНИЮ, АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ?

1 – нет

2 – да

10. ИСПЫТЫВАЛ(А) ЛИ ТЫ КОГДА-ЛИБО СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ?

1 – нет

2 – да

11. КАК ЧАСТО ТЫ УПОТРЕБЛЯЕШЬ:

	Слабоалкогольные напитки (менее 20°), например, пиво	Алкогoльные напитки крепостью более 20°
Не употребляю		
Раз в полгода и реже		
Несколько раз в полгода		
Реже 1 раза в неделю, но чаще 1 раза в месяц		
Один раз в неделю и чаще		

12. ИМЕЕШЬ ЛИ ТЫ ОПЫТ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ?

1 – нет (вопросы 13 – 16 пропустить)

2 – да

13. ИСПОЛЬЗУЕШЬ ЛИ СРЕДСТВА, ПРЕДОХРАНЯЮЩИЕ ОТ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

1 – да

2 – нет

14. БЫЛА ЛИ У ТЕБЯ (ТВОЕЙ ДЕВУШКИ) БЕРЕМЕННОСТЬ?

1 – нет (вопрос 15 пропустить)

2 – да

15. ЧЕМ ЗАКОНЧИЛАСЬ БЕРЕМЕННОСТЬ?

1 – роды

2 – аборт

3 – выкидыш

16. БЫЛИ ЛИ У ТЕБЯ СЛУЧАЙНЫЕ ПОЛОВЫЕ СВЯЗИ?

1 – нет

2 – да

17. БЫЛА ЛИ В ТВОЕЙ ЖИЗНИ СИТУАЦИЯ, КОГДА БЫЛ(А) ГОТОВ(А) ПОКОНЧИТЬ С СОБОЙ ОТ ОТЧАЯНИЯ?

1 – нет

2 – да

КАК ЧАСТО ТЫ (по каждой строке выбери один ответ):

	Ежедневно	Часто	Иногда	Никогда
18. ЗАНИМАЕШЬСЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ	1	2	3	4
19. ССОРИШЬСЯ С ОКРУЖАЮЩИМИ	1	2	3	4
20. ИСПЫТЫВАЕШЬ НЕПРИЯТНЫЕ ЭМОЦИИ	1	2	3	4
21. ИСПЫТЫВАЕШЬ ПОЗИТИВНЫЕ ЭМОЦИИ	1	2	3	4
22. БЫВАЕШЬ В ПЛОХОМ НАСТРОЕНИИ	1	2	3	4
23. БЫВАЕШЬ В ХОРОШЕМ НАСТРОЕНИИ	1	2	3	4

24. КАКАЯ ИЗ СИТУАЦИЙ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ТЕБЯ (выбери один ответ):

- 1 – обращаюсь сразу при недомогании
- 2 – обращаюсь, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствую
- 3 – обращаюсь только в случае тяжёлой болезни
- 4 – обращаюсь, когда нужно освобождение от занятий (работы)
- 5 – к врачам по своей инициативе не обращаюсь, но прохожу обязательные диспансерные обследования
- 6 – к врачам никогда не обращаюсь

25. ОРГАНИЗОВЫВАЛИСЬ ЛИ В ТВОЕЙ ШКОЛЕ БЕСЕДЫ С ВРАЧАМИ: ГИНЕКОЛОГОМ (отвечают девушки), УРОЛОГОМ (юноши)?

- 1 – да
- 2 – нет

26. БЫЛ ЛИ ОРГАНИЗОВАН У ВАС В ШКОЛЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ГИНЕКОЛОГОМ (отвечают девушки), УРОЛОГОМ (отвечают юноши)?

- 1 – нет (вопрос 27 пропустить)
- 2 – да

27. ЧТО ВКЛЮЧАЛ ДАННЫЙ ОСМОТР?

- 1 – только осмотр врачом
- 2 – только ответы на вопросы врача
- 3 – осмотр врачом и ответы на вопросы врача
- 4 – осмотр врачом, ответы на вопросы врача и профилактическую беседу

5 – другое: _____

28. ПОСЕЩАЛ(А) ЛИ ТЫ КОГДА-НИБУДЬ ГИНЕКОЛОГА (отвечают девушки), УРОЛОГА (отвечают юноши) САМОСТОЯТЕЛЬНО?

1 – да

2 – нет

29. БЫЛИ ЛИ У ТЕБЯ КОГДА-ЛИБО ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВОЙ СФЕРОЙ?

1 – нет

2 – да

30. ЗНАЕШЬ ЛИ ТЫ О МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРАХ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К ПОДРОСТКУ?

1 – да

2 – нет (вопрос 31 пропустить)

31. ОБРАЩАЛСЯ(ЛАСЬ) ЛИ ТЫ В ТАКОЙ ЦЕНТР?

1 – да

2 – нет

32. КАК ТЫ ДУМАЕШЬ, СКОЛЬКО ДЕТЕЙ БУДЕТ В ТВОЕЙ СЕМЬЕ (реально оцениваемое количество)?.....

33. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИДЕАЛЬНЫМ?.....

34. КАК ТЫ СЧИТАЕШЬ, БУДЕТ ЛИ У ТЕБЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ИМЕТЬ СВОЮ ПОЛНОЦЕННУЮ СЕМЬЮ?

1 – да

2 – нет

3 – не уверен (а)

35. ЕСТЬ ЛИ У ТЕБЯ ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗОВЫВАТЬ СВОИ ЖИЗНЕННЫЕ ПЛАНЫ?

1 – да

2 – нет

3 – затрудняюсь ответить

36. ЕСЛИ НЕТ, ОТКУДА ЧУВСТВУЕШЬ ПРЕГРАДУ?

1 – родители

2 – материальное положение

3 – родственники

4 – учителя

5 – сверстники

6 – особенности характера

7- другое: _____

37. УКАЖИ, ПОЖАЛУЙСТА, ТВОЙ ПОЛ?

1 – мужской

2 – женский

38. ТВОЙ ВОЗРАСТ?.....лет

39. УКАЖИ, ПОЖАЛУЙСТА, ТВОЯ СЕМЬЯ:

1 – полная (мама и папа)

2 – неполная: а. живёшь с мамой

б. живёшь с папой

с. живёшь с бабушкой (дедушкой)

д. другое:.....

40. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИМЕЮТ ТВОИ РОДИТЕЛИ?

МАМА:

1 – начальное

2 – неполное среднее

3 – среднее

4 – профессиональное

5 – высшее

41. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИМЕЮТ ТВОИ РОДИТЕЛИ?

ПАПА:

1 – начальное

2 – неполное среднее

3 – среднее

4 – профессиональное

5 – высшее

42. ОХАРАКТЕРИЗУЙ, ПОЖАЛУЙСТА, СВОИ ОТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ (ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ТВОЕЙ СЕМЬЕ):

1– тёплые, близкие

2 – сдержанно-тёплые

3 – равнодушные

4 – равнодушно-неприятные

5 – частые ссоры, скандалы

43. КАК ТЫ ОЦЕНИВАЕШЬ МАТЕРИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТВОЕЙ СЕМЬИ?

1 – очень хорошее

2 – хорошее

- 3 – среднее
- 4 – трудное
- 5 – очень трудное
- 6 – не могу оценить

СПАСИБО!

Пример технологии выполнения методики ручным способом
Этап 1. Подросток заполнил анкету. Его выбор оказался следующим.

Таблица 1.1 (пример) – Индивидуальные баллы факторов

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
F1	Оцени, пожалуйста, состояние твоего здоровья	4 – хорошее	7
F2	Знаешь ли ты, что такое репродуктивное здоровье?	1 – да	6
	Считаешь ли ты достаточными свои знания о репродуктивном здоровье?	1 – да	6
F3	Оцени, пожалуйста, полноценность твоего питания?	4 – хорошее	6
F4	Как часто ты занимаешься физкультурой?	часто – 2	6
F5	Сколько часов в сутки ты обычно спишь?	8 – 8,4 часов	9
F6	F6.1 Куришь ли ты?	2 – да сколько сигарет в день выкуриваешь: 1-4	5
	F6.2 Употреблял(а) ли ты когда-либо сознательно, по своему желанию, алкогольные напитки?	2 – да	0
	Испытывал(а) ли ты когда-либо состояние алкогольного опьянения?	2 – да	0
	Как часто ты употребляешь слабоалкогольные напитки (менее 20°), например, пиво?	несколько раз в полгода	2
	Как часто ты употребляешь алкогольные напитки крепостью более 20°?	не употребляю	4
	F6.3 Есть ли у тебя знакомые, употребляющие наркотические вещества?	1 – нет	2
	Пробовал(а) ли ты такие вещества?	1 – нет	2
F7	А. Имеешь ли ты опыт половой жизни?	2 – да	2
	В. Используешь ли ты средства, предохраняющие от наступления беременности?	2 – нет	1
	С. Была ли у тебя (твоей девушки) беременность?	1 – нет, переход к Е в данном факторе	4

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
	D. Чем закончилась беременность?	переход к E в F7	
	E. Были ли у тебя случайные половые связи?	1 – нет	2
F8	Как часто ты ссоришься с окружающими?	иногда – 3	3
	Как часто ты испытываешь неприятные эмоции?	иногда – 3	3
	Как часто ты испытываешь положительные эмоции?	часто – 2	3
	Как часто ты бываешь в плохом настроении?	иногда – 3	3
	Как часто ты бываешь в хорошем настроении?	часто – 2	3
	Была ли в твоей жизни ситуация, когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния?	2 – да	0
F9	Как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье?	A =2	A=B, 2
	Какое количество детей в семье является идеальным?	B =2	
	Как ты считаешь, будет ли у тебя возможность иметь свою полноценную семью?	1 – да	2
	Есть ли у тебя возможность реализовывать свои жизненные планы?	3 – затрудняюсь ответить	1
	Если нет, откуда чувствуешь преграду?	2 – материальное положение (отмечен любой из вариантов)	0
F10	A. Организовывались ли в твоей школе беседы с врачами: гинекологом (отвечают девушки), хирургом-урологом (отвечают юноши)?	1 – да	2
	B. Посещала ли ты когда-нибудь гинеколога (отвечают девушки), уролога (отвечают юноши) самостоятельно?	2 – нет	1
	C. Были ли у тебя когда-либо проблемы медицинского характера, связанные с половой сферой?	1 – нет	1
	D. Был ли организован у вас в школе профилактический осмотр гинекологом (отвечают девушки), урологом (отвечают юноши)?	2 – да	
	E. Что включал данный осмотр?	1 – только осмотр врачом	1
	F. Какая из следующих ситуаций обращения за медицинской помощью наиболее характерна для тебя	2 – обращаюсь, когда несколько дней плохо себя чувствую	4
	G. Знаешь ли ты о медицинских Центрах доброжелательного отношения к подростку?	2 – нет	0
	H. Обращался (лась) ли ты в такой центр?	2 – нет	0
F11	Укажи, пожалуйста, твоя семья...	неполная: живёшь с мамой	3

Фактор	Вопрос анкеты	Варианты ответа	Баллы F инд
	Как ты оцениваешь материальное положение твоей семьи?	3 – среднее	3
	Какое образование имеют твои родители: мама?	5 – высшее	5 F 10+1
	Какое образование имеют твои родители: папа?	отсутствие ответа	1
	Охарактеризуй, пожалуйста, свои отношения с родителями (взаимоотношения в твоей семье)	4 - сдержанно-тёплые	4
	Укажи, пожалуйста, твой пол?	1 – мужской	F2-1
	Укажи, пожалуйста, твой возраст?	16	-

Этап 2

Рассчитывается индивидуальный балл для фактора F инд. (с учётом таблицы 1): F1=7; F2=12-1=11; F3=6; F4=6; F5=9; F6 = 15; F7 = 9; F8 = 15; F9 = 3; F10 = 11+1=12; F11 = 16.

Делением (F инд. на (F макс)) определяется индекс фактора индивидуальный (If инд.): $(F \text{ инд.} / F \text{ макс}) \times 100 = If \text{ инд.}$ Для оценки уровня каждого фактора использован метод сравнения среднего, индивидуального и максимального индексов по шкале оценки (таблицы 2, 3).

$$(F1 / F1 \text{ макс}) \times 100 = If1 = 700/10=70 \text{ (выше среднего).}$$

$$(F2 / F2 \text{ макс}) \times 100 = If2 = 1100/12= 92 \text{ (высокий).}$$

$$(F3 / F3 \text{ макс}) \times 100 = If3 = 600/8= 75 \text{ (выше среднего).}$$

$$(F4 / F4 \text{ макс}) \times 100 = If4 = 600/9= 67 \text{ (выше среднего).}$$

$$(F5 / F5 \text{ макс}) \times 100 = If5 = 900/10 = 90 \text{ (высокий).}$$

$$(F6 / F6 \text{ макс}) \times 100 = If6 = 1500/20 = 75 \text{ (выше среднего).}$$

$$(F7 / F7 \text{ макс}) \times 100 = If7 = 900/15 = 60 \text{ (средний).}$$

$$(F8 / F8 \text{ макс}) \times 100 = If8 = 1500/21 = 71 \text{ (выше среднего).}$$

$$(F9 / F9 \text{ макс}) \times 100 = If9 = 300/7 = 43 \text{ (ниже среднего).}$$

$$(F10 / F10 \text{ макс}) \times 100 = If10 = 1200/20 = 60 \text{ (средний).}$$

$$(F11 / F11 \text{ макс}) \times 100 = If11 = 1600/24 = 67 \text{ (выше среднего).}$$

Этап 3

Расчёт и оценка уровня качества жизни, связанного со здоровьем. По всем факторам (F1 – F11) рассчитывается сумма индивидуальных баллов (Σ инд.). $= F1+F2+F3+F4+F5+F6+F7+F8+F9+F10+F11 = 124$.

Согласно данным таблицы 4, Σ макс =156, Σ средн. =88,5. Делением (Σ инд.) на (Σ макс) определяется "индивидуальный

индекс качества жизни, связанного со здоровьем" (I инд.): $(\Sigma \text{ инд} / \Sigma \text{ макс}) \times 100 = I \text{ инд.} = 12400 / 156 = 79$. Для оценки уровня КЖСЗ используется метод сравнения "индивидуального индекса качества жизни" I инд. с его максимально возможным значением I макс (равным 100) и "усреднённым индексом качества жизни" I средн., равным 57, по шкале оценки (таблица 1.5).

Этап 4

Заключение

Полученный у подростка уровень КЖСЗ = 79 соответствует высокому уровню качества жизни, связанного со здоровьем.

Схема 1. Покомпонентная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, форма и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий

Фактор	Уровень фактора	Форма коррекции (F2 – F10)	Содержание мероприятий
Самооценка здоровья (F1)	выше среднего	коррекция возможна при изменении на более высокий уровень факторов F7, F9, F10	
Самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2)	высокий	предупреждающая: исследование в динамике, корректирующие (предупреждающие) мероприятия по желанию подростка	консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога)
Самооценка полноценности питания (F3)	выше среднего	плановая: корректирующие мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца с последующим контролем в динамике	консультация педиатра либо среднего медицинского работника
Физическая активность (F4)	выше среднего	плановая: корректирующие мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца с последующим контролем в динамике	консультация педиатра либо среднего медицинского работника
Продолжительность сна (F5)	высокий	предупреждающая: исследование в динамике, предупреждающие мероприятия по желанию подростка	консультация педиатра либо среднего медицинского работника
Риск приобщения к психоактивным веществам (F6)	выше среднего	плановая: корректирующие мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца с последующим контролем в динамике	консультация психолога (педиатра)

Фактор	Уровень фактора	Форма коррекции (F2 – F10)	Содержание мероприятий
Риск опасного сексуального поведения (F7)	средний	срочная, корректирующие мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	консультация уролога (андролога)
Риск развития кризисных психологических состояний (F8)	выше среднего	плановая: предупреждающие мероприятия по согласованию времени с подростком в течение месяца с последующим контролем в динамике	консультация психолога (педиатра)
Самооценка возможности социальной реализации и создания семьи (F9)	ниже среднего	срочная, корректирующие мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	консультация психолога (педиатра)
Обращаемость за медицинской помощью и её доступность в области репродуктивного здоровья (F10)	средний	срочная, корректирующие (предупреждающие) мероприятия в течение нескольких дней с обязательным последующим контролем факторов риска	консультация акушера-гинеколога (уролога, андролога), педиатра, либо беседа среднего медицинского работника
Социальные факторы, влияющие на качество жизни (F11)	выше среднего	коррекция медико-организационными мерами не осуществляется.	

Прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов: умеренно благоприятный.

Приложение 2. Конструирование популяционной выборки 15–18-летних подростков

Единица наблюдения – подросток, проживающий в Республике Беларусь. Объектом исследования изначально предполагались лица старшего подросткового возраста (15–19 лет). Однако медицинское обслуживание подростков в Республике Беларусь строится по системе единого педиатра, от рождения до достижения 18 лет. Категория лиц 18 лет и старше обслуживается в организациях здравоохранения как взрослое население, но получает медицинское обслуживание в учреждениях образования наряду с подростками более младшего возраста. Объект, для которого рассчитано применение методики, ограничен категорией лиц 15–18 лет.

Чтобы обосновать формирование квотной генеральной по половому признаку и территориальному распределению выборочной совокупности, позволяющей достичь точности результатов медико-социологического исследования, соответствующей вероятности ошибки менее 5% ($p < 0,05$), и пригодной для исследований здоровья и качества жизни подростков, использованы официальные статистические данные о численности изучаемого контингента в Республике Беларусь. Проанализированы и интерпретированы, применительно к предмету исследования, классические статистические и социологические методы расчёта объёма выборки и обеспечения качества социологической информации.

Выборочная совокупность подростков конструировалась в 2009 г. В 2009 г. в Республике Беларусь была проведена перепись населения, но её результаты появились в официальных источниках во второй половине 2010 г.; к этому моменту данные были уже собраны. Потому при конструировании выборочной совокупности были использованы сведения официальных статистических сборников «Здравоохранение Республики Беларусь», опубликованные в 2009 г. (что оптимально для медико-социологических исследований, проводимых в

межпереписной период).

Следует отметить, что проверка данных, полученных при переписи населения, подтвердила репрезентативность сконструированной выборки [5; 7; 9].

Основной опрос проведен весной 2010 г. В точках опроса использован случайный бесповторный отбор респондентов.

Среднегодовая численность населения в 2008 г., согласно сведениям официального статистического сборника «Здравоохранение Республики Беларусь» [3, таблица 2.2, с. 44], а также данным областных управлений статистики (численность населения областных центров на 01.01.2009), составила (таблица 1 Приложения 2):

Таблица 1 Приложения 2 – Среднегодовая численность городского и сельского населения Республики Беларусь в 2008 г., тыс. чел.

Административно-территориальная единица	Среднегодовая численность населения, всего	Население областного центра	Городское население, всего	Сельское население	Рассчитанная доля городского населения	Рассчитанная доля сельского населения
Город Минск		1821,9			1	0
Брестская область	1434,1	318	933,6	500,5	1,9	1
Витебская область	1269,3	355,7	914,1	355,2	2,57	1
Гомельская область	1466,5	488,1	1055,3	411,2	2,57	1
Гродненская область	1104,7	338,1	753,2	351,5	2,14	1
Минская область	1457,9	Соотношение населения городов численностью более 50 тыс. чел. и менее 50 тыс. соответственно составляет 2 к 3	802,8	655,1	1,23	1
Могилёвская область	1126,4	372,0	847,3	279,1	3,04	1

Сведения о среднегодовой численности населения Республики Беларусь в 2008 г. позволили определить соотношения в выборочной совокупности между городским и сельским населением [2], населением областных центров (городов численностью населения более 50 тыс. чел. для Минской области) и районных центров (городов численностью населения менее 50 тыс. чел. для Минской области), а также

определить соотношение между частями выборочной совокупности из отдельных административно-территориальных единиц.

Согласно данным официального статистического сборника «Здравоохранение Республики Беларусь» [3, таблица 2.3, с. 45], количество населения возрастной группы 15–19 лет составило на 01.01.2009 г. 664714 человек, или 6,9% от общей численности населения Республики Беларусь. Согласно официальным статистическим данным о численности постоянного населения республики (распределение по полу) [3, табл. 2.4 с. 46] в возрастной группе подростков соотношение по полу составляет 1,05 юношей (340588 человек на 01.01.2009 г.) к 1,0 девушек (324126 человек на 01.01.2009 г.).

При определении объёма выборочной совокупности использованы следующие подходы. Объём выборки для определения доли некоторого признака X в генеральной совокупности находится по формуле (4, с. 90):

$$n = \frac{1}{\frac{\Delta^2}{t^2 v(1-v)} + \frac{1}{N}}, \quad (1)$$

где N – объём генеральной совокупности, n – объём выборки, t – коэффициент, соответствующий доверительной вероятности P (определяется по таблицам Стьюдента, при $P=0,954$ $t=2$), v – доля признака X в генеральной совокупности, Δ – величина допустимой ошибки (в долях).

Исследование «Подросток: репродуктивное здоровье и поведение» предполагает исследовать комплекс факторов, значение которых неизвестно и его определение является задачей исследования. По большинству из них информации о доле признака в генеральной совокупности (v в (1)) нет. В ситуации важности такого фактора, как экономическая эффективность выборки (соотношение издержек на исследование и его точности), рекомендуется «ориентироваться в первую очередь на достижение удовлетворительной точности для признаков, наиболее важных с точки зрения целей исследования» [13, с. 463]. В то же время, при поисковом характере исследования сложно заранее ранжировать изучаемые факторы по важности

для достижения цели. Очевидно, что при $v=0,5$ произведение $v(1-v)$ максимально, следовательно, n тоже максимально. Поэтому если в (1) вместо v подставить $0,5$, получим формулу, которой можно пользоваться при любых значениях доли признака в генеральной совокупности (Паниотто В.И., 1986, с. 81) [8, с. 81]. Объём выборки при этом получится с некоторым запасом. Результаты медико-статистического исследования достоверны при значении доверительной вероятности P , составляющем не менее $0,954$ (при этом $t=2$). То же относится и к исследованиям качества жизни в медицине [6, руководство, с. 95]. Применяв указанные значения, получим формулу, рекомендованную для расчёта объёма случайной выборки:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}, (2)$$

где N – объём генеральной совокупности, n – объём выборки, Δ – величина допустимой ошибки (в долях).

Данный способ расчёта объёма выборочной совокупности согласовывается с рекомендациями, основанными на методике К.А. Отдельновой. Последняя позволяет рассчитать объём выборочной совокупности, обеспечивающий достоверность результатов с вероятностью безошибочного прогноза не менее 95% [12, с. 37].

В.В.Паниотто указывает, что при планировании выборки следует иметь в виду, что формула (2) позволяет получить объём выборки для заданной точности при анализе выборки в целом, когда она не будет разделена на части [8, с. 82]. Учитывая необходимость исследования влияния гендерного фактора на изучаемые признаки, при планировании исследования исходим из принципа, что части выборочной совокупности подростков, выделенные по признаку пола, должны быть достаточными по объёму.

При доверительной вероятности P , составляющем не менее $0,954$, величина допустимой ошибки Δ должна составлять не более $0,05$. Применяв указанное значение, а также используя данные о численности юношей и девушек на $01.01.2009$ в качестве значений N , получим, что объём выборочной

совокупности юношей, включённый в последующий анализ, должен составлять не менее 400 человек. Согласно соотношению юношей и девушек, выборка девушек, материалы опроса которой будут включены в последующий анализ, должна иметь объём не менее 420 человек. Следовательно, объём выборочной совокупности подростков обоих полов, позволяющий репрезентативно отразить генеральную совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь, составляет не менее 820 человек, материалы опроса которых будут включены в дальнейший анализ.

Следует заметить, что при значении ошибки выборки $\Delta=0,05$, коэффициента доверия $t=2$, что обеспечивает достоверность результатов в 95 случаях из 100 с предельной ошибкой $\pm 5\%$, даже не зная объём генеральной совокупности, рекомендуется опросить 400 респондентов (при этом в расчёт принята максимальная величина возможной дисперсии выборки). Если исследователь желает получить результаты социологического опроса с ошибкой $\pm 5\%$ с доверительной вероятностью 99,73% ($t=3$), то необходимо опросить 900 человек [11].

По данным А.В.Решетникова, максимально допустимый процент возврата анкет не должен быть менее 85% (А.В.Решетников, 2006, с. 213), в противном случае нарушается структура выборочной совокупности [10]. Заложив максимальный процент «запаса прочности» выборки (15%), получаем, что её планируемый объём должен составить 943 человека (460 девушек и 483 юноши). Учитывая специфику подростков как объекта изучения [1, с. 5], был добавлен дополнительный «запас прочности» на последующую выбраковку части анкет, заполненных небрежно. Таким образом, планируемый для опроса объём выборочной совокупности составил 1052 человека (таблица 2 Приложения 2).

Таблица 2 Приложения 2 – Планируемая для опроса выборочная совокупность подростков

Административно-территориальная часть республики	Населённый пункт	Девушки	Юноши	Подростки всего
Город Минск и Минская область	Город Минск	96	102	198
	Город численностью населения более 50 тыс. чел.	14	16	30
	Районный центр с численностью населения менее 50 тыс. чел.	14	14	
	Районный центр с численностью населения менее 50 тыс. чел.	14	15	57
	Село	17	18	71
	Село	18	18	
Брестская область	Город Брест	16	18	34
	Районный центр	17	17	68
	Районный центр	17	17	
	Село	13	14	54
	Село	13	14	
Витебская область	Город Витебск	18	20	38
	Районный центр	15	15	61
	Районный центр	15	16	
	Село	10	10	39
	Село	9	10	
Гомельская область	Город Гомель	26	27	53
	Районный центр	16	16	62
	Районный центр	15	15	
	Село	11	12	45
	Село	11	11	
Гродненская область	Город Гродно	18	19	37
	Районный центр	11	11	45
	Районный центр	11	12	
	Село	10	10	38
	Село	9	9	
Могилёвская область	Город Могилёв	19	21	40
	Районный центр	13	14	52
	Районный центр	12	13	
	Село	7	7	30
	Село	8	8	
	Итого	513	539	1052

Процент возврата анкет оказался максимальным (около 100%) в Гомельской области, минимальным (менее 85%) – в городе Минске и городе Витебске, в связи с чем дополнительно тиражировались 100 опросников для г. Минска и г. Витебска. Процент выбраковки анкет составил 10%.

Выборочная совокупность подростков, репрезентативно

отражающая генеральную совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь, материалы опроса которой включены в дальнейший анализ, составила 949 человек: 463 девушки и 486 юношей (таблица 3 Приложения 2).

Таблица 3 Приложения 2 – Выборочная совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь, материалы опроса которой использованы в анализе

Административно-территориальная часть республики	Населённый пункт	Девушки	Юноши	Подростки, всего
Город Минск и Минская область	Город Минск	88	91	179
	Борисов	13	14	27
	Копыль, Воложин	25	26	51
	Сельское население	31	33	64
Брестская область	Город Брест	15	16	31
	Каменец, Пинск	30	31	61
	Сельское население	24	25	49
Витебская область	Город Витебск	16	18	34
	Орша, Дубровно	27	28	55
	Сельское население	17	18	35
Гомельская область	Город Гомель	23	25	48
	Рогачёв, Жлобин	28	28	56
	Сельское население	20	21	41
Гродненская область	Город Гродно	16	17	33
	Лида, Волковыск	20	21	41
	Сельское население	17	17	34
Могилёвская область	Город Могилёв	17	19	36
	Бобруйск, Горки	23	24	47
	Сельское население	13	14	27
	Итого	463	486	949

Опрос проведен при помощи курсантов кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования (курс № 396, «Организация здравоохранения», переподготовка по очной

форме обучения), на основе добровольного согласия интервьюеров и опрашиваемых, с предварительным устным инструктажем и раздачей кратких письменных рекомендаций относительно методики проведения опроса. Инструктаж включал разъяснение этических и психологических аспектов сбора данных: важности соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии, создания благоприятной психологической атмосферы при общении с подростком, доступного изложения респонденту задач и актуальности исследования, помощи в объяснении правил заполнения анкеты.

Медицинское обслуживание подростков в Республике Беларусь строится по системе единого педиатра, от рождения до 18 лет включительно. Категория лиц 19 лет и старше обслуживается в организациях здравоохранения как взрослое население. Поскольку сбор материала проводился в организациях здравоохранения, в исследование «Подросток: репродуктивное здоровье и поведение» включалась категория лиц 15-18 лет.

Таким образом, сформирована квотная генеральной по половому признаку и территориальному распределению выборочная совокупность, позволяющая исследовать изучаемые факторы с получением результатов, точность которых соответствует вероятности ошибки $<0,05$. Рассчитанный объём выборочной совокупности соответствует повышенной надёжности исследования.

Литература

1. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлёва. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.
2. Закон Республики Беларусь об административно-территориальном устройстве Республики Беларусь от 5 мая 1998 г. №154-3 с изменениями и дополнениями.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2008 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 316 с.: табл.
4. Кокрен, У. Методы выборочного исследования /У. Кокрен. – М.: Статистика, 1976. – 440 с.
5. Население Республики Беларусь. Стат. сборник. Нац. статистич. комитет РБ. – Минск, 2011. - 474 с.
6. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОМА-ПРЕС Звездный мир», 2002. – 320 с.
7. Общая численность населения, его состав по возрасту, полу, состоянию в браке, уровню образования, национальностям, языку и источникам средств к существованию. Бюллетень Национального статистического комитета Республики Беларусь. – Мн., 2010. – 28 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: belstat.gov.by.

– Дата доступа: 20.12. 2010.

8. Паниотто, В.И. Качество социологической информации /В.И. Паниотто. – Киев: Наукова Думка, 1986. – 207 с.

9. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 01 января 2011 года и среднегодовая численность населения за 2010 год / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2011. – 345 с.

10. Решетников, А.В. Социология медицины: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 256 с.

11. Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть II) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2010. - №2. – С. 3 – 15.

12. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: Монография / Глушанко, В.С. [и др.]; под ред. Ген. Секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185 с.

13. Социология: Учеб. пособие для студентов вузов /Е.М. Бабосов, А.Н. Данилов [и др.]; под общ. ред. А.Н. Елсукова. – 5-е изд. – Мн.: Тетра-Системс, 2004. – 544 с.

Литература

1. Альбицкий, В.Ю. Новый подход в комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни /В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. - №5. – С. 16 – 17.
2. Антипова, С.И. Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Беларусь в 2005-2009 гг./ С.И.Антипова, И.И.Савина//Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №4. – С. 42-57.
3. Афанасьева, Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем /Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. - №1. – С. 36 – 38.
4. Бабак, Г.А. Качество жизни больных ревматоидным артритом /Г.А. Бабак // Медицинские новости. – 2005. - №2. – С. 96 – 100.
5. Бахадова, Е.В. Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни. - [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 06.03.2009.
6. Белоусов, Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2008. - №2. – С. 28 – 37.
7. Бобков, В.Н. Бедность, уровень и качество жизни: методология анализа и механизмы реализации /В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. - №1. – С. 7 – 20.
8. Богдан, Е.Л. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков / Е.Л. Богдан, И.В.Митрошенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №3. – С. 75-77.
9. Богданова, Л.П. Гражданский брак в современной демографической ситуации / Л.П. Богданова, А.С. Шукина // Социологические исследования – 2003. - №7. – С. 100 – 104.
10. Браун, Дж. Гендерные различия в здоровье /Дж. Браун, Н.Л. Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. - №1. – Т.2. – С. 113.
11. Бурова, С.Н. Благополучие семьи как предмет социологического исследования (методологические основы изучения)/С.Н. Бурова // Социология. - 2009. - №4. – С. 98 – 111.
12. Бурова, С.Н. Условия жизни семьи как фактор её благополучия / С.Н. Бурова // Социология. – 2010. - №2. – С. 85 – 99.
13. Вассерман, Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л.И.Вассерман, Е.А.Трифорова, В.Л.Федорова // Сибирский психиатрический журнал. – 2008. - №27. - С. 67 – 71.
14. Величковский, Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье /Б.Т. Величковский // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - №4. – С. 8-17.
15. Волкова, Н.П. Образ жизни семьи как фактор формирования частой респираторной заболеваемости у детей раннего возраста /Н.П.Волкова // Актуальные вопросы медицины. Материалы конференции, посвящённой 50-летию УО «ГрГМУ». - Гродно, 2008. - С. 61-62.
16. Глинская, Т.Н. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-

- 2010) / Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Материалы IX съезда педиатров (17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – С. 77–79.
17. Глинская, Т.Н. Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь /Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 г./ ред. совет: А.Н.Лызикив [и др.]– Гомель: ГомГМУ, 2010. - с. 29 – 31.
18. Глушанко, В.С. Здоровоохранение Беларуси и демографическая безопасность страны /В.С. Глушанко // Медицина. - 2007. - № 2. - С. 2 – 4.
19. Гребешева, И.И. [и др.]. Концепция полового воспитания подростков, разработанная Российской ассоциацией «Планирование семьи» / И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк, И.Л. Алесина // Выбор. – М.: РАПС, 1997.
20. Григорьев, С.И. Противодействие социально обусловленным болезням / С.И. Григорьев // Социология РоСА. – 2006. - №2. – С. 160 – 167.
21. Гудинова, Ж.В. Оценка нервно-психического развития подростков с девиантными формами поведения / Ж.В. Гудинова, Е.И.Толькова // Российский педиатрический журнал. – 2010. – №1. – С. 49–51.
22. Гундаров, И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления / А.И. Гундаров. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
23. Гурко, Т.А. Опыты сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних женщин /Т.А. Гурко // Социологические исследования. – 2002. - №11. – С. 83 – 91.
24. Гуцин, А.В. Возможности использования понятия качества жизни как оценочного критерия в медицине /А.В.Гуцин// Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – с. 6539 – 6543.
25. Давыдова, Н.М. Депривационный подход в оценках бедности / Н.М. Давыдова // Социологические исследования. – 2003. - №6. – С. 88 – 96.
26. Данакин, Н.С. К определению качества жизни /Н.С. Данакин // Качество жизни населения: показатели и пути повышения: сб. науч. тр. - Белгород: Бел. кн. изд-во, 2004. – Вып. 1. – С. 14 – 18.
27. Дементьева, И.Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье /И.Ф.Дементьева // Социологические исследования. - 2001. - № 11. - С. 108 – 113.
28. Демографическая ситуация, человеческий и социальный капитал Республики Беларусь: системный анализ и оценка / С.Ю. Солодовников, В.А. Кузьмицкая, В.А. Перепёлкин, Д.П. Рыбка. – Мн.: Белорусская наука, 2008. – 424 с.
29. Десять вопросов к опыту полового воспитания в США. Подготовлено МАОО «Международный Фонд Образования» на основании материалов, предоставленных Ричардом А.Панзером // Мир образования – образование в мире. – 2001. - №3. – С. 107 – 121.
30. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121 с. - [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.unicef.ru/publication/deti09_rus.pdf. – Дата доступа: 01.04.2010.
31. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-2010 гг.) / Д.Л. Пиневиц [и др.] // Материалы IX съезда педиатров (17–18 ноября 2011 года)

- / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – С. 9–11.
32. Достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия: Национальный отчет Республики Беларусь. – Минск: НИЭИ Министерства экономики РБ, 2010. – 78 с.
 33. Евдокимов, В.И. Качество жизни: оценка и системный анализ /В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж: Истоки, 2007. – 240 с.
 34. Евдокимов, В.И. Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России /В.И. Евдокимов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. - № 1. – С. 23 – 32.
 35. Езепчик, О.А. Проблемы здоровья подростков Республики Беларусь / О.А. Езепчик, М.Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции, 22 января 2013 г. / ГрГМУ; ред. кол.: В.А. Снежицкий [и др.]. – Гродно, 2013. – Часть 1. – С. 258–261.
 36. Елсуков, А.Н. Стигматизация как способ выделения объектов в структурах коммуникативного действия /А.Н.Елсуков // Социология. – 2010. - №4. – С. 3 – 9.
 37. Жерносек, В.Ф. Качество жизни и его особенности у детей с аллергическими заболеваниями /В.Ф. Жерносек, М.Е. Новикова // Медицинские новости. – 2004. - № 11. – С. 26 – 30.
 38. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлёва. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.
 39. Журавлёва, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлёва; Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
 40. Журавлёва, И.В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели / И.В. Журавлёва // Социология медицины. – 2004. - №2. – С. 11 – 17.
 41. Журавлева, И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков / И.В. Журавлёва // Социология медицины. – 2002. - № 1. – С. 32–48.
 42. Журавлёва, И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И.В. Журавлёва // Социологические исследования. – 2004. - №7. - С. 133 – 142.
 43. Закон духовно-демографической детерминации /В.Н. Ростовцев, И.Б. Марченкова, В.Е. Кузьменко, О.И. Рябкова, В.М. Ростовцева // Медицинские новости. – 2009. - №6. – С. 42 – 44.
 44. Закон Республики Беларусь об административно-территориальном устройстве Республики Беларусь от 5 мая 1998 г. №154-3 с изменениями и дополнениями.
 45. Загоркина, Н.А. Причины абортов у подростков, проживающих в сельской местности /Н.А. Загоркина, И.А. Банушевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. – с. 20 – 22.
 46. Запретный плод сладок. По материалам ИТАР-ТАСС // Врач. – 1999. - №9. – С. 41.
 47. Здоровье подростков как общественная ценность // ADOLESMED.RU – Портал для специалистов, работающих в сфере подросткового здоровья и медицины. - [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://www.adolesmed.ru/teensandpublichealthcare.html>. – Дата доступа: 01.04.2010.
 48. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. - №6. - С. 293.
 49. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за

- 2008 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 316 с.: табл.
50. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2011 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.: табл
51. Зиновский, В.И. Численность, размещение и состав населения Республики Беларусь по данным переписи 2009 г. /В.И. Зиновский // Социология. – 2010. - №3. – с. 111 – 116.
52. Инструкция об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет / в ред. Постановления МЗ РБ от 01.07.2008 г. №114.
53. Калинина, Т.В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья /Т.В. Калинина, И.В. Малахова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №2. – С. 4 – 9.
54. Калинина, Т.В. Рождаемость населения как важнейшая характеристика общественного здоровья // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2008. №3. С. 3 – 7.
55. Калмыкова, И.В. Роль семьи в формировании гигиенического поведения подростка /И.В. Калмыкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №5. – С. 16 – 19.
56. Карташов, И.Г. Многофакторная обусловленность здоровья населения: теоретико-методологические подходы к изучению социальных детерминант здоровья / И.Г. Карташов // Социология медицины. – 2007. - №2. – С. 17 – 24.
57. Карцева, Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества /Л.В.Карцева // Социологические исследования. - 2003.- №7. - С. 91-104.
58. Кислицина, О.А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ / О.А. Кислицина // Интернет-конференция «Дети и молодёжь» / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", Государственный университет – Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС), Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru>. – Дата доступа: 01.04.2010.
59. Клиники, дружественные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. - Москва: ООО «БЭСТ-принт», 2010. – 210 с.
60. Ключевые аспекты послания Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко белорусскому народу и национальному собранию Республики Беларусь. - Май, 2011. - 24 с.
61. Ковынева, О.А. Структура качества жизни и факторы его повышения / О.А. Ковынева // Экономика здравоохранения. – 2006. - №8. – С. 48 – 50.
62. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье от 9 июля 1999 года // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, последние изменения: Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2012 г., № 9, 2/1894.
63. Кокрен, У. Методы выборочного исследования /У. Кокрен. – М.: Статистика, 1976. – 440 с.
64. Кон, И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века / И.С. Кон. – Дубна, 2001.

65. Консультирование подростков и молодёжи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н.Е.Акола [и др.]; редкол. Е.М.Русакова [и др.]; предисл. Е.Л.Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. – Минск: АЛЬТИОРА, 2011. – 258 с.
66. Куликов, А.М. Клиники, дружественные к молодежи / А.М. Куликов, П.Н. Кротин, Т.Ю. Кожуховская, К.А. Варганова // Материалы 13^й Европейской конференции Междунар. ассоциации здоровья подростков. – С-Петербург, 2007. – 80 с.
67. Куликов, А.М. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт /А.М. Куликов, В. П. Медведев. – Санкт-Петербург, 2008. – 80 с.
68. Лисицын, Ю.П. Теории медицины XX века / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1999. – 176 с.
69. Лукьянова, Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е.М. Лукьянова //Качественная клиническая практика. – 2002. - №4. – С.34 – 42.
70. Лявшина, Г.Х. Мнения врачей о сексуальном здоровье детей /Г.Х. Лявшина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. - №6. – С. 11 – 14.
71. Мартынова, В.В. Формирование ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью: пособие издано при финансовой поддержке ФондаООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Беларуси / В.В. Мартынова, Т.И. Курило. – Минск: Современная школа, 2007. – 168 с.
72. Матрос, Л.Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / Л.Г. Матрос. - Новосибирск, 1992. – С. 42 – 48.
73. Мащенко, И.В. Метод оценки индивидуального качества жизни / И.В. Мащенко. – Минск: ГУО «БелМАПО». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belmapo.by/page/5/390>. – Дата доступа: 01.04.2010.
74. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М., 2003. – Ч. 1. – 368 с.
75. Медик, В.А. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения /В.А. Медик, М.С. Токмачёв // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. - №6. – С. 17 – 20.
76. Медик, В.А. Некоторые методические подходы в изучении здоровья населения /В.А.Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - №6. – С.8 – 11.
77. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения: монография / И.Б. Назарова; Гос. Ун-т – Высшая школа экономики. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
78. Население Республики Беларусь. Стат. сборник. Нац. статистич. комитет РБ. – Минск, 2011. - 474 с.
79. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 – 2015 гг. /Указ Президента Республики Беларусь №357 от 11 августа 2011 г.; от 12 сентября 2012 г. №406.
80. Неверо, Е.Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е.Г. Неверо, Е.Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 70–72.
81. Новик, А.А. [и др.]. Концепция исследования качества жизни в медицине /А.А.Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
82. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОМА-ПРЕС Звездный мир», 2002. – 320 с.

83. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России /А.А.Баранов [и др.]. – М.: Гэотар Медиа, 2006. – 118 с.
84. Нугаев, Р.М. Качество жизни в трудах социологов США /Р.М. Нугаев, М.А. Нугаев // Социологические исследования. – 2003. - №6. – С. 100 – 105.
85. О положении молодежи в Республике Беларусь в 2010 году: Доклад Министерства образования Республики Беларусь. – Минск, 2011. – 110 с. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rogachevoo.gov.by/.../Doklad%20МО%20о%20molodegi.pdf. – Дата доступа: 15.07.2013.
86. О состоянии здоровья детей и подростков, проблемах и развитии детского здравоохранения / В.В. Колбанов [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2006. - № 1. – С. 17–20.
87. Общая численность населения, его состав по возрасту, полу, состоянию в браке, уровню образования, национальностям, языку и источникам средств к существованию. Бюллетень Национального статистического комитета Республики Беларусь. – Мн., 2010. – 28 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: belstat.gov.by. – Дата доступа: 20.12. 2010.
88. Огрызко, Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15-17 лет /Е.В. Огрызко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - №4. – С. 16 – 18.
89. Огрызко-Вевюровский, Г. Версии вопроса при исследовании общественного мнения /Г. Огрызко-Вевюровский // Социологические исследования. – 2003. - №6. – С.96 – 100.
90. Ориентационная программа «Здоровье подростков» для медицинских работников. Пособие для участника. Новые модули / Департамент здоровья и развития ребёнка и подростка ВОЗ. - Женева, 2006. – 449 с.
91. Осипов, А.М. Социальная статистика общественного здоровья: методологические проблемы // Сб. трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН / под ред. В.А. Медика. – М., 2006. – Т.5. – С. 55 – 61.
92. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений /И.П. Павлов. – М.; Л., 1951. – Т.3, кн. 2. – С. 240.
93. Падиарова, А.Б. Социальное неравенство в факторной модели здоровья молодых россиян /А.Б. Падиарова // Вестник Поволжской Академии Государственной Службы. – 2009. - №2 (19). – С. 36 – 43.
94. Падиарова, А.Б. Социальное неравенство как фактор здоровья нового поколения россиян / А.Б. Падиарова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. - №1. – С. 2 – 12.
95. Паниотто, В.И. Качество социологической информации /В.И. Паниотто. – Киев: Наукова Думка, 1986. – 207 с.
96. Папура, А.А. Влияние средств массовой информации на психологическое развитие личности подростка /А.А. Папура // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы II Международной научной конференции. 26 октября 2007 г., Минск / редкол. И.А. Фурманов (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. Центр БГУ. 2007. – С. 184 – 185.
97. Парсонс, Т. Система современных обществ /Т.Парсонс / пер. с англ. Л.А.Седова, А.Д.Ковалёва. Под ред. М.С.Ковалёвой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
98. Петрова, О.Ю. Влияние родительских практик на благополучие детей /О.Ю. Петрова // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского

- социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С.3469 – 3476.
99. Пиневиц, Д.Л. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-2010гг.) / Д.Л. Пиневиц, И.В. Митрошенко, Е.Л. Богдан // Материалы IX съезда педиатров(17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – 320 с.
 100. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 01 января 2011 года и среднегодовая численность населения за 2010 год / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2011. – 345 с.
 101. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н.Амирджанова, Д.В.Горячев, Н.И.Коршунов, А.П.Ребров, В.Н.Сороцкая // Научно-практическая ревматология. – 2008. - №1. – С. 36 - 48.
 102. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. №218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012 – 2016 гг.».
 103. Приложение к приказу главного врача Учреждения здравоохранения «Гродненская центральная городская поликлиника» №289-ОД от 28.07.2011
 104. Резер, Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования / Т.М. Резер // Социол. исслед. – 2003. - №1. – С. 102 – 108.
 105. Решетников, А.В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2005. - № 2. – С. 3 – 25.
 106. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
 107. Решетников, А.В. Социология медицины: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 256 с.
 108. Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть II) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2010. - №2. – С. 3 – 15.
 109. Рождаемость в Беларуси: оценка, тенденции, региональные особенности / И.И. Новик, Н.М.Трофимов, Т.В.Ясюля, Д.Ф.Куницкий, В.В.Кулиникова, В.М.Хавратович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. - №2. – С. 11 – 15.
 110. Ростовцев В.Н. Поведенческие риски и нравственные ценности // Белорусский медицинский журнал. - 2005. - №1. - С. 81 – 82.
 111. Ростовцев, В.Н. Основы здоровья / В.Н. Ростовцев. – Мн.: Минсктиппроект, 2002. – 110 с.
 112. Ростовцев, В.Н. Основы культуры здоровья: Пособие для педагогов и воспитателей учреждений образования / В.Н. Ростовцев, В.М. Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 119 с.
 113. Руководство по исследованию качества жизни / под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
 114. Севковская, З.А. Молодёжь Беларуси на пороге третьего тысячелетия / З.А. Севковская. - Мн.: Принткорп, 2002. – 128 с.
 115. Сенько, В.Г. Истоки насилия в семье и пути его преодоления / В.Г. Сенько // Социально-педагогическая работа. - 2005. - С. 3 – 5.
 116. Синельников, А. Выученные уроки: подростки и проблема насилия в семье

- / А. Снельников // Обыкновенное зло: исследование насилия в семье / сост. и ред. О.М. Здравомысловой. – Москва: Едиториал УРСС, 2003. – С. 113.
117. Соболева, Л.Г. Детерминанты здоровья школьников начальных классов г. Гомеля /Л.Г. Соболева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 г. / ред. совет: А.Н.Лызииков [и др.]– Гомель: ГомГМУ, 2010. - с. 93 – 96.
118. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии /Ненароков А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В., Мудрый А.Ю. // Фундаментальные исследования. – 2012. - №2. – С. 421 – 424.
119. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: Монография / Глушанко, В.С. [и др.]; под ред. Ген. Секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185 с.
120. Соловьёва, Л.П. Одиноким матери как объект социальной работы /Л.П. Соловьёва // Социология. - 2001. - №4. - С. 85 – 90.
121. Сорокин, П. Главные тенденции нашего времени /П. Сорокин. – М.: Наука, 1997. – С. 263.
122. Социология семьи: учебник / А.И. Антонов [и др.]; под общ. ред. А.И. Антонова. – 2-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 640 с.
123. Социология: учеб. пособие для студентов вузов /Е.М. Бабосов, А.Н. Данилов [и др.]; под общ. ред. А.Н. Елсукова. – 5-е изд. – Мн.: Тетра-Системс, 2004. – 544 с
124. Сурмач М.Ю. Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодёжи / М.Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 268 с.
125. Сурмач, М.Ю. Анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности подростков Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач, О.А. Езепчик // Педиатрия XXI века: проблемы и перспективы: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры детских болезней УО «ГрГМУ», 14 декабря 2012 г. / ГрГМУ; ред. кол.: Н.С. Парамонова [и др.]. – Гродно, 2012. – С.184–188.
126. Сурмач, М.Ю. Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивный выбор при первой беременности /М.Ю. Сурмач, Е.М.Тищенко // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2010. - №1 (Т.15). – С. 5 – 8.
127. Сурмач, М.Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков /М.Ю.Сурмач. Е.М.Тищенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №4. – С.62 – 67.
128. Сурмач, М.Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности / М.Ю. Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.
129. Сухарев, А.Г. Методика социально-гигиенического мониторинга детского и подросткового возраста /А.Г. Сухарев // Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень. – 2002. - №2. - С. 4-10.
130. Татькова, А.Ю. [и др.]. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем / А.Ю. Татькова, С.М. Чечельницкая, А.Г. Румянцев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - №6. – С. 46 – 51.
131. Тенденции формирования показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь / А.В. Копыток, Т.С. Голубева, Т.П. Дубовик, Н.А. Якушина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011 – № 3. – С. 12–18.

132. Туаева, И.Ш. Гигиеническая характеристика режима ночного сна подростков /И.Ш. Туаева, О.И. Янушанец // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. - №2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals//46/> – Дата доступа: 01.12.2012.
133. Ушаков, И.Б. Качество жизни и здоровье человека / И.Б. Ушаков. – М.; Воронеж: Истоки, 2005. – 130 с.
134. Фролова, Ю.Г. Концепции здоровья в психологической науке и практике / Ю.Г. Фролова // Веснік БДУ. – Сер. 3. – 2007. - №1. – С. 71 – 76.
135. Фролова, Ю.Г. Социокультурный эталон здоровья как одна из характеристик белорусского менталитета /Ю.Г. Фролова // Этносоциальные и конфессиональные процессы в современном обществе: материалы международной научной конференции, 8-9 декабря 2005 г., Гродно. – Гродно: ГрГУ, 2006. – С. 458 – 460.
136. Цыбульская, И.С. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) / И.С. Цыбульская, Е.В. Бахадова [и др.]. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 52 с.
137. Цырульникова, А.Н. Качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью при артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца /А.Н. Цырульникова // Медицинские новости. – 2004. - №4. – С. 83 – 85.
138. Чередник, М.А. Оценка качества жизни как критерия здоровья городской семьи: автореф. ...дис. кандидата медицинских наук: 14.00.33 / М.А. Чередник; СПбГМА. – Санкт-Петербург, 2003. – 22 с.
139. Черюканов, А.В. Сравнительный анализ качества жизни детей и подростков по оценкам самих несовершеннолетних и их родителей / А.В. Черюканов, А.А. Витрищак // Педиатрия. – Том 8. - сентябрь 2007. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medline.ru>. – Дата доступа: 01.12.2012.
140. Чистов, В.В. Анализ влияния СМИ на психическое здоровье и развитие личности /А.В. Чистов // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы II Международной научной конференции. 26 октября 2007 г., Минск / редкол. И.А. Фурманов (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. Центр БГУ. 2007. – С. 261 – 263.
141. Шабунова, А.А. Роль семьи в формировании здоровья детей /А.А. Шабунова, В.В. Артёменко // Интернет-конференция «Дети и молодёжь» / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", Государственный университет – Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС), Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04. 2010.
142. Шматкова, И.В. Взаимосвязь эмоционального благополучия детей раннего возраста и материнской позиции: автореф. ...дис. кандидата психологических наук: 19.00.13 / И.В. Шматкова; «БГПУ им. Максима Танка». – Минск, 2012. – 27 с.
143. Щепин, О.П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества /О.П. Щепин, В.А. Медик, В.И. Стародубов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - №5. – С. 3 – 6.
144. Щепин, О.П. К развитию методологии в исследованиях общественного здоровья /О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Вестник Российской академии медицинских наук. –

2004. - №4. – С. 38 – 43.
145. Ядов, В.А. Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования реального расслоения в российском обществе / В.А. Ядов // Кто и куда стремится вести Россию? Акторы макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса. – М.: МВШСЭН, 2001. – С. 113 – 118.
146. Abbey, A. Modeling the Psychological Determinants of Life Quality / A. Abbey, F. Andrews // *Social Indicators Research*. – 1985. – vol. 16. – P. 1 – 34.
147. Baran, A. The type of a university course as a determinant of health-related behaviours / A. Baran, A. Stocka // *Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Rzeszów, 11-13 września 2008)* / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – tom 89. - suplement 1. – S. 31.
148. Bigrigg, A. Outcomes in action: How relevant to clinical practice are health outcome measures such as the rate of unintended pregnancies in young teenagers? / A. Bigrigg // *Advances in Contraception*. – 1999. - №15. – p. 245 – 256.
149. Gandek, B. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: The IQOLA Project approach / B. Gandek, J. Ware // *J. Clin. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 51, №11. – P. 953 – 959.
150. Henshaw, S.K. Unintended pregnancies in the United States / S.K. Henshaw // *Family Planning Perspectives*. – 1998. – 30 (1). – p. 24-29, 46.
151. Kochman, D. Jakość życia. Analiza teoretyczna / D. Kochman // *Zdr Publ.* – 2007. – 117 (2). – P. 242-248.
152. Mihaila, V. General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36) / V. Mihaila, D. Enachescu, C. Davila // *QL News Letter*. – 2001. – N. 26. – P. 17-18.
153. Naughton, M.J. Assessment of health-related quality of life / M.J. Naughton, S.A. Shumaker // *J. Clin Oncol.* – 2010. - 27(15 Suppl). – P. 9503.
154. Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: a longitudinal study / Van der Vorst H., Engels R., Meeus W., Dekovic M., Vermulst A. // *Psychology of addictive behaviors*. – 2006. - №20. – P. 107 – 116.
155. Poziom wiedzy studentek rzeszowskich uczelni na temat zagrożeń i czynników ryzyka raka szyjki macicy / J. Kadziolka, E. Barnas, E. Domka [i wsp.] // *Probl. Hig. Epidemiol.* – 2008. – suppl. 1. – P. 22 – 23.
156. Russian-American partners, alcohol use prevention. Adaptation of a school-based parent-child programme for alcohol use prevention / Williams C.L., Grechanaia N., Romanova O., Komro K., Perry C., Farbaksh K. // *European Journal of Public Health*. – 2003. – Vol. 1. - №3. – P. 314 – 321.
157. Russo, N. Violence in the lives of Women Having Abortions: Implications for practice and public policy / N. Russo, J. Denious // *Professional Psychology, Research and Practice*. – 2001. - №32. – P. 142 – 150.
158. Russo, N.F. When Pregnancies are Unwanted / N.F. Russo, H.P. David. Transnational Family Research Institute [Электронный ресурс]. – 2004. – Режим доступа: http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr2.asp. - Дата доступа: 17.09.2006.
159. Shah S. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomized controlled trial / S. Shah, J.K. Peat, E.J. Mazurski // *BMJ*. – 2001. – Vol. 322. – p. 583 – 585.
160. Shuessler, K.F. Quality-of-life research and sociology // K.F. Shuessler, G.A. Fisher

- // Annual Review of Sociology. – 1985. – Vol. 11. – P. 131.
161. Stocka, A. Kulturowe uwarunkowania zachowan zdrowotnych studentow /A. Stocka, P. Pudlo // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Spolecznej I Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11-13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – tom 89. - suplement 1. – S. 87.
162. The level of knowledge of students from universities of Rzeszow concerning danger and risk factors for cervical cancer / J. Kadziolka, E. Barnas, E. Domka, J. Grzegorzcyk, I. Bojar // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Spolecznej I Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11-13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – tom 89. - suplement 1. – S. 22-23.
163. Trojanowska, A. Edukacja zdrowotna a jakosc zycia dzieci chorych na astme oskrzelowa /A. Trojanowska, A. Emeryk // Zdr Publ. – 2009. – 119 (3). – 279-282.
164. Trojanowska, A. Jakosc zycia dzieci chorych na astme oskrzelowa /A. Trojanowska, A. Emeryk // Zdr Publ. – 2009. – 119 (3). – P. 266-269.
165. Trojanowska, A. Znaczenie badan nad jakoscia zycia w medycynie /A. Trojanowska // Zdr Publ. – 2011. – 121 (1). – P. 99-103.
166. Varni, J.V. [et all]. Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers / J.V. Varni, M. Seid, P.S. Kurtin // Journal of Clinical Outcomes Management. – 1999. – Vol. 6, № 4. – P. 33 – 40.
167. Varni, J.V. [et all]. The PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations / J.V. Varni, M. Seid, P.S. Kurtin // Medical Care. – 2001. – Vol. 39, № 8. – P. 800 - 812.
168. Wingo, L. The Quality of Life: Toward a micro-economic definition / L. Wingo // Urban Studies. – 1973. – vol. 10. – P. 3 – 8.
169. Woodruff, S.I. Impact of Health and Fitness-Related Behavior on Quality of Life / S.I. Woodruff, T.L. Conway // Social Indicators Research. – 1992. - № 25. - P. 391 – 405.

Научное издание

Сурмач Марина Юрьевна

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ:
СВЯЗЬ СО ЗДОРОВЬЕМ

Монография

Ответственный за выпуск В.В. Зинчук
Компьютерная верстка И.И. Прецкайло
Корректор Л.С. Засельская

Подписано в печать 16.11.2013.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. **13,25**. Уч.-изд. л. **11,47**. Тираж **100** экз. Заказ **246**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.