

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

**М. Ю. Сурмач**

**О. А. Езепчик**

**П. Л. Корнейко**

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ  
В ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПОКОЛЕНИЙ**

Монография

Под общей редакцией М. Ю. Сурмач

Гродно  
ГрГМУ  
2025

УДК 613.9:614.2  
ББК 51.204.0  
С 90

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 6 от 07.04.2025 г.).

Авторы: зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения, д-р мед. наук, проф. М. Ю. Сурмач;  
ст. препод. каф. общественного здоровья и здравоохранения, магистр мед. наук О. А. Езепчик;  
препод. военной кафедры, п/п-к м/с П. Л. Корнейко.

Рецензенты: зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», д-р мед. наук, проф. Т. М. Шаршакова;  
декан медико-психологического факультета, канд. мед. наук, доц. С. Л. Бойко.

**Сурмач, М. Ю.**

**С 90** Здоровьесбережение в преемственности поколений : монография / М. Ю. Сурмач, О. А. Езепчик, П. Л. Корнейко ; под общ. ред. проф. М. Ю. Сурмач – Гродно : ГрГМУ, 2025. – 228 с.  
ISBN 978-985-595-992-3.

В монографии раскрываются установки, потребности и поведение в сфере здоровьесбережения разных поколений белорусов. Материалом исследования послужили опросы, составившие три базы данных, зарегистрированные в Национальном центре интеллектуальной собственности Республики Беларусь. Исследованы самооценка качества жизни и удовлетворённость состоянием здоровья лиц возраста 60 лет и старше. Выполнен анализ социальных факторов, влияющих на здоровье подростка, в особенности факторов семьи. Отдельное внимание уделено аспектам доступности медицинской информации для разных поколений и ее востребованным каналам и источникам. Изучены понятийный аппарат и методологические подходы к оценке грамотности населения в вопросах здоровья.

Книга будет полезна всем участникам деятельности по медицинскому информированию населения, а именно работникам систем здравоохранения, образования, органам государственного управления. Рекомендуется к использованию в дополнительном образовании взрослых по профилям «Здравоохранение», «Социальная работа».

Монография подготовлена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Г24У-007 от 02.05.2024)

**УДК 613.9:614.2**  
**ББК 51.204.0**

**ISBN 978-985-595-992-3**

© Сурмач М. Ю., Езепчик О. А., Корнейко П. Л., 2025  
© Гродненский государственный медицинский университет, 2025

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ (Сурмач М. Ю.) .....</b>	<b>6</b>
<b>ГЛАВА 1. Методы и объект исследования (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А. Корнейко П. Л.) .....</b>	<b>8</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>23</b>
<b>ГЛАВА 2. Самооценка здоровья и связанного со здоровьем качества жизни населения возраста 60 лет и старше, проживающего в Гродненской области .....</b>	<b>26</b>
2.1 Самооценка здоровья как социологическая категория и категория общественного здоровья (Сурмач М. Ю.) .....	26
2.2 Характеристика населения Гродненской области с точки зрения классификаций старости (Сурмач М. Ю., Корнейко П. Л.).....	34
2.3 Удовлетворённость здоровьем, качество жизни и объективные показатели здоровья населения 60+ (Сурмач М. Ю., Корнейко П. Л.) .....	40
2.4 Влияние социально-демографических факторов на показатель СОЗ в иных популяциях (Сурмач М. Ю.) .....	57
2.5 Выводы (Сурмач М. Ю.).....	59
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>62</b>
<b>ГЛАВА 3. Образ жизни семьи, воспитывающей ребенка подросткового возраста, и здоровьесберегающее поведение подростков 15-18 лет. Распределение ответственности за здоровье ребёнка глазами родителей .....</b>	<b>69</b>
3.1 Социальные факторы здоровья подростка, формируемые семьёй: аналитический обзор (Сурмач М. Ю.) .....	69
3.2 Здоровьесберегающее поведение и характеристика здоровья подростков 15-18 лет: данные эмпирического исследования (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.).....	81

3.2.1 Сексуальное поведение подростков в десятилетней динамике и в сопоставлении с мировыми данными (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.).....	82
3.2.2. Распространённость некоторых поведенческих факторов риска здоровью у 15-18-летних подростков (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.).....	89
3.2.3. Характеристика здоровья подростков (Езепчик О. А., Сурмач М. Ю.).....	93
3.2.3.1 Оценка уровня и структуры репродуктивно значимой эндокринной и мочеполовой патологии у подросткового населения .....	105
3.3 Образ жизни семьи, воспитывающей ребенка подросткового возраста. Распределение ответственности за здоровье ребёнка глазами родителей (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.).....	116
3.3.1 Материалы, методы. Характеристика объекта исследования.....	116
3.3.2 Образ жизни семьи, воспитывающей ребенка подросткового возраста .....	117
3.3.3 Распределение ответственности за здоровье ребёнка глазами родителей.....	124
<b>ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>125</b>
<b>ГЛАВА 4. Информация о медицинской помощи и возможностях ее получения, о здоровом образе жизни: межпоколенческие различия .....</b>	<b>135</b>
4.1 Источники информации подростков о репродуктивном здоровье (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.).....	135
4.2 Самооценка знаний о здоровье и заботы о нём глазами подростков и родителей (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.).....	139
4.3 Выявленные факторы, которые необходимо учитывать в работе с семьей и школой по формированию здоровьесбережения подростка (Сурмач М. Ю., Езепчик О. А.) .....	143

4.4 Доступность информации, необходимой для сохранения здоровья, для лиц возраста 60 лет и старше, и возможности принимать решения для своего здоровья и благополучия (Сурмач М. Ю., Корнейко П. Л.) .....	148
4.5 Медицинское информирование населения: стереотипы практики и потребности общества (Сурмач М. Ю.) .....	151
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>191</b>
<b>ГЛАВА 5. Концептуальный анализ понятийного аппарата и методологических подходов к изучению грамотности населения в вопросах здоровья как основа для перспективы развития исследования (Сурмач М. Ю.).....</b>	<b>194</b>
5.1 Теоретико-методологические основания.....	194
5.2 Результаты и обсуждение .....	195
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>207</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ (Сурмач М. Ю.).....</b>	<b>215</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Концепция национальной безопасности Республики Беларусь определяет стратегические национальные интересы страны как укрепление духовно-нравственных ценностей, сохранение традиционных семейных ценностей, преемственности поколений, обеспечение благополучия граждан, создание комфортных условий для жизнедеятельности и развития личностного потенциала. В демографической сфере основными национальными интересами являются стабилизация численности населения и создание предпосылок для его устойчивого роста на основе последовательного увеличения рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, снижения смертности; повышение общего уровня здоровья народа, охрана здоровья матери и ребенка; укрепление института семьи как социального института, наиболее благоприятного для реализации потребности в детях, их воспитания, развитие системы поддержки семей с детьми и улучшение условий их жизнедеятельности.

Немаловажную роль в формировании здоровьесбережения играет информированность населения в вопросах здоровья, в возможности получения медицинской помощи. В охране здоровья подростков важны знания родителей и педагогов о том, как изменяются стереотипы поведения в отношении здоровья у детей и молодёжи, а также наличие у практиков здравоохранения прежде всего первичного звена современных данных о том, как влияют на здоровье подростков, семей с детьми, людей пожилого возраста непрерывно изменяющиеся социальные факторы.

Для того, чтобы информированность населения в вопросах здоровья была качественной (высокого уровня и адекватного содержания), требуется знание медиками востребованных теми или иными социально-демографическими группами каналов информации, наряду с умением их использовать в профилактической работе.

Для наполнения информации нужным содержанием необходимо понимание актуальных факторов, влияющих на здоровье населения, и дополнение программ профилактики соответственно этим факторам, применительно к конкретным социально-демографическим группам. Одновременно, нужно знать и понимать, какой именно информации недостаточно тем или иным группам населения.

Очевидно, в формировании здоровьесбережения сохраняет высокую актуальность межведомственный подход. Вместе с тем, необходимо понимать, какое именно межведомственное взаимодействие требуется усилить, гармонизировать, в отношении, например, таких социально уязвимых групп, как подростки и пожилые люди.

Наиболее сложной социально-демографической группой в мотивации к изменению поведения к более здоровьесберегающему являются подростки. Что именно может повлиять на подростков в формировании здоровьесбережения, как изменить их поведение – вопрос, требующий отдельного изучения.

В решении поставленных задач было запланировано исследование, составившее основу данной монографии, посвященное анализу установок, потребностей и поведения в сфере здоровьесбережения разных поколений людей, проживающих в Республике Беларусь.

## **ГЛАВА 1. МЕТОДЫ И ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Основной для статистического анализа, разработки последующих результатов, полученных в эмпирическом исследовании, используемом в данной монографии, стал материал, сформировавший три базы данных: «Качество жизни и медицинская информированность, связанные со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области», «Показатели здоровья подростков Республики Беларусь» и «Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь».

Использованы методы описательной и непараметрической статистики применительно к конкретным решаемым в исследовании задачам. Обработка данных проводилась в операционной системе Windows XP с использованием таблиц Microsoft Excel, пакета программы SPSS 20.0, программы STATISTICA 10.0 (SNAХAR207F394425FA-Q).

На основе систематического тематического обзора публикаций и интернет-источников открытого доступа баз данных РИНЦ, Springer, портала ВОЗ, иных, выполнен анализ факторов семьи и иных модифицируемых социальных факторов, влияющих на формирование здоровья подростка. В развитие исследования на перспективу, выполнен анализ понятийного аппарата и методологических подходов к изучению медицинской грамотности (грамотности в вопросах здоровья) населения, истории развития унифицированного ВОЗ подхода к её изучению и оценке, областей практического применения, трансформации понимания различных составляющих грамотности в вопросах здоровья как комплексного феномена.

Подготовка баз данных включала разработку плана и программы сбора данных, организацию опроса, компьютеризацию первичного материала, подготовку и представление документов в Национальный центр интеллектуальной собственности Республики Беларусь и

получение свидетельств о регистрации интеллектуальной собственности. Базы данных [1; 2; 3].

База данных «Показатели здоровья подростков Республики Беларусь» основана на информации о состоянии здоровья 1118 подростков в возрасте 10-18 лет (выборочная совокупность, репрезентативная республиканской), извлеченной выкопировочным методом из первичной медицинской документации (История развития ребенка – форма №112/у) в детских поликлиниках и детских отделениях в составе поликлиник для взрослого населения по схеме переводного эпикриза (Приложение 1 к Инструкции об организации оказания медицинской помощи детям подросткового возраста, утвержденной приказом МЗ РБ №1389 от 01.12.2017 г. «О некоторых вопросах организации оказания медицинской помощи детям подросткового возраста»), подвергшихся деидентификации.

Методика (структура базы данных) была рассмотрена на заседании Комитета по биомедицинской этике и деонтологии Гродненского государственного медицинского университета, дано заключение о соответствии проводимых исследований этическим принципам (Протокол № 1 от 05.01.2022 г.).

База данных использована для предварительной характеристики состояния здоровья подростков, составляющей основание для последующего медико-социологического исследования [4].

Для обеспечения репрезентативности выборочной совокупности при планировании ее объема и структуры мы исходили из численности подростков 10-18 лет, проживающих в Республике Беларусь. Источником официальной статистической информации послужил статистический бюллетень «Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2021 г. и среднегодовая численность населения за 2020 г.».

Формирование выборочной совокупности осуществлялось с учетом соотношения подростков по признаку пола, фактора места жительства подростков (численное соотношение город –

село и распределение в административных областях) и доли подростков каждого возраста в выбранном возрастном интервале объекта исследования в генеральной совокупности.

Выборочная совокупность подростков, репрезентативно отражающая генеральную совокупность лиц данной возрастной группы, проживающих в Республике Беларусь, представлена в таблице 1.

Возрастная структура выборки подростков следующая:

10-летние подростки – 133 (11,90%),

11-летние – 135 (12,08%),

12-летние – 133 (11,90%),

13-летние – 128 (11,45%),

14-летние – 121 (10,82%),

15-летние – 157 (14,04%),

16-летние – 155 (13,86%),

объединенная группа 17-18-летних – 156 (13,95%).

Возраст подростков определялся как полное количество лет на момент проведения комплексной оценки состояния здоровья.

Таблица 1. – Выборочная совокупность подростков, материалы выкопировки которой использованы в базе данных

<b>Административно-территориальная единица</b>	<b>Населенный пункт</b>	<b>Юноши</b>	<b>Девушки</b>	<b>Подростки 10-18 лет, всего чел</b>
Брестская область	город	64	62	126
	село	23	22	45
Витебская область	город	52	50	102
	село	11	11	22
Гомельская область	город	67	66	133
	село	19	16	35
Гродненская область	город	53	50	103
	село	12	10	22
Минская область	город	51	48	99
	село	36	35	71
город Минск	город	123	117	240
	село	–	–	–

Административно-территориальная единица	Населенный пункт	Юноши	Девушки	Подростки 10-18 лет, всего чел
Могилевская область	город	53	47	100
	село	10	10	20
Итого, чел.		574	544	1118

Данные были сгруппированы в 8 блоков и составили 64 пункта:

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

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

База данных «Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь» получена методом анонимного раздаточного опроса (на основе добровольного согласия) 1254 подростков 15-18 лет и 1230 родителей 10-14-летних подростков, квотная выборка, репрезентативная республиканской.

Анкетирование лиц старшего подросткового возраста проводилось в детских поликлиниках (детских отделениях в

составе поликлиник для взрослого населения), детских больницах (педиатрических отделениях в составе стационаров для взрослого населения), родителей 10-14-летних подростков – в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных и стационарных условиях. Методика также была рассмотрена на заседании Комитета по биомедицинской этике и деонтологии Гродненского государственного медицинского университета, дано заключение о соответствии проводимых исследований этическим принципам (Протокол №1 от 05.01.2022 г.).

При создании этой базы данных нами был предварительно проработан вопрос об определении границ подросткового возраста. Хронологические границы подросткового возраста четко не определены, обусловлены использованием различных критериев для его установления и могут рассматриваться по-разному в зависимости от задач исследования. Наш выбор базировался на результатах анализа нормативно-правовых документов при изучении подходов к возрастной классификации подросткового возраста [5]. Так, исходя из медико-биологического подхода, Комитет экспертов ВОЗ относит к подросткам лиц возрастной группы от 10 до 19 лет, выделяя ранний (10-14 лет) и поздний (15-19 лет) подростковый возраст. При этом в соответствии с юридическим подходом, в Республике Беларусь лицо до достижения им 18 лет (совершеннолетия) является ребенком, что согласуется с Конвенцией ООН о правах ребенка. В то же время, как социально-демографическая группа, и в соответствии с Кодексом о браке и семье Республики Беларусь, подросток – лицо в возрасте 14-18 лет, до достижения 14 лет – малолетний. Следовательно, в основе возрастной категории «подростковый возраст» присутствует биологическое и социальное содержание, которое не всегда совпадает.

В настоящем исследовании объектом избраны подростки в возрасте 10-18 лет. При выборе возрастного интервала изучаемого контингента для настоящего исследования нами были учтены социально-демографические, медико-

биологические и юридические критерии. В соответствии с поставленными задачами – получение систематизированных данных о поведении подростков 10-18 лет, проживающих в Республике Беларусь, по отношению к здоровью, выявление социальных факторов, формирующих здоровье-ориентированную модель поведения лиц данной возрастной группы, – было принято решение о конструировании двух сопоставимых выборочных совокупностей: первая – подростков 15-18 лет, вторая – родителей 10-14-летних подростков, что обусловлено спецификой младших подростков как объекта изучения [6]. Так, по своим социально-психологическим характеристикам, 10-14-летние подростки ближе к детскому возрасту и не в полной мере могут дать оценку своему поведению и сделать осознанный выбор. Кроме того, в соответствии с национальным законодательством, лица, не достигшие возраста 14 лет, имеют ограниченную дееспособность, и социологический опрос данной группы подростков возможен только с письменного согласия законных представителей, что затрудняет организацию и проведение медико-социологического исследования [7; 8]. При этом надежными источниками информации при изучении поведения в сфере здоровья подростков могут быть их родители, опрос которых дает возможность получить информацию о детерминантах формирования здоровья подростков в семье. Включение в опрос родителей детей из младших возрастных групп позволяет сохранить конфиденциальность персональных данных и получить адекватную социологическую информацию.

Наиболее масштабным и авторитетным исследованием факторов, детерминирующих здоровье в подростковом возрасте, выполненным на мировом уровне, можно считать «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) – проект, реализуемый ВОЗ с 1982 г., в настоящее время охватывающий около 50 стран мира (Республика Беларусь не включена, однако в ряде этапов была включена Российская Федерация) [9]. Сбор данных во всех участвующих странах и областях проводился на основе обследований в

школах с использованием стандартной методологии [10]. В каждой стране с использованием метода случайной выборки отбирали подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет таким образом, чтобы выборка была репрезентативной в отношении всех проживающих в данной стране в данном возрастном диапазоне. Для проведения обследования 2009-2010 гг., например, по каждой возрастной группе было выбрано около 1500 учащихся в каждой из стран, принимающих участие в исследовании HBSC.

Для обеспечения репрезентативности выборок нами были использованы официальные данные статистического бюллетеня «Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2021 г. и среднегодовая численность населения за 2020 г.» [11], опубликованного в 2021 году. С целью формирования выборочной совокупности, квотной генеральной, по признаку территориального распределения (численное соотношение город – село и распределение в отдельных административных областях) 15-18-летних подростков нами были использованы данные о численности лиц в возрасте 15-18 лет, проживающих на 1 января 2021 года в Республике Беларусь. При планировании объема и структуры выборочной совокупности родителей 10-14-летних подростков мы исходили из численности подростков данной возрастной группы в генеральной совокупности [11, с. 5-26].

Для повышения репрезентативности исследования в пределах каждой административной области единицы наблюдения городской части выборок нами отбирались таким образом, чтобы в исследование были включены респонденты областных центров, городов с численностью населения более 50 тыс. человек (города областного подчинения) и городов с численностью населения менее 50 тыс. человек (города районного подчинения) в соотношении, представленном в генеральной совокупности. Так как в официальной статистике отсутствовали сведения о численности лиц в подростковом возрасте в разрезе указанных категорий населенных пунктов, для определения соотношения между данными частями

выборки нами были использованы сведения о численности населения моложе трудоспособного возраста, проживающие в Республике Беларусь на 1 января 2021 г. [11, с. 71-125].

Сведения официальной статистики позволили рассчитать соотношение в генеральной совокупности сельского и городского населения (среди городского дополнительно соотношение областной центр / город более 50 тыс. населения / город менее 50 тыс. населения), для каждой административной области.

Согласно сведениям статистического бюллетеня, количество юношей в возрастной группе 10-18 лет на 1 января 2021 г. составило 456822 человек, девушек – 434023 [11, с. 5]. Указанные данные позволили определить, что в генеральной совокупности соотношение по полу как в возрастном диапазоне 10-14 лет, так и 15-18 лет составляет 1,05 юношей к 1,0 девушкам, что было учтено при формировании выборочной совокупности: количественное соотношение между мужской и женской частями выборок установлено пропорционально существующему в генеральной совокупности. Для максимального приближения характеристик выборочных совокупностей к характеристикам генеральной, нами была рассчитана доля юношей и девушек, как среди городского населения, так и среди сельского для всех областей Республики Беларусь. Распределение выборочных совокупностей подростков и их родителей, материалы опроса которых использованы в анализе, по рассматриваемому признаку оказалось близко к соотношению в генеральной совокупности.

Кроме того, формирование выборок осуществлялось с учетом доли подростков каждого возраста в выбранном возрастном интервале объекта исследования в генеральной совокупности [11, с.5].

Для обеспечения количественной репрезентативности выборочного исследования определение размера выборочной совокупности осуществлялось в соответствии с подходами, предложенными М.Ю. Сурмач и Е.М. Тищенко, в соответствии с которыми объем выборочной совокупности при проведении медико-социологического исследования здоровья подростков в

Республике Беларусь должен составлять не менее 820 единиц наблюдения [12], что позволяет получить результаты, соответствующие вероятности ошибки менее 5%.

Так как генеральная совокупность объекта исследования достаточно разнородна и в ходе исследования планируется анализировать большое количество признаков, при расчёте объёма выборки были учтены и рекомендации А. В. Решетникова [13, с. 207], который указывает на необходимость включать в исследование не менее 1200 единиц наблюдения при проведении медико-социологического мониторинга.

Учитывая вышерассмотренные подходы к расчету размера выборочной совокупности и, ожидая получить результаты повышенной надежности, нами планировалось располагать данными опроса не менее 1200 подростков 15-18 лет и не менее 1200 родителей 10-14-летних подростков.

Для обеспечения запаса объема выборок к данному количеству добавлено 15% на выбраковку анкет. Таким образом, каждая из планируемых для опроса выборочных совокупностей составила 1380 человек.

Сбор данных проведен методом анонимного раздаточного опроса на основе добровольного согласия анкетированного. Анкетирование лиц старшего подросткового возраста проводилось в детских поликлиниках (детских отделениях в составе поликлиник для взрослого населения), детских больницах (педиатрических отделениях в составе стационаров для взрослого населения), родителей 10-14-летних подростков – в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных и стационарных условиях.

Выбраковке подвергнуты 150 анкет родителей, что составляет около 11% от всех полученных анкет. Удельный вес выбракованных анкет подростков составил 9% или 126 анкет. Таким образом, в дальнейший анализ были включены 1230 анкет родителей 10-14-летних подростков и 1254 анкеты подростков 15-18 лет (таблицы 2, 3).

Объем сформированных выборочных совокупностей подростков 15-18 лет и родителей 10-14-летних подростков достаточен для обеспечения репрезентативности выборочного исследования, что позволило получить результаты, соответствующие вероятности ошибки менее 5% ( $p < 0,05$ ). Территориальное, возрастное распределение и распределение по фактору пола сформированных выборок соответствует республиканским.

Таблица 2. – Возрастная структура выборочной совокупности родителей 10-14-летних подростков, материалы опроса которой использованы в анализе

Возраст	Родители городских подростков		Родители сельских подростков		Родители 10-14-летних подростков, всего
	юношей	девушек	юношей	девушек	
10 лет	104	99	26	23	252
11 лет	104	98	27	25	254
12 лет	103	98	26	25	252
13 лет	96	92	28	27	243
14 лет	92	88	25	24	229
Итого	499	475	132	124	1230

Таблица 3. – Возрастная структура выборочной совокупности подростков 15-18 лет, материалы опроса которой использованы в анализе

Возраст	Городские подростки		Сельские подростки		Подростки 15-18 лет, всего
	юноши	девушки	юноши	девушки	
15 лет	128	123	34	31	316
16 лет	129	121	30	30	310
17 лет	136	131	25	22	314
18 лет	134	132	26	22	314
Итого	527	507	115	105	1254

Дизайн исследования отвечает поставленным задачам и цели и позволяет получить репрезентативные данные в рамках изучения отношения к здоровью и социальных факторов,

формирующих здоровье-ориентированную модель поведения лиц подросткового возраста.

*База данных «Качество жизни и медицинская информированность, связанные со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области»* получена методом анонимного раздаточного опроса на основе добровольного согласия 1270 лиц возраста 60+, выборка репрезентативна Гродненской области количественно и качественно (пол, возраст, территориальное распределение). Опрос проводился на базе учреждений здравоохранения: ГУЗ «Городская поликлиника № 1 г. Гродно», ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно», УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно», Сопецкинская горпоселковая больница, Лойковская врачебная амбулатория, Подлабенская врачебная амбулатория, Гродненская областная организация Белорусское Общество Красный Крест, а также в базах практики УО «Гродненский государственный медицинский университет», таких как УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Островецкая ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ «Щучинская ЦРБ», УЗ «Мостовская ЦРБ».

Для формирования выборки был применен расчёт выборочной совокупности. Согласно данным А.В.Решетникова, при отсутствии сведений о величине генеральной совокупности, при значении ошибки выборки  $\Delta=0,05$ , коэффициента доверия  $t=2$ , что обеспечивает достоверность результатов в 95 случаях из 100 (с доверительной вероятностью 95%) с предельной ошибкой  $\pm 5\%$ , рекомендуется опросить 400 респондентов (при этом в расчёт принята максимальная величина возможной дисперсии выборки). Если исследователь желает получить результаты социологического опроса с доверительной вероятностью 99,73% ( $t=3$ ), то необходимо опросить 900 человек [14; 15, 16, 17].

Согласно официальным статистическим данным [18], количество населения возрастной группы 60 лет и старше Гродненской области на 01.01.2022 г. (при планировании опроса) составляло 244208 человек. Согласно данным о

распределении населения по полу [14] в возрастной группе 60 лет и старше по Гродненской области соотношение составляет 1,0 мужчин (88288 человек на 01.01.2022 г.) к 1,76 женщин (155920 человек на 01.01.2022 г.).

Согласно общеметодологическим подходам в социологии, объём выборки для определения доли некоторого признака  $X$  в генеральной совокупности находится по формуле 1 [19]:

$$n = \frac{1}{\frac{\Delta^2}{t^2 v(1-v)} + \frac{1}{N}}$$

где  $n$  – объём выборки,  
 $N$  – объём генеральной совокупности,  
 $t$  – коэффициент, соответствующий доверительной вероятности  $p$  (определяется по таблицам Стьюдента, при  $p=0,954$   $t=2$ ),  
 $v$  – доля признака  $X$  в генеральной совокупности,  
 $\Delta$  – величина допустимой ошибки (в долях).

По большинству из факторов, составляющих предмет исследования, информация о доле признака в генеральной совокупности ( $v$  в формуле 1) отсутствует. Для обеспечения экономической эффективности 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» [20]. 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 формуле 1 вместо  $v$  использовать 0,5, получим формулу, которой можно пользоваться при любых значениях доли признака в генеральной совокупности [21]. 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  $t=2$ , а величина допустимой ошибки  $\Delta$  не более 0,05). Применяв указанные значения, получим формулу 2, рекомендованную для расчёта объёма случайной выборки:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

где  $n$  – объём выборки,  
 $N$  – объём генеральной совокупности,  
 $\Delta$  – величина допустимой ошибки (в долях).

В. В. Паниотто указывает, что при планировании выборки следует учитывать, что формула 2 позволяет получить объём выборки для заданной точности при анализе выборки в целом, когда она не будет разделена на части [21]. Учитывая необходимость исследования влияния гендерного фактора на изучаемые признаки, при планировании исследования исходим из принципа, что части выборочной совокупности лиц возраста 60 лет и старше, выделенные по признаку пола, должны быть достаточными по объёму.

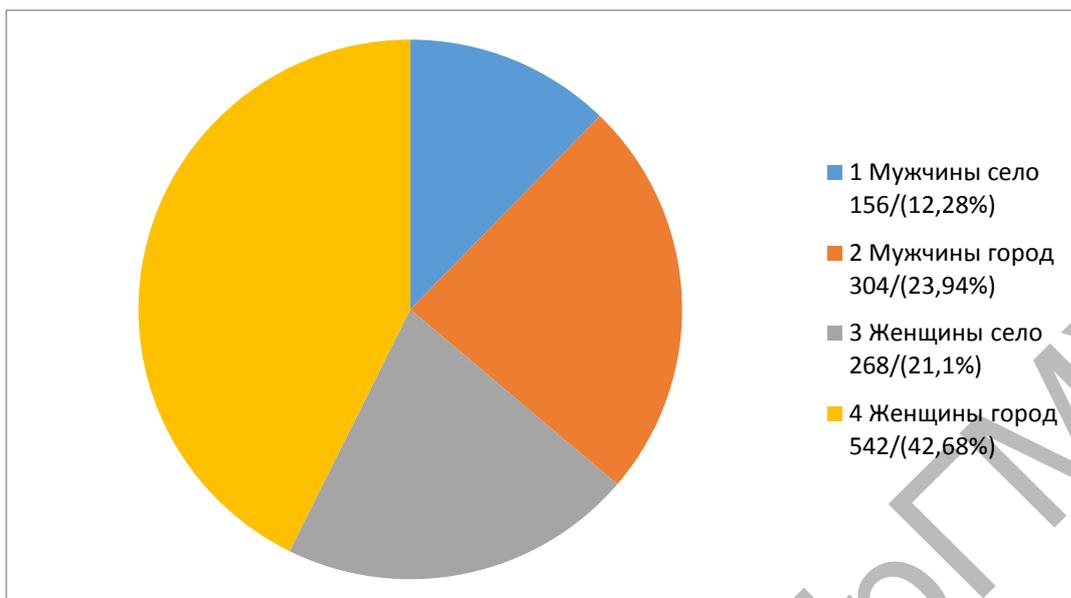
При доверительной вероятности, составляющей не менее 0,954 (уровень статистической значимости  $p < 0,05$ ), величина допустимой ошибки  $\Delta$  должна быть не более 0,05. Применяв указанное значение, а также используя данные о численности лиц возраста 60 лет и старше (мужчины и женщины отдельно для обеспечения репрезентативности каждой из выделенных по полу частей выборки) Гродненской области на 01.01.2022 г. в качестве значений  $N$ , получим, что объём выборочной совокупности мужчин возраста 60 лет и старше Гродненской области, включённый в последующий анализ, должен быть не менее 398 человек, а выборочной совокупности женщин – не менее 399 человек. Согласно соотношению мужчин и женщин в генеральной совокупности (1 мужчина к 1,76 женщин), выборка женщин, материалы опроса которых будут включены в последующий анализ, должна иметь объём не менее 701 человека. Следовательно, объём выборочной совокупности

лиц возраста 60 лет и старше, репрезентативно отражающий генеральную совокупность лиц возраста 60 лет и старше Гродненской области, должен составлять не менее 1099 человек.

По данным А.В. Решетникова, максимально допустимый процент возврата анкет не должен быть менее 85% [13], в противном случае нарушается структура выборочной совокупности. С тем, чтобы гарантированно получить достаточный объём материала, учитывая возрастную категорию опрашиваемых, было опрошено 1350 человек. Вместе с тем, качество заполнения оказалось выше ожидаемого, процент выбраковки составил всего около 6%, и в дальнейший анализ были включены данные опроса 1270 человек (460 мужчин и 810 женщин), что составило повышенную точность исследования для Гродненской области (уровень статистической значимости  $p < 0,03$ ).

Далее, с опорой на данные о численности населения областей на 01.01.2022г. [18], получено соотношение между частями выборки – городским населением и населением, проживающим в сельской местности Гродненской области: 2,0 городское население (163572 человек) и 1,0 население, проживающее в сельской местности (80636 человека), а также между городскими мужчинами 2,0 (58728 человек) и мужчинами, проживающими в сельской местности 1,0 (29560 человек), городскими женщинами 2,0 (104844 человека) и женщинами, проживающими в сельской местности 1,0 (51076 человек).

Включенный в анализ объём выборки с учётом территориального распределения составил 1270 человек, из них 460 мужчин и 810 женщин, городское население 846 человек (из них 304 мужчин и 542 женщины) и сельское население – 424 человек (из них 156 мужчин и 268 женщины) (рисунок 1).



**Рисунок 1. – Структура выборочной совокупности по проживанию (N=1270 чел.)**

Такой объём и структура выборки соответствуют повышенной (уровень статистической значимости  $p < 0,03$ ) статистической надёжности для выборки Гродненской области в целом и достаточному (уровень статистической значимости  $p < 0,05$ ) уровню статистической надёжности каждой из выделенных по признаку пола и проживания частей.

Предложенная методика позволяет сформировать выборочную совокупность, которая по объёму и структуре соответствуют повышенной (уровень статистической значимости  $p < 0,03$ ) статистической надёжности для выборки Гродненской области в целом и достаточному (уровень статистической значимости  $p < 0,05$ ) уровню статистической надёжности каждой из выделенных по признаку пола и проживания частей.

Данная методика формирования выборочной совокупности может быть использована для изучения медико-социальных аспектов здоровья населения иных демографических групп и иных регионов, с учётом включения при расчёте соответствующих данных официальной демографической статистики.

Назначение базы данных – получение систематизированных данных о качестве жизни, связанном со здоровьем, и медицинской информированности лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области с целью изучения качества жизни лиц возраста 60 лет и старше, связанного со здоровьем, выявления особенностей качества жизни и медицинской информированности лиц возраста 60 лет и старше в зависимости от демографических и социальных факторов, обоснования комплекса медико-социальных мер, направленных на повышение качества жизни лиц возраста 60 лет и старше, предназначенных к реализации в условиях поликлиники, отделения сестринского ухода и во взаимодействии с общественными организациями на примере Гродненской области, разработки информационно-аналитического обеспечения медико-социальных мер по формированию активного долголетия для органов государственного управления.

В частности, в трёх целевых блоках представлены данные о качестве жизни (опросник ВОЗКЖ-26) и грамотности в вопросах здоровья (на базе методики HLS19), ретроспективная оценка влияния пандемии Covid-19 на здоровое сберегающее поведение респондентов, а также блок открытых мнений респондентов об обеспечении активного долголетия граждан категории 60+.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №6-БД. Наименование объекта авторского права: Качество жизни и медицинская информированность, связанные со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области (база данных). Год создания 2024. Авторы П.Л.Корнейко, М.Ю.Сурмач. Дата регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

2. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №8-БД. Наименование объекта авторского права: Показатели здоровья подростков Республики Беларусь (база данных). Год создания 2024. Авторы О.А. Езепчик, М.Ю.Сурмач. Дата

регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

3. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №7-БД. Наименование объекта авторского права: Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь (база данных). Год создания 2024. Авторы О.А. Езепчик, М.Ю. Сурмач. Дата регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

4. Езепчик, О.А. Гендерные и обусловленные местом жительства особенности заболеваемости подростков Республики Беларусь / О.А.Езепчик, М.Ю. Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2024. – №4. – с. 53-60.

5. Езепчик, О.А. Поколение подростков Республики Беларусь: подходы к определению возрастных границ и десятилетняя динамика численности / О.А. Езепчик // Современные достижения молодых ученых в медицине – 2021: сборник материалов VIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием, 26 ноября 2021 г. [Электронный ресурс] / [редкол.: Е.Н. Кроткова (отв. ред.) [и др.]. – Электрон. текстовые дан.

6. Езепчик, О.А. Анализ социально-поведенческих детерминант здоровья подростков: методические аспекты конструирования опросника / О.А. Езепчик, М.Ю. Сурмач // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины : сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», каф. общей гигиены и экологии ; [гл. ред. И.А. Наумов]. – Гродно; ГрГМУ, 2021. – Том XI. – С. 110-122.

7. О здравоохранении : Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс] // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 22.02.2024.

8. О защите персональных данных : Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс] // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=N12100099>. – Дата доступа: 22.02.2024.

9. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-\(hbsc\)-study](https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study). – Дата доступа: 22.02.2024.

10. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/2010

survey. Edinburgh : CAHRU & Vienna [Электронный ресурс] / С. Currie [et al.]. – 2011. – Дата доступа: 22.02.2024.

11. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2021 г. и среднегодовая численность населения за 2020 г.: Статистический бюллетень [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/5d5/5d516d1d43fb51a3c99498e5bfe616e3.pdf>. – Дата доступа: 10.01.2024.

12. 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. 62–65.

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

14. Решетников, А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть I) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2010. – № 1. – С. 3-12.

15. Решетников, А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть II) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2010. – № 2. – С. 3-15.

16. Решетников, А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1. – С. 3-14.

17. Решетников, А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть IV) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 2. – С. 3-10.

18. Население [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/naselenie-i-migratsiya/naselenie/>. – Дата доступа: 05.01.2024

19. Кокрен, У. Методы выборочного исследования / У. Кокрен. – М.: Статистика, 1976. – 440 с., с. 90.

20. Социология : учеб. пособ. для студ. вузов / Е. М. Бабосов [и др.]; под общ. ред. А. Н. Елсукова. – 5-е изд. – Минск : Тетра-Системс, 2004. – 544 с., с. 463.

21. Паниотто, В. И. Качество социологической информации / В. И. Паниотто. – Киев : Наукова Думка, 1986. – 207 с, с. 82.

## **ГЛАВА 2.**

### **САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА 60 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

#### **2.1 Самооценка здоровья как социологическая категория и категория общественного здоровья**

Методы исследования здоровья населения, применяемые в общественном здоровье и здравоохранении, в большинстве сводятся к анализу статистических показателей. Показатели, в свою очередь, komponуются из данных, представленных случаями некоего явления, как-то: случаи смерти, рождения, заболеваний, временной утраты трудоспособности, госпитализаций и прочее, – в расчёте на некую численность населения, как правило, среднегодовую для региона, в котором происходит анализ. С методологической точки зрения, такие показатели можно считать «объективными»: каждое событие фиксируется статистически, присутствует объективно (не сам пациент, но медицинский работник, посредством объективных клинико-лабораторных методов, устанавливает наличие заболевания), а рассчитываемые показатели дают возможность изучить явление в динамике и сопоставить его в разных регионах.

Вместе с тем, в современных условиях такой «объективный» подход не позволяет нам в полной мере получить представление о здоровье населения и разработать комплекс мер, направленных на его укрепление. Тому видится как минимум две причины.

Во-первых, объективность показателей напрямую зависит от качества (полноты и охвата) фиксации явления при первичном статистическом учёте, и нередко на пути между возникновением явления и его фиксацией возникают барьеры: финансовые, территориальные, культурные, и иные; эти барьеры не позволяют населению вовремя обратиться за

медицинской помощью и таким образом быть включенным в систему статистического учёта в отрасли здравоохранения.

Во-вторых, полнота представления о здоровье населения может быть достаточной только в случае учёта социального компонента, изначально субъективного по своей сути, поскольку он связан с оценкой самим респондентом своего здоровья, удовлетворённостью им, связанного со здоровьем качества жизни, собственного функционирования в связи с проблемами, обусловленными нарушением здоровья, и так далее. Данная позиция поддерживается Всемирной организацией здравоохранения: анализ связанного со здоровьем качества жизни, построенный на данных субъективной оценки респондентом, стандартизован в опросниках ВОЗ и включен в процедуры оценки социальной эффективности медицинских технологий.

«Субъективные» оценки – предмет, непосредственно связанный с социологическими подходами, а в исследованиях здоровья – медико-социологическими методиками. Эти методики, в отличие от «объективных» показателей общественного здоровья, дают возможность исследовать факторы, связанные с личностью, выбором тех или иных мотивов, паттернами поведения. При этом характерно, что социологические показатели характеризуют косвенным образом здоровье и тех респондентов, которые не обращаются за медицинской помощью, хотя имеют отклонения в здоровье, если они охвачены социологическим исследованием.

На основе «субъективных» оценок в социологии медицины также строятся показатели, позволяющие посредством обобщенных личностных оценок охарактеризовать группу (население). Методологически они представляют собой либо средние величины, полученные на основе обобщения индивидуальных субъективных оценок (самооценок), либо доли, отражающие структуру изучаемого явления.

Одним из таких показателей, полученных по пути от субъективных оценок, данных личностью, к обобщенным,

полученным посредством методов математического анализа цифрам, является показатель самооценки здоровья.

Самооценка здоровья (СОЗ) – интегральный показатель, который отражает комплексные субъективные ощущения человека относительно своего здоровья. СОЗ является компонентом отношения человека к здоровью, который косвенно отражает персональную мотивацию на здоровьесбережение в условиях действующих социальных детерминант [1].

СОЗ широко применяется в эпидемиологических исследованиях как мера оценки состояния здоровья населения, и играет все более важную роль в клинических испытаниях и скрининговых исследованиях, поскольку уже более 10 лет назад обнаружена и подтверждается довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья (до 80%) на индивидуальном (отдельного пациента) уровне [2; 3]. Оценка состояния здоровья по СОЗ, выполненная в странах Восточной и Западной Европы, выявила сопоставимость значений и динамики СОЗ с показателями смертности населения [4]. Основываясь на данных социолого-статистических исследований, польские исследователи статистически обосновали, что самооценка здоровья является независимым предиктором преждевременной смертности населения [5]. Доказано, что СОЗ связана с поведенческими факторами риска, медицинской активностью с профилактической целью, и может отражать заинтересованность населения в профилактических мероприятиях; также установлена ассоциация СОЗ с распространённостью факторов риска наиболее значимых с эпидемиологической точки зрения групп заболеваний – болезней системы кровообращения [6].

Благодаря информативности показателя СОЗ, большинство исследований по проблемам здоровья включают вопросы по самооценке в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья населения [7]. Показатели СОЗ и информированности, в совокупности с другими показателями, позволяют прогнозировать поведение людей в случае формирования групп риска [8]. Ряд авторов

утверждают, что в условиях дефицита ресурсов СОЗ может быть полезна в качестве скринингового показателя в программах профилактики [9].

Несмотря на отмечаемую авторами гетерогенность [10] и изначально заложенную в основе субъективность показателя СОЗ, он был рекомендован для использования экспертами ВОЗ еще в 1996 году [11]. В первых рекомендациях ВОЗ (1996 года) предлагалось использовать следующий инструментарий для измерения СОЗ: «Аспект анкеты «Воспринимаемое здоровье». Вопрос: «Каково Ваше здоровье в общем?». Варианты ответа: «Очень хорошее, Хорошее, Удовлетворительное, Плохое, Очень плохое» [11].

Методы измерения СОЗ, предлагаемые ВОЗ, проходят стандартизацию и могут быть рекомендованы в качестве методов выбора. Вместе с тем, и эти методы варьируют. Во-первых, в связи с их совершенствованием экспертами ВОЗ (с течением времени). Во вторых, эти подходы при применении в крупных многоцентровых исследованиях, проводимых иными организациями и научными группами, также претерпевали изменения. Например, Евростат дополняет пять вышеозвученных вариантов ответа опциями «Не знаю» и «Без ответа» [12].

Самооценка здоровья рассматривается как обязательный компонент оценки связанного со здоровьем качества жизни (СЗКЖ, health-related quality of life – HRQOL). Инструменты изучения СЗКЖ различны, соответственно, вопросы, позволяющие получить информацию о самооценке здоровья, также отличаются. Наиболее широко распространёнными инструментами изучения и оценки качества жизни, рекомендованными ВОЗ, являются опросники SF-36 и WHQOL (WHQOL-BREF).

SF-36 состоит из 11 разделов, результаты оценок по которым представляются в баллах по 8 шкалам [13]: физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, общее состояние здоровья (оценка пациентом), жизнеспособность, социальное функционирование,

эмоциональное состояние, самооценка психического здоровья. Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1-4 шкалы) и психический компонент (5-8 шкалы). SF-36 для анализа самооценки здоровья предлагает шесть вопросов, основанных на 5-балльной шкале: «В целом, как бы Вы могли охарактеризовать Ваше здоровье: 1 - отличное, 2 – очень хорошее, 3 – хорошее, 4 – плохое, 5 – очень плохое»; «В сравнении с состоянием Вашего здоровья год назад, Ваше здоровье сейчас: 1 – значительно лучше, 2 – немного лучше, 3 – примерно такое же, 4 – немного хуже, 5 – значительно хуже, чем год назад»; четыре вопроса объединены в форме таблицы с одинаковыми вариантами ответа.

WHOQOL-BREF [14; 15; 16] или сокращенный опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-26) [17] является краткой версией состоящего из 100 вопросов опросника WHOQOL-100. Краткий опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов, которые оценивают физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. ВОЗКЖ-26 удобен своей, с одной стороны, краткостью, с другой – позволяет комплексно оценить качество жизни в 6 сферах: физическая, психологическая, независимость, социальная активность, окружающая среда и духовность. Состав профилей универсален, емок и не нуждается в адаптации для целевой возрастной группы. Кроме того, качество жизни можно оценить и интегрально.

WHOQOL-100 для самооценки здоровья предлагает следующие два вопроса: «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем? 1 – совершенно неудовлетворён; 2 – неудовлетворён, 3 – ни удовлетворён, ни неудовлетворён, 4 – удовлетворён, 5 – абсолютно удовлетворён», «Какое у Вас здоровье? 1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – ни плохое, ни хорошее, 4 – хорошее, 5 – очень хорошее». WHOQOL-BREF (ВОЗКЖ-26) содержит только первый из двух представленных выше вопросов. Сопоставимость результатов при оценке СОЗ WHOQOL-BREF (ВОЗКЖ-26) и посредством иных методик очевидно не может быть абсолютной. Вместе с тем, известно, что разные группы респондентов по разному оценивают и воспринимают СОЗ, в

силу социально-психологических особенностей, при этом универсальной (обобщающей) является трёхбалльная шкала. Так, при наличии ответа «Ни то, ни другое» (ВОЗКЖ-26) респонденты, ответившие «Удовлетворён» или «Очень удовлетворён» на вопрос о самооценке удовлетворённости состоянием собственного здоровья, очевидно, не могут одновременно оценивать свое здоровье как «плохое», а респонденты, ответившие «Не удовлетворён» или «Очень неудовлетворён», не могут оценивать его как «хорошее».

Изучение оригинальных (авторских) подходов к измерению СОЗ показывает превалирование трёхбалльных шкал. Формулировка вопросов при этом может быть не идентичной, поскольку строится в зависимости от восприятия целевой группой опрашиваемых, однако суть остаётся той же: так, в изучении вклада СОЗ в смертность от всех причин и от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди москвичей 55 лет и старше, Шальнова С. А., Имаева А. Э., Капустина А. В., Муромцева Г. А., Баланова Ю. А., Школьников В. М. предлагали респондентам оценить своё здоровье с выбором вариантов «хорошее, удовлетворительное, плохое» [9]. Такая же шкала применялась коллективом авторов МГУ им. М. В. Ломоносова под руководством профессора А. И. Антонова при изучении субъективной оценки здоровья состоящими в браке городскими жителями [18]. Коллектив авторов ФНИСЦ РАН под руководством профессора И. В. Журавлевой при изучении здоровья подростков варианты ответа формулировал как «хорошее, нормальное, плохое») [19]. Трёхбалльная шкала в изучении самооценки здоровья российских школьников встречается и в других публикациях [20]. Варианты ответа «здоровье хорошее, здоровье удовлетворительное, здоровье неудовлетворительное» применялись в работе О. В. Ходаковой, Н. В. Кошевой в Читинской государственной медицинской академии [21].

Следует отметить, что не всегда вербальная формулировка ответов является достаточно чётко понимаемой респондентами. Для того, чтобы повысить объективность данных, в некоторых

методиках применяются цифровые и (или) визуальные шкалы. Например, вопрос может быть сформулирован следующим образом: «Оцените, пожалуйста, состояние Вашего здоровья, по 10-балльной шкале (от позиции 10: «отличное», до позиции 1: «очень плохое», где 5 – средний уровень): 1..2..3..4..5..6..7..8..9..10». В последующем, 10-балльная шкала может быть переведена в 5-балльную, путём объединения позиций: 1+2, 3+4, 5+6, 7+8, 9+10, соответственно, и даже в наиболее простую для анализа – 3-балльную, путём объединения позиций: 1+2+3+4 («плохое»), 5+6+7 («удовлетворительное»), 8+9+10 («хорошее»). Например, к группе также распространённых общих опросников СЗКЖ можно отнести опросник EQ-5D (EuroQoL – группа опросников) — анкету, состоящую из пяти блоков вопросов о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека [22], отличающуюся тем, что наряду с аналоговыми, респонденту предлагаются также и визуальные шкалы.

Опросник EQ-5D используется для измерения состояния здоровья пациентов, предоставления доказательств эффективности затрат и опросов популяции с целью изучения здоровья населения. Основными преимуществами использования EQ-5D, в отличие от других общих опросников качества жизни, является то, что итоговые данные представляют собой единую балльную оценку здоровья респондента, и опросник универсально используется как для расширенных опросов населения, так и для специфических групп. Разработано несколько модификаций инструментария, некоторые в настоящее время находятся в разработке и совершенствуются. Существуют и адаптированные русскоязычные версии. Так, Международный Центр экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ, Санкт-Петербург, в фокус-группах провел тестирование различных инструментов оценки качества жизни с использованием опросника EQ-5D. По результатам тестирования стало ясно, что в официальной русской версии EQ-5D-3L есть лингвистические и логические несоответствия. Посредством дальнейших консультаций с двумя сертифицированными англо-

русскими переводчиками и представителями EuroQoL группы, Центр внес изменения в формулировки русскоязычной версии анкеты, сделав их максимально близкими к лингвистическому варианту официального инструмента EQ-5D-3L. Центр первым в России адаптировал анкету EQ-5D-3L с учетом национальных особенностей языка и получил одобрение на разработанный вариант русской версии опросника от EuroQoL группы [23]. Таким образом, данный инструментарий можно также считать стандартизированным. Вместе с тем, использование данного инструментария требует регистрации на портале EuroQoL, что ограничивает его повсеместное распространение в качестве метода выбора.

Таким образом, мы становимся свидетелями трансформационных процессов, происходящих в понимании сути здоровья населения и методологии его изучения и анализа на популяционном и территориальном уровне. Постепенно «объективные» статистические показатели здоровья дополняются «субъективными», основанными на самооценке респондентом, изучаемыми социологическими методами, позволяющими оценить социальный компонент здоровья населения и охватить категории лиц, не обращающихся за медицинской помощью, вследствие чего «выпадающих» из отраслевой статистики.

Показатели связанного со здоровьем качества жизни, являясь социологическим конструктом, уже прочно вошли в обиход терминов и инструментов (как интегральный показатель, так и отдельные шкалы) общественного здоровья и здравоохранения и клинической медицины. Показатели самооценки здоровья пока не имеет столь широкого применения как самостоятельные данные, однако могут по праву считаться перспективными для изучения здоровья населения в когортных и иного рода сплошных исследованиях.

Анализ методик исследования и измерения самооценки здоровья показывает их некоторую гетерогенность даже в стандартизованных инструментариях, рекомендованных ВОЗ. Оригинальные методики также различны. Вместе с тем,

отмечается возможность сведения всех этих инструментов к трехбальной шкале, и их сопоставимость в ее рамках.

Ввиду простоты измерения, возможности охвата населения за пределами системы здравоохранения, показатель самооценки здоровья может быть рекомендован к включению в исследования на уровне государственных статистических наблюдений, дополнять программы оценки эффективности различных технологий в здравоохранении.

## **2.2 Характеристика населения Гродненской области с точки зрения классификаций старости**

Анализ Конституции Республики Беларусь, Трудового Кодекса Республики Беларусь, закона Республики Беларусь «О здравоохранении» показал, что в данных документах не выделены критерии пожилого, престарелого возраста, а также старости. Выделяются понятия трудоспособного и пенсионного возраста [24; 25; 26].

Согласно Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030», пожилым считается возраст 65 лет и старше [27].

В соответствии с одной из социологических концепций – с концепцией жизненного цикла (ее также называют концепцией «третьего возраста») *Питера Лэслетта*, – жизненный путь индивида делится на периоды: детство, взрослость, «третий возраст» («молодые старики» – «the Young Old») и «четвёртый возраст» («старые старики» – «the Old Old») [28]. «Третий возраст» начинается с момента наступления границы трудоспособности (пенсионного возраста). Граница между последними двумя этапами проходит на рубеже 75 лет и связана со временем потери дееспособности. Для «молодых стариков» характерно относительно хорошее (для своего возраста) здоровье, более высокий уровень образования и благосостояния, энергичность и активность, в отличие от представителей «четвёртого возраста», соответствующих традиционному образу стариков, требующих поддержки и

опеки [29]. Современные подходы к формированию активного долголетия, по сути, отвечают данной концепции.

Объективные классификации, дающие представление о том, какой возраст является той самой границей, когда человека можно считать старым, несколько расходятся.

Так, *Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)* в качестве границ пожилого возраста указывает интервал от 60 до 74 лет, за ним следует старческий возраст – 75-90 лет и этап «долголетия», дифференцирующийся на долгожителей (90-99 лет), столетних (100 лет и более) и супердолгожителей – 110 лет и старше [30]. Таким образом, граница – возраст 60 лет.

Согласно *шкале демографического старения Ж. Боже-Гарнье – Э. Россета*, границей наступления старости также оказывается 60-летний рубеж: население является «старым», если в его демографической структуре доля мужчин и женщин старше 60 лет составляет 12%, а доля лиц возраста 65 лет и старше превышает 7%. Если лиц возраста старше 60 лет в возрастной структуре населения от 12% до 14%, регистрируется начальный уровень демографического старения, от 14% до 16% – средний уровень, от 16 до 18% – высокий, свыше 18% – очень высокий уровень демографического старения, соответственно [31].

По *классификации ООН*, границей пожилого возраста является возраст 65 лет: в частности, население относится к демографически старому, если доля лиц старше 65 лет в повозрастной структуре населения превышает 7% (молодым считается население, в котором доля старших возрастов зафиксирована на уровне до 4%, зрелым – от 4 до 7%) [32]. Таким образом, границей старости обозначен возраст 65 лет.

*Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)* также придерживается 65-летней границы старости [33].

Относительно периодизации календарного возраста старости, геронтологи придерживаются классификации ВОЗ [34].

Существуют и иные классификации, применяемые в социальной работе с пожилыми гражданами. Например, согласно авторской классификации, представленной в словаре *Р. Баркера*,

выделяют три группы, классифицирующие престарелых людей на «молодые старые» (60-64 года); «средние старые» (65-74 года); «старые старые» (выше 74 лет) [35].

В силу таких разных позиций к классификации, динамики в определении возраста трудоспособности, *на наш взгляд, для белорусского общества рационально выделять демографическую группу 60-65 лет (без градации по полу)*, как потенциальную когорту сохранения трудоспособности – «около-пенсионный возраст, или молодые пожилые», где нижней границей пожилого возраста выступает позиция ВОЗ (60 лет).

Нами проанализированы доли представителей различных возрастных групп в структуре населения Гродненской области, соответственно, с позиций различных классификаций, рассмотренных выше (таблица 1).

Таблица 1. – Представители старшей возрастной группы в структуре населения Гродненской области на 01.11.2024 года с позиции различных подходов к определению старости<sup>1</sup>

Позиция, по которой выделен возраст границы старости	Граница старости	Представители старшей возрастной группы в структуре населения Гродненской области на 01.11.2024 г.	
		Человек	%
Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)	Пожилой возраст 60-74 года	181.977	18,3%
	Старческий возраст 75-90 лет	67.413	6,8%
	Долголетие старше 90 лет	3.762	0,37%

Составлено авторами на основе данных:

1. Демографическая и социальная статистика [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://dataportal.belstat.gov.by/Indicators/Search?code=1063066>. – Дата доступа: 15.11.2024.
2. Рынок труда. Занятость населения. [Электронный ресурс] // Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.by/ru/activity-ru>. – Дата доступа: 15.11.2024.

Позиция, по которой выделен возраст границы старости	Граница старости	Представители старшей возрастной группы в структуре населения Гродненской области на 01.11.2024 г.	
		Человек	%
Шкала демографического старения Ж. Боже-Гарнье – Э. Россета	60 лет и старше	251.347	25,47%
Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)	65 лет и старше	175.841	18,0%
Официально установленная граница пенсионного возраста в Республике Беларусь	Мужчины: 63 года и старше	92.561	9,0% (от всего населения Гродненской области) 20,0% (от общего количества мужчин в Гродненской области)
	Женщины: 58 лет и старше	181.927	18,0% (от всего населения Гродненской области) 34,0% (от общего количества женщин в Гродненской области)
«Около-пенсионный возраст, или молодые пожилые»	60-65 лет	82.223	8,0%
Социологическая концепция «четвертого возраста» Питера Лэслетта	«Четвёртый возраст» – «старые старики» старше 75 лет	69.370	7,0%

Анализ повозрастной структуры населения свидетельствует о том, что население Республики Беларусь относится к демографически старому типу, по всем из известных классификаций. Вместе с тем, в ближайшей стране – Российской Федерации, – доля граждан старше 65 лет в 2022 г. составляет 16,04%, а старше 60 лет – 23,13% [36], что сопоставимо с белорусскими данными.

Концепция национальной безопасности Республики Беларусь подразумевает надлежащее качество и уровень жизни населения, что является составной частью национальной безопасности и зафиксировано в самой концепции: «Национальные интересы – совокупность сбалансированных интересов личности, общества и государства, позволяющих обеспечивать конституционные права и свободы, высокое качество жизни граждан, согласие в обществе, незыблемые устои народовластия и правового государства, его независимость, территориальную целостность и суверенитет» [37].

То или иное субъективное восприятие человеком самого себя складывается из многих факторов. Если человек не изолирован, значимы те или иные социальные стереотипы, сложившиеся в данной культуре. Важен демографический состав населения: в демографически «молодом» и демографически «старом» обществе человек пожилого возраста воспринимает себя по-разному. Значимы социальные установки, сложившиеся в отношении понятия старости. Но не менее значимы и объективные подходы к определению возраста трудоспособности, пожилого и старческого возрастов.

Социальные установки по отношению к старости претерпевают изменения с возрастом людей, у которых они изучаются. Так, Антонов А. И., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. (2023) [38] отмечают, что средний субъективно воспринимаемый возраст наступления старости в Российской Федерации по данным ВЦИОМ (исследование 2018 года) равен 63 годам, кроме этого, происходит устойчивое увеличение средних значений возраста у старших возрастных групп – с 58 до 69 лет (респондентам предлагалось выбрать один ответ

на шкале) [39]. Эти границы различны у населения разных стран, причём для Российской Федерации они сравнительно низкие. Эти же авторы приводят данные глобального исследования Ipsos – 2018, согласно которым в России старость приходит в 61 год, в то время как в мире данный жизненный этап начинается на 5 лет позже, в частности в Испании – в 74 года, а в Чили и Колумбии в 71 год [38].

Нам не удалось обнаружить опубликованных результатов исследований стереотипов отношения к старости в белорусском обществе. В культуре российского общества – наиболее близкой белорусам ментально, – стереотип старости имеет скорее негативную окраску, чем позитивную [38]. Можно предположить, что негативные стереотипы в целом широко распространены в различных культурах. Так, даже автор концепции «третьего возраста» английский историк Питер Лэслетт, после того, как данная концепция вошла в широкое употребление (1970-80-е годы), уже спустя десять лет писал о том, что «во многих европейских странах отказываются от принятых ранее названий «университет третьего возраста» и переименовывают их в «университет для всех возрастов»» [40], поясняя это тем, что концепция, призванная показать потенциал «молодых пенсионеров», оказалась недостаточно востребованной в западноевропейском обществе, где устойчивы негативные стереотипы молодых по отношению к пожилым, и в силу данных стереотипов общество не способно до конца осмыслить идею, заложенную в концепции [41].

Качественное восприятие себя, или социальное самочувствие, – зависит от многих факторов. Риск стигматизации возрастает в случае, если социальная группа, к которой принадлежит человек, составляет меньшую часть населения, если человек отличается от иных членов общества. Следовательно, демографически старое население изначально становится более психологически комфортным для пожилых. Стигматизация человека также более вероятна, если само общество выделяет его в отдельную группу – как происходит при разделении населения по возрасту в тех или иных

классификациях. Применительно к пожилому возрасту важна граница трудоспособности. Поэтому, как это ни парадоксально, но увеличение границ трудоспособного возраста способствует более благоприятному социальному отношению к пожилым в обществе. И, наконец, основной вклад в самовосприятие человека вносят отдельные компоненты качества жизни. А уровень воспринимаемого человеком качества жизни и есть, по сути, отражение социального самовосприятия.

### **2.3 Удовлетворённость здоровьем, качество жизни и объективные показатели здоровья населения 60+**

Нами проанализированы материалы базы данных [42], представляющей выборку лиц возраста 60+, репрезентативную Гродненской области с учётом пола, проживания (город-село) и возраста (1270 человек). Сбор данных осуществлялся сплошным методом в период с 06.06.2022 года по 27.11.2023 года в организациях здравоохранения города Гродно и Гродненской области, критерий исключения – отказ респондента либо невозможность участия в опросе по состоянию здоровья.

В медико-социологическом анализе здоровья населения особое внимание уделяется связанному со здоровьем качеству жизни, для измерения которого разработано большое количество инструментов, в том числе унифицированных ВОЗ. Для цели исследования выбран WHOQOL-BREF (краткий опросник качества жизни ВОЗКЖ-26) [43; 44].

WHOQOL-BREF (ВОЗКЖ-26) для самооценки здоровья предлагает вопрос: «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем? 1 – совершенно неудовлетворён; 2 – неудовлетворён, 3 – ни удовлетворён, ни неудовлетворён, 4 – удовлетворён, 5 – абсолютно удовлетворён». Для самооценки качества жизни инструментарий содержит вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни», с вариантами ответа «1 – очень плохо; 2 – плохо, 3 – ни хорошо, ни плохо, 4 – хорошо, 5 – очень хорошо».

В Республике Беларусь исследования связанного со здоровьем качества жизни проводились в рамках отдельных

исследовательских работ [45; 46; 47], не позволяющих представить данные о том, каковы значения показателей качества жизни лиц 60 лет и старше (интегральный показатель и его составляющие), выявить резерв возможного повышения, в полной мере реализовать имеющийся потенциал роста связанного со здоровьем качества жизни изучаемой возрастной категории. По данным официальной статистики Министерства здравоохранения [48; 49; 50; 51; 52] и данных государственной демографической статистики [53; 54; 55] выполнен медико-статистический сопоставительный анализ связи рассмотренных субъективных социологических показателей с объективными показателями здоровья населения возраста 60 лет и старше по Гродненской области Республики Беларусь.

Для статистической обработки применены методы расчёта критерия  $\chi^2$  (сравнение групп по экстенсивным показателям), коэффициента корреляции тау-Кендалла  $\tau$  (с оценкой по шкале Чеддока). Анализ влияния возраста на самооценку качества жизни и удовлетворённости здоровьем выполнен посредством проверки гипотезы сдвига против альтернатив упорядоченности, для чего применен расчёт критерия Джонкхир – Терпстры  $z$ , основанного на попарных статистиках Уилкоксона-Манна-Уитни.

Ретроспективный анализ официальных статистических данных открытого доступа, представленных в интервале по 2019 год включительно (период ограничен наличием статистических данных свободного доступа), выявил поступательный рост универсального показателя здоровья населения – *средней продолжительности предстоящей жизни*.

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65+ составила в Республике Беларусь в 2010 году 14,7 лет, в 2019 – 16,1 лет. Выявляются выраженные гендерные различия: так, для женщин значения показателя превышали таковые для мужчин в 2010 году на 5 лет (16,7 и 11,7 лет соответственно), причём к 2019 году разрыв несколько увеличился и составил уже 5,3 года (18,2 и 12,9 лет, соответственно).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Беларуси возросла за период с 2010 года по 2019 год на 4 года (до 74,5 лет). Рост показателя произошел как у женщин

(с 76,5 лет до 79,3 лет), так и мужчин (с 64,6 лет до 69,2), гендерный разрыв сохранился.

В Гродненской области ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2019 году составляла 74,3 года, у женщин 79,1 лет, у мужчин 69,2 лет. У городского населения данный показатель превышал таковой для населения, проживающего в селе: 75,7 лет и 70,4 лет, соответственно. При этом Гродненская область демонстрировала значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, находящиеся на близком к среднереспубликанскому уровню, в сравнении с иными регионами.

Группой самого низкого значения показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Гродненской области являлись мужчины, проживающие в селе: 65,7 лет. Аналогичные тенденции выявлены во всех регионах страны.

В группе лиц возраста 60 лет и старше в Гродненской области в период с 2019 по 2023 год включительно **ведущей причиной смертности** (со значительным отрывом от иных причин) являлись болезни сердечно-сосудистой системы. Их максимальный удельный вес в структуре причин смертности составлял 77,5% в группе лиц 75-79 лет в 2021 году, минимальный – 49,7% в группе лиц 60-64 года в 2019 году.

На втором месте среди причин смертности населения возраста 60+ представлены новообразования. Максимальный удельный вес новообразований в структуре причин смертности составлял 26,6% в группе лиц 60-64 года в 2019 году. Доля умерших от иных причин (а именно: болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, внешние причины и «прочие») суммарно близка к удельному весу умерших от онкологических заболеваний.

В возрасте 75 лет и старше возрастает доля смертей от причины «прочие», что изменяет структуру причин смертности: второе место разделяют новообразования и «прочие» причины смерти.

Под влиянием пандемии коронавирусной инфекции структура лидеров причин смертности в рассмотренных возрастных группах значимо не изменялась.

Среди всех умерших от новообразований лиц возраста 60+, проживающих в Гродненской области в период с 2019 по 2023 годы, лидирует возрастная группа 60-64 года (составив максимум, а именно каждый пятый умерший от новообразований житель области, в 2021 году). Среди умерших от болезней сердечно-сосудистой системы лиц возраста 60+ максимальный вклад вносит группа лиц возраста 80 лет и старше, составив максимум в 2029 году (44,7% от всех умерших от болезней сердечно-сосудистой системы жителей области).

Анализ *удовлетворённости состоянием своего здоровья* жителей Гродненской области возраста 60 лет и старше показал, что большинство респондентов (39.45%, 95% ДИ=35.98; 43.03%) выбрали вариант «3» пятибалльной шкалы. Доли «не удовлетворённых» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворённых» (варианты 4, 5 в сумме) составили 27.64% и 32.91% соответственно и различались статистически значимо ( $\chi^2=4.48$ ,  $p=0.0342$ ). Выделяются три чётких ранговых места в структуре ответов, которые соответствуют следующим баллам оценки удовлетворённости собственным здоровьем по пятибалльной шкале: первое место – ответ «3 балла», второе – 4 или 5, третье – 1 или 2 балла.

Гендерные различия, различия по проживанию оказались статистически не значимыми. Состоящие в браке значимо реже выбирают вариант ответа «Очень неудовлетворён» и значимо чаще – «Удовлетворён», по остальным вариантам ответа различия не подтверждаются статистически. Наличие детей оказалось значимым для выбора полярных вариантов ответов: те респонденты, у кого детей нет, несколько чаще выбирали вариант ответа «Очень неудовлетворён» ( $\chi^2=3.47$ ,  $p=0.0626$ ) и значимо реже – вариант «Очень удовлетворён» ( $\chi^2=13.06$ ,  $p=0.0003$ ).

Для того, чтобы попытаться охарактеризовать социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «очень неудовлетворен», «не удовлетворен», удовлетворенностью состоянием своего здоровья (первая группа), с одной стороны, и отмечающих «Ни то, ни другое», «Удовлетворен» или «Очень удовлетворен» удовлетворенностью состоянием своего здоровья

(вторая группа), с другой, все респонденты были разделены на две соответствующие группы. Оказалось, что респонденты незначимо чаще (52,44%) оценивают свое качество жизни на позиции ниже среднего и средние (1-3 балла), чем как «хорошее» и «очень хорошее» (4-5 баллов). В то же время, преобладание не является статистически значимым (таблица 2).

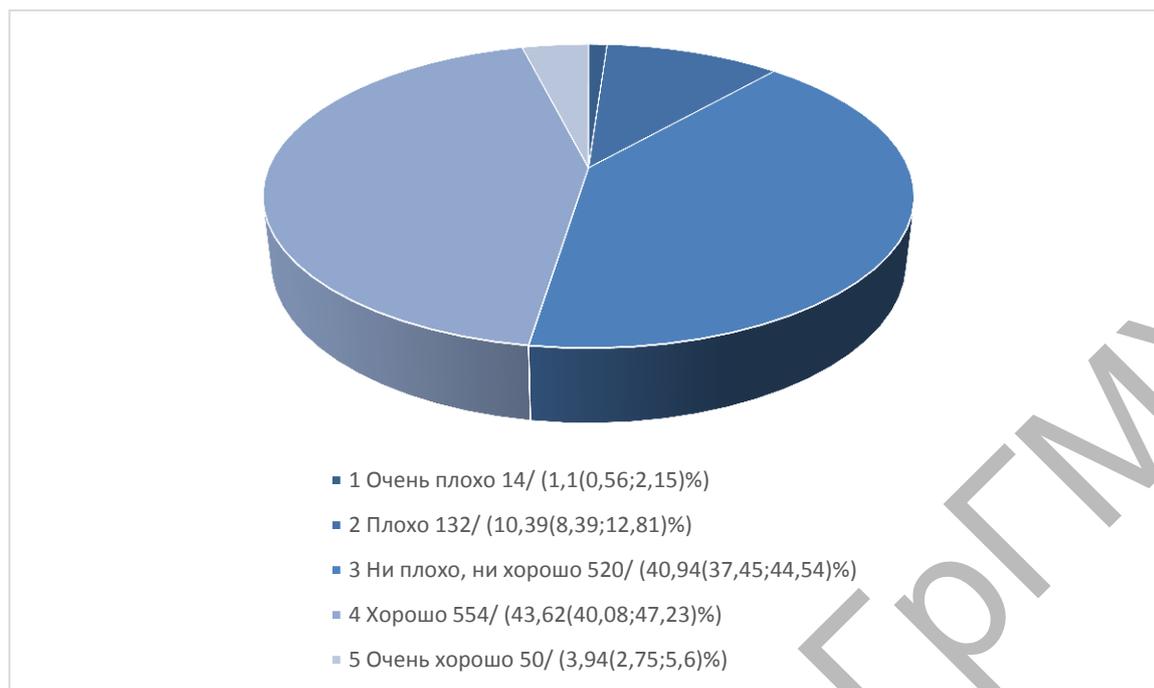
Таблица 2 – Социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «Удовлетворен» и «Очень удовлетворен» удовлетворенностью состоянием своего здоровья (группа 1), с одной стороны, и отмечающих «Ни то, ни другое», «Не удовлетворен» или «Очень не удовлетворен» удовлетворенностью состоянием своего здоровья (группа 2), с другой

Социально-демографические характеристики		Удовлетворённость состоянием своего здоровья (чел. /95% ДИ)		Наличие различий (p<0,05) между группами 1 и 2
		Группа 1	Группа 2	
Пол	Муж	145/34.69 (30.28;39.37)%	315/36.97 (33.8;40.26)%	Нет
	Жен	273/65.31 (60.63;69.72)%	537/63.03 (59.74;66.2)%	Нет
Проживание	Город	273/65.31 (60.63;69.72)%	573/67.25 (64.03;70.32)%	Нет
	Село	145/34.69 (30.28;39.37)%	279/32.75 (29.68;35.97)%	Нет
Наличие работы	Работает	187/44.74 (40.04;49.53)%	235/27.58 (24.69;30.68)%	$\chi^2=17,92$ , p=0,0000
	Не работает	231/55.26 (50.47;59.96)%	617/72.42 (69.32;75.31)%	$\chi^2=7,70$ , p=0,0055
Состояние в браке	Состоят	319/76.32 (72.01;80.14)%	601/70.54 (67.39;73.5)%	Нет
	Не состоят	99/23.68 (19.86;27.99)%	251/29.46 (26.5;32.61)%	Нет
Наличие детей	Есть дети	379/90.67 (87.5;93.1)%	754/88.5 (86.18;90.47)%	Нет
	Нет детей	39/9.33 (6.9;12.5)%	98/11.5 (9.53;13.82)%	Нет

Социально-демографические характеристики		Удовлетворённость состоянием своего здоровья (чел. /95% ДИ)		Наличие различий (p<0,05) между группами 1 и 2
		Группа 1	Группа 2	
Проживание с детьми	Проживают с детьми	76/18.18 (14.78;22.16)%	152/17.84 (15.42;20.55)%	Нет
	Не проживают с детьми	342/81.82 (77.84;85.22)%	700/82.16 (79.45;84.58)%	Нет
Получение пенсии	Не получают пенсию	58/13.88 (10.31;18.41)%	82/9.62 (7.47;12.32)%	$\chi^2=4,09$ , p=0,00432
	Получают пенсию по возрасту	345/82.54 (77.66;86.53)%	679/79.69 (76.2;82.79)%	Нет
	Получают пенсию по инвалидности	15/3.59 (1.96;6.47)%	91/10.68 (8.41;13.48)%	$\chi^2=15,97$ , p=0,0001
Всего		418	852	1270

У «удовлетворённых здоровьем» (группа 1) респондентов доля работающих и не получающих пенсию значительно выше, чем в группе «неудовлетворённых», где в свою очередь значительно выше доля получающих пенсию по инвалидности. Очевидно, что наличие инвалидности является следствием нарушения состояния здоровья, а наличие работы и отсутствие пенсии по возрасту свидетельствуют о более молодом возрасте респондента, что объективно способствует более высокой удовлетворённости состоянием своего здоровья. Иные социально-демографические факторы не демонстрировали значимого влияния.

На вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» ответы распределились следующим образом (рисунок 1).



**Рисунок 1. – Самооценка качества жизни лицами возраста 60 лет и старше, проживающими в Гродненской области (N=1270 чел.)**

Анализ данного показателя в зависимости от пола выявил, что большинство мужчин (218 человек, 47,39%) выбрали ответ «ни плохо, ни хорошо», в отличие от женщин, которые в большинстве (397 человек, 49,01%) выбрали ответ «хорошо». На втором месте был выбран у мужчин (157 человек, 34,13%) ответ «хорошо», у женщин (302 человека, 37,28%) был выбран ответ «ни плохо, ни хорошо».

Для того, чтобы попытаться охарактеризовать социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни (первая группа), с одной стороны, и отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни (вторая группа), с другой, все респонденты были разделены на две соответствующие группы.

Количественно выявлено некоторое преобладание второй группы (666 человек, 52,44%) над первой (604 человека, 47,56%), однако 95% ДИ групп пересекаются (49.69; 55.18% и 44.82;50.31%, соответственно), следовательно, преобладание не является статистически значимым (таблица 3).

Таблица 3 – Социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни (группа 1), с одной стороны, и отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни (группа 2), с другой

Социально-демографические характеристики		Качество жизни (чел. /95% ДИ)		Наличие различий (p<0,05) между группами 1 и 2
		Группа 1	Группа 2	
Пол	Муж	180/29,8 (26,29;33,57)%	280/42,04 (38,35;45,83)%	В группе 1 доля мужчин ниже, доля женщин выше. По полу группы статистически значимо различаются ( $\chi_2=20,54$ ; p<0,00001)
	Жен	424/70,2 (66,43;73,71)%	386/57,96 (54,17;61,65)%	
Проживание	Город	441/73,01 (69,34;76,4)%	405/60,81 (57,05;64,45)%	В группе 1 преобладают жители города. По проживанию группы статистически значимо различаются ( $\chi_2=21,21$ ; p<0,00001)
	Село	163/26,99 (23,6;30,66)%	261/39,19 (35,55;42,95)%	
Наличие работы	Работает	251/41,56 (37,69;45,53)%	171/25,68 (22,5;29,13)%	В группе 1 значительно преобладают работающие ( $\chi_2=36,00$ ; p<0,00001)
	Не работает	353/58,44 (54,47;62,31)%	495/74,32 (70,87;77,5)%	
Состояние в браке	Состоят	482/79,8 (76,42;82,81)%	171/25,68 (22,5;29,13)%	В группе 1 резко доминируют респонденты, состоящие в браке ( $\chi_2=371,47$ ; p<0,00001).
	Не состоят	122/ 20,2(17,19;23,58)%	495/74,32 (70,87;77,5)%	

Социально-демографические характеристики		Качество жизни (чел./95% ДИ)		Наличие различий ( $p < 0,05$ ) между группами 1 и 2
		Группа 1	Группа 2	
Наличие детей	Есть дети	554/ 91,72(89,25;93,66)%	579/86,94 (84,16;89,29)%	В обеих группах преобладают респонденты, имеющие детей. Однако различия между группами также присутствуют: преобладание респондентов с детьми более выражено в группе 1 ( $\chi_2=7,57$ ; $p=0,0061$ )
	Нет детей	50/ 8,28(6,34;10,75)%	87/13,06 (10,71;15,84)%	
Проживание с детьми	Проживают с детьми	96/ 15,89(13,2;19,02)%	132/19,82 (16,97;23,02)%	В обеих группах преобладают респонденты, проживающие отдельно от детей. Преобладание респондентов, проживающих отдельно, более выражено в группе 1, но не является статистически значимым ( $\chi_2=3,31$ ; $p=0,0687$ )
	Не проживают с детьми	508/ 84,11(80,98;86,8)%	534/80,18 (76,98;83,03)%	
Получение пенсии	Не получают пенсию	66/ 10,93(8,25;14,34)%	74/11,11 (8,52;14,36)%	-
	Получают пенсию по возрасту	511/ 84,6(80,76;87,79)%	513/77,03 (72,9;80,69)%	Тенденция преобладания в группе 1 лиц, получающих пенсию по возрасту, статистически не значима ( $\chi_2=1,25$ ; $p=0,2643$ )

Социально-демографические характеристики	Качество жизни (чел. /95% ДИ)		Наличие различий (p<0,05) между группами 1 и 2
	Группа 1	Группа 2	
Получают пенсию по инвалидности	27/4,47 (2,85;6,95)%	79/11,86 (9,18;15,19)%	В группе 1 доля респондентов, получающих пенсию по инвалидности, ниже ( $\chi^2=19,22$ ; p p<0,00001)
Всего	604/100 (44,82;50,31)%	666/100 (49,69;55,18)%	

Таким образом, в группе респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, преобладают женщины ( $\chi^2=20,54$ ; p<0,00001), проживающие в городе ( $\chi^2=21,21$ ; p<0,00001), имеющие детей ( $\chi^2=7,57$ ; p=0,0061), и резко доминируют респонденты, состоящие в браке ( $\chi^2=371,47$ ; p<0,00001). Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым ( $\chi^2=3,31$ ; p=0,0687) при сравнении с группой респондентов, отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни. Наличие либо отсутствие пенсии по возрасту не является значимым фактором, в то время как получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни ( $\chi^2=19,22$ ; p<0,00001).

Между уровнем самооценки качества жизни и уровнем удовлетворённости состоянием своего здоровья выявлена умеренная статистически значимая положительная корреляционная связь ( $\tau=0.461$ , 95% ДИ=0.421-0.502, p<0,00001). Рост удовлетворённости состоянием здоровья сопровождается ростом самооценки качества жизни как у мужчин ( $\tau=0.494$  (95% ДИ:0.427-0.562), p<0,00001), так и у женщин ( $\tau=0.454$  (95% ДИ:0.403-0.505), p<0,00001), при отсутствии значимых гендерных различий. Умеренная положительная корреляция подтверждается и в группе

городских жителей ( $\tau=0.462$  (95% ДИ:0.413-0.512),  $p<0,00001$ ) и в группе жителей села ( $\tau=0.469$  (95% ДИ: 0.397-0.541),  $p<0,00001$ ).

С увеличением возраста происходит статистически значимое снижение самооценки качества жизни:  $z=-3.0753$ ,  $p=0.0011$ .

С увеличением возраста удовлетворённость состоянием своего здоровья также снижается, причём выраженность снижения более значительная, чем в аналогичной связи для показателя самооценки качества жизни:  $z=-5.412$ ,  $p<0,00001$ .

Оценка четырёх доменов выполнялась по формулам  $R=(D/\max) \times 100\%$ , где  $R$  – значение показателя в процентах от максимально возможного,  $D$  – значение показателя по домену в баллах,  $\max$  – максимально возможная сумма баллов по домену. Рассчитанные значения показателей по доменам (в %) сопоставлялись со шкалой, предложенной к опроснику, согласно которой значения в пределах интервала от 0% до 20% оцениваются как низкий уровень, 21% – 40% – как пониженный уровень, 41% – 60% – как средний уровень, 61% – 80% – как повышенный, и 81% – 100% – как высокий уровень, соответственно.

Выявлено, что по домену 1 «Физическое и психологическое благополучие» значение показателя  $D1$  ( $M \pm \delta$ ) равно  $21.5 \pm 3.5$  в балла, 95% ДИ (для среднего арифметического)  $21.5 \pm 0.2$  балла, что соответствует  $R1$  (значение показателя в процентах от максимально возможного,  $M \pm \delta$ ) =  $61.52 \pm 9.99\%$  (95% ДИ =  $61.52 \pm 0.55$ ), или повышенному уровню (на границе со средним) (таблица 4).

Таблица 4. – Расчёт уровня качества жизни по доменам и его интегральный уровень в выборке в целом

Переменная	Объём исследования	Минимальное значение	Максимальное значение	$M \pm SD$	Доверительный интервал для среднего	Доверительный интервал для медианы	Me (Q1;Q3)
D1	1270	9	33	$21.5 \pm 3.5$	$21.5 \pm 0.2$	$22 \pm 0.3$	22(19;24)
D2	1270	10	30	$19.3 \pm 2.8$	$19.3 \pm 0.2$	$19 \pm 0.2$	19(18;21)
D3	1270	3	15	$9.8 \pm 2.2$	$9.8 \pm 0.1$	$10 \pm 0$	10(9;12)

Переменная	Объем исследования	Минимальное значение	Максимальное значение	M±SD	Доверительный интервал для среднего	Доверительный интервал для медианы	Me (Q1;Q3)
D4	1270	8	40	26.5±4.5	26.5±0.2	27±0.3	27(24;29)
R1,%	1270	25.71	94.29	61.52±9.99	61.52±0.55	62.86±0.71	62.9 (54.3;68.6)
R2,%	1270	33.33	100	64.23±9.44	64.23±0.52	63.33±0.83	63.3 (60;70)
R3,%	1270	20	100	65.64±14.77	65.64±0.81	66.67±0	66.7 (60;80)
R4,%	1270	20	100	66.2±11.2	66.2±0.6	67.5±0.6	67.5 (60;72.5)
Интегральный уровень качества жизни R	1270	27.5	95	64.26±9.44	64.26±0.52	65±0.62	65 (57.5;70.8)

Различий по полу выявлено не было: 95% ДИ (для среднего арифметического R1) у мужчин составил  $61.89 \pm 0.94\%$ , у женщин –  $61.31 \pm 0.68\%$  ( $p > 0,05$ ).

Вместе с тем, обнаружены различия по признаку проживания респондентов: 95% ДИ (для среднего арифметического R1) у жителей города составил  $62.05 \pm 0.64\%$ , у жителей села –  $60.47 \pm 1.04$  ( $U=162059.0$ ,  $p=0.005$ ,  $t=2.55$ ,  $p=0.011$ ,  $T=-2.72$ ,  $p=0.007$ ).

По домену 2 «Самовосприятие» значение показателя в баллах D2 ( $M \pm \delta$ ) составляет  $19.3 \pm 2.8$ , 95% ДИ (для среднего арифметического)  $19.3 \pm 0.2$  балла, что соответствует R2 (значение показателя в процентах от максимально возможного,  $M \pm \delta$ ) =  $64.23 \pm 9.44\%$  (95% ДИ =  $64.23 \pm 0.52$ ), или повышенному уровню.

Различий по полу выявлено не было: 95% ДИ (для среднего арифметического R2) у мужчин составил  $64 \pm 0.88\%$ , у женщин –  $64.35 \pm 0.64\%$  ( $p > 0,05$ ).

Вместе с тем, обнаружены различия по признаку проживания респондентов: 95% ДИ (для среднего арифметического R1) у жителей города составил  $64.89 \pm 0.59$ , у жителей села –  $62.91 \pm 1$  ( $t=3.33$ ,  $p=0.001$ ,  $T=-3.20$ ,  $p=0.001$ ,  $U=159218.5$ ,  $p=0.001$ ).

По домену 3 «Микросоциальная поддержка» значение показателя в баллах D3 ( $M \pm \delta$ ) составляет  $9.8 \pm 2.2$ , 95% ДИ (для среднего арифметического)  $9.8 \pm 0.1$  балла, что соответствует R3 (значение показателя в процентах от максимально возможного,  $M \pm \delta$ ) =  $65.64 \pm 14.77\%$  (95% ДИ =  $65.64 \pm 0.81$ ), или повышенному уровню.

Различий по полу выявлено не было: 95% ДИ (для среднего арифметического R3) у мужчин составил  $66.17 \pm 1.39\%$ , у женщин –  $65.34 \pm 1.0\%$  ( $p > 0,05$ ).

Также не обнаружено и различий по проживанию: 95% ДИ (для среднего арифметического R3) у жителей города составил  $66.03 \pm 0.98$ , у жителей села –  $64.87 \pm 1.46$  ( $p > 0,05$ ).

По домену 4 «Социальное благополучие» значение показателя в баллах D4 ( $M \pm \delta$ ) составляет  $26.5 \pm 4.5$ , 95% ДИ (для среднего арифметического)  $26.5 \pm 0.2$  балла, что соответствует R4 (значение показателя в процентах от максимально возможного,  $M \pm \delta$ ) =  $66.2 \pm 11.2\%$  (95% ДИ =  $66.2 \pm 0.6$ ), или повышенному уровню (таблица 3).

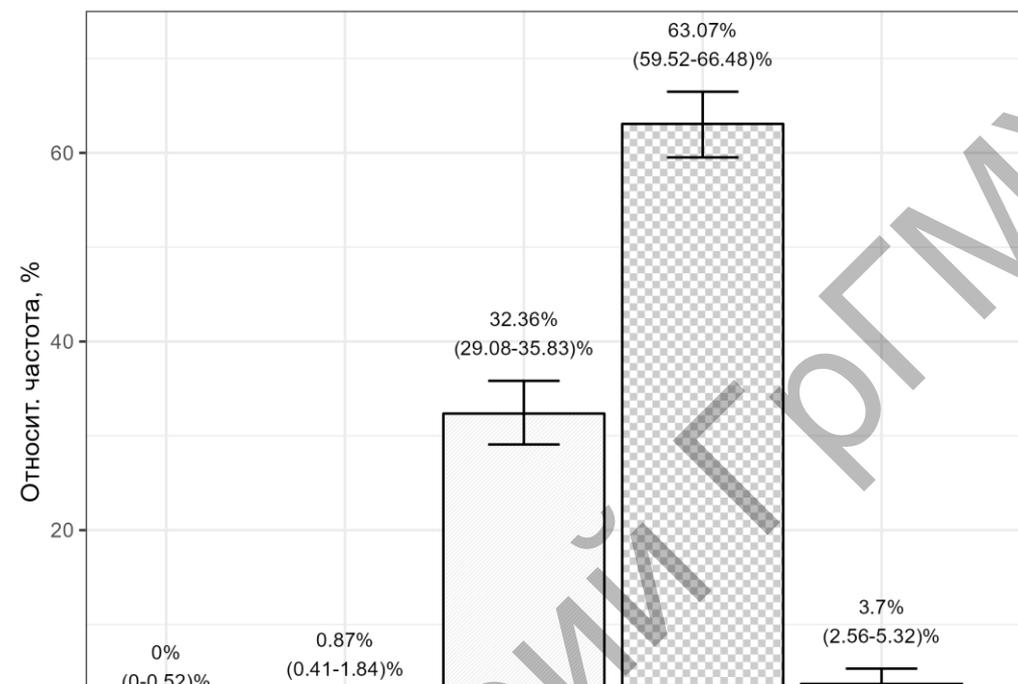
Различий по полу выявлено не было: 95% ДИ (для среднего арифметического R4) у мужчин составил  $66.5 \pm 1.1\%$ , у женщин –  $66 \pm 0.8\%$  ( $p > 0,05$ ).

Различия по проживанию оказались близкими к статистически значимым: 95% ДИ (для среднего арифметического R4) у жителей города составил  $66.6 \pm 0.7$ , у жителей села –  $65.3 \pm 1.1$  ( $t=1.92$ ,  $p=0.055$ ,  $T=-2.53$ ,  $p=0.012$ ,  $U=163737.5$ ,  $p=0.011$ ).

Интегральный уровень качества жизни составил  $64.26 \pm 0.52$  (95% ДИ для среднего арифметического), что соответствует повышенному уровню оценки. Различий по полу выявлено не было: 95% ДИ (для среднего арифметического R) у мужчин составил  $64.48 \pm 0.9\%$ , у женщин –  $64.13 \pm 0.63\%$  ( $p > 0,05$ ).

Установлены статистически значимые различия ( $\chi^2=1930.205$ ,  $p=0.000$ ) между группами респондентов, интегральный уровень качества жизни которых соответствует пониженному (0,87%, 95% ДИ 0,41-1,84), среднему (32,36%,

95% ДИ 29,08 – 35,83), повышенному (63,07%, 95% ДИ 59,52 – 66,48), высокому (3,7%, 95% ДИ 2,56 – 5,32), соответственно. Низкий уровень качества жизни не был выявлен (95% ДИ 0,00 – 0,52%) (рис. 2).



**Рисунок 2. – Интегральный уровень качества жизни: четыре группы респондентов**

Сравнение показателей R1–R4 проводилось с помощью непараметрического рангового критерия Фридмана с последующими попарными сравнениями по критерию знаков с поправкой Холма на р-значения. По критерию Фридмана выявлены статистически значимые различия:  $\chi^2=334,95$ ,  $df=3$ ,  $p=0$ , попарные сравнения по критерию знаков указывают на наличие статистически значимых различий ( $p=0$  для всех пар) между всеми парами сравнений за исключением пары «R3 – R4» ( $p=0,433$ ).

По вертикали: интегральный уровень качества жизни, R % (значения R% в пределах интервала от 0% до 20% оцениваются как низкий уровень, 21% – 40% – как пониженный уровень, 41% – 60% – как средний уровень, 61% – 80% – как повышенный, и 81% – 100% – как высокий уровень, соответственно).

По горизонтали: распределение показателя в выборке (95% ДИ).

В зависимости от пола респондентов статистически значимых различий в распределении значений показателя интегральный уровень качества жизни (R %) (выявлено не было (таблица 5, рисунок 3).

Таблица 5. – Распределение показателя «Интегральный уровень качества жизни» в зависимости от пола респондента

Пол	Уровень качества жизни, чел. (R%, 95% ДИ для средних)					Всего, чел. (%)
	Низкий	Пониженный	Средний	Повышенный	Высокий	
Муж	0 {0(0; 1.42)%}	6 {1.3 (0.48;3.52)%}	146 {31.74 (26.44; 37.56)%}	284 {61.74(55.77; 67.37)%}	24 {5.22(3.13; 8.58)%}	460 (100)
Жен	0 {0(0; 0.81)%}	5 {0.62(0.21; 1.83)%}	265 {32.72(28. 63;37.09)%}	517 {63.83(59.38; 68.05)%}	23 {2.84(1.68; 4.77)%}	810 (100)
Оба пола	0	11	411	801	47	1270

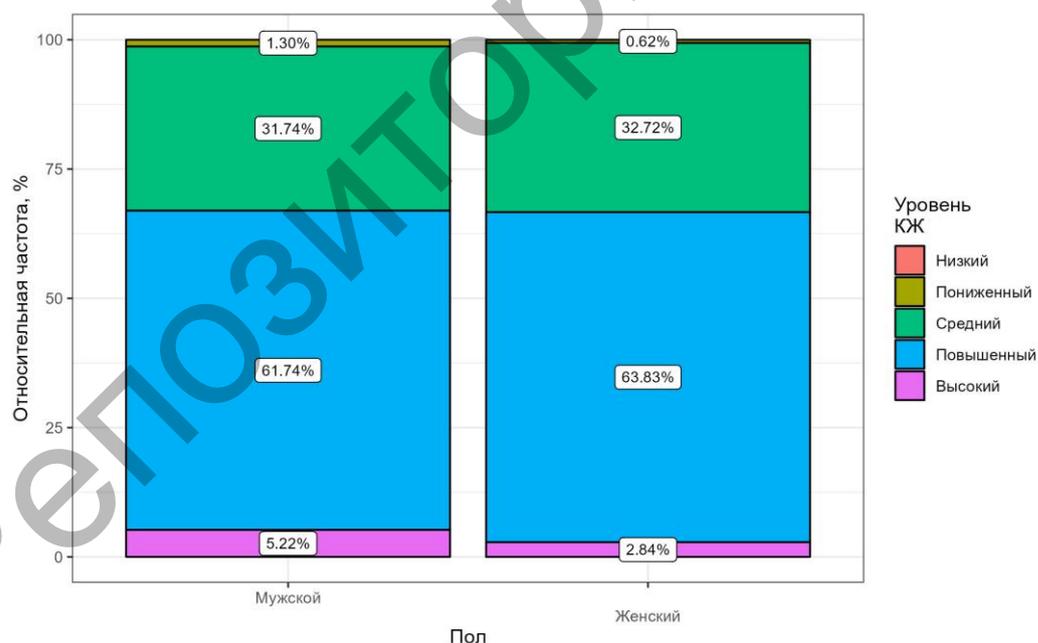


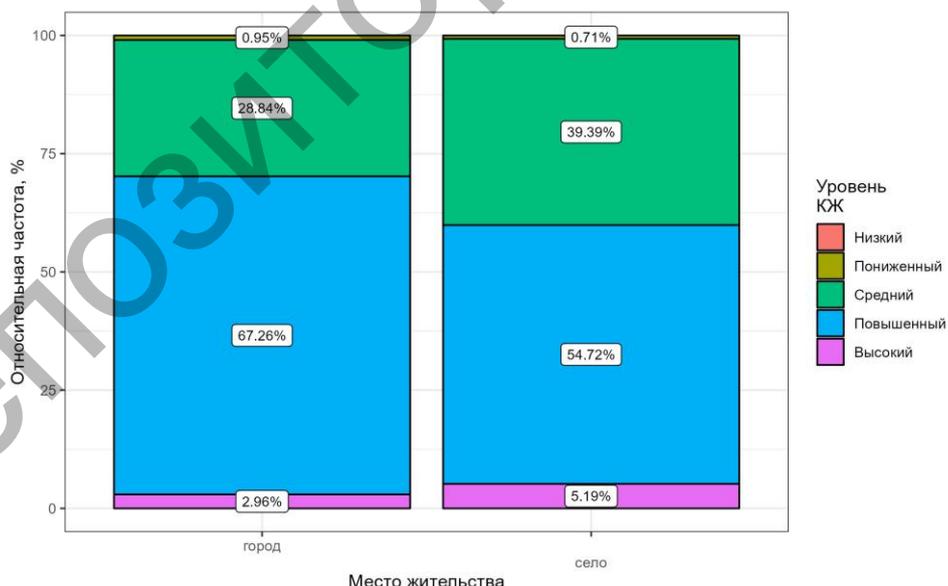
Рисунок 3. – Распределение показателя «Интегральный уровень качества жизни» у мужчин и у женщин. Значения R% в пределах интервала от 0% до 20% оцениваются как низкий уровень, 21% – 40% – как пониженный уровень, 41% – 60% – как средний уровень, 61% – 80% – как повышенный, и 81% – 100% – как высокий уровень, соответственно. По вертикали:

**доля респондентов с соответствующим уровнем качества жизни, по горизонтали: пол респондента**

Выявлены статистически более низкие значения показателя интегральный уровень качества жизни (R %) у жителей села (таблица 6). Более детальный анализ показал, что различия обусловлены более высокой долей жителей села, продемонстрировавших средний уровень, в сравнении с жителями города, где превышала доля лиц с высоким уровнем интегрального показателя качества жизни (рисунок 4).

Таблица 6. Анализ значений показателя «Интегральный уровень качества жизни, R %» в зависимости от проживания респондента

Место жительства, группы	Объём исследования, чел. (% от выборки)	Минимальные значения показателя	Максимальные значения показателя	M±SD	95% ДИ. для среднего	95% ДИ для медианы	Me (Q1;Q3)	Различия между группами
Город	846 (66.61%)	27.5	93.33	64.77±9.03	64.77±0.61	65±0.62	65 (59.17;70.83)	t=2.63, p=0.009 T=-3.00, p=0.003** U=160478.0, p=0.002
Село	424 (33.39%)	35.83	95	63.24±10.15	63.24±0.97	63.33±1.04	63.33 (55.83; 70)	



**Рисунок 4. – Распределение показателя «Интегральный уровень качества жизни» (значения R% в пределах интервала от 0% до 20% оцениваются как низкий уровень, 21% – 40% – как пониженный уровень, 41% – 60% – как средний уровень, 61% – 80% – как повышенный, и 81% – 100% – как высокий уровень, соответственно) в зависимости от проживания респондента.**

По вертикали: доля респондентов с соответствующим уровнем качества жизни,  
по горизонтали: проживание респондента (город; село)

Пояснение к рисунку 4:

Уровень качества жизни	Город*		Село		p
	n	Доля (95% ДИ для доли), %	n	Доля (95% ДИ для доли), %	
Низкий	0	0 (0-0,78)%	0	0 (0-1,54)%	1
Пониженный	8	0,95 (0,39-2,26)%	3	0,71 (0,18-2,76)%	1
Средний**	244	28,84 (25,01-33,01)%	167	39,39 (33,48-45,62)%	0,0007
Повышенный**	569	67,26 (62,98-71,27)%	232	54,72 (48,47-60,82)%	0,0001
Высокий	25	2,96 (1,78-4,86)%	22	5,19 (3,04-8,72)%	0,1702
Всего	846	100%	424	100%	

Согласно рисунку 4 и таблице 6, распределения уровня качества жизни различаются между группами «Город» и «Село»:  $p=0,0005$ . Результаты попарных сравнений категорий между группами указывают на статистически значимые различия в долях для категорий «Средний» (28,84% в группе «Город» против 39,39% в группе «Село») и «Повышенный» (67,26% в группе «Город» против 54,72% в группе «Село»).

Анализ качества жизни лиц 60+ показывает максимальные значения по доменам «Микросоциальная поддержка» и «Социальное благополучие», а также интегральный уровень качества жизни равный  $64.26 \pm 0.52$  (95% ДИ для среднего арифметического), что соответствует повышенному уровню оценки, вне зависимости от пола респондента.

Таким образом, состояние медико-социальных предикторов самовосприятия лиц 60 лет и старше в Гродненской области можно считать благоприятным. Вместе с тем, более низкие значения интегрального уровня качества жизни для жителей села вызывают тревогу и требуют детального анализа причин. Городские жители оценивают собственное качество жизни выше. Углубленный анализ по доменам показывает, что различия связаны в большей степени с доменами «Физическое и психологическое благополучие», «Самовосприятие», в меньшей степени – с доменом

«Социальное благополучие», в то время как домен «Микросоциальная поддержка» не выявил различий между жителями города и села.

#### **2.4 Влияние социально-демографических факторов на показатель СОЗ в иных популяциях**

Доказано, что ряд факторов могут влиять на качество жизни и самооценку здоровья. При этом сила и направленность влияния различна и может изменяться, однако взаимосвязь между самооценкой здоровья и качеством жизни сохраняется. Наибольшее влияние имеют такие факторы, как пол, возраст, семейное положение, социальный статус, наличие специальных медицинских знаний и другие.

В 1990х и в начале 2000х гг. доля позитивных оценок у мужчин в исследованиях в России была в 1,7-2 раза выше, чем у женщин, то к 2015-2018 эта разница сократилась до 1,4-1,5 раза. Анализ данных RLMSHSE по возрастному срезу выявил привычную для аналогичных исследований картину ухудшения показателей здоровья с возрастом. В самых старших возрастных когортах эта тенденция получает ускоренное развитие, свидетельствующее о нарастании темпов ухудшения здоровья после преодоления россиянами 60 летнего рубежа. Доля лиц, оценивающих собственное здоровье как хорошее или очень хорошее, снижается среди 60-69 летних респондентов до 9,7%, а среди респондентов в возрасте 70 лет и старше – до 4%, тогда как доля воспринимающих свое здоровье как плохое или совсем плохое вырастает соответственно до 23,3 и 49,0% [56].

Важное значение в формировании качества жизни имеет такой фактор, как физическая активность. Установлено, что спорт способствует созданию уверенности в себе, веры в свои силы, высокому уровню самовосприятия такой характеристики качества жизни, как Vitality (VT) – жизнеспособность [57]. Вместе с тем, существуют концепции, как показывающие положительное влияние активного образа жизни на самооценку здоровья [58], так и иллюстрирующие отсутствие прямой зависимости между уровнем физической активности и

самооценкой здоровья, при этом связь между уровнем качества жизни и самооценкой здоровья сохраняется [59].

При исследованиях самооценки здоровья у москвичей в возрасте 55 лет и старше было выявлено, что лишь 10% респондентов оценивали свое здоровье, как хорошее. Распространенность плохой СОЗ составляла 18,6%. Причем с возрастом плохая СОЗ увеличивалась не только за счет уменьшения “хорошего здоровья”, но и за счет уменьшения частоты удовлетворительной СОЗ. СОЗ значимо чаще регистрировалась у женщин и у лиц с низким уровнем образования. При проведении многофакторного анализа после поправки на пол, возраст, образование и семейное положение с плохой СОЗ достоверно ассоциировались артериальная гипертония, курение, повышенный С-реактивный белок, высокий гликированный гемоглобин и ожирение. В то же время, анализ смертности показал, что плохая СОЗ является независимым предиктором смерти у лиц пожилого возраста даже при наличии ССЗ, курения и других факторов риска [60].

Отмечается феномен систематических различий при ответах на вопрос о самооценке здоровья для разных групп респондентов («гетерогенность ответов»). Наличие данного феномена нашло подтверждение и в ходе анализа ответов при оценке состояния своего здоровья россиянами. Козырева П. М., Смирнов А. И. отмечают, что завышение оценок своего здоровья пожилыми респондентами по сравнению с другими возрастными группами выступает одним из наиболее наглядных примеров существования гетерогенности при самооценке здоровья [56]. Предполагается, что с возрастом люди привыкают игнорировать свои проблемы со здоровьем и адаптируются к хроническим заболеваниям. Другая объясняющая гипотеза заключается в том, что старики, которым удалось дожить до преклонного возраста, начинают преувеличивать возможности своего здоровья [61].

Канева М. А., Байдин В. М. отмечают, что одним из факторов, существенно повышающих субъективную оценку здоровья пенсионеров, является наличие у них возможности

трудиться после достижения пенсионного возраста. Так, в 2018 г. среди работающих женщин в возрасте от 55 до 65 лет доля лиц с позитивной оценкой своего здоровья была более чем в 1,5 раза больше (15,6 против 9,8%), тогда как доля лиц с негативной самооценкой здоровья почти в 2,5 раза меньше (10,4 против 25,2%), чем среди неработающих женщин этого же возраста. Аналогичная картина наблюдалась и в когорте мужчин 60-69 летнего возраста, где разница между работающими и неработающими по доле позитивных самооценок здоровья достигала 2х раз (22,8 против 11,1%), а по доле негативных самооценок – 2,5 раза, но в противоположную сторону (10,5 против 27%). При этом во всех старших возрастных когортах работающие заметно опережали неработающих по средней оценке воспринимаемого здоровья (50-59 лет: 3,02 против 2,80; 60–69 лет: 2,98 против 2,76; 70 лет и более: 2,73 против 2,44) [61].

Сопоставимость результатов в данном и опубликованных исследованиях не может быть абсолютной в силу различий в инструментариях. Вместе с тем, (при наличии ответа «Ни то, ни другое») респонденты, ответившие «Удовлетворён» или «Очень удовлетворён» на вопрос о самооценке удовлетворённости состоянием собственного здоровья, очевидно, не могут одновременно оценивать свое здоровье как «плохое», а респонденты, ответившие «Не удовлетворён» или «Очень неудовлетворён», не могут оценивать его как «хорошее». В этой связи выявленные нами доли «не удовлетворённых» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворённых» (варианты 4, 5 в сумме), которые составили 27.64% и 32.91% соответственно, иллюстрируют, что плохие самооценки здоровья коррелируют с таковыми в иных популяциях для данной возрастной группы, доля же хороших самооценок значительно превышает соответствующие показатели для россиян.

## **2.5 Выводы**

Гродненская область демонстрирует значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, находящиеся на

близком к среднереспубликанскому уровню, в сравнении с иными регионами, при этом минимальные значения во всех регионах выявляются у мужчин, проживающих в селе. В структуре причин смертности со значительным отрывом лидируют болезни сердечно-сосудистой системы.

Анализ самооценки качества жизни лиц возраста 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, показал, что большая часть респондентов выбирают вариант ответа «хорошо» (40,08;47,23)% либо «ни плохо, ни хорошо» (37,45;44,54)%. Мужчины в сравнении с женщинами, жители села в сравнении с городскими жителями, а также не состоящие в браке в сравнении с состоящими оценивают собственное качество жизни ниже. Подтверждается гипотеза о положительном влиянии фактора наличия у респондента детей. Вместе с тем, совместное проживание с детьми не всегда влияет положительно. Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым. Установлено, что наличие или отсутствие пенсии по возрасту не оказывает значимого влияния на значения самооценки качества жизни. При наличии у респондента работы фактор наличия к ней плюс еще и пенсии также не является значимым во влиянии на результаты самооценки. Получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни ( $\chi^2 = 19,22$ ;  $p < 0,00001$ ).

На вопрос «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» большинство респондентов (39,45%, 95% ДИ=35,98; 43,03%) выбрали вариант «3» пятибалльной шкалы. Респонденты незначимо чаще (52,44%) оценивают свою удовлетворённость собственным здоровьем как соответствующую позициям средней и ниже средней (1-3 балла), чем более высоким (4-5 баллов) позициям. Уровень удовлетворённости собственным здоровьем выявляет значительную устойчивость к социально-демографическим факторам: полу респондента, проживанию в городе или селе, а

первое ранговое место не меняется и в зависимости от иных факторов, таких как наличие у респондента работы, состояния в браке, наличия детей, проживания с ними отдельно или совместно. Только в группе респондентов, получающих пенсию по инвалидности, структура ответов иная: преобладают низкие (1-2) баллы оценки удовлетворённости собственным здоровьем, доли тех, кто выбрал варианты «Очень неудовлетворён» или «Неудовлетворён» статистически значимо превышают таковые в других группах (в том числе с получающими пенсию по возрасту), а доля респондентов, выбравших ответ «Удовлетворён» является статистически значимо самой низкой.

Рост удовлетворённости состоянием здоровья сопровождается статистически значимым ростом самооценки качества жизни во всех социально-демографических группах. С увеличением возраста происходит статистически значимое снижение самооценки качества жизни и еще более выраженное снижение удовлетворенности состоянием здоровья.

Мужчины возраста 60+, проживающие в селе, составляют группу риска низких самооценок качества жизни, во взаимосвязи с низкой продолжительностью предстоящей жизни; при этом удовлетворённость здоровьем не выявляет гендерных различий.

Сопоставление с результатами исследований других авторов в российской популяции лиц старших возрастных групп иллюстрируют, что плохие самооценки здоровья коррелируют с таковыми в иных популяциях для данной возрастной группы, доля же хороших самооценок у населения Гродненской области значительно превышает соответствующие показатели для россиян [62; 63; 64; 65; 66; 67].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Social determinants of health. WHO [El. source]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Date of access: 01.04.2025

2. Bombak AE. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective /AE Bombak // Front Public Health. – 2013;1:15. DOI: 10.3389/fpubh.2013.00015.

3. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study / Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J.// BMC Public Health. – 2013;13:320. DOI: 10.1186/1471-2458-13-320.

4. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality/ Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. // Soc Sci Med. – 2004;59(6):1297-1306. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.01.001.

5. Dziańkowska-Zaborszczyk E. Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej / Dziańkowska-Zaborszczyk E, Ciabiada B, Maniecka-Bryła I. // Probl Hig Epidemiol. 2014;95(4):866-870. Available from: <http://www.phie.pl/pdf/phe-2014/phe-2014-4-866.pdf>.

6. Ассоциации самооценки здоровья и физической активности среди населения среднеурбанизированного города Западной Сибири (гендерный аспект) / Акимов АМ, Гафаров ВВ, Бессонова МИ [и др.] // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2023;38(4):290-297. DOI: 10.29001/2073-8552-2023-38-4-290-297.

7. Журавлёва, ИВ. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В.Журавлева.- Москва: Наука; 2006. – 238 с.

8. Здоровье студентов: социологический анализ / Т. С. Болховитина, Е. В. Карпенко, М. Ю. Сурмач, О. В. Шиняева, М. М. Юсупова, Н. Байков, Ю. В. Березутский, С. С. Халикова, А. А. Ковалёва, Т. Н. Шушунова, С. С. Балабанов, Р. Р. Шинова /отв. ред. И. В. Журавлёва: Монография. – М.:ИНФРА-М, 2014. – 272 с.

9. Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение / Шальнова СА, Имаева АЭ, Капустина АВ. [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2019;24(6):27-33. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33.

10. Герри, К.Д. Источники искажений в самооценке здоровья / К.Д. Герри, В.М. Байдин // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2017;10(4):31-36. DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.031-036.

11. de Bruin A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments / de Bruin A, Picavet HSJ,

Nossikov A. – Geneva: World Health Organization [Internet]. 1996. 161 p. [cited 2024 May 30]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/107328.30.05.2024>.

12. European health interview survey (EHIS) [Internet]. [cited 2024 May 30]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>.

13. Ware JE Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / Ware JE Jr, Sherbourne CD. // *Med Care*. – 1992;30(6):473-83.

14. Skevington S.M. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. / Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. // *Qual Life Res*. – 2004;13(2):299-310. DOI: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.

15. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) // *Qual Life Res*. – 1993;2(2):153-159.

16. WHOQOL-BREF [Internet]. [cited 2024 May 30]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>.

17. Russian\_WHOQOL-BREF [Internet]. [cited 2024 May 30]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref>.

18. Антонов А.И. Здоровье в субъективных оценках состоящих в браке городских жителей / Антонов А.И, Карпова В.М, Новоселова Е.Н. // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2020; 66(6):7. Доступно по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1216/30/lang.ru/>.

19. Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет / Журавлева ИВ, Иванова ЛЮ, Ивахненко ГА. [и др.]. – Москва: ФНИСЦ РАН; 2021. – 309 с. DOI: 10.19181/monogr.978-5-89697-356-0.2021.

20. Кравченко, НЛ. Оценка и самооценка текущего состояния здоровья школьников / Кравченко, НЛ. // *Научные высказывания* – 2023;3(27):16-20. Доступно по: [https://nvjournal.ru/article/Otsenka\\_i\\_samootsenka\\_tekushego\\_sostojanija\\_zdorovja\\_shkolnikov/](https://nvjournal.ru/article/Otsenka_i_samootsenka_tekushego_sostojanija_zdorovja_shkolnikov/).

21. Ходакова О.В. Самооценка здоровья, как элемент самосохранительного поведения и приверженности к диспансеризации взрослого населения / Ходакова ОВ, Кошечкина НВ. // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2019;4:309-326. DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10099.

22. EQ-5D-3L Available from: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-3l/>.

23. Анкета EQ-5D-3L (русская версия). Доступно по: <https://spb.hse.ru/scem/chemp/healthoutcomes/EQ-5D-3L>.

24. Конституция Республики Беларусь : с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г., 17 октября 2004 г. и 27 февраля 2022 г. – Минск : Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2023. – 77 с.

25. О здравоохранении. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ, в ред. Закона Республики Беларусь от 25 окт. 2023 г. № 308-З. <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> (дата обращения 05.12.2024).

26. Трудовой кодекс Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 296-З. <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=НК9900296> (дата обращения 30.05.2024.)

27. О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030». Постановление Совета министров Республики Беларусь от 3 декабря 2020 г. № 693. <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22000693> (дата обращения 05.12.2024).

28. Laslett P. What is old age? Variation over time and between cultures / P. Laslett // Health and Mortality Among Elderly Populations / ed. G. Caselli, A. Lopez. NY: Oxford University Press, 1996. – p. 21-38.

29. Порог наступления старости: объективные признаки и субъективное восприятие / Антонов А.И., Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. // Народонаселение. – 2023, Т. 26, № 3. – С. 131-143. <https://doi.org/10.19181/population.2023.26.3.11>

30. Барсуков, В.Н. Эволюция демографического и социального конструирования возраста «старости» / Барсуков В.Н., Калачикова О.Н. // Экономич. и соц. перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2020. – Т. 13, № 1. С. 34-50. <https://doi.org/10.15838/есс.2020.1.67.2>

31. Россет, Э. Процесс старения населения / Э. Россет. – М.: Статистика, 1968. – 509 с.

32. Медков, В.М. Демография. / В.М. Мягков. -М.: Инфра-М, 2007. – 683 с.

33. OECD. Self-rated health and disability at age 65 and over // In: Health at a Glance 2021: OECD Indicators. [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021\\_ae3016b9-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html) (дата обращения 12.12.2024).

34. Гериатрия: руководство для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с.

35. Баркер Р. Словарь социальной работы / Р.Баркер.- М.: Ин-т соц. работы, 1994. – 134 с.

36. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 года. – Стат. бюл. – М., 2021.

37. Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь. Решение Всебелорусского народного собрания от

25 апреля 2024 г. № 5 <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=P924v0005> (дата обращения 05.12.2024).

38. Ipsos. The Perennials: исследование восприятия старшего возраста <https://clck.ru/33tRoM> (дата обращения 16.11.2024).

39. ВЦИОМ. Когда начинается старость? <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kogda-nachinaetsya-starost-> (дата обращения 16.11.2024).

40. Laslett P. The Third Age and the Disappearance of Old Age // In: Preparation for Aging / ed: Heikkinen E., Kuusinen, J., Ruoppila, I. Boston: Springer, 1995. [https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1979-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1979-9_2)

41. Максимова О. Старость или «третий возраст»? Дискурсы субъективного восприятия индивидами собственных возрастных изменений / О. Максимова // Laboratorium: журнал социальных исследований. – 2020. – № 12(2). – С. 22-44. <https://doi.org/10.25285/2078-1938-2020-12-2-22-44>

42. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №6-БД. Наименование объекта авторского права: Качество жизни и медицинская информированность, связанные со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области (база данных). Год создания 2024. Авторы П.Л.Корнейко, М.Ю.Сурмач. Дата регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

43. Russian\_WHOQOL-BREF [el. source]. – Accessible on: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref> – Date of access: 30.05.2024.

44. Skevington, S.M. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group / SM Skevington, M. Lotfy, KA O'Connel // Quality of Life Research. – 2004. – 13(2). – P. 299-310.

45. Assessment of health behaviours and value-based health analysis by people aged 50+ who have been hospitalized due to cardiovascular disease / Izabela Gąska, Katarzyna Sygit, Elżbieta Cipora, Marian Sygit, Anna Pacian, Maryna Surmach, Dorota Kaleta, Adam Rzeźnicki // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2021. – Vol. 18, Issue 8. – 4221 (23 p.). [doi.org/10.3390/ijerph18084221](https://doi.org/10.3390/ijerph18084221)

46. Сурмач, М.Ю. Качество жизни подростков, связанное с репродуктивным здоровьем, как предмет изучения социологии медицины: методика и популяционные показатели / М.Ю.Сурмач // Социология медицины. – 2013. – №2 (23). – С. 40 – 45.

47. Оценка удовлетворённости качеством жизни населения / И.Н. Мороз, А.В. Сикорский, Д.Р. Перетто, Т.П. Павлович, В.Э.Сушинский, Н.Н. Мороз-Водолажская, В.Ч.Можейко, Е.В.Боровая

// Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. – 2020. – №4. – с. 6 – 13. Doi 10.25742/NRIPH.2020.04.001.

48. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2019 год / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Главное управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. – Гродно: ГУК, 2020. – 187 с.

49. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2020 год / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Главное управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. – Гродно: ГУК, 2021. – 161 с.

50. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2021 год / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Главное управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. – Гродно: ГУК, 2022. – 157 с.

51. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2022 год / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Главное управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. – Гродно: ГУК, 2023. – 151 с.

52. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2023 год / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Главное управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. – Гродно: ГУК, 2024. – 151 с.

53. Демографическая и социальная статистика. Здравоохранение [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: [https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie\\_2/](https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/) – Дата доступа: 05.01.2024.

54. Гендерная статистика. Здравоохранение [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://gender.belstat.gov.by/health>. – Дата доступа: 05.01.2024.

55. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. — Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. — 257 с. — Режим доступа: <http://m.med.by/content/stat/stat2019/2019-1.pdf>. — Дата доступа: 05.01.2024.

56. Козырева, П. М. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода / П.М.Козырева, А.И. Смирнов // Социологические исследования. — 2020. — № 4. — С. 70-81.

57. Żukowski, R. Edukacyjne i wychowawcze wartości sportu w refleksji pedagogicznej i w ocenie młodzieży / R.Żukowski // Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka – teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje. — Łódź: UŁ., 2008. — p. 24-33

58. Fox, K. R. The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation / K.R. Fox, C.B. Corbin // J Sport Exercise Psy. — 1989. — Vol. 11. N 4. — p. 408–430

59. Gruszczyńska, M. Aktywność fizyczna a jakość życia i samoocena / M. Gruszczyńska, P. Skorupa // Probl Hig Epidemiol. — 2018. — Vol. 99., N 1. — p. 69-73

60. Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение / С. А. Шальнова, А. Э. Имаева, А. В. Капустина [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2019. — Том 24. № 6. — с. 27-33.

61. Канева, М. А. Гетерогенность ответов при самооценке здоровья россиян / М.А.Канева, В.М. Байдин // Прикладная эконометрика. — 2018. — № 3 (51). — с. 102–125.

62. Сурмач, М.Ю. Связанное со здоровьем качество жизни населения категории 60 лет и старше Гродненской области. Часть 2: результаты самооценки / Сурмач М.Ю., Корнейко П.Л. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2024. — №2. — с. 79 -89.

63. Сурмач, М.Ю. Социологический анализ здоровья в субъективных оценках пожилого населения: методология изучения и данные Гродненской области Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач, П.Л. Корнейко // Петербургская социология сегодня. — 2024. — выпуск 4. — с. 5-29.

64. Сурмач, М.Ю. Анализ методологических подходов к исследованию самооценки здоровья при изучении здоровья пожилого населения / М.Ю.Сурмач // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы XIII Международной научно-практической конференции (19-20 сентября 2024 г., г. Улан-Удэ), посвященной Году семьи в России / отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. — УланУдэ: Изд-во ВСГУТУ, 2024. — с. 243- 245.

65. Сурмач, М.Ю. Здоровье и качество жизни населения 60+: гендерный дисбаланс / М.Ю. Сурмач, П.Л.Корнейко //Социальная

динамика населения и человеческий потенциал: Материалы VI Международной научно-практической конференции (Москва, 20-21 июня 2024 г.) / науч.ред. В.В Локосов. – М: ИСЭПН ФНИСЦ РАН, 2024. – с. 139 – 141.

66. Сурмач, М.Ю. Самооценка здоровья как социологическая категория и категория общественного здоровья / М.Ю.Сурмач // Журнал Белорусского государственного университета. Социология. – 2024. – №3. – с. 52–58.

67. Сурмач, М.Ю. Медико-социологический анализ здоровья и качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области /М.Ю. Сурмач, П.Л.Корнейко // Социология медицины. – 2024. – Т. 23. – №2. – С. 116-126.

### **ГЛАВА 3. ОБРАЗ ЖИЗНИ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ 15-18 ЛЕТ. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ**

#### **3.1 Социальные факторы здоровья подростка, формируемые семьёй: аналитический обзор**

В числе функций семьи можно выделить две группы: во-первых, те, что присущи семье как социальному институту, а именно репродуктивная, воспитательно-социализационная, экономическая, рекреационная. Данные функции, очевидно, не могут быть успешно выполнены без соответствующей поддержки со стороны государства [1; 2]. Вероятно также, что материальное положение семьи высоко значимо для успешной реализации функций первой группы.

Функции второй группы характеризуют успешность брачно-семейных отношений в решении задач семьи как малой социально-психологической группы [3; 4]. К данной группе функций можно отнести поддержку психологического благополучия членов семьи, создание определенного микроклимата, эмоциональную поддержку.

В первую очередь нами было проанализированы работы, посвящённые роли материального (экономического) положения семьи в формировании здоровья подростка. Исследование российских авторов, выполненное в первой декаде 2000-х годов, показывает, что к 13 годам доля детей с хроническими заболеваниями в группе наименее обеспеченных семей составила 29%, в группе наиболее обеспеченных – 18% [5; 6]. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, доля детей, посещавших врача с профилактической целью, падает с уменьшением дохода семьи. Среди самых богатых она составила в 2015 г. 52%, а среди самых бедных – 35%. В Москве и Санкт-

Петербурге к врачам обращались с целью профилактики 56%, в других городах и селах – менее 40% несовершеннолетних [7]. Затраты времени на дополнительные занятия у детей, проживающих в Российской Федерации, также различаются в зависимости от уровня среднедушевого дохода домохозяйства, где проживает ребенок. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, при минимальном среднедушевом доходе (до 10 тыс. руб.) дети не склонны тратить более 2 академических часов в неделю на дополнительные занятия, и, вероятнее всего, они вообще не будут уделять этому время, так как в большинстве своем данный вид деятельности требует определенных денежных затрат. При переходе порога минимального прожиточного минимума регистрируется иная тенденция: у детей, проживающих в семьях с доходом от 10 до 20 тыс. руб., существует склонность к практически ежедневным развивающим занятиям (более 7,1 часа в неделю). При среднедушевом доходе свыше 20 тыс. руб. дополнительным занятиям скорее будет уделяться от 3,1 до 7 часов в неделю [8].

В исследовании, выполненном в Бразилии, была проанализирована связь физической активности и малоподвижного поведения детей и родителей, во взаимосвязи с экономическими факторами. Физическая активность в свободное время и при поездках на работу оценивалась по опроснику Бекке, а малоподвижное поведение – по количеству часов просмотра телепередач и использования компьютера в неделю. Экономический статус семьи классифицировался как низкий, средний и высокий. Оказалось, что физическая активность в свободное время связана у мальчиков и их отцов в семьях с высоким и низким экономическим статусом, у девочек и их матерей – в семьях с низким экономическим статусом; время просмотра телевизора у мальчиков было связано со временем просмотра телевизора у их отцов в семьях с низким экономическим статусом, у девочек и их матерей – в семьях со средним экономическим статусом. Среди девочек время просмотра телепередач ассоциировалось со временем

просмотра телевизора у обоих родителей только в семьях с низким экономическим статусом. Использование компьютера девочками было связано с использованием компьютера отцами в семьях с высоким и матерями – с низким экономическим статусом, тогда как среди мальчиков связи не наблюдалось. В заключение авторы отметили, что экономический статус семьи является важным модератором связи физической активности и малоподвижного поведения между родителями и подростками [9].

Усвоение культурных норм и социальных ролей происходит наиболее интенсивно в детские и юношеские годы. Взрослые могут оценивать нормы, дети же воспринимают всё непосредственно, через «идеал», а их социализация направлена на мотивацию поведения [10]. Многие из факторов семьи действуют на состояние здоровья детей посредством микроклимата, сплочённости семьи, имеют эмоциональную «подоплеку».

В одном из исследований, выполненных в Российской Федерации, было выявлено, что курение и потребление алкоголя тесно связано с типом поселения [11]. Воздействие объяснялось не фактором жилой площади, наличия либо отсутствия удобств, но специфическим социальным окружением, в котором потребление алкоголя и другое рискованное поведение является нормой, общественное мнение толерантно, а алкоголь доступен. Так, было установлено, что подростки-мальчики, проживающие в арендованных квартирах или общежитиях, с большей вероятностью потребляют алкоголь. Однако высокая частота курения у мальчиков из села и у девочек из мегаполиса была обусловлена разными факторами социального характера: у девочек это был фактор курения матери, у мальчиков из села – низкая самооценка, обусловленная принадлежностью к стигматизированной, по мнению подростков, группе (жители малого населённого пункта) [5].

Наиболее негативные факторы микроклимата семьи – насилие, разлука, развод и смерть. Это отмечают авторы из

различных стран мира, следовательно данные факторы мало зависят от национальной культуры того или иного общества.

Влияние фактора развода неоднозначно оценивается в результатах международных исследований [12; 13].

Вместе с тем, однозначно подчёркивается, насколько опасен фактор насилия. Как известно, насилие всегда порождает насилие: нередко, столкнувшись с физическим либо психологическим насилием в детстве, человек проявляет агрессию к себе и другим впоследствии.

Последствия жестокого обращения с детьми в семье порой бывают неожиданными и отдалёнными. Так, в исследовании, выполненном в Норвегии, было установлено, что эмоциональное насилие в детстве было в значительной степени связано с обращением за помощью к врачам по поводу соматических заболеваний во взрослом возрасте, а также к специалистам-психиатрам, при этом влияние оказывал также фактор определенной этнической принадлежности (саамы) [14].

В семьях, где воспитываются подростки с высоким уровнем агрессии, «превалирует эмоциональное отвержение родителями подростка» [15]. Следствием нарушения выработки приспособительных психологических механизмов является формирование поведенческих девиаций и низкой самооценки. Подростки с низкой самооценкой чаще начинают употреблять табак и алкоголь по сравнению с теми, у кого высокая самооценка. Низкая самооценка не позволяет противостоять давлению социального окружения [16]. Дети, которые не находят в семье удовлетворения своих первостепенных проблем, таких, как чувство безопасности, связи с близкими, чаще, чем дети из психологически благополучных семей, ищут утешения в алкоголе и психоактивных веществах.

Психологическое состояние родителей зеркально отражается на психологическом благополучии детей в семье. По данным исследования, выполненного в Корее по материалам официальной статистики здравоохранения (KNHANES) в период за 2013–2021 годы, где сравнивались показатели психического здоровья у 203 детей-подростков, у родителей

которых диагностирована депрессия, и 3856 подростков из контрольной группы в возрасте 12–19 лет, было выявлено: подростки, чьи родители страдали депрессией, имели худшее психическое здоровье, чем те, чьи родители не имели проблем с психическим здоровьем. Риск оказывался выше у юношей [17].

Если семья психологически дисфункциональна, и родители не способны поддержать ребёнка в построении собственной идентичности, то процесс его социализации затрудняется независимо от материальных условий, что приводит к различным психологическим и поведенческим отклонениям, в том числе здоровьеразрушающим. Дети из дисфункциональных семей не могут выработать адекватные приспособительные психологические механизмы. В результате у них развивается чувство безнадежности, безрадостности, низкая самооценка, агрессивность [18].

По В. М. Целуйко, неблагополучной является семья, в которой нарушена структура, обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания, в результате чего появляются «трудные дети» [19]. В Беларуси юридически определено понятие «несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении», как «лицо в возрасте до восемнадцати лет, находящееся в обстановке, при которой не удовлетворяются его основные жизненные потребности; которое вследствие беспризорности или безнадзорности совершает правонарушения; родители (усыновители, удочерители), опекуны или попечители которого ведут аморальный образ жизни, что оказывает вредное воздействие на указанное лицо, злоупотребляют своими правами и (или) жестоко обращаются с ним либо иным образом ненадлежаще исполняют обязанности по воспитанию и содержанию указанного лица, в связи с чем имеет место опасность для его жизни или здоровья», а «семья, находящаяся в социально опасном положении, – семья, несовершеннолетние члены которой находятся в социально опасном положении» [20].

Взаимосвязь образа жизни родителей и их детей широко исследовалась как важный определяющий фактор формирования здоровых привычек среди молодежи. Роль матери представляется в процессе воспитания здорового ребенка особенно важной. По данным российских авторов, для потомков курящей матери риск приобщения к курению возрастает в 2 раза для мальчиков и в 9 раз для девочек; злоупотребление матерью алкоголем увеличивает риск инициации потребления алкоголя в 6 раз для мальчиков и в 3 раза для девочек. Даже умеренное потребление алкоголя матерью (1 раз в месяц) более чем в 2 раза увеличивает вероятность инициации потребления алкоголя для подростков обоего пола [21]. Женщины оказывают влияние на поведение всей семьи: соблюдение рационального питания, организацию отдыха, контроль за своевременным прохождением необходимых медицинских обследований [22]. По одной из гипотез, формирование девиантного поведения у ребёнка обуславливается ослаблением связи с матерью [23; 24]. Снижение восприятия подростками родительского тепла предрасполагает подростков к агрессии в сети интернет – киберзапугиванию [25]. Подростки, воспринимавшие более низкий уровень материнского принятия, более склонны к кибербуллингу [26].

Установлено, что даже качество сна родителей и их «ночной» образ жизни оказывает влияние на гигиену сна у детей [27].

Наличие вредных привычек у родителей и родительское поведение – доказанные факторы риска приобщения детей к табаку и алкоголю [28]. Среди студентов университетов г. Минска, которые начали курить в дошкольном и младшем школьном возрасте, инициатива приобщения в трёх из пяти случаев принадлежала курящим родителям. В подростковом возрасте мотивы включали желание испытать новые ощущения, подтвердить собственную значимость в кругу сверстников, избавиться от одиночества и скуки, а также неумение организовать свой досуг [29]. Алкогольное поведение

родителей повторяется в поведении подростка [30; 31]. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, дети из семей, где для обоих родителей характерно неумеренное потребление алкоголя, в среднем сами более склонны к употреблению спиртных напитков. В случае с подростками от 14 до 17 лет неумеренное потребление алкоголя матерью оказывает более существенное влияние, чем неумеренное потребление отца. Отсутствие в домохозяйстве отца в сочетании с неумеренным потреблением алкоголя матерью – наиболее неблагоприятное сочетание для роста риска употребления алкоголя подростком [32].

Фактор организации питания детей в семье имеет самостоятельную значимость, независимо от материального положения. В семье закладываются определённые вкусовые привычки ребёнка [33; 34; 35]. По данным Е. О. Гузик, при достаточной энергетической ценности суточного рациона у белорусских школьников, поступление с пищей белка и углеводов ниже физиологической нормы установлено у половины обследованных белорусских подростков, при избыточном поступлении жира у 63,4%; потребление простых сахаров в 2,5 раза превышает рекомендуемый ВОЗ уровень при дефиците поступления с пищей сложных углеводов (в 2,8 раза ниже нормы), кальция (у 58,8%) и ниацина (у 60,5%), при избытке потребления фосфора и магния у 52,8% и 57,0%, натрия и калия у всех обследованных учащихся, соответственно [36].

Образование родителей, в первую очередь – матери, влияет на организацию питания ребенка: к данному выводу приходят авторы из разных стран, исследовавшие взаимосвязь факторов питания детей в семье и уровня образования матери в условиях разных национальных культур [37].

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, в зависимости от характеристик образования родителей ребенка обнаруживаются значимые различия во временных затратах на дополнительные занятия с ним. Если ни у отца, ни у матери нет высшего образования, ребенок скорее не склонен тратить время на

дополнительную творческую и интеллектуальную деятельность. В случае если высшее образование имеет только мать ребенка, он или она вероятнее будет заниматься какими-либо дополнительными видами деятельности каждый день. Схожая тенденция наблюдается среди детей, которые растут в семье, где оба родителя имеют высшее образование [8]. И. В. Журавлёва указывает, что уровень образования матери считается одним из самых надёжных факторов прогнозирования здоровья детей [38].

Возможно, более высокий уровень образования родителей обуславливает и более благополучное материальное положение семьи, – вместе с тем, корреляция не очевидна. С учётом того факта, что особенно важен уровень образования именно матери – объяснение связи со здоровьем ребенка скорее кроется в другом.

В последние годы глобальным трендом в медицине развитых стран становится развитие так называемой примордиальной профилактики – комплекса мероприятий, направленных на устранение факторов риска задолго до момента возможного возникновения заболевания. Как известно, болезни системы кровообращения, особенно обусловленные атеросклеротическими изменениями, в основном возникают после третьего десятилетия жизни. Этот факт снижает настороженность по отношению к подростковому возрасту. Вместе с тем, факторы риска, такие как снижение физической активности и нерациональное питание, широко распространены, и их распространённость растёт практически во всех странах мира [39]. Имеются данные о том, что атеросклероз возникает уже в детском возрасте и является прогрессирующим патологическим состоянием, тяжесть которого напрямую зависит от интенсивности воздействия таких факторов риска, как гипертония, дислипидемия, ожирение, диабет и курение [40]. Кроме того, субклинический атеросклероз у детей, подростков и молодых людей существенно увеличивает риск явных сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от всех причин в более позднем возрасте [41]. Таким образом, нормализуя питание ребенка и

влияя на его физическую активность, возможно предотвратить его преждевременную гибель от инфаркта или инсульта спустя много лет. Ранее мы указывали, что роль матери первостепенна в формировании культуры питания, досуга и медицинской активности семьи – вероятно, фактор образования матери играет важную роль именно в данных точках влияния, выступая проводником культурных норм здоровьесбережения.

Непосредственное отношение к здоровью имеет уровень культуры: культура питания, проживания, организации досуга, гигиеническая (медицинская) культура. Основы уровня культуры закладываются в семье. С. Н. Булова отмечает: «Объективным показателем благополучия общества и семьи является состояние здоровья её членов» [2]. Но в культурных факторах семья не изолирована от внешней среды, она «проводник» социальных норм. Доказано, что родители влияют на поведение детей в сфере употребления алкоголя и никотина посредством правил и норм, действующих в этой области. В российско-американских исследованиях начала 2000-х годов продемонстрировано, что российские родители в пять раз чаще демонстрировали одобрение потребления алкоголя своими детьми по сравнению с американскими (24,7% против 4,9% для подростков 15-17 лет) [42]. В России около 40% рынка наружной рекламы в первую декаду 2000-х годов приходилось на табачные изделия, по сравнению с 5% в Европе [42; 43].

Медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, в 2015 г. в профилактических целях врача посещали в возрасте до года 78%, в возрасте 1-2 лет – 49%, в 6-9 лет – 46%, в 16-17 лет – 35% несовершеннолетних. Доля посещавших врача падает и с уменьшением дохода семьи. Среди самых богатых она составила в 2015 г. 52%, а среди самых бедных – 35%. Аналогично влияние населенного пункта. В Москве и Санкт-Петербурге врачу показывались с целью профилактики 56%, в других городах и селах – менее 40% несовершеннолетних [7].

Следует выделить также такой фактор, как информированность родителей о состоянии здоровья ребёнка, их вовлечённость в мероприятия по охране здоровья детей со стороны системы здравоохранения и системы образования. Как правило, действия родителей по диагностике патологии и лечению их ребёнка не связаны с организованными мероприятиями в школе и детских дошкольных учреждениях [44].

Важную роль в формировании гигиенической культуры подростка играет медицинское информирование. Из числа опрошенных подростков Омской области 72,4% получали первую информацию о половой жизни не от членов своей семьи; 46,7% подростков вообще ни с кем не могли поделиться проблемами, связанными с сексуальной жизнью (в том числе такими, как наступившая незапланированная беременность, симптомы ИППП) [45]. По данным опроса 250 семей подростков-школьников Москвы, с сыном или дочерью на тему ИППП в начале 2000-х годов беседовали только 12% родителей; 53% родителей старались обходить в разговорах темы стремительного роста наркомании, проституции, влияния курения и алкоголя на организм [46].

В эпоху цифровизации особое значение стали играть факторы информационной среды в целом, в том числе ее влияние на отношения «родители-дети». Появился термин «техноферентность», который относится к привычкам, приводящим к нарушениям в межличностных отношениях, и рассматривается как «время, проведенное вместе, из-за использования электронных устройств». Новые данные свидетельствуют о наличии связи между родительской техноферентностью и нарушениями психического здоровья и поведения подростков. Так, коллективом авторов из Великобритании был выполнен аналитический обзор по шести базам данных (APA PsycINFO, MEDLINE, ASSIA, ERIC, Social-премиум-коллекция Sciences, SciTech Premium). Поиски включали статьи, исследующие связь между родительской техноферентностью, психическим здоровьем подростков и их

агрессивным поведением. В результате поиска было обнаружено 382 статьи, из которых 13 статей соответствовали критериям отбора. Во всех исследованиях восприятие подростками родительской техноферентности было отрицательно связано с психическим здоровьем подростков и положительно связано с их агрессивным поведением. Родительская сплоченность и психическое здоровье были определены как важные опосредующие факторы. Авторы убедительно показали, что родителям следует осознавать среду, в которой они используют электронные устройства, поскольку их использование может прямо или косвенно влиять на психическое здоровье подростков и агрессивное поведение их детей в подростковом возрасте [47].

К рассмотренным факторам следует добавить организацию досуга, физической активности ребёнка. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья, было установлено, что физически активные подростки (особенно мальчики) с меньшей вероятностью потребляют алкоголь [8; 32]. Родительская «вовлеченность» в процесс формирования активного досуга у ребенка как фактор, значимый для последующего активного образа жизни, подтверждается результатами исследований, проведенных в разных странах [48; 49]. Исследования, проведенные в Бразилии, демонстрируют связь между физической активностью подростков и предшествующем и настоящим уровнем физической активности у их родителей [50]

Таким образом, высоко значимые для здоровья ребёнка факторы семьи, несмотря на значительное количество исследований, пока до конца не изучены. При этом очевидна их связь с культурными факторами социума, следовательно, высокая специфичность для той или иной страны, народа.

Глобальная ситуация в развитии института семьи в Европе свидетельствует о негативных процессах. Их уже в начале 2000-х годов фиксировали социологи Литвы [51], Венгрии [52], других стран. Л.В. Карцева, например, отмечала, что «современные социальные правила и нормы института семьи в

России не являются адекватными, и возвращение семьи к успешному и экономически стабильному функционированию в настоящее время затруднительно» [53]. Семья может противостоять социальным сложностям, в то же время, этот фундаментальный институт, созданный человеческим обществом, будучи воплощением механизма защиты, оказывается и высоко уязвимым. На современном этапе теряют своё значение многие внешние факторы, традиционно стабилизовавшие семью: юридический и религиозный запрет сожительства, осуждение разводов, экономическая зависимость женщин от их мужей и другие. Определяющее значение для стабильности брака приобрели факторы, связанные с индивидуальным поведением супругов.

Таким образом, экономический статус и уровень образования родителей являются значимыми факторами в формировании здоровья ребенка, при этом наблюдается однонаправленная взаимосвязь. Вместе с тем, экономический статус выступает не в качестве независимой переменной, а скорее как модератор связи некоторых факторов здоровья (например, физической активности и малоподвижного поведения) между родителями и подростками. Вероятно, экономический статус лишь опосредованно влияет на условия, необходимые для того, чтобы ребенок рос здоровым. Даже низкий экономический статус семьи может быть компенсирован при наличии хорошего психологического и эмоционального контакта между подростком и родителями (родителем), здоровьесберегающих «привычек» в семье, вовлеченности родителей в жизнь и здоровье ребенка, их информированности о его физическом и психическом состоянии, наличии психологического контакта и современного информирования родителями ребенка о необходимых для сохранения здоровья аспектах (в первую очередь, это относится к репродуктивному здоровью).

Независимо от иных социальных и культурных факторов социума, очевидны взаимосвязь образа жизни родителей и их детей, влияние психологического состояния родителей на

благополучие их ребенка. С изменениями поведенческих стереотипов, обусловленных глобализацией и информатизацией внешней среды, в системе родители-ребенок появляются новые факторы, значимые для здоровья подрастающего поколения, как, например, техноферентность. Список таких факторов, очевидно, может быть продолжен, и не всегда прогнозируемо.

Прослеживается доминирование роли матери среди иных членов семьи в формировании культуры питания и досуга подростка, в контроле за своевременным прохождением ребенком необходимых медицинских обследований (при этом фактор образования матери играет важную опосредующую роль именно в данных точках влияния, выступая проводником культурных норм здоровьесбережения). Роль матери является первостепенной в восприятии подростком родительского эмоционального тепла. Образ жизни матери и эмоциональный контакт с ребенком рассматриваются как высоко значимые факторы риска приобщения подростка к алкоголю и (или) курению, развитию у подростка агрессии, проявляющейся в склонности к кибербуллингу. Отсутствие в домохозяйстве отца в сочетании с неумеренным потреблением алкоголя матерью – наиболее неблагоприятное сочетание для формирования риска употребления подростком алкоголя.

Наиболее негативный фактор микроклимата семьи – насилие, независимо от национальной и культурной специфики социума. Современная семья может рассматриваться как «психологическое убежище» для ребенка. Если это не так, семья, по сути, дисфункциональна.

### **3.2 Здоровьесберегающее поведение и характеристика здоровья подростков 15-18 лет: данные эмпирического исследования**

Материалом послужила база данных «Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь» получена методом анонимного раздаточного опроса на основе добровольного согласия 1254 подростков 15-18 лет (выборка, репрезентативная республиканской) [54].

В анкетировании приняли участие 612 девушек (48,80%) и 642 юноши (51,20%). Медианный возраст респондентов составил 17 [15; 18] лет.

Обработка данных проводилась в операционной системе Windows XP с использованием таблиц Microsoft Excel, пакета программы SPSS 20.0, программы STATISTICA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q). Для анализа полученных материалов рассчитывали средние и относительные показатели. Нормальность распределения данных оценивалась по критерию Колмогорова-Смирнова. Переменная «возраст» представлена в виде медианы и квартилей – Me [25-й; 75-й перцентили] с использованием для оценки различий в группах критерия Манна-Уитни. Расчет доверительных интервалов [ДИ 95%] производился методом Уилсона. При сравнении групп по экстенсивным показателям использовали критерий хи-квадрат (" $\chi^2$ ") Пирсона (при количестве ожидаемых наблюдений менее 10 – с поправкой Йетса, менее 5 – точный критерий Фишера). Различия между признаками интерпретировали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

### **3.2.1 Сексуальное поведение подростков в десятилетней динамике и в сопоставлении с мировыми данными**

Для того чтобы установить, как изменилось **сексуальное поведение белорусских подростков**, было проведено сопоставление с подобным исследованием, проводимым нами в 2010-2011 годах [55], также выполненным на репрезентативной республиканской выборке подростков 15-18 лет ( $n=949$ , девочки  $n=463$ , мальчики  $n=486$ ), при этом сбор данных осуществлялся аналогичным способом по сопоставимой методике опроса.

Для сопоставления с зарубежными данными использованы материалы открытого доступа результатов проекта «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), который представлял собой крупное исследование на базе школ, проводимое в сотрудничестве с Европейским

региональным бюро ВОЗ. Результаты данного межстранового исследования основаны на анализе опроса HBSC 2021/2022 года, проведенного в 42 странах региона Европы, Центральной Азии и Канады, у подростков в возрасте 15 лет (две из 44 стран и регионов исследования не смогли собрать данные о сексуальных отношениях) [56].

Согласно результатам анализа данных опроса лиц в возрасте 15-18 лет, более четверти респондентов (27,99%) ведут половую жизнь. К 18 годам около половины (47,45%) подростков общей группы уже имели сексуальный опыт. Доля 15-18-летних юношей, живущих половой жизнью, достоверно выше, чем среди девушек (34,11% против 21,56%,  $\chi^2=24,458$ ;  $p<0,001$ ). Установлено наличие гендерных различий по данному параметру как среди городских девушек и юношей (22,29% и 34,16% соответственно,  $\chi^2=17,922$ ;  $p<0,001$ ), так и девушек и юношей, проживающих в сельской местности (18,10% и 33,91% соответственно,  $\chi^2=7,074$ ;  $p=0,008$ ).

Сексуальная активность подростков резко возрастает после 15 лет и к 16 годам около 1/5 части девушек и четверти юношей имеют опыт сексуальных отношений. Необходимо отметить, что удельный вес юношей, имевших опыт сексуальных отношений, во всех возрастных группах превышает удельный вес девушек с таким опытом, однако достоверные гендерные различия выявлены только среди лиц в возрасте 17 лет (24,84% девушек и 42,24% юношей,  $\chi^2=10,621$ ;  $p=0,002$ ) и 18 лет (36,36% девушек и 58,13% юношей,  $\chi^2=14,903$ ;  $p<0,001$ ).

Как показало наше исследование, удельный вес городских и сельских 15-18-летних подростков, у которых состоялся сексуальный дебют, примерно одинаков (28,34% и 26,36% соответственно). При этом нами не выявлены достоверные различия по данному показателю как между городскими и сельскими девушками (22,29% и 18,10%,  $\chi^2=0,904$ ;  $p=0,342$ ), так и городскими и сельскими юношами (34,16% и 33,91%,  $\chi^2=0,002$ ;  $p=0,960$ ). Наиболее уязвимым для данного события (как для городских подростков, так и для их сверстников,

проживающих в сельской местности) является возраст между 15 и 16 годами: прирост случаев сексуального дебюта составил среди городских подростков +15,23%, среди сельских +20,38%. Несмотря на то, что доля 15-летних подростков города, сообщивших об опыте сексуальных отношений, в 1,7 раз выше, чем среди их сельских ровесников, нами не установлено статистически достоверной разницы по данному показателю (7,97% против 4,62%,  $\chi^2=0,860$ ;  $p=0,354$ ).

Учитывая высокую сексуальную активность подростков на фоне либеральной трансформации сексуальных отношений, достаточный уровень контрацептивной культуры в подростковой среде является основным условием, позволяющим исключить риски беременности и проводить профилактику инфекций, передаваемых половым путем, тем самым снижая потери репродуктивного здоровья.

Несмотря на то, что с увеличением возраста возрастает количество подростков (как юношей, так и девушек), использующих контрацептивные средства во время половой близости, все же имеет место тревожная ситуация: около трети подростков, живущих половой жизнью, не использовали контрацептивной защиты или использовали ее иногда (31,82% девушек и 32,88% мальчиков). Среди городских и сельских жителей удельный вес таких лиц также примерно одинаков (32,77% и 31,04% соответственно).

На фоне низкой культуры контрацепции, вызывает обеспокоенность высокая частота случайных половых контактов среди подросткового контингента. Так, четверть опрошенных подростков общей группы (25,07%) сообщили о наличии случайных половых связей за предшествующий период жизни. В целом, юноши в 1,9 раз чаще чем девушки сообщают об имевшихся у них случайных половых связях (30,59% против 15,91%,  $\chi^2=9,454$ ;  $p=0,003$ ), с наибольшей кратностью различий (в 3 раза) в возрасте 17 лет. Девушки в большей степени склонны поддерживать постоянные половые связи, чем юноши. Так, на отсутствие постоянного полового партнера указывают каждая третья девушка (31,82%) и каждый

второй юноша (48,40%) из общей группы подростков ( $\chi^2=8,536$ ;  $p=0,004$ ). В то же время, сравнительный анализ в группах подростков, разделенных по фактору проживания, установил, что как городские подростки, так и их сверстники, проживающие в сельской местности, имеют случайные половые связи одинаково часто (25,60% и 22,41% соответственно).

По данным опроса 2010-2011 года, наличие опыта половых отношений подтвердили 31,2% опрошенных белорусских 15-18 летних подростков (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 использовали средства, предохраняющие от наступления беременности. Около 60,8% указали, какие именно средства (методы) контрацепции они используют. Остальные не ответили на вопрос о контрацепции, что позволяет предположить, что порядка 39% подростков не использовали в 2010-2011 гг. средства и методы предохранения от беременности при половом акте. Только 7,2% подростков из числа тех, что использовали те или иные методы и средства контрацепции, предварительно обращались к врачу за консультацией.

Около 8,7% подростков (или каждый четвертый подросток от числа имевших половые отношения) ответили положительно на вопрос о наличии случайных половых связей.

По данным проекта «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), в 2022 году 20% 15-летних мальчиков и каждая седьмая (15%) девочек из 44 стран Европы, Центральной Азии и Канады указывали на наличие сексуальных контактов. Доля осталась примерно на том же уровне по сравнению с аналогичным исследованием, выполненным под эгидой ВОЗ в 2014 году.

Среди подростков, имевших половые контакты, 61% мальчиков и 57% девочек отмечали использование презерватива во время последнего сексуального контакта; около трети подростков (30% мальчиков и 36% девочек) не использовали презерватив, 9% не знали, использует ли

презерватив их половой партнёр. Эти данные отличались по странам и регионам. Доля сексуально активных подростков, использующих презервативы во время последнего сексуального контакта, из опрошенных в 44 странах Европы, Центральной Азии и Канады снизилась с 70% до 61% среди мальчиков и с 63% до 57% среди девочек между 2014 и 2022 годами. Данный спад регистрировался в разных странах и во многих регионах, с различной выраженностью тенденции.

Четверть (26%) сексуально активных 15-летних девочек (либо юношей относительно своих партнёрш) отмечали, что использовали оральные контрацептивы во время последнего сексуального контакта, уровень сохранился стабильным с 2014 по 2022 годы.

Третья часть сексуально активных подростков обоих полов из 44 стран Европы, Центральной Азии и Канады в 2022 году не использовали ни презерватив, ни оральные контрацептивы во время последнего полового контакта, что осталось практически стабильным с 2018 года.

Таким образом, в 2022-2023 году в Республике Беларусь 27,99% подростков 15-18 лет уже имеют опыт половой жизни, в то время как в 2010-2011 годах опыт половых отношений подтвердили 31,2% 15-18 летних подростков.

Как в 2010-2011, так и в 2022-2023 годах регистрируются гендерные различия: доля юношей, положительно отвечающих на вопрос о наличии половых отношений, превышает долю девушек (34,11% против 21,56% в 2022-2023 гг. и 39,09% против 22,9% в 2010-2011 годах, соответственно). Данные различия не являются значимыми в 15-16 лет, однако резко увеличиваются у 17-18-летних подростков.

К 18 годам доля сексуально активных подростков резко возрастает, достигая 47,45%. При этом среди 15-летних подростков доля сексуально активных мальчиков составила 8,64%, девочек – 5,84%, соответственно. Международные данные в 2022 года свидетельствуют о том, что в 15-летнем возрасте подтверждают наличие половых отношений значительно большая доля подростков: 20% 15-летних

мальчиков и каждая седьмая (15%) девочек из 44 стран Европы, Центральной Азии и Канады, эти данные остались практически стабильными по сравнению с аналогичным исследованием, выполненным в 2014 году.

В 2022-2023 годах около трети белорусских подростков из числа имевших опыт полового контакта не использовали средства и методы контрацепции (31,82% девушек и 32,88% мальчиков) при последнем половом контакте, вне зависимости от проживания. В 2010-2011 годах эта доля доходила до значений 39%. В отличие от зарубежных данных, тенденция скорее положительная. В то же время, данные сопоставимы с результатами HBSC: третья часть сексуально активных подростков обоих полов из 44 стран Европы, Центральной Азии и Канады в 2022 году не использовали ни презерватив, ни оральные контрацептивы во время последнего полового контакта, что осталось практически стабильным с 2018 года.

В 2022-2023 годах (как и в 2010-2011 годах) каждый четвертый подросток (значимо чаще – юноши, с максимальной кратностью различий, составляющей 3 раза, в возрасте 17 лет) из числа подтвердивших опыт половой жизни сообщал о наличии случайных половых связей. Влияния фактора проживания не установлено.

Таким образом, каждый тринадцатый 15-летний мальчик и каждая семнадцатая 15-летняя девочка в Беларуси подтверждают наличие опыта половой жизни, в отличие от каждого пятого мальчика и каждой седьмой девочки по зарубежным данным. Белорусские подростки начинают половые отношения примерно на год позже их зарубежных сверстников. Вместе с тем, уже в 16 лет сексуально активна уже каждая пятая девочка и каждый четвертый мальчик, и начиная с 17 лет доля имеющих опыт половых отношений юношей значимо превышает таковую у девушек. Международные данные свидетельствуют о значительных различиях между регионами и странами. Для Беларуси влияние фактора проживания в городе и селе на сексуальную активность подростков не установлено.

Большинство подростков, уже имеющих опыт сексуальных отношений, считают лучшим возрастом для сексуальной инициации именно подростковый возраст, что свидетельствует о том, что они не считают раннюю сексуальную активность чем-то отклоняющимся от нормы, и фактором риска здоровью. В то же время, как и зарубежные сверстники, белорусские подростки, независимо от пола и проживания в городе или селе, в каждом третьем случае отвечают, что не использовали средства и методы контрацепции при последнем половом контакте.

Белорусские юноши, как и их зарубежные сверстники, выявляют значительно больший риск случайных половых связей, независимо от проживания в городе или селе.

Сопоставление данных опроса белорусских подростков 2010-2011 и 2022-2023 года показывает, что в целом подростки выбирают непроверенные источники информации, причём динамика в данном отношении не может быть охарактеризована как положительная.

Таким образом, несмотря на значительно более благоприятные данные в сопоставлении со странами Западной Европы, Азии и Канады, а также некоторую положительную динамику за период с 2010 по 2023 годы, сексуальное поведение белорусских подростков по-прежнему остается рискованным по отношению к их здоровью и последующей реализации их репродуктивного потенциала.

Для улучшения ситуации и уменьшения рисков в данной сфере считаем необходимым провести сравнительный анализ также и с поведением российских подростков. Ментальная близость, общность исторических корней белорусов и россиян позволит объединить усилия с тем, чтобы лучше понять влияние культурных, социальных и других факторов на сексуальное поведение подростков, учесть выявленные результаты в практической деятельности в образовании и здравоохранении, что в конечном счете отразится на репродуктивном здоровье молодёжи обеих стран.

### 3.2.2. Распространённость некоторых поведенческих факторов риска здоровью у 15-18-летних подростков

Каждый третий-четвёртый подросток 15-18 лет (27,99%) имеет опыт половой жизни. К 18 годам уже около половины (47,45%) подростков имеют такой опыт. Сексуальная активность подростков резко возрастает после 15 лет и к 16 годам около 1/5 части девушек и четверти юношей имеют опыт сексуальных отношений. Удельный вес юношей, имевших опыт сексуальных отношений, во всех возрастных группах превышает удельный вес девушек с таким опытом, однако достоверные гендерные различия выявлены только среди лиц в возрасте 17 лет (24,84% девушек и 42,24% юношей,  $\chi^2=10,621$ ;  $p=0,002$ ) и 18 лет (36,36% девушек и 58,13% юношей,  $\chi^2=14,903$ ;  $p<0,001$ ). Около трети подростков, живущих половой жизнью, не использовали контрацептивной защиты или использовали ее иногда (31,82% девочек и 32,88% мальчиков). Четверть опрошенных подростков (25,07%) сообщили о наличии случайных половых связей за предшествующий период жизни. В целом, юноши в 1,9 раз чаще чем девушки сообщают об имевшихся у них случайных половых связях (30,59% против 15,91%,  $\chi^2=9,454$ ;  $p=0,003$ ), с наибольшей кратностью различий (в 3 раза) в возрасте 17 лет.

Ответили, что пробовали курить электронные сигареты 31,34% подростков. Возраст первой пробы варьировал от 10 до 18 лет, большинство (56,7%) от имеющих опыт употребления электронных сигарет впервые попробовали в 15 (30,8%) или в 16 лет (25,9%). Также каждый третий (30,4%) 15-18-летний подросток указал, что пробовал курить обычные сигареты. Возраст первой пробы варьировал от 5 до 18 лет, причём наиболее часто приходился на 15 лет (22,8% от имевших опыт курения), 16 лет (22,6%) и 14 лет (20,47%, соответственно). Более трети (37,32%) подростков указали, что проба была однократной и более они не употребляют электронные сигареты, 12,2% отметили, что «употребляли, но прекратили употребление к настоящему времени», достаточно высокая доля – каждый третий из числа имевших опыт пробы электронных

сигарет (29,27%) в последующем отметил употребление несколько раз в неделю и чаще. Почти 38,5% 15-18-летних подростков пробовали обычные сигареты лишь однократно. Однако каждый четвертый (24%) отметили очень частое (несколько раз в неделю и чаще) употребление.

Энергетические напитки употребляли когда-либо 48,09% 15-18-летних подростков, при этом 24,38% от имевших опыт употребления энергетических напитков впервые попробовали их в возрасте 15 лет, 22,22% – в 14 лет, 16,6% – в 16 лет, 13,4% – в 13 лет; таким образом, каждый третий (36,84%) от всех 15-18-летних подростков пробуют энергетические напитки в возрасте 13-16 лет. Каждый четвертый-пятый (22,77%) 15-18-летний подросток, указавший на наличие опыта пробы энергетических напитков, имел лишь однократную пробу, 37,95% употребляют их эпизодически (реже 1 раза в месяц), 22,28% – несколько раз в месяц, 8,4% – несколько раз в неделю и чаще.

Указали, что употребляли когда-либо пиво и иные слабоалкогольные напитки 43,6% 15-18-летних подростков, из них большинство (67,64%) впервые попробовали алкоголь в возрасте 14-16 лет (19,01%, 25,77%, и 22,86%, соответственно), а возраст первой пробы варьировал от 1 года до 18 лет включительно. Треть (29,34%) из числа имевших опыт употребления слабоалкогольных напитков 15-18-летних подростков указали, что имели лишь опыт однократной пробы («пробовал однократно и более не употребляю»), 22,0% употребляют 1-2 раза в год, 25,8% – употребляют 1 раз в месяц и реже, но чаще, чем 1 раз в полгода, 17,5% употребляют слабый алкоголь несколько раз в месяц, 5,36% – несколько раз в неделю.

Крепкие алкогольные напитки пробовали когда-либо 26,75% 15-18-летних подростков. Впервые проба произошла в возрасте 6-18 лет, наиболее часто (53,3% от имевших опыт пробы крепкого алкоголя) – в 15-16 лет. Более трети (34,99%) от имевших опыт пробы крепкого алкоголя пробовали его только однократно, либо (30,85%) ответили, что употребляют один раз в полгода и реже. Каждый четвертый-пятый 15-18-летний

подросток (22,59%) из числа имеющих опыт употребления крепких алкогольных напитков употребляет алкоголь 1 раз в месяц и реже, но чаще, чем 1 раз в полгода, 9,09% подростков употребляют крепкий алкоголь несколько раз в месяц.

Положительно ответили об опыте пробы наркотиков или курительных смесей 1,28% 15-18-летних подростков, при этом первая проба произошла в 13-18 лет, наибольшая доля (31,25% от имевших опыт) подростков впервые попробовали курительные смеси в 14 лет; подавляющее большинство (75%) отметили, что это была лишь однократная проба, однако каждый четвертый указал на эпизодическое употребление в дальнейшем.

На вопрос о том, как обстоят дела с «вредными привычками» у сверстников, 30,14% подростков указали, что в их ближайшем окружении (одноклассники, друзья, близкие знакомые) нет ребят, употребляющих электронные сигареты, 33,25% – нет употребляющих обычные сигареты, 27% – нет употребляющих слабоалкогольные напитки и 56,86% – крепкий алкоголь, подавляющее большинство (95,7%) указали, что никто из их ближайшего окружения не употребляет наркотики, курительные смеси.

Вместе с тем, 16,4% подростков указали, что половина ребят из их близкого круга курят электронные сигареты (и 15,3% указали, что примерно половина из их круга курят обычные сигареты), 5,1% подростков отметили, что курящих электронные сигареты (4,15% – обычные сигареты, соответственно) среди их круга большинство.

Также каждый четвертый-пятый (22,4%) подросток указал, что примерно половина его близких знакомых подростков употребляют слабоалкогольные напитки, и еще 7,66% отметили, что таковых большинство. Относительно крепкого алкоголя, 7,8% 15-18-летних подростков находятся в окружении, где употребляют половина, и 3,6% – где употребляют большинство ребят.

По наркотикам и курительным смесям 3,75% подростков ответили, что знают о случаях употребления в их ближайшем

окружении, причём 25,53% из ответивших положительно отмечают, что в их круге таких подростков половина и более.

Таким образом, анализ факторов образа жизни подростков выявляет тревожную картину, которая характеризуется следующими компонентами:

- каждый третий-четвёртый подросток 15-18 лет (27,99%) имеет опыт половой жизни. При этом около трети подростков, живущих половой жизнью, не использовали контрацептивной защиты или использовали ее иногда (31,82% девочек и 32,88% мальчиков). Четверть опрошенных подростков (25,07%) сообщили о наличии случайных половых связей, юноши в 1,9 раз чаще чем девушки, с наибольшей кратностью различий (в 3 раза) в возрасте 17 лет.

- Почти половина 15-18-летних подростков употребляли когда-либо энергетические напитки, при этом каждый третий (36,84%) от всех 15-18-летних подростков пробует энергетические напитки в возрасте 13-16 лет, каждый третий продолжает употреблять их затем несколько раз в месяц (22,28% от пробовавших) и чаще (8,4% от пробовавших). Употребляли когда-либо пиво и иные слабоалкогольные напитки 43,6% 15-18-летних подростков, знакомы с крепким алкоголем более четверти (26,75%) подростков.

- Большинство (67,64%) впервые попробовали слабый алкоголь в возрасте 14-16 лет, а возраст первой пробы варьировал от 1 (!) года до 18 лет включительно; при этом каждый пятый подросток после первой пробы употребляет слабоалкогольные напитки несколько раз в месяц. Впервые проба крепкого алкоголя произошла у подростков в возрасте 6-18 лет, наиболее часто (53,3% от имевших опыт пробы крепкого алкоголя) – в 15-16 лет. Каждый одиннадцатый подросток после первой пробы употребляет крепкий алкоголь несколько раз в месяц.

- Согласно ответам 15-18-летних подростков, каждый третий из них знаком с курением электронных и также каждый третий – с курением обычных сигарет. Возраст первой пробы электронных сигарет варьировал от 10 до 18 лет, пробы

обычных сигарет – от 5 лет Каждый третий подросток из числа имевших опыт пробы электронных сигарет (29,27%) и каждый четвертый (24%) из числа отметивших опыт курения обычных сигарет в последующем отметил употребление несколько раз в неделю и чаще.

- Несмотря на то, что положительно ответили об опыте пробы наркотиков или курительных смесей только 1,28% 15-18-летних подростков (первая проба произошла в 13-18 лет), в три раза большая доля подростков знают о случаях употребления наркотиков или курительных смесей в их ближайшем окружении.

### **3.2.3. Характеристика здоровья подростков**

В 2015 г. мировое сообщество утвердило Повестку дня до 2030 г., включающую 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР). При этом одним из ключевых элементов на пути достижения устойчивого развития является здоровье населения, что определено в Цели 3 как «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Одним из основных условий успешного достижения данной цели признано снижение бремени хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), как на национальном, так и международном уровне и предусмотрено снижение к 2030 г. на треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения (задача 3.4 ЦУР) [57].

Подрастающему поколению отводится значительная роль в достижении ЦУР: из 232 принятых показателей 50 напрямую касаются детей и подростков. Повестка в области устойчивого развития предполагает, что подростки являются движущей силой достижения ЦУР и рассматриваются как ценный ресурс, инвестиции в здоровье которых позволят снизить заболеваемость, инвалидность и преждевременную смертность во взрослом возрасте.

Вместе с тем, в последнее десятилетие такие ведущие международные организации как Детский фонд ООН

(ЮНИСЕФ), ВОЗ в документах, касающихся охраны здоровья детей и подростков, отмечают нарастающие негативные явления в данной области, наиболее значительно выраженные именно в подростковом возрасте. Так в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков основными проблемами в области здоровья подростков во всем мире названы такие как неоправданно высокая заболеваемость и смертность подростков вследствие предотвратимых причин или причин, поддающимся лечению: травматизм, самоубийства, заболевания нижних дыхательных путей, насильственные действия [58]. Кроме того, расширяют риски для здоровья и жизни подростков, связанные с ранней сексуальной активностью, рационом питания, физической активностью, а также употреблением табака, алкоголя и наркотиков [59]. Учитывая, что в 70% случаев смертность взрослых по причине хронических неинфекционных заболеваний вызвана факторами риска, воздействие которых началось в подростковом возрасте [58], крайне важным является принятие мер в отношении основных угроз их здоровью и способствование формированию здоровых форм поведения среди подростков.

В руководстве по осуществлению Глобальной стратегии национальным службам здравоохранения рекомендуется выполнять систематический анализ проблем здоровья подростков с выделением состояний и заболеваний, в наибольшей степени влияющих на их здоровье и развитие [60]. При этом необходимо учитывать, что подростковый возраст – это широкий временной диапазон с интенсивными процессами биологического и социального развития. Именно поэтому стратегический документ акцентирует внимание на необходимость выявления специфических проблем здоровья лиц, относящихся к различным половозрастным группам, и использования дифференцированного подхода к разработке и реализации национальных программ в области охраны здоровья подростков.

В Республике Беларусь охрана здоровья детей и подростков возведена в ранг приоритетных направлений

государственной политики и рассматривается как обязательное условие обеспечения национальной безопасности государства. При формировании государственной политики в области охраны здоровья подрастающего поколения принимаются во внимание соответствующие рекомендации международных организаций с учетом специфики национального здравоохранения. Беларусь активно участвует в работе по достижению показателей ЦУР, характеризующих положение детей и подростков в стране, проводится анализ базового уровня таких показателей и выявление наиболее актуальных проблем [61]. Информация о достигнутом уровне ЦУР послужила основой для разработки таких стратегических и программных документов Республики Беларусь как Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь до 2035 г. [62]. Программы социально-экономического развития на 2021-2025 г. [63]. Стратегии развития государственной молодежной политики Республики Беларусь до 2030 г. [64]. Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2022-2026 годы [65].

Однако система здравоохранения сталкивается с рядом нерешенных задач: продолжается поиск новых и совершенствование имеющихся подходов к управлению здоровьем подростков, не определены способы повышения результативности профилактических мероприятий; подход к профилактической работе, основанный на системном многоуровневом принципе, все еще не получил должного развития.

Проводимые ранее в Республике Беларусь исследования, посвященные изучению вопросов здоровья детей и подростков, наиболее часто направлены на установление показателей заболеваемости лиц данного контингента, проживающих в отдельных регионах страны [Гузик Е. О. и соавт., 2013; Л. Г. Соболева, Т. М. Шаршакова, 2013; М. М. Солтан, А. П. Чичко, 2018], либо на изучение динамики показателей их здоровья по конкретным группам заболеваний [В. Б. Смычек, А. И. Богданович, 2019; Т. С. Голубева и соавт., 2023], где в

большинстве случаев представлены данные в отношении всего детского населения (0-17 лет), без выделения группы подростков из детского контингента.

В Республике Беларусь осуществляется статистический учет сведений о состоянии здоровья детей по форме государственной статистической отчетности «1-Дети» (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям», который предусматривает группировку и суммирование данных о профилактических медицинских осмотрах и их результатах [66]. Вместе с тем, информация о заболеваемости лиц в возрасте до 18 лет представлена только для выделенных возрастных групп (10-13 лет, 14 лет, 15-17 лет, 0-17 лет), что исключает возможность углубленного анализа показателя с учетом дифференциации объекта исследования на однолетние возрастные интервалы. Кроме того, отсутствует статистическая информация, характеризующая абсолютные цифры выявленных заболеваний отдельно для юношей и девушек (за исключением лиц в возрасте 15-17 лет). Таким образом, анализ сведений сводных годовых отчетов детских амбулаторно-поликлинических учреждений не позволяет в достаточной мере установить характеристики морбидности лиц подросткового возраста с учетом половозрастных особенностей и особенностей, обусловленных местом жительства.

Итоговым критерием эффективности профилактической работы среди подрастающего поколения являются показатели здоровья лиц данной социально-демографической группы, среди которых показатели заболеваемости выступают в качестве основных. Для анализа состояния здоровья на популяционном уровне целесообразно использовать показатель патологической пораженности – совокупность всех патологических состояний, выявленных при проведении профилактических осмотров. Данный метод является наиболее информативным, позволяют получать более объективные данные, чем при изучении заболеваемости по данным обращаемости за медицинской помощью, так как позволяет учитывать не только патологию, имеющую клиническую симптоматику и побуждающую

родителей привести подростка к врачу, но и субклинические формы, латентно протекающие болезни.

Нами проведен анализ данных, полученных при исследовании выборочной совокупности 10-18-летних белорусских подростков ( $n=1118$ ). Для обеспечения количественной и качественной репрезентативности выборки ее конструирование осуществлялось с использованием официальных статистических данных о численности и половозрастном составе лиц исследуемой возрастной группы, проживающих в Республике Беларусь, с учетом их территориального распределения в отдельных административных областях.

Количественное соотношение между мужской и женской частями выборки следующее: юноши – 574 (51,34%), девушки – 544 (48,66%), что соответствует существующему соотношению в генеральной совокупности в данной возрастной группе. Распределение по фактору проживания в городе или селе составило 903 (80,77% выборки) и 215 (19,23%) подростков соответственно, что также пропорционально республиканскому.

Возрастная структура сформированной выборки подростков следующая: 10-летние подростки – 133 (11,90%), 11-летние – 135 (12,08%), 12-летние – 133 (11,90%), 13-летние – 128 (11,45%), 14-летние – 121 (10,82%), 15-летние – 157 (14,04%), 16-летние – 155 (13,86%), объединенная группа 17-18-летних 112 и 44 – 156 (13,95%). Медианный возраст подростков выборочной совокупности составил (Me [25-й; 75-й перцентили]) 14 [13; 16] лет. Достоверные возрастные различия отсутствуют как между группами юношей и девушек (14 [13; 16] лет в обеих группах;  $p=0,846$ ), так и между группами подростков города и села (14 [13; 16] в обеих группах;  $p=0,875$ ), что указывает на статистическую обоснованность сравнительного анализа в указанных группах.

Для сбора первичной информации нами был применен способ выкопировки данных из первичной медицинской документации (История развития ребенка – форма №112/у). Выкопировка данных проводилась в детских поликлиниках и

детских отделениях в составе поликлиник для взрослого населения по схеме переводного эпикриза (Приложение 1 к Инструкции об организации оказания медицинской помощи детям подросткового возраста) [67] в период с 01.01.2022 г. по 31.10.2022 г. Сведения о заболеваниях, выявленных на момент медицинского осмотра, были систематизированы согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра [68].

Применена общепринятая методика для расчета статистических показателей, а именно: патологическая пораженность рассчитана как число выявленных при медицинских осмотрах заболеваний и патологических состояний / общее число осмотренных  $\times 1000$  (в ‰), патологическая поражённость конкретным заболеванием рассчитана как число случаев выявления при медицинских осмотрах данного заболевания / общее число осмотренных  $\times 1000$  (в ‰), удельный вес лиц, имеющих данное заболевание, по данным медицинских осмотров, рассчитан как число лиц, имеющих данное заболевание / общее число осмотренных  $\times 100$  (в %), структура заболеваемости по данным медицинских осмотров рассчитана как число случаев выявления при медицинских осмотрах данного заболевания / общее число выявленных при медицинских осмотрах заболеваний  $\times 100$  (в %).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием таблиц Microsoft Excel 2010, пакета программы SPSS 20.0, программы STATISTICA 10.0 (SNAХAR207F394425FA-Q). Для анализа полученных материалов рассчитывали средние и относительные показатели (интенсивные и экстенсивные). Нормальность распределения данных оценивалась по критерию Колмогорова-Смирнова. Переменная «возраст» представлена в виде медианы и квартилей – Me [25-й; 75-й перцентили] с использованием для оценки различий в группах критерия Манна-Уитни. Распределение категориальных переменных (коды диагнозов, относящиеся к определенному классу болезней) показано в виде абсолютных величин (абс.), по частотам (уровень в ‰) и

пропорциям (удельный вес в %) с использованием 95% доверительных интервалов [ДИ 95%].

Применен сравнительный статистический анализ признаков в группах, разделенных по факторам пола и проживания в городе-селе. При сравнении групп по интенсивным и экстенсивным показателям использовали критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ) Пирсона (с поправкой Йетса для случаев малых частот). Различия между признаками интерпретировали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

Анализ полученных данных показал, что уровень патологической пораженности в общей группе подростков составляет 1568,87 [1488,45; 1649,30] случаев патологии на 1000 человек. При отсутствии статистически значимых различий в частоте выявляемой по результатам медосмотров патологии между группой юношей и девушек (1538,33‰ [1422,83; 1653,79] против 1601,10‰ [1489,09; 1713,11];  $\chi^2=7,489$ ;  $p=0,586$ ), выявлены гендерные особенности патологической пораженности подростков по отдельным классам заболеваний. Уровень патологической пораженности девушек достоверно выше, чем у юношей по таким классам заболеваний как болезни глаза и его придаточного аппарата (450,37‰ [409,05; 492,38] против 343,21‰ [304,37; 382,05],  $\chi^2=13,425$ ;  $p=0,004$ ) и болезни мочеполовой системы (71,69‰ [52,88; 96,51] против 40,07‰ [26,85; 59,41],  $\chi^2=7,715$ ;  $p=0,021$ ). В то же время, интенсивный показатель болезней системы кровообращения оказался почти в 2 раза выше в группе юношей (141,11‰ [115,02; 171,99] против 77,21‰ [57,62; 102,72],  $\chi^2=11,168$ ;  $p=0,011$ ). При этом сравнительный анализ удельного веса подростков, имеющих те или иные заболевания или патологические состояния выявил достоверные гендерные различия только по двум классам: болезни глаза (с большей долей девушек – 40,44% [36,40; 44,62] против 30,84% [27,20; 34,73],  $\chi^2=11,252$ ;  $p=0,001$ ) и болезни системы кровообращения (с большей долей юношей – 12,20% [9,77; 15,13] против 6,43% [4,66; 8,82],  $\chi^2=10,894$ ;  $p=0,001$ ). Указанные выше различия отмечались среди подростков,

проживающих в городе, при отсутствии достоверных различий по данным классам болезней и патологических состояний у юношей и девушек села.

Имеют место некоторые особенности патологической пораженности подростков в зависимости от их места жительства. Так, установлено, что уровень заболеваемости, выявляемой по результатам медицинских осмотров подростков, проживающих в городе достоверно выше, чем у сельских подростков, и составляет 1666,67 [1574,39; 1758,95] и 1158,14 [1012,08; 1304,20] случаев на 1000 подростков соответственно ( $\chi^2=24,370$ ;  $p=0,004$ ). Анализ уровня патологической пораженности по отдельным классам болезней и удельного веса подростков, имеющих ту либо иную патологию, показал, что, несмотря на более высокий интенсивный показатель патологической пораженности у городских подростков почти по всем классам болезней (за исключением болезней уха и сосцевидного отростка и психических расстройств), достоверные различия между подростками, проживающими в городских и сельских регионах, установлены только для четырех классов заболеваний и патологических состояний.

Наибольшее значение кратности различий в группах подростков, разделенных по фактору проживания, с преобладанием в 2,7 раз уровня патологической пораженности среди городских лиц, отмечено по классу болезней системы кровообращения (125,14% [105,13; 148,32] против 46,51% [25,46; 83,49],  $\chi^2=8,132$ ;  $p=0,043$ ). При сравнении удельного веса подростков, имеющих болезни системы кровообращения, с учетом фактора проживания, установлено, что нозологии данного класса являлись проблемой в состоянии здоровья у 10,52% [8,68; 12,69] городских подростков и у 4,65% [2,55; 8,35] подростков села ( $\chi^2=7,030$ ;  $p=0,008$ ), с наличием достоверных различий между юношами города и юношами села (13,61% [10,78; 17,03] и 6,31% [3,09; 12,45] соответственно,  $\chi^2=4,457$ ;  $p=0,035$ ), но при отсутствии различий между девушками (7,27% [5,20; 10,09] и 2,89% [0,99; 8,14] соответственно,  $\chi^2=2,011$ ;  $p=0,156$ ).

Проблема болезней пищеварительной системы также является более выраженной у подростков, проживающих в городе – уровень нозологий данного класса составил 184,94 [160,97; 211,58] случаев на 1000 лиц в возрасте 10-18 лет, что в 2,5 раза больше, чем у подростков села (74,42 [46,32; 117,46] случаев на 1000 подростков) ( $\chi^2=13,715$ ;  $p=0,001$ ). В группе городских подростков в 2,3 раза выше удельный вес лиц, имеющих заболевания пищеварительной системы (17,39% [15,05; 20,00] и 7,44% [4,63; 11,75] подростков из города и села соответственно,  $\chi^2=13,130$ ;  $p<0,001$ ), при наличии достоверных различий как между городскими и сельскими юношами (16,63% [13,52; 20,29] и 7,21% [3,70; 13,58] соответственно,  $\chi^2=6,302$ ;  $p=0,012$ ), так и между девушками города и села (18,18% [14,86; 22,06] и 7,69% [3,95; 14,45] соответственно,  $\chi^2=6,826$ ;  $p=0,009$ ).

Патологическая пораженность по классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения у городских подростков составила 179,40‰ [155,75; 205,77] против 102,33‰ [68,55; 150,06] у их сельских ровесников ( $\chi^2=6,988$ ;  $p=0,030$ ). Заболевания данного класса выявлены у каждого 6-ого подростка города (17,17% [14,85; 19,76]) и у 10,23% [6,86; 15,01] подростков села ( $\chi^2=6,263$ ;  $p=0,012$ ).

Класс болезней нервной системы также характеризуется наличием достоверной разницы в уровнях патологической пораженности среди городских и сельских подростков (69,77‰ [54,91; 88,27] против 27,91‰ [5,89; 49,92],  $\chi^2=5,255$ ;  $p=0,022$ ) и регистрируются у 6,42% [5,00; 8,21] и 2,79% [1,29; 5,95] лиц из числа проживающих в городе и в сельской местности соответственно ( $\chi^2=4,245$ ;  $p=0,039$ ).

Кроме того, при отсутствии существенных различий уровня патологической пораженности по классу заболеваний костно-мышечной системы между группой городских и сельских подростков (269,10‰ [241,20; 298,96] и 213,95‰ [164,41; 273,54],  $\chi^2=2,153$ ;  $p=0,341$ ), доля городских девушек-подростков, имеющих патологию данного класса в 1,3 раза выше, чем среди городских сверстников-мальчиков (26,82% [22,89; 31,15] и 20,73% [17,29; 24,66],  $\chi^2=4,618$ ;  $p=0,032$ ).

Установлено схожее распределение доминирующих в этиологической структуре классов заболеваний как в половых группах, так и в группах подростков по месту жительства (город-село). В таблице 1 представлены классы болезней, определяющие более 70% патологической пораженности лиц в возрасте 10-18 лет.

Таблица 1. Удельный вес отдельных классов болезней в структуре патологической пораженности подростков (в %)

<b>Классы МКБ-10</b>	<b>Девушки</b>	<b>Юноши</b>	<b>Городские подростки</b>	<b>Сельские подростки</b>
Болезни глаза и его придаточного аппарата	28,13 [25,24; 31,21]	22,31 [19,68; 25,17]	23,99 [21,90; 26,21]	32,56 [27,02; 38,58]
Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани	17,22 [14,86; 19,87]	15,74 [13,49; 18,29]	16,15 [14,37; 18,09]	18,47 [14,15; 23,76]
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	9,76 [7,96; 11,91]	11,21 [9,30; 13,46]	10,76 [9,29; 12,43]	8,84 [5,91; 13,02]
Болезни органов пищеварения	10,56 [8,69; 12,78]	10,31 [8,47; 12,49]	11,10 [9,61; 12,78]	6,43 [3,99; 10,18]
Болезни органов дыхания	8,27 [6,62; 10,28]	10,76 [8,88; 12,98]	9,57 [8,18; 11,06]	9,24 [6,23; 13,48]

Рассматривая вклад отдельных заболеваний в патологическую пораженность девушек, можно обозначить пять основных классов, ее формирующих: болезни глаза и его придаточного аппарата (28,13%), заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (17,22%), болезни органов пищеварения (10,56%), врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (9,76%), болезни органов дыхания (8,27%). У юношей установлено схожее распределение доминирующих в этиологической структуре

классов заболеваний. Так, болезни глаза и заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают первую и вторую позиции с удельным весом 22,31% и 15,74% соответственно. Далее у юношей следуют врожденные аномалии (11,21%), болезни органов дыхания (10,76%), болезни органов пищеварения (10,31%).

Основные классы, формирующие патологическую пораженность, как среди подростков города, так и среди подростков села, неизменны, и имеет место лишь изменение позиций одних и тех же групп патологических состояний при схожих значениях экстенсивных показателей. Так, в структуре заболеваемости как городских, так и сельских подростков на первом месте расположились болезни глаза (23,99% и 32,56% соответственно), на втором – заболевания костно-мышечной системы (16,15% у городских подростков и 18,47% у сельских). У проживающих в городе на третьей позиции оказались болезни органов пищеварения (11,10%), в то время как у подростков села они переместились на пятое место (6,43%). Четвертое место как в обеих рассматриваемых группах подростков занимают врожденные аномалии (10,76% и 8,84%). Класс болезней органов дыхания расположился на пятом месте в структуре патологии среди городских жителей (9,57%), у сельских – на третьем (9,24%).

Полученные в ходе исследования результаты позволяют констатировать высокий уровень патологической поражённости белорусских подростков – на одного подростка приходится в среднем 1,57 заболеваний и/или патологических состояний. Чаще всего у лиц 10-18 лет по данным медицинских осмотров выявляли болезни глаза, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения, болезни органов пищеварения и болезни органов дыхания. Установлено, что частота патологической пораженности по данным классам болезней была высокой как в группах подростков, разделенных по признаку пола, так и в группах городских и сельских подростков.

Гендерное распределение уровней патологической пораженности характеризовалось отсутствием существенных различий. Вместе с тем, углубленный сравнительный статистический анализ, проведенный по фактору пола по отдельным классам заболеваний, показал, что среди девушек достоверно более высокий удельный вес лиц, имеющих болезни глаза и его придаточного аппарата. В то же время, удельный вес мальчиков-подростков с установленными диагнозами, относящимися к классу болезней системы кровообращения, значимо выше, чем у девушек. Эти гендерные особенности оказались выраженными только для подростков, проживающих в городе.

В ходе исследования обнаружено, что уровень патологической пораженности городских подростков статистически значимо выше, чем среди их сверстников, проживающих в сельской местности. Наиболее вероятно, что подобные различия обусловлены лучшей возможностью обследования и оптимальной доступностью медицинской помощи для городских жителей и следует обратить особое внимание на качественную диагностику состояния здоровья сельских подростков. Различия, обусловленные местом жительства (с более высокой долей имеющих заболевание или патологическое состояние у подростков города), оказались достоверными для такой патологии, как болезни нервной системы и врожденные аномалии (без учета пола проживающих в городе); болезни системы кровообращения (достоверно чаще регистрируются у городских юношей); болезни глаза и его придаточного аппарата и заболевания костно-мышечной системы (достоверно чаще регистрируются у городских девушек); болезни органов пищеварения (вне зависимости от пола).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости выявления предикторов развития заболеваний и патологических состояний среди подросткового контингента, прежде всего школьно-обусловленной патологии, лидирующей в структуре патологической пораженности лиц данного возраста.

Очевидно, что следует применять дифференцированный подход к планированию профилактической работы с учетом пола. Кроме того, необходим контроль унификации качества профилактических медицинских осмотров между городскими и сельскими подростками.

Необходимо выявление социально-поведенческих факторов риска возникновения заболеваний в подростковом возрасте, что даст возможность научно-обоснованного выбора направлений профилактической работы.

### **3.2.3.1 Оценка уровня и структуры репродуктивно значимой эндокринной и мочеполовой патологии у подросткового населения**

В ходе проведенной работы установлено, что патологическая пораженность по классу болезней мочеполовой системы (N00-N99) составила 55,46 случаев на 1000 подростков 10-18 лет. В структуре патологии данного класса наиболее часто отмечались нозологии, классифицируемые в соответствии с МКБ-10 как другие болезни почек и мочеочника (N25-N29), составив примерно 1/3 зарегистрированных у подростков заболеваний мочеполовой системы, которые во всех наблюдаемых случаях были представлены нефроптозом (N28.8) с удельным весом 32,26%. Около четверти (22,58%) выявляемых у подростков болезней мочеполовой системы относятся к невоспалительным болезням женских половых органов (N80-N98). Замыкают тройку лидеров тубулоинтерстициальные болезни почек (N10-N16) с вкладом в структуру патологической пораженности 16,13%. Далее следуют блоки болезней с удельным весом в структуре патологической пораженности менее 10%: болезни мужских половых органов (N40-N51) и болезни молочной железы (N60-N64) – по 8,07%; гломерулярные болезни (N00-N08) и цистит (N30) по 4,84%; воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77) – 3,23%.

В таблице 2 представлены данные о уровне и структуре патологической пораженности по классу болезней мочеполовой системы с учетом пола подростков.

Таблица 2. Патологическая пораженность подростков по классу болезней мочеполовой системы с учетом пола

Патологические состояния	Девушки (n=544)			Юноши (n=574)		
	Абс.	Уровень, % [ДИ 95%]	Удельный вес, % [ДИ 95%]	Абс.	Уровень, % [ДИ 95%]	Удельный вес, % [ДИ 95%]
Болезни мочеполовой системы (N00-N99), всего	39	71,69 [52,88; 96,51]	100	23	40,07 [26,85; 59,41]	100
В том числе:						
Гломерулярные болезни (N00-N08)	2	3,68 [1,01; 13,31]	5,13 [1,42; 16,89]	1	1,74 [0,31; 8,80]	4,35 [0,77; 20,99]
Тубулоинтерстициальные болезни почек (N10-N16)	9	16,54 [8,73; 31,14]	23,08 [12,65; 38,34]	1	1,74 [0,31; 8,80]	4,35 [0,77; 20,99]
Нефроптоз (N28.8)	8	14,71 [7,47; 28,75]	20,51 [10,78; 35,53]	12	20,91 [12,00; 36,18]	52,17 [32,96; 70,76]
Цистит (N30)	3	5,52 [1,88; 16,09]	7,69 [2,65; 20,32]	0	0	0
Болезни мужских половых органов (N40-N51)	-	-	-	5	8,71 [3,73; 20,23]	21,74 [9,66; 41,90]
Болезни молочной железы (N60-N64)	1	1,84 [0,33; 10,34]	2,56 [0,45; 13,18]	4	6,97 [2,71; 17,78]	17,39 [6,79; 37,14]
Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77)	2	3,68 [1,01; 13,31]	5,13 [1,42; 16,89]	-	-	-
Невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N98)	14	25,74 [15,39; 42,73]	35,90 [22,74; 51,58]	-	-	-

Установлено, что уровень патологической пораженности по рассматриваемому классу болезней среди девушек оказался в 1,8 раз выше, чем у юношей (71,69% против 40,07%,

$\chi^2=7,715$ ;  $p=0,021$ ). Гендерные особенности интенсивного показателя патологической пораженности обусловлены достоверно более частым выявлением тубулоинтерстициальных болезней почек у девушек, чем у юношей ( $\chi^2=5,334$ ;  $p=0,021$ ). Кроме того, выявлено, что частота встречаемости воспалительных и невоспалительных болезней тазовых и половых органов в женской популяции (суммарные данные по блокам нозологий N70-N77 и N80-N98) достоверно выше, чем частота болезней половых органов в мужской популяции, которые кодируются в нозологическом блоке как болезни мужских половых органов (N40-N51) ( $\chi^2=6,494$ ;  $p=0,011$ ).

При почти двукратном превышении уровня пораженности болезнями мочеполовых органов в женской популяции над таковым в мужской, не выявлено существенных отличий в долях девушек и юношей, имеющих установленное заболевание по данному классу болезней (5,88% против 4,01%,  $\chi^2=2,100$ ;  $p=0,147$ ). Вышеописанная ситуация сопряжена с наличием у большинства девушек нескольких заболеваний мочеполовых органов, в то время как у всех юношей, имеющих данную патологию, выявлено по одному заболеванию рассматриваемого класса.

В группе девушек более 1/3 всей патологии, относящейся к классу болезней мочеполовой системы (35,90%), составляют невоспалительные болезни женских половых органов, из них основная часть (около 80%) связана с нарушением регулярности и интенсивности менструаций, в остальных случаях диагностированы кисты яичника. Далее по значимости вклада в заболеваемость девушек-подростков следуют тубулоинтерстициальные болезни почек (23,08% патологии). Среди обследованных данная рубрика патологий была представлена в равной степени тремя нозологиями: острый тубулоинтерстициальный нефрит, хронический тубулоинтерстициальный нефрит и гидронефроз. Нефроптоз занимает третье место в ряду патологических состояний с вкладом в заболеваемость девушек 20,51%. На вышеуказанные

нозологические блоки приходится 80% выявленной у девушек патологии по классу болезней мочеполовой системы.

У юношей более половины всех случаев патологии мочеполовой системы составляет нефроптоз (52,17%), 21,74% приходится на болезни мужских половых органов (в 60% случаев фимоз) и 17,39% случаев на болезни молочной железы (во всех случаях диагностирована гипертрофия молочной железы (N62)).

Сравнительный анализ уровня патологической пораженности по классу болезней мочеполовой системы выявил достоверно более высокие значения показателя у 15-18-летних подростков по сравнению с группой 10-14-летних подростков (76,92 против 40,00 на 1000 подростков,  $\chi^2=7,03$ ;  $p=0,030$ ). При межгрупповом сравнительном анализе этиологической структуры болезней мочеполовой системы установлено, что у старших подростков доля патологии, связанной с нарушением регулярности и интенсивности менструаций, достоверно больше (28,57% у 15-18-летних подростков против 4,00% у лиц в возрасте 10-14 лет,  $\chi^2=4,354$ ;  $p=0,037$ ). По другим блокам заболеваний мочеполовой системы нами не выявлено статистически значимой разницы между группами подростков, разделенных по возрастному признаку.

При изучении анамнеза подростков установлено, что уровень его отягощенности заболеваниями мочеполовой системы составляет 74,24 случаев на 1000 человек. Заболевания данного класса зарегистрированы в анамнезе у 6,80% исследуемого контингента. Основными нозологиями, отягощающими анамнез, являются тубулоинтерстициальные болезни почек (в 65% случаев – острый тубулоинтерстициальный нефрит), с удельным весом 24,10%. Такой же по значимости вклад вносит блок заболеваний, относящийся по МКБ-10 к другим болезням мочевыделительной системы, среди которых в половине случаев диагностирован цистит, еще половину составили

инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации.

Среди болезней мужских половых органов, составляющих более 1/5 части патологии мочеполовой системы, отягощающей анамнез подростков (21,69%), были диагностированы гидроцеле (33,33%), избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз (33,33%), перекручивание яичка (16,67%), орхит и эпидидимит (11,11%), баланопостит (5,56%).

Проведенное исследование выявило высокую патологическую пораженность подростков болезнями эндокринной системы – 85,87 случаев на 1000 подростков. Углубленный анализ показал, что около половины (47,92%) эндокринной патологии – болезни щитовидной железы (E00-E07), из них около 1/3 составляют болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью и сходными состояниями, 1/3 приходится на гипотиреоз, еще треть представлена различными формами нетоксического зоба и тиреоидитом. На втором месте по значимости вклада в эндокринную патологию находится ожирение и другие виды избыточности питания (E65-E68), удельный вес которых составляет 21,88%. Далее с удельным весом в структуре болезней эндокринной системы равным 17,71% следует блок болезней, классифицируемый согласно МКБ-10 как нарушения других эндокринных желез (E20-E35), из которых в более половины случаев (52,94%) диагностирована дисфункция яичников (E28), около четверти (23,53%) приходится на гиподисфункцию и другие нарушения гипофиза (E23), еще в четверти случаев (23,53%) – это нарушения полового созревания, не классифицированные в других рубриках (E30) и низкорослость (карликовость), не классифицированная в других рубриках (E34.3).

Несмотря на то, что нами не установлены достоверные различия частоты эндокринной патологии между юношами и девушками (77,21‰ и 94,08‰ соответственно,  $\chi^2=0,769$ ;  $p=0,857$ ), необходимо отметить некоторые гендерные особенности структуры данной патологии (табл.3).

Таблица 3. Патологическая пораженность подростков по классу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с учетом пола

Патологические состояния	Девушки (n=544)			Юноши (n=574)		
	Абс.	Уровень, % [ДИ 95%]	Удельный вес, % [ДИ 95%]	Абс.	Уровень, % [ДИ 95%]	Удельный вес, % [ДИ 95%]
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90), всего	42	77,21 [57,62; 102,72]	100	54	94,08 [72,82; 120,73]	100
в том числе:						
Болезни щитовидной железы (E00-E07)	21	38,60 [25,39; 58,29]	50,00 [35,53; 64,47]	25	43,55 [29,67; 63,50]	46,30 [33,69; 59,40]
Сахарный диабет (E10-E14)	2	3,68 [1,01; 13,31]	4,76 [1,32; 15,79]	1	1,74 [0,31; 9,80]	1,85 [0,33; 9,77]
Гипофункция и другие нарушения гипофиза (E23)	0	0	0	4	6,97 [2,71; 17,79]	7,41 [2,92; 17,55]
Дисфункция яичников (E28)	9	16,54 [8,73; 31,14]	21,43 [11,71; 35,94]	-	-	-
Нарушения полового созревания, не классифицированные в других рубриках (E30)	2	3,68 [1,01; 13,31]	4,76 [1,32; 15,79]	0	0	0
Низкорослость (карликовость), не классифицированные в других рубриках (E34.3)	0	0	0	2	3,48 [0,96; 12,61]	3,70 [1,02; 12,54]
Недостаточность питания (E40-E46)	2	3,68 [1,01; 13,31]	4,76 [1,32; 15,79]	7	12,20 [5,92; 24,96]	12,96 [6,42; 24,42]
Ожирение и другие виды избыточности питания (E65-E68)	6	11,02 [5,06; 23,85]	14,29 [6,72; 27,84]	15	26,13 [15,90; 42,67]	27,78 [17,62; 40,89]

Как в группе юношей, так и девушек первое место в структуре патологии занимают болезни щитовидной железы с удельным весом около 50%. Четверть всей эндокринной патологии девушек приходится на дисфункцию яичников и нарушения полового созревания, которые занимают второе место в структуре патологии. У мальчиков второй по значимости вклад вносит блок патологических состояний, классифицируемых согласно МКБ-10 как «Ожирение и другие виды избыточности питания» (E65-E68), составляя более четверти патологии рассматриваемого класса (27,78%). Данный блок нозологий находится на третьем месте в структуре патологической пораженности болезнями эндокринной системы лиц женского пола и обуславливает 14,29% выявляемой у них патологии по данному классу. Ожирение подростков в 81% случаев классифицировано как ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66.0). У лиц мужского пола нозологии, относящиеся к блоку «Недостаточность питания» (E40-E46), занимают третье место в структуре эндокринной патологии (с удельным весом 12,96%). Вклад данного нозологического блока в структуру эндокринной патологии девушек менее значителен и составляет 4,76%. Суммарно патологические состояния, связанные с расстройствами питания (ожирение и другие виды избыточности питания (E65-E68) и недостаточность питания (E40-E46)) достоверно чаще встречаются в мужской популяции (38,33% у юношей против 14,71% у девушек,  $\chi^2=5,968$ ;  $p=0,015$ ).

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ отмечены в анамнезе у 4,65% 10-18-летних подростков, частота патологии в анамнезе составила 55,46 случаев на 1000 человек. Более половины патологии данного класса, отягощающей анамнез, приходится на болезни щитовидной железы (54,84%), еще 19,36% составляет ожирение и 9,68% – недостаточность питания.

При сопоставлении показателей заболеваемости репродуктивно значимой патологией по данным медосмотров подростков с учетом их места жительства (город-село)

установлено, что распространенность патологии мочеполовой системы среди городских и сельских подростков не имеет достоверных различий – 58,69 и 41,86 случаев на 1000 подростков соответственно,  $\chi^2=0,818$ ;  $p=0,664$ . Не выявлено достоверных различий и в уровне патологической пораженности болезнями эндокринной системы: среди проживающих в городе он составил 88,59 на 1000 подростков, у сельских – 74,42 на 1000 подростков ( $\chi^2=0,830$ ,  $p=0,842$ ).

Очевидно, что тенденции заболеваемости у детей и подростков имеют становые и даже региональные особенности. Вместе с тем, анализ динамики общей заболеваемости подростков 15-17 лет на территории Российской Федерации выявляет ее рост в период 2014 – 2022 гг. на 0,9% (с 229 468,3 до 231 505,5 случаев на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста), при это особо значимый рост выявлен по общей (на 24,0%) и первичной (на 27,8%) заболеваемости ожирением, общей (на 31,9%) и первичной (на 30,8%) заболеваемости сахарным диабетом I типа. В структуре общей заболеваемости прогнозируется рост доли заболеваемости ожирением с 2022 по 2027 год на 8,6% [69]. Данные об общей заболеваемости лиц 15-17 лет на территории Российской Федерации в 2010- 2018 годах демонстрируют темп прироста болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ в период с 2010 по 2018 гг. + 21,1% [70]. Болезни мочеполовой системы не показали столь острого прироста для подростков Российской Федерации в целом, однако для отдельных регионов они выходят в число лидеров: так, в структуре общей заболеваемости 15-17-летних подростков г. Оренбурга и Оренбургской области они заняли третье ранговое место после болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней глаза и его придаточного аппарата в 2021 году. У юношей преобладали гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почек и мочеочника (77,97%), у девушек – расстройства менструального цикла (53,37%) и воспалительные болезни женских тазовых органов (24,16%) [71]. Группа

заболеваний мочеполовой системы также выявила рост общей заболеваемости в ряде регионов Российской Федерации в период с 2011 до 2020 годов, таких как Северо-Кавказский регион, Республика Северная Осетия-Алания, Республика Дагестан [72].

Возрастающую актуальность проблемы расстройств питания и нарушений обмена веществ подчёркивают авторы научных публикаций из многих стран. Моделирование, проведенное в 2017 году показало, что к 2030 году 55-60% детей будут страдать ожирением [73].

Анализ алиментарных и социальных факторов риска ожирения у детей 7-17 лет, проживающих в промышленном центре Восточной Сибири, выявил преимущественно жировую модель питания, при недостаточном потреблении рыбы, творога, кисломолочных продуктов, мяса. Овощей, фруктов; характерным являлось недостаточное потребление питьевой воды у более чем половины детей [74].

Наряду с выявленным ростом распространённости избыточной массы тела и ожирения среди китайских 12-17-летних подростков, Zhengjie Cai, Ke Jiang, Tiankun Wang, Shengping Li, Jinli Xian, Yong Zhao, Zumin Shi установили, что у подростков с умеренными знаниями о гигиене питания распространённость данных нарушений статистически значимо ниже, чем у подростков с недостаточными знаниями, в то время как зависимости между уровнем знаний родителей и индексом массы тела подростков выявлено не было [75]. В то же время, большое количество факторов влияет на пищевые предпочтения подростков, включая личностные, семейные, школьные, факторы окружающей социальной среды, коммерческие (реклама) [76]. Следовательно, в подростковом возрасте дети относительно самостоятельно регулируют фактор питания, и профилактическая работа по формированию привычек здорового питания должна быть направлена именно на подростковую аудиторию.

Rakić JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P показали, что физическая активность на уровне

«умеренный-энергичный» выявляется у 11, 13 и 15-летних подростков 44 стран Европы, Центральной Азии и Канады недостаточно: так, только 25% мальчиков и 15% девочек отмечают, что выполняют такую активность не менее 60 минут ежедневно, три пятых подростков следуют рекомендации ВОЗ об энергичной физической активности не менее трех раз в неделю. С увеличением возраста подростка физическая активность снижается, особенно у девочек. Отмечено также, что физическая активность ниже у подростков из семей с низким достатком. Половина подростков употребляют завтрак ежедневно в будние дни, только 38% подростков ежедневно едят овощи и (или) фрукты. → Более 20% подростков имеют избыточную массу тела или ожирение, около трети 13- и 15-летних подростков ощущают себя «слишком толстым», и с 2018 по 2022 год регистрировался рост распространённости ожирения в трети из обследованных сорока четырёх стран Европы, Центральной Азии и Канады. Распространённость избыточной массы тела и ожирения выше у мальчиков чем у девочек, но девочки чаще ощущают себя «слишком толстыми» [77].

ВОЗ пересмотрела рекомендации относительно физической активности для детей и подростков. Особенно важные изменения коснулись рекомендаций относительно «умеренной-энергичной» («moderate-to-vigorous») физической активности: от рекомендованных 60 минут каждый день в 2010 до 60 минут ежедневно в среднем (складывается из ежедневной физической активности в течение недели) в 2020 [78]. Детям и подросткам вплоть до 18 лет также рекомендуется участвовать в «энергичной» физической активности минимум три раза в неделю и ограничивать время проводимое за малоподвижными занятиями [79].

Подростки-девочки с неправильным пищевым рационом и отклонениями индекса массы тела значительно чаще страдают также от нарушений менструального цикла [80]. Увеличенный индекс массы тела и ожирение также ассоциируются с ранним половым созреванием [81]. ВОЗ рекомендует употреблять не менее 5 порций фруктов и овощей ежедневно и снижать

потребление свободных сахаров до не более чем 10% от ежедневного объема пищевых килокалорий [82]. Особенно важны регулярные завтраки: они ассоциируются с правильным индексом массы тела, лучшим психическим здоровьем, более высокой частотой употребления микронутриентов, улучшенной школьной успеваемостью [83; 84; 85].

Проведенное исследование показало актуальность проблемы распространенности заболеваний, высоко значимых для нормальной реализации репродуктивной функции организма. Основными патологическими состояниями, способными оказать отрицательное влияние на реализацию репродуктивного потенциала подростками, являются невоспалительные болезни женских половых органов (в основном состояния, связанные с нарушением менструального цикла) и тубулоинтерстициальные болезни почек. Среди эндокринной патологии наиболее значимыми являются болезни щитовидной железы, проблемы расстройств питания и дисфункция яичников.

Распределение уровней патологической пораженности болезнями мочеполовой системы характеризуется преобладанием ее у девушек в 1,8 раз по сравнению с юношами за счет достоверно более высокой частоты в женской популяции тубулоинтерстициальных болезней почек и патологий, относящихся к воспалительным и невоспалительным заболеваниям половых органов. Группа патологических состояний, связанных с расстройствами питания (ожирение и недостаточность питания совокупно), в 2,6 раз чаще выявляется у юношей.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости интенсификации работы по профилактике эндокринно-репродуктивной патологии в популяции подростков. Структура эндокринной патологии указывает на необходимость большего внимания при профилактических осмотрах оценке гармоничности физического развития подростков для своевременного выявления ожирения и белково-энергетической недостаточности. Скрининг и своевременная коррекция нарушений щитовидной железы, лидирующей в структуре

патологической пораженности подростков, позволит предотвратить ряд ассоциированных с данной патологией состояний (нарушения менструального цикла, задержка физического и полового развития). Дальнейшего научного изучения требуют медицинские и социальные детерминанты развития патологии, отягощающей состояние репродуктивного здоровья подростков.

Результаты исследования дают основание утверждать, что распространенность отдельных нозологических форм репродуктивно значимой патологии в подростковой популяции продолжает оставаться актуальной проблемой, острота которой становится еще более очевидной на фоне сложной демографической ситуации. Уровень распространенности данной патологией среди подростков следует рассматривать в качестве фактора, который будет ограничивать реализацию репродуктивного потенциала населением в ближайшем будущем. В связи с этим разработка и внедрение эффективных методов профилактики болезней мочеполовой и эндокринной патологии будут способствовать решению комплекса демографических проблем, вставших перед страной.

### **3.3 Образ жизни семьи, воспитывающей ребенка подросткового возраста. Распределение ответственности за здоровье ребёнка глазами родителей**

#### **3.3.1 Материалы, методы. Характеристика объекта исследования**

Исследование выполнено на материалах опроса 1230 респондентов, воспитывающих детей 10-14-летнего возраста (выборка, территориально репрезентативная Республике Беларусь), составляющих часть базы данных «Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь» [54].

Для статистической обработки социологической информации применены методы описательной и непараметрической статистики, в том числе расчёт

коэффициента ранговой корреляции  $r$  Спирмена, расчёт 95% доверительных интервалов (ДИ) для экстенсивных показателей по методу Вилсона, расчёт критерия  $\chi^2$  для сравнения групп по экстенсивным показателям.

Из 1230 респондентов, воспитывающих детей 10-14-летнего возраста (выборка, территориально репрезентативная Республике Беларусь) 39,14% опрошенных имеют двоих, 37,52% – одного, 15,27% – троих, и остальные – четверых и более детей. По возрасту детей (10, 11, 12, 13, 14 лет, соответственно), структура респондентов оказалась почти однородной: доли составили от 17,75% (имеют ребенка возраста 14 лет) до 19,68% (ребенок возраста 11 лет). Респонденты разделились поровну в зависимости от пола воспитываемого ребенка. Ответили, что их ребенок воспитывается в полной семье – «мама и папа» (оценили свою семью как полную), 83,9% опрошенных. Около 72,4% респондентов – женщины.

### **3.3.2 Образ жизни семьи, воспитывающей ребенка подросткового возраста**

Считают образ жизни своей семьи здоровым 64,1% родителей, не здоровым – 7,05%, около четверти опрошенных затруднились с оценкой образа жизни в их семье. Образ жизни своего ребенка считают здоровым 69,4% опрошенных (что статистически не отличается от доли родителей, оценивающих как здоровый образ жизни своей семьи), 8,06% отмечают, что образ жизни их ребенка здоровым не является. Каждый четвёртый – пятый респондент затрудняется с ответом. Наблюдается прямая корреляционная связь ( $r$  Спирмена = 0,58,  $p < 0,05$ ) между оценкой образа жизни своей семьи и своего ребенка. В полных семьях оценивают образ жизни ребенка как здоровый 74,2% [72,55; 76,75] родителей, в неполных – 61,9% [53,85, 69,36], вышеуказанные доли статистически значимо различаются ( $\chi^2=9,27$ ,  $p=0,023$ ). Респонденты-женщины оценивают образ жизни ребенка как здоровый в 74,07% [71,1; 76,84] случаев, мужчины – в 69,3% [64,22; 73,99] случаев. Несмотря на определенную тенденцию более низкой оценки

мужчинами, вышеуказанные доли значимо не различаются ( $\chi^2=0,45$ ,  $p=0,5$ ).

Считают свой образ жизни здоровым 35,01% [32,417; 37,69] 15-18 летних подростков; каждый десятый подросток [7,33; 10,47%] отрицательно отвечает на вопрос о том, является ли его образ жизни здоровым. Отметим, что за последний год состояние здоровья улучшилось, 20,97% 15-18-летних подростков, у 17,46% состояние здоровья ухудшилось, у большинства (61,48%) – никак не изменилось.

На вопрос о том, заботится ли их ребенок о своём здоровье, только 6,43% родителей 10-14-летних подростков ответили отрицательно. Вместе с тем, 47,13% опрошенных указали, что забота их ребенка о собственном здоровье недостаточна. Единичные респонденты отметили альтернативу ответа «Другое», указав при этом, что «Ребенок заботится в меру своего возраста», «Родители заботятся за него», «Ребенок является инвалидом и не может самостоятельно заботиться о своём здоровье».

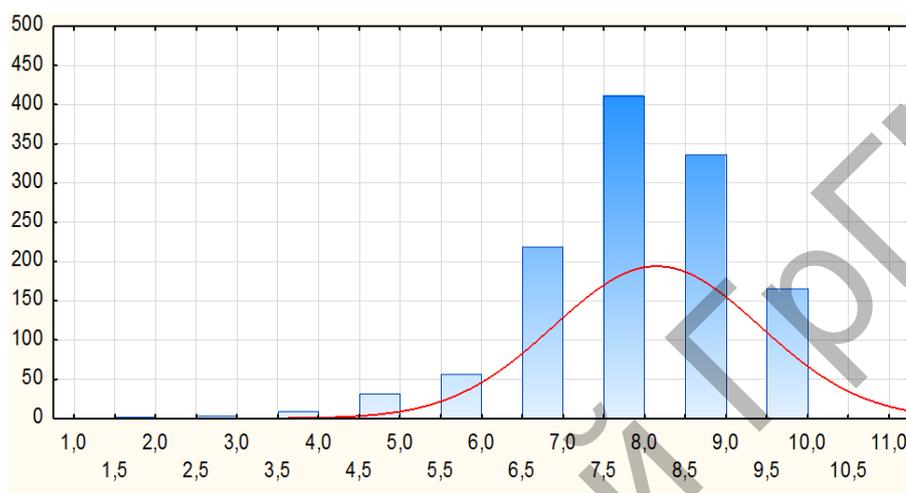
Каждый третий подросток (32,69% [30,16; 35,3] отметил, что регулярно и в достаточной мере заботится о своём здоровье. Каждый четвёртый (24,8%) заботится не в полной мере по причине недостатка времени, 26,07% – по причине собственной лени, 8,93% – по причине недостатка денег, 4,86% – по причине недостатка физических сил; 9,17% отметили, что не заботятся, так как здоровы. Единичные ответы – «Просто не забочусь», «Мало знаний», «Нужен толчок».

Подростки 15-18 лет ответили, что обращаются за медицинской помощью в 46,7% случаев после нескольких дней плохого самочувствия; в 28,47% случаев – при первых признаках заболевания, каждый восьмой – (12,4%) – «только при тяжелой болезни», каждый одиннадцатый (9,09%) – только при необходимости освобождения от учебы (работы). Небольшая доля подростков (3,2%) по своей инициативе не обращаются, но проходят обязательные медосмотры. Единичные ответы: «когда родители посчитают нужным», «когда мама и учителя говорят», «при необычных и тревожных

симптомах». Считают образ жизни своей семьи здоровым 64,1% родителей, не здоровым – 7,05%, около четверти опрошенных затруднились с оценкой образа жизни в их семье. Образ жизни своего ребенка считают здоровым 69,4% опрошенных (что статистически не отличается от доли родителей, оценивающих как здоровый образ жизни своей семьи), 8,06% отмечают, что образ жизни их ребенка здоровым не является. Каждый четвёртый – пятый респондент затрудняется с ответом. Наблюдается прямая корреляционная связь ( $r$  Спирмена составил 0,58,  $p < 0,05$ ) между оценкой образа жизни своей семьи и своего ребенка. В полных семьях оценивают образ жизни ребенка как здоровый 74,2% [71,55, 76,75] родителей, в неполных – 61,9% [53,85, 69,36], вышеуказанные доли статистически значимо различаются ( $\chi^2 = 9,27$ ,  $p = 0,023$ ). Респонденты-женщины оценивают образ жизни ребенка как здоровый в 74,07% [71,1, 76,84], мужчины – в 69,3% [64,22, 73,99] случаев. Несмотря на определенную тенденцию более низкой оценки мужчинами, вышеуказанные доли значимо не различаются ( $\chi^2 = 0,45$ ,  $p = 0,5$ ).

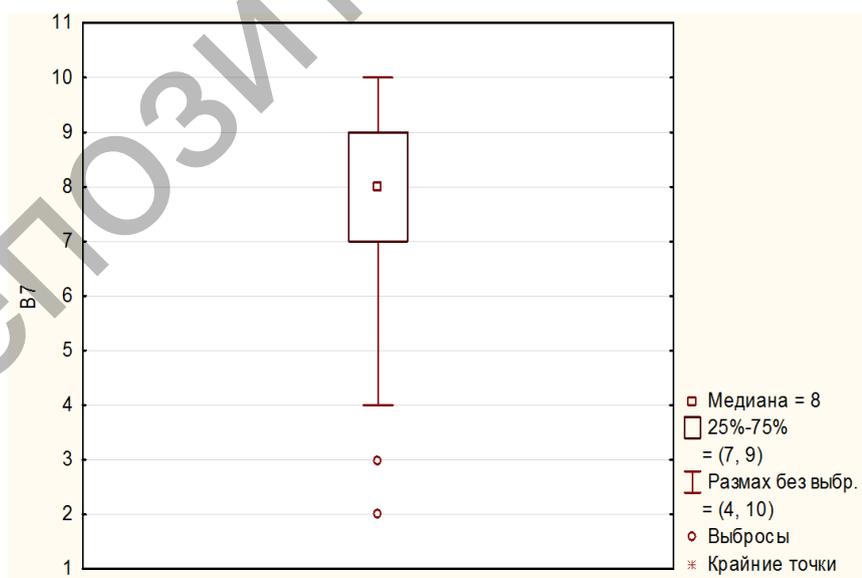
На вопрос о том, что такое здоровый образ жизни, абсолютное большинство родителей выбрали вариант ответа «Здоровое питание» (83,4%), затем по частоте выбора следовали варианты ответа «Отказ от вредных привычек» (76,7%), «Оптимальная двигательная активность» (69,2%), «Соблюдение правил личной гигиены» (61,63%), «Соблюдение режима дня» (60,93%), «Своевременное обращение за медицинской помощью в случае заболевания» (44,1%), «Пребывание в стабильном психоэмоциональном состоянии» (44,1%), «Прохождение медосмотров для контроля за состоянием здоровья» (43,3%). Единичные респонденты отметили вариант «Другое», указав при этом: «Взаимопонимание в семье», «Здоровые мысли», «Отказ от плохого влияния», «Здоровая психика у родителей», «Занятия спортом и правильное питание», «Восполнение дефицита витаминов», «Социальное просвещение», «Здоровое общение с друзьями».

На просьбу оценить уровень здоровья своего ребенка по десятибалльной шкале, большинство опрошенных (31,86%) отметили балл «8». Распределение ответов родителей оказалось близким к нормальному (рисунок 1), средний балл оценки составил  $8,15 \pm 0,036$  балла ( $M \pm m$ ) (рисунок 2).



**Рисунок 1. – Оценка уровня здоровья своего ребенка родителями.**

По вертикали: число наблюдений (количество респондентов), по горизонтали – балл оценки здоровья ребенка, согласно ответам родителей, по 10-балльной шкале



**Рисунок 2 – Оценка уровня здоровья своего ребенка родителями, 10-балльная шкала**

Считают, что состояние здоровья их ребенка за последний год улучшилось 25,1% родителей, ухудшилось – 10,31%. Состояние здоровья ребенка большинства респондентов за последний предшествующий опросу год не изменилось. На вопрос о том, заботится ли их ребенок о своём здоровье, только 6,43% родителей ответили отрицательно. Вместе с тем, 47,13% опрошенных указали, что забота их ребенка о собственном здоровье недостаточна. Единичные респонденты отметили альтернативу ответа «Другое», указав при этом, что «Ребенок заботится в меру своего возраста», «Родители заботятся за него», «Ребенок является инвалидом и не может самостоятельно заботиться о своём здоровье».

Забота ребенка о собственном здоровье заключалась в следующих действиях: отказывается от вредных привычек (54,2%), придерживается принципов здорового питания (51,9%), регулярно занимается физкультурой, посещает спортивные секции (57,5%), проходит медицинские осмотры с целью контроля за состоянием своего здоровья (34,7%), своевременно обращается за медицинской помощью в случае заболевания (34,4%), соблюдает режим дня (41,9%), соблюдает правила личной гигиены (61,4%), занимается закаливанием организма (14,03%), старается испытывать положительные эмоции, ограждает себя от стрессов (27,5%). Единичные ответы включили вариант «Другое», в том числе «жизнь за городом, пребывание на свежем воздухе», «занимается физкультурой, но не регулярно», «плавание для здоровья».

На вопрос «Как Вы думаете, у Вашего ребенка есть знания для сохранения своего здоровья?» были получены следующие ответы: каждый третий (35,3%) родитель оценил знания своего ребенка как «полные и достаточные», около 2,6% оценили знания как «отсутствующие». Большинство опрошенных отметили, что знания имеются, но недостаточные. Отдельные респонденты отметили, что «знания достаточны для возраста ребенка», «знания есть, но не всегда правильные», а также уточняли свой ответ как «не общались на эту тему», «затрудняюсь ответить».

Заботясь о здоровье ребенка, 62,3% родителей стараются обеспечить ему (ей) полноценный сон, 81,2% полноценное и регулярное питание, 48,1% обеспечивают ребенку прогулки на свежем воздухе, подвижные игры, 65,5% своевременно обращаются за медицинской помощью для ребенка, 49,9% регулярно беседуют с ребенком о вреде для здоровья курения, алкоголя, 39% родителей беседуют о правилах безопасного поведения, 46,6% контролируют соблюдение ребенком режима дня, 36,5% ограждают от стрессов, половина (50,6%) родителей приобретают для ребенка витамины, 37,13% контролируют прививание ребенка согласно календарю прививок, 35,6% контролируют выполнение всех рекомендаций медработников. Отдельные варианты ответа звучали как «провожу время вместе», «делюсь своим опытом», «записал в секцию». В нашей выборке не было ни одного респондента, кто бы отметил, что совсем не заботится о здоровье своего ребенка.

На вопрос о том, достаточно ли опрашиваемый уделяет внимание укреплению здоровья своего ребенка, 56,7% ответили утвердительно. Около 7,8% оценили своё внимание как недостаточное по причине отсутствия необходимых знаний, 28,7% – как недостаточное по причине дефицита времени, занятости, немногим более 1% родителей отметили в качестве причины собственную лень, 2,25% – наличие более важных дел, 2,6% – отсутствие физических и моральных сил. Единичные ответы звучали по-иному: «Забочусь недостаточно, так как не всегда есть возможность», «недостаточно из-за материального положения» («нехватка денег», «из-за финансового положения»), «ребенок не одобрит», «еще трое детей есть».

Доводы, которые приводят родители в беседах с ребенком о необходимости заботы о здоровье, чаще всего заключаются в следующем: «не будешь болеть» (63,95%), «будешь жить долго» (39,7%), «Будешь сильным и красивым» (52,8%), «многого добьешься в жизни, станешь успешным» (22,3%), «у тебя родятся здоровые дети» (25,97%), «будешь чувствовать себя счастливым» (21,4%). Единичные ответы дополняли варианты такими мнениями, как «будешь сильным и умным»,

«качество твоей жизни станет лучше». Только 3,3% отметили, что не разговаривали с ребенком на данную тему.

Таким образом, анализ результатов показывает, что считают образ жизни своей семьи здоровым 64,1% родителей 10-14-летних подростков, и 69,4% родителей считают здоровым образ жизни своего ребенка, в то время как доля (35,01%) 15-18-летних подростков, оценивающих собственный образ жизни как здоровый, в два раза ниже. Это свидетельствует о том, что либо образ жизни ребенка критически изменяется после достижения 14 лет, либо родители неадекватно позитивно оценивают образ жизни собственного ребенка подросткового возраста. В то же время, нездоровым считают образ жизни своей семьи 7,05% родителей, а нездоровым образ жизни своего ребенка – 8,06%, что практически совпадает с данными оценки подростками: каждый десятый 15-18-летний подросток [7,33; 10,47%] отрицательно отвечает на вопрос о том, является ли его образ жизни здоровым.

Очевидно, что неполная семья – фактор риска для здорового образа жизни ребенка, что подтверждается статистически значимыми различиями самооценки образа жизни ребенка родителями 10-14-летних подростков.

Понимание здорового образа жизни у родителей и у подростков в целом схоже: и те, и другие первенство отдают здоровому питанию, отказу от вредных привычек, и оптимальной двигательной активности. Две трети родителей и примерно такая же доля подростков отмечают значимость соблюдения режима дня и правил личной гигиены. На последних местах и у родителей, и у подростков такие факторы, как «Своевременное обращение за медицинской помощью в случае заболевания», «Пребывание в стабильном психоэмоциональном состоянии», «Прохождение медосмотров для контроля за состоянием здоровья». Вместе с тем, на их значимость указывают порядка 44% родителей и только 33-36% подростков. Следовательно, и родителями, и в особенности подростками, не осознаётся в достаточной мере роль

адекватной медицинской активности и психоэмоционального фона для поддержания здорового образа жизни.

В целом, оценка родителями знаний, необходимых для сохранения здоровья, у своего ребенка, и оценка знаний о здоровье самими подростками сопоставимы и могут быть охарактеризованы как «имеются, но недостаточные» (7-8 баллов по 10-бальной шкале).

На вопрос о том, заботится ли их ребенок о своём здоровье, около половины (46,44%) родителей ответили положительно. В то же время, только каждый третий подросток (32,69% [30,16; 35,3]) 15-218 лет отметил, что регулярно и в достаточной мере заботится о своём здоровье. При этом сами подростки указывают в качестве причин недостаточной заботы о здоровье такие, как лень либо недостаток времени (каждый четвёртый), недостаток денег (каждый одиннадцатый), реже – недостаток физических сил (каждый двадцатый); 9,17% отметили, что не заботятся, так как здоровы. Одновременно, в половине случаев подростки 15-18 лет обращаются за медицинской помощью только после нескольких дней плохого самочувствия, каждый восьмой – «только при тяжелой болезни», каждый одиннадцатый – только при необходимости освобождения от учебы (работы). Вновь очевиден вывод, что либо образ жизни ребенка критически изменяется после достижения 14 лет, либо родители неадекватно позитивно оценивают образ жизни собственного ребенка подросткового возраста.

### **3.3.3 Распределение ответственности за здоровье ребёнка глазами родителей**

Мнения родителей по вопросу «Кто, на Ваш взгляд, должен проводить работу по сохранению и укреплению здоровья, пропагандировать здоровый образ жизни среди детей?» (родителям предлагалось выбрать место по пятибалльной шкале, где 1 балл означал «должны в первую очередь», 5 баллов – «должны в наименьшей степени»), практически не разделились: три четверти (73,6%) опрошенных [74,81; 79,49] на первое место

поставили ответ «родители». Вместе с тем, 18,7% [17,47; 21,9] первое место отвели школе (или другим учебным заведениям), 17,8% [16,54; 20,89] медицинским работникам. Выбор варианта 5 баллов – «должны в наименьшей степени» пал на альтернативу «органы государственной власти» (57,36%, [57,4; 62,86], соответственно).

С одной стороны, отрадно (поскольку свидетельствует о сформированной персональной ответственности), с другой – настораживает, что ответственность органов государственной власти за работу по сохранению и укреплению здоровья, популяризацию здорового образа жизни среди детей, более чем половина опрошенных определяют как минимальную.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова, С.Н. Благополучие семьи как предмет социологического исследования (методологические основы изучения) / С.Н. Бурова // Социология. – 2009. – № 4. – С. 98–111.

2. Бурова, С.Н. Условия жизни семьи как фактор её благополучия / С.Н. Бурова // Социология. – 2010. – № 2. – С. 85–99.

3. Антонов, А.И. Микросоциология семьи: методология исследования структур и процессов: учеб. пособие для вузов / А. И. Антонов. – Москва: Nota Bene, 1998. – 360 с. – с. 43 -44.

4. Социология : учеб. пособие / А. Н. Данилов, А.Н. Елсуков, Е.М. Бабосов, В.Л. Абушенко, Д.К. Безнюк, Т.В. Бурак, С.Н. Бурова, Ж.М. Грищенко, Л.А. Гуцаленко, Е.А. Кечина, Н.В. Курилович, Е.Е. Кучко, И.В. Левицкая, А.П. Лимаренко, Е.Г. Павлова, А.В. Рубанов, Г.Н. Соколова, Л.Г. Титаренко, П.П. Украинец, Л.В. Филинская, Ю.Г. Черняк, С.А. Шавель, Е.В. Шкурова; под общ. ред. А. Н. Данилова. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. -319 с.

5. Артёменко, В.В. Влияние социально-экономических характеристик семьи на здоровье детей / В.В. Артёменко, А.А. Шабунова // Проблемы развития территории.- 2009. – Вып. 2 (48). – с. 68 – 77.

6. Степаненко В.В. Влияние материального положения семьи на здоровье детей / В.В.Степаненко, А.А.Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – 2009. – Вып. 45. – с. 80 – 85.

7. Рощина, Я.М. Дети и подростки в России в 1994–2015 гг.: здоровье, образование и характеристики семьи / Я.М.Рощина // Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья

населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Вып. 7 [Электронный ресурс]: сб. науч. ст. / отв. ред. П. М. Козырева. – Электрон. текст. дан. (объем 1,83 Мб). – М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2017. – С. 96 – 116.

8. Артемьева, Н. М. Чем занимаются дети в России: практики и динамика временных затрат / Н.М. Артемьева, А.С. Назимова // Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Вып. 7 [Электронный ресурс]: сб. науч. ст. / отв. ред. П. М. Козырева. – Электрон. текст. дан. (объем 1,83 Мб). – М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2017. – С. 96 – 116.

9. Physical activity and sedentary behaviour of adolescents and their parents: a specific analysis by sex and socioeconomic status / Eduardo Duarte de Lima Mesquita, William Rodrigues Tebar, Dayane Cristina Queiroz Correia, Juziane Teixeira Guica, Wésley Torres, Rômulo Araújo Fernandes, Ricardo Ribeiro Agostinete, Diego Giulliano Destro Christofaro // Archives of Public Health. – 2023. – № 81. – p. 189. – <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01185-1>.

10. Решетников, А.В. Социология медицины. Руководство / А.В. Решетников. – М.: «Гэотар-Медиа», 2010. – 864 с.

11. Environmental factors as predictors of alcohol use among ninth-grade adolescents in Pitkaranta (Russian Karelia) and in Eastern Finland / Kempainen U. [et al.] // Scand. J. Public Health. – 2008. – № 36. – P. 769–777.

12. Parental separation, negative life events and mental health problems in adolescence / Kateryna Karhina, Tormod Bøe, Mari Hysing, Sondre Aasen Nilsen // BMC Public Health. – 2023. – №23. – p. 2364. – <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17307-x>.

13. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses / Berhe W. Sahle, Nicola J. Reavley, Wenjing Li, Amy J. Morgan, Marie Bee Hui Yap, Andrea Reupert, Anthony F. Jorm // Eur Child Adolesc Psychiatry. – 2022. – №31(10). – p. 1489–1499.

14. The association between emotional abuse in childhood and healthcare utilization in adulthood among sami and non-sami: the SAMINOR 2 questionnaire survey / Farhiyo A. Os-man, Astrid M.A. Eriksen, Anja M. Davis Norbye // BMC Health Services Research. – 2024. – №24. – p.754. – <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11211->

15. Пархомович, В.Б. Психосоциальная адаптация подростков с различной степенью агрессивности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / В.Б. Пархомович; ГУО «Нац. институт образования Респ. Беларусь». – Минск, 2011. – 24 с., с. 16

16. Environmental factors as predictors of alcohol use among ninth-grade adolescents in Pitkaranta (Russian Karelia) and in Eastern Finland / Kempainen U. [et al.] // *Scand. J. Public Health*. – 2008. – № 36. – P. 769–777.

17. Association of parental depression with adolescent children's psychological well-being and health behaviors / Sung-In Kim, Sung Min Kim, Sun Jae Park, Jihun Song, Jaewon Lee, Kyaе Hyung Kim, Sang Min Park // *BMC Public Health*. – 2024. – №4. – p.1412. – <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18337-9>

18. Skoczylas, P. Ocena stopnia narazenia dzieci i mlodziezy na agresje w szkole w srodowisku wielkomiejskim / P. Skoczylas, M. R. Zebrowski // *Probl. Hig. Epidemiol.* – 2009. – № 2. – P. 191–194

19. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей / ред. В.М.Целуйко. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. – 271.

20. Об изменении законов по вопросам профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: Закон Респ. Беларусь, 8 июля 2024 г., № 22-3. Националь-ный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Интернет]. 2024 [процитировано 29 сентября 2024 г.]. Доступно по: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H1240002>

21. Козырева, П. М. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсовет-ского периода / П.М.Козырева, А.И. Смирнов // *Социологические исследования*. – 2020. – № 4. – С. 70-81.

22. Hildt-Ciupinska, Katarzyna. Skala pozytywnych zachowan zdrowotnych dla kobiet / K. Hildt-Ciupinska // *Problemy Higieny I Epidemiologii*. – 2009. – № 2. – P. 185–190

23. Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: a longitu-dinal study / van der Vorst H, Engels RC, Meeus W, Dekovic M. // *Psychology of addictive be-haviors*. – 2006. – № 20. – P. 107–116.

24. Дементьева, И.Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье // *СоцИс*. – 2001. – № 11. – С. 108–113.

25. Stockdale, L. Parent and child technoference and socioemotional behavioral out-comes: a nationally representative study of 10- to 20 year-old adolescents / Stockdale L, Coyne S, Padilla-Walker L. // *Comput Hum Behav*. – 2018. – №88. –p. 219–226.

26. Mother Phubbing and adolescent cyber-bullying: the mediating role of Perceived Mother Acceptance and the moderating role of Emotional Stability / Qu J, Lei L, Wang X, Xie X, Wang P. // *J Interpers Violence*. – 2020. – №37. – p:11–20.

27. The relationship between parents' sleep quality and sleep hygiene and preschool chil-dren' sleep habits. / Chehri A, Taheri P, Khazaie H, Jalali A, Ahmadi A, Mohammadi R. // *Sleep Sci*. – 2022. – №15(3). – p. 272–278. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20220051>

28. Bricker, J.B. Parents who quit smoking and their adult children's smoking cessation: a 20-year follow-up study / J.B.Bricker, R.Otten, J.L.Liu // *Addiction*. – 2009. – № 104 (6). – P. 1036–1042.

29. Дюбкова, Т.П. Частота курения табака среди студенческой молодежи и мотивации продолжения курения в период обучения в вузе / Т.П. Дюбкова, С.В. Альшевская // *Вопр. орг-ции и информатизации здр-я*. – 2009. – № 2. – С. 50–56.

30. Abar, C. The impact of parental modeling and permissibility on alcohol use and experienced negative drinking consequences in college / C. Abar, B. Abar, R. Turrisi // *Addict. Behav.* – 2009. – № 34 (6-7). – P. 542–547.

31. Klimberg, A. Konsumpcja alkoholu i innych srodkow psychoaktywnych wsrod studentow poszczegolnych kierunkow uniwersyteckich studiow medycznych. Czesc IV. Sceneria wokol konsumpcji alkoholu / A. Klimberg, J.T.Marcinkowski, J. Przybylski // *Probl. Hyg. Epidemiol.* – 2009. – № 2. – P. 218–221.

32. Кондратенко, В.А. Структура и типы потребления алкоголя российской молодежью и их родителями в 2006–2019 гг. / В.А.Кондратенко // *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)*. Вып. 12 [Электронный ресурс] : сб. науч. ст. / отв. ред. П. М. Козырева. – Электрон. текст. дан. (объем 2,17 Мб). – М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2022. – С. 150-177.

33. Петрова, О.Ю. Влияние родительских практик на благополучие детей [Электронный ресурс] / О.Ю. Петрова // *Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие: Матер. IV Всеросс. социол. конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСП-ПИ*. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С.3469–3476.

34. Lee, JS. Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis / Lee JS, Jin MH, Lee HJ. // *Clin Exp Pediatr*. – 2022. – № 65(1). – p. 35–46. – <https://doi.org/10.3345/cep.2020.01620>.

35. Gender analyses of Brazilian parental eating and activity with their adolescents' eating habits / Christofaro DGD, Tebar WR, Mota J, Fernandes RA, Scarabottolo CC, Saraiva BTC, Delfino LD, de Andrade SM. // *J Nutr Educ Behav*. – 2020. – №52(5). – p.503–11. – <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.09.015>.

36. Гузик, Е.О. Гигиенические основы формирования здоровья учащихся учреждений общего среднего образования: автореферат дисс...доктора медицинских наук по специальности 14.02.01 – гигиена / Е.О.Гузик, РУП «Научно-практический центр гигиены». – Минск, 2021. – 52 с.

37. Influence of adolescents' and parental dietary knowledge on adolescents' body mass index (BMI), overweight/obesity in 2004–2015: a longitudinal study / Zhengjie Cai, Ke Jiang, Tiankun Wang, Shengping, Jinli Xian, Yong Zhao, Zumin Shi // *Archives of Public Health.* – 2023. – №81. – p. 188. – <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01197-x>.

38. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлёва. – М.: Изд. Ин-та социологии РАН, 2002. – 240 с.

39. Heart disease and stroke statistics–2015 update: a report from the American Heart Association / Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, Després JP, Fullerton HJ, Howard VJ. // *Circulation.* – 2015. – №131. – p.29-322.

40. Noubiap, Jean Jacques. Cardiovascular disease prevention should start in early life / Jean Jacques Noubiap, Ulrich Flore Nyaga // *BMC Global and Public Health.* – 2023. – №1. – p.14. – <https://doi.org/10.1186/s44263-023-00015-4>

41. Subclinical atherosclerosis in adolescents and young adults and the risk of cardiovascular disease: The Strong Heart Family Study (SHFS) / Reese JA, Roman MJ, Deen JF, Ali T, Cole SA, Devereux RB, Fretts AM, Howard BV, Lee ET, Malloy K. // *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* – 2022. – №32. – p. 1863–1871.

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

43. Тихомирова, Г.В. Вредные привычки населения / Г.В. Тихомирова // *Социология РоСА.* – 2006. – № 2. – С. 98–100.

44. Шишова, А.В. Проблемы организации профилактических осмотров в образовательных учреждениях и пути их оптимизации / А.В. Шишова, Л.А. Жданова // *Пробл. соц. гигиены, здр-я и истории медицины.* – 2009. – № 5. – С. 43–46.

45. Закоркина, Н.А. Причины абортс у подростков, проживающих в сельской местности / Н.А. Закоркина, И.А. Банушевич // *Пробл. соц. гиг., здр-я и истории медицины.* – 2009. – № 5. – С. 20–22.

46. 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.

47. Parental technoferece and adolescents' mental health and violent behaviour: a scoping review / Donna Dixon, Catherine A. Sharp, Karen Hughes, J. Carl Hughes // *BMC Public Health.* – 2023. – N23. – p. 2053. – <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16850-x>

48. Vega-Díaz, M. Influence of parental involvement and parenting styles in children's active lifestyle: a systematic review/M.Vega-Díaz, H.González-García, C. de Labra // PeerJ. 2023;11:e16668. <https://doi.org/10.7717/peerj.16668>

49. Association of parent-child health parameters and lifestyle habits – the “epi-family health” longitudinal study protocol / Diego Giulliano Destro Christofaro, William Rodrigues Te-bar, Claudiele Carla Marques da Silva, Bruna Thamyres Ciccotti Saraiva, Amanda Barbosa Santos, Ewerton Pegorelli Antunes, Enrique Gervazoni Ferreira Leite, Isabella Cristina Leoci, Victor Spiandor Beretta, Gerson Ferrari, Jorge Mota, Luiz Carlos Marques Vanderlei, Raphael Mendes Ritti-Dias// Archives of Public Health. – 2024. – N82. – p. 83. – <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01311-7>.

50. Adolescents' physical activity is associated with previous and current physical activity practice by their parents / Christofaro DGD, Andersen LB, Andrade SM, Barros MVG, Saraiva BTC, Fernandes RA, Ritti-Dias RM. // J Pediatr (Rio J). – 2018. – № 94(1). – p. 48–55. – <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.01.007>

51. Стаункене, В. К современной модели семьи в Литве (признаки, факторы, установки) / В. Стаункене // СоцИс. – 2004. – № 5. – С. 54–64

52. Сабо, Ф. Morbus Hungaricus, или демографический кризис в Венгрии / Ф. Сабо // СоцИс. – 2004. – № 11. – С. 57–62

53. Карцева, Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества /Л.В.Карцева // СоцИс. – 2003. – № 7. – С. 91–104.

54. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №7-БД. Наименование объекта авторского права: Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь (база данных). Год создания 2024. Авторы О.А. Езепчик, М.Ю.Сурмач. Дата регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

55. Сурмач, М.Ю. Качество жизни подростков, связанное с репродуктивным здоровьем, как предмет изучения социологии медицины: методика и популяционные показатели / М.Ю.Сурмач // Социология медицины. – 2013. – №2 (23). – С. 40 – 45.

56. A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023 [Electronic resource]. – URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373201/9789289060356-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (access date: 08.11.2024).

57. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development

// UN Doc. A/RES/70/1 [Electronic resource]. – Mode of access: [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_E.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf). – Date of access: 05.07.2024.

58. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). Sur-rive. Thrive. Transform [Electronic resource]. – Mode of access: [https://pmnch.who.int/ru/resources/publications/m/item/global-strategy-for-women-s-children-s-and-adolescents-health-\(2016-2030\)](https://pmnch.who.int/ru/resources/publications/m/item/global-strategy-for-women-s-children-s-and-adolescents-health-(2016-2030)). – Date of access: 05.07.2024.

59. В центре внимания здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)» 2017/2018 гг. в Европе и Канаде. Международный отчет. Том 1. Основные результаты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332100/9789289055024-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Дата доступа: 20.07.2024.

60. Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков (АА-НА!): руководство по осуществлению в странах. Резюме. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (WHO/FWC/MCA/17.05). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/273135/WHO-FWC-MCA-17.05-rus.pdf?sequence=1>. – Дата доступа: 05.07.2024.

61. Достижение Целей устойчивого развития в интересах детей и подростков [Электронный ресурс] // ЮНИСЕФ. Беларусь. – Режим доступа: <https://www.unicef.org/belarus/достижение-целей-устойчивого-развития-в-интересах-детей-и-подростков>. – Дата доступа: 05.07.2024.

62. Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь до 2035 г. [Электронный ресурс]: протокол заседания Президиума Совета Министров Республики Беларусь от 4 февраля 2020 г. № 3 // Министерство экономики Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://www.mintrud.gov.by/uploads/files/Nacionalnay-strategia-2035.pdf>. – Дата доступа: 20.07.2024.

63. Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Республики Беларусь, 29 июля 2021 г., № 292 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=P32100292>. – Дата доступа: 21.07.2024.

64. О Стратегии развития государственной молодежной политики Республики Беларусь до 2030 года : постановление Совета Министров Республики Беларусь, 19 июня 2021 г., № 349 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – Минск, 2021. – 5/49172.

65. О Национальном плане действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2022–2026 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь, 25 июля 2022 г., № 490 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22200490>. – Дата доступа: 21.07.2024.

66. Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям» и указаний по ее заполнению [Электронный ресурс]: постановление Национального статистического комитета // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=T22205210p>. – Дата доступа: 10.03.2024.

67. О некоторых вопросах организации оказания медицинской помощи детям под-росткового возраста [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 1 декабря 2017 г., № 1389 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. – Режим доступа: [https://etalonline.by/document/?regnum=u617e2897&q\\_id=](https://etalonline.by/document/?regnum=u617e2897&q_id=). – Дата доступа: 10.03.2024.

68. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр: Краткий вариант / Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения. – Мн.: ООО "Асар", 2001. – 400 с.

69. Стародубов, В.И. Тенденции заболеваемости детей 15-17 лет: проблемы и современные вызовы / В.И. Стародубов, Г.И. Бездетко, В.С. Ступак // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – №32 (4). – с. 755 – 761.

70. Общая заболеваемость подростков 15-17 лет с учётом классов болезней и регионального компонента в 2010-2018 годах на территории Российской Федерации / В.С. Ступак, Т.А.Соколовская, О.В.Лемещенко, А.Л.Дорофеев// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №4. – с. 397 – 409.

71. Булычёва, Е.В. Заболеваемость подростков и некоторые аспекты актуальности проведения врачебно-профессиональной консультации подростков в возрасте 15-17 лет /Е.В. Булычёва // Менеджер здравоохранения. – 2023. – №11.- с. 60 – 70.

72. Сравнительный анализ динамики показателей заболеваемости подростков в регионах Северо-Кавказского Федерального округа /Л.Х. Коркмазова, А.С. Гараева, И.М.Арсанукаев, Л.Р.Эльжуркаева, Я.А.Гараева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 31(1). – с. 412 – 417.

73. Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood /Z.J. Ward, M.W.Long, S.C. Resch, C.M. Giles, A.L. Cradock, S.L. Gortmaker //N.Engl.J.Med. – 2017. – N377 (22). – p. 2145 – 2153.

74. Оценка факторов риска развития избыточной массы тела у детей школьного возраста / О.Г. Богданова, Н.В. Ефимова, И.В. Мыльникова, И.Ю. Тармаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 31 (4). – с. 594 – 599.

75. Influence of adolescents' and parental dietary knowledge on adolescents' body mass index (BMI), overweight/obesity in 2004–2015: a longitudinal study / Zhengjie Cai, Ke Jiang, Tiankun Wang, Shengping Li, Jinli Xian, Yong Zhao and Zumin Shi // Archives of Public Health. – 2023. – 81:188 <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01197-x>

76. de Villiers A. Changing young people's food-related behaviour: a socio-ecological perspective / de Villiers A, Faber M. // Public Health Nutr. – 2019; 22(11):1917–19. doi:10.1017/S136898001900123X.

77. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada /Rakić JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P et al. // Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.

78. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: summary of the evidence / Chaput JP, Willumsen J, Bull F, Chou R, Ekelund U, Firth J et al. // Int J Behav Nutr Phys Act. – 2020. – 17(1):141. doi:10.1186/s12966-020-01037-z.

79. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior / Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G et al. // Br J Sports Med. – 2020;54(24):1451–62. doi:10.1136/bjsports-2020-102955.

80. Itriyeva K. The effects of obesity on the menstrual cycle / Itriyeva K. // Curr Probl Paediatr Adolesc Health Care. – 2022; 52(8):101241. doi:10.1016/j.cppeds.2022.101241.

81. Biro FM. Puberty in girls of the 21st century /Biro FM, Greenspan LC, Galvez MP. // J Paediatr Adolesc Gynecol. – 2012; 25(5):289–94. doi:10.1016/j.jpag.2012.05.009.

82. Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of non communicable diseases. In: e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA) [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 <https://www.who.int/tools/elena/interventions/fruit-vegetables-ncds>

83. Lundqvist M. Effects of eating breakfast on children and adolescents: a systematic review of potentially relevant outcomes in economic evaluations / Lundqvist M, Vogel NE, Levin L-Å. // Food Nutr Res. – 2019; 63. doi:10.29219/fnr.v63.1618.

84. Behavioural factors influencing childhood obesity: a systematic review and meta-analysis / Poorolajal J, Sahraei F, Mohamdadi Y, Doosti-Irani A, Moradi L. // *Obesity Res Clin Pract.* – 2020; 14(2):109–18. doi:10.1016/j.orcp.2020.03.002

85. Breakfast consumption and mental health: a systematic review and meta-analysis of observational studies / Zahedi H, Djalalinia S, Sadeghi O, Zare Garizi F, Asayesh H, Payab M et al. // *Nutr Neurosci.* – 2022; 25(6):1250–64. doi:10.1080/1028415X.2020.1853411

Репозиторий ГРГМУ

## ГЛАВА 4.

### ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ВОЗМОЖНОСТЯХ ЕЕ ПОЛУЧЕНИЯ, О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ: МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ

#### 4.1 Источники информации подростков о репродуктивном здоровье

Материалом послужила база данных «Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь» получена методом анонимного раздаточного опроса на основе добровольного согласия 1254 подростков 15-18 лет (выборка, репрезентативная республиканской) [1]. В анкетировании приняли участие 612 девушек (48,80%) и 642 юноши (51,20%). Медианный возраст респондентов составил 17 [15; 18] лет.

Для того чтобы установить, как изменилось сексуальное поведение белорусских подростков, было проведено сопоставление с подобным исследованием, проводимым нами в 2010-2011 годах [2], также выполненным на репрезентативной республиканской выборке подростков 15-18 лет (n=949, девочки n=463, мальчики n=486), при этом сбор данных осуществлялся аналогичным способом по сопоставимой методике опроса.

Анализ наиболее востребованных среди подростков источников информации показал, что более двух третей (67,86%) белорусских подростков в 2022-2023 годах основным источником знаний о сексуальных отношениях и предохранении от беременности назвали такой недостоверный источник как интернет, причем для 26,08% опрошенных – это единственный источник. Еще для 35,97% подростков таким источником являются друзья и сверстники (в 20,81% случаев единственным). Каждый седьмой подросток (14,35%) в качестве источников информации выбрал два варианта ответа – друзья (сверстники) и интернет.

Таким образом, для 61,24% лиц подросткового возраста единственными источниками информации в области

сексуального и репродуктивного здоровья являются интернет и друзья (сверстники). Еще 33,97% опрошенных получают информацию о сексуальных отношениях и репродуктивном здоровье от родителей, которые, к тому же, являются единственным источником таких знаний для 10,29% подростков.

Такие источники информации, как специальная литература и медицинские работники, оказались значительно менее актуальны среди подростков – соответственно 17,38% и 16,19% опрошенных выбрали данные варианты. В числе других названных источников информации были тематические занятия в школе, на которые указали всего 0,59% опрошенных. В единичных случаях (0,48%) было отмечено, что информация в области репродуктивного и сексуального здоровья респондента не интересует.

При изучении гендерных особенностей распределения ответов на рассматриваемый вопрос установлено, что девушки и юноши одинаково часто выбирают в качестве источника знаний интернет (67,32% и 68,38% соответственно,  $\chi^2=0,161$ ;  $p=0,688$ ). От друзей получают подобную информацию 41,43% юношей и 30,23% девушек ( $\chi^2=17,079$ ;  $p<0,001$ ). Вариант ответа «родители» выбрали 38,73% девушек и 29,44% юношей ( $\chi^2=12,045$ ;  $p<0,001$ ). Почти в 2 раза больше девушек, чем юношей (23,04% против 11,99%,  $\chi^2=26,615$ ;  $p<0,001$ ) искали информацию на данную тему в специальной литературе. Медицинские работники рассматриваются как источники информации в 1,8 раз чаще девушками, чем подростками мужского пола (21,085 против 11,53%,  $\chi^2=21,070$ ;  $p<0,001$ ).

Необходимо отметить, что девушки не только чаще выбирают более достоверные источники для получения знаний о репродуктивном здоровье, но и более склонны использовать несколько источников. Так, находят информацию в интернете и/или узнают ее в разговорах с друзьями (без использования других ресурсов) 63,29% юношей и 44,93% девушек ( $\chi^2=41,581$ ;  $p<0,001$ ).

По данным опроса 2010-2011 года установлено, что белорусские подростки юноши значительно чаще прибегали к неадекватным источникам информации о репродуктивном здоровье, в сравнении с девочками. В числе «других источников» информации мальчики указывали «видео», «интернет», «порнофильмы», «лучший друг»; среди ответов девочек преобладали такие, как «интернет», Центр «Надежда» (прим.: Центр дружественного отношения к подросткам), «видео», а также «меня это не интересует» (таблица 1).

Таблица 1 – Гендерные различия между 15-18-летними подростками в использовании источников информации по вопросам репродуктивного здоровья (n=949 чел., 2010 г.)

<b>Источник информации, указанный подростком в анкете</b>	<b>Ранговое место (p&lt;0,05)</b>	<b>Доля подростков (n=949 чел.), выбравших источник (%), гендерные различия</b>
Печатная и наглядная информация учреждений здравоохранения, книги	1	40,6% (31,07% мальчиков и 50,5% девочек, $\chi^2=15,8$ , p=0,0001)
Сверстники	2	34,9% (нет гендерных различий)
СМИ (телевидение, журналы)	3	33,2% (нет гендерных различий)
Семья, родители		32,3% (26,7% мальчиков и 38,2% девочек, $\chi^2=7,3$ , p=0,0069)
Учителя	4	19,9% (15,2% мальчиков и 24,8% девочек, $\chi^2=9,17$ , p=0,0025)
«Личный опыт»		17,5% (27,4% мальчиков и 7,1% девочек, $\chi^2=47,8$ , p=0,00001)
На приёме у врача-гинеколога, врача-уролога	5	13,6% (6,17% мальчиков и 21,4% девочек, $\chi^2=35,6$ , p=0,00001)
От «знакомого врача»	6	6,4% (3,7% мальчиков, 9,3% девочек, $\chi^2=10,8$ , p=0,001)
Другие источники	7	3,2% девочек и около 8% мальчиков, p>0,05

Примечание – Возможен выбор нескольких вариантов ответа. Жирным шрифтом выделены результаты, для которых подтверждены гендерные различия (превышение)

Таким образом, основным источником информации о репродуктивном здоровье и сексуальных отношениях в 2022-2023 году является интернет (его указали две трети подростков), причём у 26,08% опрошенных этот источник отмечен как единственный, что отсутствовало в 2010-2011 годах. В 2010-2011 годах треть подростков использовали средства массовой информации, в 2022 году эта доля полностью сместилась в сегмент интернета.

Доля подростков, указывающих, что источником информации стали друзья и сверстники, составила в 2022-2023 годах 35,97% и практически не изменилась по сравнению с 2010-2011 годами.

Не изменилась и доля подростков, указавших на информацию от родителей (33,97%, при этом сохранились гендерные различия – чаще данный вариант ответа выбирают девушки).

Резко снизилась доля подростков, прибегающих к специальной литературе, печатной и наглядной информации учреждений здравоохранения (с 40,6% до 17,38%, при этом сохранились гендерные различия – чаще данный вариант ответа выбирают девушки).

Доля выбирающих в качестве источника информации медицинских работников осталась без изменений (около 16,19%, при этом сохранились гендерные различия – чаще данный вариант ответа выбирают девушки).

Негативные тенденции, произошедшие в период с 2010-2011 года по 2022-2023 годы особенно ярко видны у юношей, среди которых возросла доля указывающих на такой источник, как «друзья и сверстники» (с 34,9% до 41,43%), и сохраняются более низкие доли подростков, использующих адекватные источники информации в целом (такие, как родители, специальная литература и медицинские работники).

## **4.2 Самооценка знаний о здоровье и заботы о нём глазами подростков и родителей**

На вопрос о том, что такое здоровый образ жизни, абсолютное большинство родителей выбрали вариант ответа «Здоровое питание» (83,4%), затем по частоте выбора следовали варианты ответа «Отказ от вредных привычек» (76,7%), «Оптимальная двигательная активность» (69,2%), «Соблюдение правил личной гигиены» (61,63%), «Соблюдение режима дня» (60,93%), «Своевременное обращение за медицинской помощью в случае заболевания» (44,1%), «Пребывание в стабильном психоэмоциональном состоянии» (44,1%), «Прохождение медосмотров для контроля за состоянием здоровья» (43,3%). Единичные респонденты отметили вариант «Другое», указав при этом: «Взаимопонимание в семье», «Здоровые мысли», «Отказ от плохого влияния», «Здоровая психика у родителей», «Занятия спортом и правильное питание», «Восполнение дефицита витаминов», «Социальное просвещение», «Здоровое общение с друзьями».

В понятие здорового образа жизни большинство (83,25%) 15-18 летних подростков вкладывают отказ от вредных привычек и здоровое питание. Две трети (63,7%) указывают на необходимость оптимальной двигательной активности, каждый второй-третий подросток упоминает соблюдение режима дня (57,3%), соблюдение правил личной гигиены (56,8%). Только каждый третий подросток обращает внимание на своевременное обращение за медицинской помощью в случае заболевания (36,8%), пребывание в стабильном психоэмоциональном состоянии (34,8%), прохождение медосмотров для контроля за состоянием здоровья (33,1%). Единичные ответы касались иных факторов, имеющих отношение к здоровому образу жизни, а именно: «Спорт», «Быть счастливым», «Отказ от фастфуда».

На вопрос «Как Вы думаете, у Вашего ребенка есть знания для сохранения своего здоровья?» были получены следующие ответы: каждый третий (35,3%) родитель оценил знания своего ребенка как «полные и достаточные», около 2,6% оценили знания как «отсутствующие». Большинство опрошенных

отметили, что знания имеются, но недостаточные. Отдельные респонденты отметили, что «знания достаточны для возраста ребенка», «знания есть, но не всегда правильные», а также уточняли свой ответ как «не общались на эту тему», «затрудняюсь ответить».

На вопрос «Оцени свои знания о здоровье по 10-балльной шкале», где 1 балл – знания минимальны, 10 баллов – знания максимальны», ответы 15-18-летних подростков распределились следующим образом:  $M \pm \delta = 7,82 \pm 1,38$  балла, 95% ДИ средн. [7,744; 7,897],  $Me (Q1; Q3) = 8 (7; 9)$ .

Более половины подростков не ответили на вопрос о том, что может явиться стимулом для позитивных изменений в поведении по отношению к здоровью. Самым часто выбираемым вариантом ответа на вопрос о том, что может послужить стимулом к изменению образа жизни на более здоровый, стал ответ «Только если я сам (сама) захочу», и его выбрали треть (32,4-37,7%) подростков. Каждый четвертый-пятый подросток может вдохновиться примером родителей (22,03-26,77%), каждый пятый (18,27-22,7%) – примером друзей, но также каждого пятого (18,4-22,9%) может стимулировать изменить образ жизни на более здоровый только такой отрицательный фактор, как болезнь. Каждый шестой-седьмой подросток (12,7-16,6%) может быть мотивирован примером известных людей. И лишь 0,49 – 1,56% подростков могут убедить факты социальной рекламы. Отдельные иные варианты ответа: «Пример сестры», «Желание и толчок», «Образы некоторых персонажей», «Время», «Если будет необходимость», «Меньше нагрузки в школе», «Свободное время и деньги», «Запрет от родителей», «Иметь красивую фигуру».

Только 8,7% 15-18-летних подростков ответили, что их не интересует информация о способах улучшения здоровья и здоровом образе жизни, однако еще 27,75% указали, что будут искать такую информацию только в случае, если заболеют.

Две трети (63,55%) подростков указывают, что они нуждаются в информации о способах улучшения здоровья и здоровом образе жизни. Вместе с тем, черпают ее подростки в 71,14% случаев в интернете, 23,96% общаются на темы

здорового образа жизни с друзьями, 13,93% смотрят программы касающиеся темы здорового образа жизни, по телевидению. Только 26,22% спрашивают у родителей о способах сохранения здоровья и поддержания здорового образа жизни. Единицы ответили, что «консультируются с врачами» либо «читают санбюллетени».

Оценивая степень родительского контроля образа жизни подростка (питания, режима дня, выполнения гигиенических процедур) респонденты 15-18 лет в большинстве (77,6%) оценивали его как умеренный, каждый десятый (9,88%) как сильный. Около 12,5% (каждый восьмой подросток 15-18 лет) указали на отсутствие контроля за их образом жизни со стороны родителей.

Опрос родителей 10-14-летних подростков показал, что 67,6% получают информацию о способах сохранения и укрепления здоровья ребенка из интернета, 51,95% от медицинских работников, 41,7% – из собственного жизненного опыта, 30,9% – из советов родителей, друзей, знакомых, 25,85% – из специальной литературы, 23,2% – из телевидения, единичные ответы отметили альтернативу «другое» и указали на наличие специального образования (тренер, медицинский работник»).

Указали на необходимость специальной консультативной помощи по вопросам формирования здорового образа жизни и здоровьесохраняющего поведения у ребенка 15,4% родителей, воспитывающих ребенка возраста 10-14 лет. При этом каждый третий (35,45%) от ответивших положительно нуждается в помощи социального педагога или (31,75%) – педагога-психолога, почти каждый второй (45,5%) – школьного медицинского работника. Единичные респонденты выбрали «открытый» вариант вопроса «другое» и указали: «иногда нужна помощь психолога в формировании устойчивости к стрессовым ситуациям», «если будут вопросы, всегда могу обратиться в школу», «консультации медработников», «нуждаюсь, но ни в одном из перечисленных», «постороннего специалиста», «только по некоторым вопросам».

Достаточность собственных знаний для полноценного полового воспитания своего ребенка (по десятибалльной шкале, где 1 балл – знания минимальны, 10 баллов – знания максимальны) родители 10-14-летних подростков оценили следующим образом:  $M \pm \delta = 8,14 \pm 1,615$  балла,  $Me (Q1; Q3) = 8 (7; 9)$ .

Анализ полученных результатов выявляет парадокс: только 8,7% 15-18-летних подростков ответили, что их не интересует информация о способах улучшения здоровья и здоровом образе жизни, при этом подростки весьма пассивны в конкретных действиях по здоровьесбережению. Так, они не выявляют заинтересованность в ответе на вопрос о том, что может послужить стимулом к изменению их образа жизни на более здоровый, и наибольшая доля (32,4 – 37,7%) подростков считают, что это возможно «Только если я сам (сама) захочу». Родители значимы в данном аспекте для каждого четвертого-пятого, друзья – для каждого пятого подростка. Лишь 0,49 – 1,56% подростков могут убедить факты социальной рекламы.

Таким образом, мотивировать подростков к здоровьесберегающему поведению весьма сложно. Вероятно, необходимо искать способы, включающие комплекс психологических методов персональной мотивации в сочетании с подключением семьи (родителей) и групп подростков, формирующих микросоциальное окружение. При этом каждый восьмой подросток 15-18 лет указал на отсутствие контроля за их образом жизни со стороны родителей, в 71,14% случаев подростки ищут информацию в интернете, 23,96% общаются на темы здорового образа жизни с друзьями, 26,22% спрашивают у родителей. Единицы из числа выборки подростков ответили, что «консультируются с врачами», в отличие от родителей, которые получают информацию от медицинских работников в каждом втором случае, а каждый четвертый респондент использует специальную литературу.

### **4.3 Выявленные факторы, которые необходимо учитывать в работе с семьей и школой по формированию здоровьесбережения подростка**

Белорусские семьи дают высокую оценку состоянию здоровья воспитывающихся в них детей возраста 10-14 лет. Очевидна сформированная родительская ответственность за здоровье ребенка у абсолютного большинства – не менее трех четвертей, – таких родителей.

Мотивация на сохранение здоровья своего ребенка у родителей, воспитывающих детей 10-14 летнего возраста, проживающих в Беларуси, а также ответственность за его сохранение и укрепление, сформирована в достаточной степени. Наряду с некоторым недоверием и недостаточным пониманием государственного вклада в деятельность по укреплению здоровья подростка, такая сформированная персональная ответственность говорит о необходимости взаимодействия государственной власти с семьями на практическом уровне, уровне местных сообществ, школ, важности большей популяризации действий органов законодательной и исполнительной власти, уже объективно реализуемых в данном направлении. Риск иждивенческой позиции с перекладыванием ответственности «на плечи» государства при этом относительно невелик: не более 25% семей нуждаются в дополнительном контроле и, возможно, социально-психологической помощи.

Вместе с тем, родители из числа неполных семей значимо реже оценивают образ жизни своего ребенка как здоровый. Менее половины опрошенных придают значение достаточной медицинской активности, а также здоровому психоэмоциональному фону в семье. Около половины родителей считают, что забота их ребенка о здоровье недостаточна. Анализ ответов в целом дает представление о причинах такой оценки: она связана с нехваткой у ребенка информации о сохранении здоровья, его (её) недостаточной медицинской активностью, несоблюдением режима дня и наличием психологических стрессовых факторов. Несмотря на

то, что данная картина получена исходя из ответов родителей, их же ответы показывают, что только половина родителей регулярно беседуют с ребенком о вреде для здоровья курения, алкоголя, 39% – о правилах безопасного поведения. Треть родителей отмечают, что не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью для ребенка, две трети не всегда контролируют выполнение всех рекомендаций медицинских работников, включая прививание ребенка согласно календарю прививок. Почти половина родителей осознают, что недостаточно уделяют внимания здоровью своего ребенка, прежде всего ввиду собственной занятости.

Каждый шестой-седьмой родитель, имеющий ребенка 10-14 летнего возраста, нуждается в специальной консультативной помощи по вопросам формирования здорового образа жизни и здоровьесохраняющего поведения у ребенка, при этом в каждом третьем случае нужна помощь социального педагога, также в каждом третьем случае – педагога-психолога, и почти в каждом втором случае – школьного медицинского работника. Таким образом, в формировании культуры здоровья подтверждается значимость межведомственного взаимодействия, в первую очередь, с социально-педагогической службой.

Анализ образа жизни подростков выявляет тревожную картину. Каждый третий-четвертый подросток 15-18 лет (27,99%) имеет опыт половой жизни, из них треть не используют контрацептивную защиту или используют ее нерегулярно, четверть имеют случайные половые связи (юноши в 1,9 раз чаще чем девушки). Почти половина 15-18-летних подростков употребляли когда-либо энергетические напитки, при этом чаще проба происходит в возрасте 13-16 лет и затем каждый третий продолжает употреблять их регулярно. Употребляли когда-либо слабоалкогольные напитки 43,6%, знакомы с крепким алкоголем более четверти 15-18-летних подростков. Каждый пятый подросток после первой пробы слабоалкогольных напитков и каждый одиннадцатый после первой пробы крепкого алкоголя употребляет соответствующие

напитки регулярно (несколько раз в месяц). Каждый третий подросток в 15-18 лет имел опыт курения электронных и также каждый третий – обычных сигарет. Возраст первой пробы электронных сигарет варьировал от 10 до 18 лет, пробы обычных сигарет – от 5 лет. После первой пробы, каждый третий подросток продолжает курение электронных и каждый четвертый – обычных сигарет. Несмотря на то, что положительно ответили об опыте пробы наркотиков или курительных смесей только 1,28% 15-18-летних подростков (первая проба произошла в 13-18 лет), в три раза большая доля подростков знают о случаях употребления наркотиков или курительных смесей в их ближайшем окружении.

По данным опроса как подростков, так и родителей, можно констатировать, что образ жизни как минимум каждого десятого подростка и каждой десятой семьи, в которой воспитывается ребенок 10-14 лет, нельзя отнести к здоровому. Еще минимум около четверти семей и 10-14-летних подростков – группа потенциально нездорового образа жизни. В 15-18 лет уже только каждый третий подросток оценивает собственный образ жизни как здоровый, регулярно и в достаточной мере заботится о своём здоровье. При этом отмечается более благоприятная, не соответствующая объективной картине, оценка родителями образа жизни собственного ребенка и его заботы о здоровье, вероятно, ввиду недостаточной коммуникации, а также недостаточного осознания критической важности возраста 15-16 лет для формирования рискованного поведения в сфере здоровья. Каждый восьмой подросток 15-18 лет указал на отсутствие контроля за их образом жизни со стороны родителей.

Понимание здорового образа жизни у родителей и у подростков в целом сформировано и сопоставимо, как и оценка родителями знаний, необходимых для сохранения здоровья, у своего ребенка, и оценка знаний о здоровье самими подростками («имеются, но недостаточные», или 7-8 баллов по 10-бальной шкале). Вместе с тем, и родители, и в особенности подростки не придают должного значения медицинской

активности и психологическому стрессу как факторам образа жизни (принимаются во внимание чуть менее половиной родителей и только каждым третьим подростком). В половине случаев у подростков 15-18 лет отмечается несвоевременная обращаемость за медицинской помощью.

Абсолютное большинство подростков интересуется информация о способах улучшения здоровья и здоровом образе жизни, однако подростки отмечают, что действенные стимулы к изменению поведения найти весьма сложно. Чаще всего единственно возможным стимулом является изменение собственной внутренней установки на здоровьесбережение, причём по степени влияния на данный фактор на первом месте (каждый четвёртый-пятый подросток) – родители, на втором – друзья (каждый пятый подросток). Социальная реклама, по мнению подростков, не является сколько-нибудь действенным инструментом влияния. В подавляющем большинстве подростки ищут информацию в интернете, каждый четвёртый – у родителей. Единицы из числа выборки подростков ответили, что «консультируются с врачами», в отличие от родителей, которые получают информацию от медицинских работников в каждом втором случае, а каждый четвёртый респондент использует специальную литературу. Данные исследования показывают, что мотивировать подростков к здоровьесберегающему поведению весьма сложно. Вероятно, необходимо искать способы, включающие комплекс психологических методов персональной мотивации, в сочетании с подключением семьи (родителей) и групп подростков, формирующих микросоциальное окружение. Проводником информации для подростков должен являться интернет: социальные сети, сайты учреждений здравоохранения, специализированные порталы и т.п. В то же время, для аудитории взрослых, в частности, родителей детей подросткового возраста, значим также непосредственный контакт с медицинским работником.

Результаты нашего исследования подтверждают установленную ранее значимость фактора образования

родителей, прежде всего, матери, более высокой самооценки уровня материального благосостояния семьи. Вместе с тем, наиболее значимый фактор – доверительные отношения с ребенком в семье: например, среди подростков, которые указали родителей как источник знаний о репродуктивном здоровье и сексуальных отношениях, в разы меньше тех, кто демонстрирует рискованное сексуальное поведение. Фактор коммуникации более значим для здоровьесберегающего поведения подростков в сравнении даже с такими характеристиками семьи, как её полнота и количество в семье детей.

Перспективным направлением для проработки в мерах межведомственного взаимодействия по оптимизации условий реализации мотивации родителей на здоровьесбережение семьи и воспитывающегося в семье ребенка являются следующие направления:

- 1) по формированию адекватной медицинской активности родителей при воспитании детей подросткового возраста,
- 2) по повышению понимания значимости и собственно по формированию психологического благополучия и морального микроклимата в семьях,
- 3) по осознанию родителями первостепенной роли эмоционального контакта с детьми, коммуникации «родители-подросток».

Необходимо формировать:

- культуру заботы о здоровье в семье, включая заботу о здоровье здоровых,
- культуру коммуникации в семье,
- культуру адекватной медицинской активности.

Разные каналы получения информации, востребованные поколением детей и родителей, свидетельствует о нарастании влияния цифровизации на белорусское общество. Очевидно, что в традиционном понимании коммуникации процесс трансформации информационной среды «родители-дети» составляет риск доверительным взаимоотношениям в семьях. Необходимо обозначать данный риск, говорить о нём уже сейчас, с тем, чтобы не только способствовать

здоровьесбережению сегодняшних подростков, но и предотвратить накопление риска «техноферентности» для будущих детей сегодняшнего подросткового поколения. Одновременно, нельзя пренебрегать тем, что процесс цифровизации – объективная реальность. Нужно учитывать его в деятельности по формированию здоровьесбережения.

#### **4.4 Доступность информации, необходимой для сохранения здоровья, для лиц возраста 60 лет и старше, и возможности принимать решения для своего здоровья и благополучия**

Проанализированы материалы базы данных [3], представляющей выборку лиц возраста 60+, репрезентативную Гродненской области с учётом пола, проживания (город-село) и возраста (1270 человек).

В анализ включен блок анкеты, состоящий из 9 вопросов, построенных на основе 5-бальной шкалы. Респондента просили оценить доступность персонально для себя информации, отметив соответствующий балл от 1 до 5, где 1 балл – минимальное, 5 баллов – максимальное значение: «Получение информации о профессиональной медицинской помощи в случае болезни?», «Получение информации о том, что делать в случае необходимости неотложной медицинской помощи?», «Получение информации, позволяющей оценить преимущества и недостатки различных вариантов лечения заболеваний?», «Получение информации, позволяющей точно следовать рекомендациям врача?», «Получение информации о том, что делать при возникновении проблем с психическим здоровьем?», «Получение информации о необходимых медицинских осмотрах или обследованиях?», «Получение информации о вредных привычках, таких как курение, низкая физическая активность или употребление алкоголя?», «Получение информации для Вас о здоровом образе жизни, например о физических упражнениях, правильном питании?», «Оцените возможности принимать решения для улучшения своего здоровья и благополучия?».

Получены следующие результаты.

Доступность информации о профессиональной медицинской помощи в случае болезни по пятибалльной системе респонденты оценивают ( $M \pm \delta$ ) на  $3,3 \pm 0,84$  балла; о том, что делать в случае необходимости неотложной медицинской помощи, –  $3,3 \pm 0,87$  балла; доступность информации, позволяющей оценить преимущества и недостатки различных вариантов лечения заболеваний –  $3,12 \pm 0,87$  баллов; доступность информации, позволяющей точно следовать рекомендациям врача, –  $3,4 \pm 0,86$  баллов; доступность информации о том, что делать при возникновении проблем с психическим здоровьем, –  $3,1 \pm 0,94$  балла; доступность информации о необходимых медицинских осмотрах или обследованиях –  $3,39 \pm 0,86$  баллов; доступность информации о вредных привычках, таких как курение, низкая физическая активность или употребление алкоголя оценена респондентами в  $3,74 \pm 0,87$  балла; информации о здоровом образе жизни, например о физических упражнениях, правильном питании – в  $3,68 \pm 0,87$  балла.

Лица 60 лет и старше, проживающие в Гродненской области, оценили собственные возможности принимать решения для улучшения своего здоровья и благополучия в  $3,35 \pm 0,86$  балла.

Детальный анализ показывает, что самый низкий уровень доступности для респондентов регистрируется для информации о том, что делать при возникновении проблем с психическим здоровьем, –  $3,1 \pm 0,94$  балла, а также информации, позволяющей оценить преимущества и недостатки различных вариантов лечения заболеваний –  $3,12 \pm 0,87$  баллов, что статистически значимо не различается по уровню доступности и составляет последнее, пятое ранговое место.

Наиболее доступна ( $M \pm \delta = 3,74 \pm 0,87$  балла) лицам возраста 60 лет и старше информация о вредных привычках, таких как курение, низкая физическая активность или употребление алкоголя. Попарное сравнение демонстрирует,

что данный фактор лидирует со статистически значимым отрывом от всех остальных показателей.

На втором месте по доступности для лиц возраста 60 лет и старше – доступность информации о здоровом образе жизни, например о физических упражнениях, правильном питании – в  $3.68 \pm 0.87$  балла, что также статистически значимо отличается от всех остальных показателей.

Третье место по доступности разделили такие факторы, как доступность информации, позволяющей точно следовать рекомендациям врача, –  $3.4 \pm 0.86$  баллов, информации о необходимых медицинских осмотрах или обследованиях –  $3.39 \pm 0.86$  баллов. Также третье место в общей оценке доступности принадлежит баллу самооценки возможности принимать решения для улучшения своего здоровья и благополучия.

На предпоследнем месте по оценке доступности респондентами, лицами возраста 60 лет и старше, – информация о том, что делать в случае необходимости неотложной медицинской помощи, –  $3.3 \pm 0.87$  балла, а также информации о профессиональной медицинской помощи в случае болезни,  $3,3 \pm 0.84$  балла.

Вместе с тем, распределение ответов на каждый из вопросов отличалось от нормального, вследствие чего были также проанализированы доверительные интервалы для медианных ответов, что позволило скорректировать ранговый ряд доступности, объединив попарно первое и второе, а также третье и четвертое места.

На первом месте (наиболее доступна) по доступности, таким образом, информация о вредных привычках, таких как курение, низкая физическая активность или употребление алкоголя, информация о здоровом образе жизни. На втором месте (доступность средняя), – доступность информации, позволяющей точно следовать рекомендациям врача, информации о необходимых медицинских осмотрах или обследованиях; доступность информации о том, что делать в случае необходимости неотложной медицинской помощи,

информации о профессиональной медицинской помощи в случае болезни, а также информации, позволяющей оценить преимущества и недостатки различных вариантов лечения заболеваний. Наиболее низкий уровень доступности (ниже среднего) для респондентов регистрируется для информации о том, что делать при возникновении проблем с психическим здоровьем.

Самооценка лицами 60+ возможности принимать решения для улучшения своего здоровья и благополучия соответствует среднему уровню.

Таким образом, очевидно, что требуется пересмотреть работу по медицинскому информированию с лицами пожилого возраста, с включением в нее данных о том, где и как они могут получить помощь при возникновении проблем с психическим здоровьем, а также обратить дополнительное внимание медицинских работников первичного звена, работающих с пожилыми пациентами, на аспекты коммуникации врач-пациент при необходимости формирования комплаенса, основанного на информировании о профессиональной медицинской помощи в случае болезни.

#### **4.5 Медицинское информирование населения: стереотипы практики и потребности общества**

Немаловажную роль в формировании здоровьесбережения играет информированность населения в вопросах здоровья, в возможности получения медицинской помощи. Важнейшим принципом деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь является принцип профилактической направленности, что реализуется в системе мер первичной, вторичной, третичной профилактики, в числе которых значимое место отведено программам медицинского информирования.

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» определяет медицинскую профилактику как «комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента, формирование здорового образа жизни, снижение вероятности возникновения и распространения

заболеваний и патологических состояний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития, а также на предотвращение неблагоприятного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания» [4].

В зависимости от объекта приложения профилактических мер выделяют первичную профилактику, которая направлена на устранение факторов риска возникновения заболевания; вторичную профилактику, когда меры направлены на раннее и своевременное выявление возникшего заболевания или патологического состояния с целью предупреждения прогрессирования болезненного процесса и развития возможных осложнений; а также третичную профилактику, направленную на адекватное своевременное лечение и реабилитацию с тем, чтобы избежать усугубления стадии и степени выраженности патологического процесса, инвалидизирующих последствий от уже наступивших осложнений. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Медицинская профилактика может быть также разделена на индивидуальную – профилактические мероприятия, проводимые по отношению к отдельным лицам; групповую – профилактические мероприятия, проводимые по отношению к целевым группам; популяционную (массовую) – профилактические мероприятия, охватывающие население в целом.

Непосредственное практическое осуществление деятельности по *индивидуальной профилактике* закреплено за **первичным звеном здравоохранения** – врачом общей практики и его командой, что проистекает из специфики работы, требующей знаний условий и образа жизни пациентов закрепленных территорий и их семей. Согласно постановлению Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь

от 24 августа 2016 г. № 19.4 «О деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения», на индивидуальном уровне работы с пациентами по формированию здорового образа жизни и факторами риска неинфекционных заболеваний координирующая роль должна принадлежать работникам звена первичной медицинской помощи.

Медицинское информирование в рамках санитарно-просветительской деятельности проводится также *для целевых групп населения* в отношении некоторых заболеваний или отдельных состояний, посредством организации **школ здоровья при отдельных организациях здравоохранения**. Работа таких школ осуществляется согласно приказам руководителей этих организаций и регулируется локальными положениями о таких школах. Например, школа сахарного диабета, школа подготовки к родам (варианты: школа будущих родителей, школа молодой матери, курсы для беременных женщин и т.п.), школа бронхиальной астмы (астма-школа), школа патологии желудочно-кишечного тракта (гастро-школа), школа остеопороза, школа заболеваний позвоночника, школа для лиц с артериальной гипертензией, и другие. Анализ программ таких школ показывает, что в большинстве они формируются на основании локальных подходов, и нередко зависят от ресурсных возможностей организаций и ответственных за осуществление работы школы исполнителей [5; 6; 7; 8; 9; 10]. Таким образом, за организацию целевой профилактики отвечают прежде всего руководители организаций здравоохранения и врачи-специалисты.

Республика Беларусь отличается **межведомственным подходом к организации популяционного уровня профилактики**, на котором невозможно ограничиться лишь медицинскими мероприятиями. Межведомственный подход прослеживается исторически как преемник программно-целевого планирования в здравоохранении, корни которого были заложены еще в модели Н. А. Семашко. В целом,

межведомственный подход в реализации мер профилактики является для Беларуси традиционным.

В Послании Президента Республики Беларусь Лукашенко А.Г. белорусскому народу и Национальному собранию от 19 апреля 2019 г. поставлена задача реализовать государственный профилактический проект "Здоровые города и поселки" (далее – проект) и создать национальную сеть "Здоровые города и поселки" (далее – национальная сеть). Государственный профилактический проект «Здоровые города и посёлки» утверждён Протоколом №2 от 30.10.2019 г. заседания Межведомственного совета по формированию здорового образа жизни, контролю за неинфекционными заболеваниями, предупреждению и профилактике пьянства, алкоголизма, наркомании и потребления табачного сырья и табачных изделий при Совете Министров Республики Беларусь. Он в частности предусматривает здоровое городское планирование, обеспечение населения здоровым питанием, с упором на детей и подростков в организованных коллективах, внедрение и реализацию мер проекта «Школа-территория здоровья» при поддержке ЮНИСЕФ.

При непосредственном участии Министерства здравоохранения реализован ряд межведомственных государственных программ, логично переходящих в последующие программные документы, формирующиеся с учётом современных потребностей. Так, реализованы Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 годы (Указ Президента Республики Беларусь 11 августа 2011 г. № 357), Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г. № 200).

В настоящее время завершается реализация утверждённой постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2021 г. № 28 Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021-2025 годы».

Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь на период до 2035 года, утверждённая решением Президиума Совета Министров Республики Беларусь (протокол заседания от 04.02.2020 № 3), предполагает формирование полноценного образа жизни и снижение рисков для здоровья граждан в любом возрасте, достигаемые посредством мер по повышению качества и доступности медицинской помощи, широкому вовлечению населения в формирование здорового образа жизни, цифровизации системы здравоохранения [11].

Также традиционно, в основе медицинского информирования в Беларуси лежит **фокус на формирование здорового образа жизни**.

Базовая модель деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни у населения Республики Беларусь, предложенная постановлением Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 августа 2016 г. № 19.4 «О деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения», содержит взаимодействующие модули, каждый из которых реализует собственные задачи, а вместе они формируют целостную систему, основанную на межведомственном подходе. Выделены следующие модули: правовой; медицинский; образовательный; научно-методический; информационно-популяризационный; социально-воспитательный; модуль формирования культуры питания; физкультурно-оздоровительный модуль; административный модуль; модуль межведомственного взаимодействия.

Особенностью медицинского информирования является государственный характер (государство выступает заказчиком деятельности организаций здравоохранения по гигиеническому обучению и воспитанию населения, обеспечивает развитие материально-технической базы, подготовку кадров, правовую основу деятельности), научность (соответствие пропагандируемых медицинских и гигиенических знаний современному состоянию науки и практики), массовость (участие в работе по гигиеническому обучению и воспитанию,

формированию здорового образа жизни всех медицинских работников; вовлечение специалистов других ведомств и общественных организаций); доступность (с точки зрения понимания населением доносимой информации и возможности обеспечения доступа к ее источникам), целенаправленность (работу следует проводить по выбранному направлению дифференцированно с учетом различных целевых групп населения), оптимистичность (для достижения эффекта важно подчеркивать положительные стороны и достижимость поставленных целей); актуальность (выбор направления работы должен быть актуальным и своевременным).

В системе здравоохранения деятельность по медицинской профилактике на популяционном уровне закреплена за **санитарно-эпидемиологической службой: Центрами гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (ЦГЭиОЗ)** (Постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь 24 Августа 2016 г. № 19.4 «О деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения»). Организационно-методическое руководство этой деятельностью осуществляют отделы общественного здоровья областных ЦГЭиОЗ с координацией этой деятельности Государственным учреждением «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». С 01 июля 2024 года республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены» реорганизовано путем присоединения к ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». В результате объединения в составе ГУ «РЦГЭиОЗ» создан НИИ гигиены, токсикологии, эпидемиологии, вирусологии и микробиологии.

Службу возглавляет заместитель министра здравоохранения – главный государственный санитарный врач республики. Организационно-методическое руководство осуществляет отдел гигиены, эпидемиологии и профилактики Министерства здравоохранения.

Основными задачами службы являются: координация деятельности различных органов и учреждений здравоохранения по внедрению принципов здорового образа жизни; участие в реализации территориальных и отраслевых программ по укреплению здоровья различных групп населения; вовлечение всех медицинских работников, специалистов других министерств и ведомств в воспитательную работу; предоставление адекватной информации, позволяющей делать выбор с позиции укрепления здоровья; постоянное повышение качества, эффективности и интенсивности работы по обучению населения ведению здорового образа жизни с широким привлечением к этой работе средств массовой информации; формирование общественного мнения, поднимающего престиж здоровья; организация и проведение мероприятий по коррекции образа жизни населения и предупреждению факторов риска заболеваний.

Основными задачами отдела общественного здоровья являются организационно-методическая, информационная, издательская, оздоровительная работа. Областные отделы общественного здоровья организуют работу организаций здравоохранения и координируют деятельность других ведомств по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Отделы общественного здоровья являются организаторами обучения принципам и методам гигиенического воспитания населения как среди медицинских работников, так и среди специалистов немедицинского профиля (педагогов, работников культуры, общественных организаций). Они анализируют состояние работы по формированию здорового образа жизни в регионе, организуют и проводят семинары, конференции, совещания по актуальным вопросам, обобщают и распространяют передовой опыт по пропаганде и формированию здорового образа жизни среди населения.

Отделы общественного здоровья участвуют в организации и проведении массовых мероприятий среди населения, направленных на формирование здорового образа жизни,

укрепление здоровья, повышение работоспособности и достижение активного долголетия; внедряют новые формы и методы информационной работы: проведение праздников здоровья, Дней здоровья, дней информирования, акций здоровья, передвижных выставок; широко используют факультативные формы обучения населения (школы здоровья, клубы по интересам, школы материнства и детства и т. д.); организуют мероприятия по формированию общественного мнения, поднимающего престиж здоровья, через средства массовой информации (телевидение, радио, печать, кино); проводят социологические исследования по медико-социальным проблемам формирования здорового образа жизни; проводят индивидуальное консультирование по вопросам здоровья, а также выполняют иные функции, связанные с обеспечением и реализацией медицинского информирования населения. Издательская деятельность отделов общественного здоровья предусматривает разработку и издание методических, информационных и наглядных материалов, научно-популярной литературы, пропагандирующих здоровый образ жизни.

Любой метод медико-гигиенического обучения населения так или иначе связан с **коммуникационным процессом**. Коммуникацию можно рассматривать как двусторонний процесс обмена или формирования идей, чувств и информации. Это процесс, необходимый для того, чтобы проложить путь к желаемым изменениям в поведении людей и осознанному участию индивидуума и сообщества в достижении поставленных целей. Коммуникация и образование тесно связаны между собой.

Любая коммуникация – это сложный процесс, который включает в себя следующие основные компоненты: отправитель (источник); получатель (аудитория); сообщение (содержание); канал (или каналы) (среда); обратная связь (эффект).

Конечной целью любой коммуникации является изменение информированности, установок, мотивов и поведения получателя информации в желаемом направлении. Это может быть расширение знаний, изменение существующих

моделей поведения и установок, приобретение новых навыков. Получателем может быть один человек (методы индивидуального воздействия), группа людей (методы воздействия на группу людей), большая группа (методы массовой коммуникации).

Аудитория может быть двух типов: контролируемая и неконтролируемая. Контролируемая аудитория – это аудитория, объединенная общими интересами. Это однородная группа. Неконтролируемая или «свободная» аудитория – это та, которая собралась вместе из-за любопытства. Это неоднородная группа. Чем более однородной является аудитория, тем больше шансов на эффективную коммуникацию.

Сообщение – это информация, которую коммуникатор передает своей аудитории для получения, понимания, принятия и действия. Хорошее сообщение должно соответствовать цели (целям), быть значимым, основанным на ощущаемых потребностях, ясным и понятным, конкретным и точным, своевременным и адекватным, соответствовать аудитории, интересным, культурно и социально подходящим.

**Канал коммуникации** зависит от получателя и метода. Все методы делятся на методы индивидуального воздействия, методы воздействия на группу лиц и методы массовой коммуникации. Методы индивидуального воздействия основаны на межличностном общении (или «лицом к лицу»).

Личное, прямое и эффективное общение убеждает лучше, чем любая другая форма коммуникации. Межличностное общение может быть представлено устными или комбинированными методами.

Групповые коммуникации могут осуществляться устными, печатными, визуальными или комбинированными методами.

Основными средствами *устного метода* являются: «Мелом и языком» (лекция), индивидуальная консультация (личное интервью, беседа), групповая дискуссия, симпозиум, семинар, ролевая игра, квизы (викторины), консультации, краткие выступления, работа в группах и иные. Метод устной пропаганды занимает ведущее место в деятельности

медицинских работников издавна, и является одним из наиболее привычных. Он позволяет установить непосредственный контакт со слушателями, изложить значительный по объему материал большой аудитории и быстро реагировать на события.

Метод печатного информирования – один из самых распространённых. Он включает использование печатных иллюстрированных материалов, таких как мини-брошюры, листовки, памятки, плакаты и прочее. Листовки незаменимы в тех случаях, когда надо быстро предупредить население о необходимости проведения срочных мероприятий по охране здоровья. Они адресуются широкому кругу населения, носят, как правило, агитационный характер, содержат мотивированный призыв к участию в тех или иных профилактических мероприятиях. Памятки в отличие от листовок имеют конкретного адресата (целевая группа). Памятки можно вручать после лекции, на приеме в поликлинике, после беседы с врачом, после инструктажа. Они обычно являются дополнением к указаниям медицинского работника и помогают закрепить полученные знания.

К методу *печатного информирования* (печатной пропаганды) по сути относятся и статьи на сайтах организаций здравоохранения, в средствах массовой информации (газеты, журналы), стенные медицинские газеты, доски вопросов и ответов, информация, напечатанная на отрывных бланках, где на обороте врач делает персонально для пациента какие-то записи.

Плакаты широко используются медицинскими работниками в работе по гигиеническому воспитанию. Они посвящаются отдельной узкой теме, имеют название. Информационный материал носит профилактический характер и как правило излагается доступным языком. Текст делится на несколько частей и иллюстрируется. Основная цель – привлечение внимания к информации, выработка твердой уверенности в необходимости применения на практике.

Метод *изобразительной пропаганды (или наглядный)* располагает наибольшим числом средств, позволяющих

получить целостное представление о предмете. Зрительный образ обычно сразу дает представление о целом и воспринимается быстрее и лучше. Средства наглядного метода можно разделить на плоскостные; объемные; натуральные (подлинные). Средства изобразительной пропаганды широко используются для иллюстрации материала лекции или беседы, при организации выставок или витрин различного типа, для проведения занятий, при подготовке печатных изданий.

Основные требования, предъявляемые к печатной продукции – актуальность тематики, оперативность. Метод печатной пропаганды наиболее удобен для населения. Вместе с тем, эффективность этого метода в современных условиях недостаточна.

К *комбинированным средствам* относятся выставки, демонстрации, музеи здоровья, средства массовой информации, а каналом передачи информации является одно или несколько из перечисленных средств. Средствами массовой коммуникации являются *кино, телевидение, радио, печать, интернет-технологии*, где также используются комбинированные способы передачи информации.

Преимущество СМИ заключается в том, что они охватывают относительно большее количество населения за более короткий период времени, чем это возможно с помощью других средств. Однако превосходство межличностной коммуникации над СМИ в создании мотивационного эффекта хорошо документировано. Когда сообщение, переданное через СМИ, распространяется в обществе, оно подхватывается межличностными и неформальными сетями. Тогда сообщение становится предметом обсуждения межличностных коммуникаций. Средства массовой информации передают сообщения только из центра на периферию, а механизмы обратной связи организованы плохо. Поэтому, если сообщение неясно или по каким-то причинам неприемлемо, аудитория может отвергнуть его, или же сообщение может быть повреждено при межличностном обсуждении.

Многие сообщества имеют собственную сеть «традиционных» или «народных» средств массовой информации, социальных сетей. Это важные каналы коммуникации, которые близки к культурным ценностям населения, особенно проживающего удаленно, например, в селе.

Таким образом, у каждого канала коммуникации есть свои преимущества и ограничения. Правильный выбор и использование каналов приводит к успешной коммуникации. Эффективная коммуникация редко достигается за счет использования только одного метода, но необходимо пытаться сочетать различные методы для достижения образовательной цели.

Основным компонентом коммуникационного процесса в сфере здравоохранения является *обратная связь*. Обратная связь – это поток информации от аудитории к отправителю; это реакция аудитории на сообщение. Обратная связь дает отправителю возможность изменить свое сообщение и донести его до аудитории. Она может исправить ошибки передачи, которые могут возникать из-за барьеров между отправителем и получателем.

Барьеры могут быть физиологическими (трудности со слухом, выражением лица), психологическими (эмоциональные расстройства, неврозы, уровень интеллекта и т. д.), экологическими (шум, невидимость, перегруженность), культурными и социальными (уровень знаний и понимания, религия, взгляды и т. д.).

Важную роль в медицинском информировании занимает консультирование. Консультирование – это процесс, который может помочь людям лучше понять друг друга, справиться со своими проблемами и лучше общаться с теми, с кем они эмоционально связаны. Он может улучшить и усилить мотивацию к изменению поведения, оказать поддержку в кризисный момент, помочь уменьшить или решить проблемы. Консультирование подразумевает выбор. Оно отличается от ситуации назначения тех или иных методов лечения, когда необходима чёткая приверженность в последующем.

Консультировать – значит направлять людей и предостерегать их, но при этом выбор – за консультируемым, то есть за получателем информации. Вместе с тем, консультирование – важная часть лечения, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, поэтому оно является неотъемлемой частью всех программ здравоохранения.

Существуют три основные *модели медицинского информирования*:

1. Медицинская;
2. Мотивационная;
3. Модель социальной интервенции.

Наиболее распространенной является *медицинская модель*. Эта модель в первую очередь заинтересована в распознавании и лечении болезней и технологических достижениях для облегчения этого процесса, в распространении медицинской информации, основанной на научных фактах. Предполагается, что люди, благодаря информации, предоставляемой медицинскими работниками, будут действовать таким образом, чтобы достичь улучшения своего здоровья. Вместе с тем, между знаниями и поведением сохраняется разрыв, который целиком остаётся в зоне ответственности получателя информации; поэтому такая модель недостаточно эффективна.

*Модель мотивации* направлена на то, чтобы подчеркнуть мотивацию как основную силу, способствующую преобразованию информации о здоровье в желаемые действия по улучшению здоровья. При этом в процессе, направленном на изменение поведения, можно выделить три стадии. На первой стадии, если человек проявляет интерес к теме, он/она может искать более подробную информацию о пользе, ограничениях или применимости новой идеи или практики. На второй стадии получатель информации оценивает различные аспекты (социальные, психологические, экономические) полученной информации, при необходимости советуясь с другими людьми. Такая оценка является умственным «упражнением», а ее результаты – принятием решения. В итоге получатель информации решает, принять или отклонить новую идею,

программу или предложение. Это третья стадия. На этой стадии межличностное общение (друзья, родственные группы и т. д.) играет важную роль в поддержке его/ее решения. Убежденность приводит к действию, принятию или одобрению новой идеи. Новая идея или приобретенный стиль поведения становится частью его собственной жизни. Это называется интернализацией. Сначала внедрение происходит очень медленно, но постепенно процесс интенсифицируется, когда люди принимают эту практику.

Модель мотивации игнорирует факт, что в ряде ситуаций нужно менять не самого человека, а социальную среду, которая формирует поведение индивида и общества. Часто выясняется, что люди не будут охотно принимать и пробовать что-то новое, пока это не будет «узаконено» (или одобрено) группой, к которой они принадлежат.

*Модель социальной интервенции* основана на точном знании социальной природы проблемы и понимании взаимодействия между культурными, биологическими, физическими и социальными факторами окружающей среды.

**В настоящее время в мире профилактика рассматривается в аспекте не только предотвращения заболеваний, но и укрепления здоровья (health promotion).** Укрепление здоровья осуществляется и непосредственно связано с мерами, которые способствуют физическому и эмоциональному благополучию и увеличивают продолжительность и качество жизни.

Укрепление здоровья (health promotion) – это процесс, позволяющий людям усилить контроль над здоровьем и улучшить его. Он не направлен против какого-либо конкретного заболевания, а предназначен для укрепления организма-хозяина с помощью различных подходов. Хорошо известными мерами в этой области являются медицинское информирование, экологические модификации, вмешательства, направленные на изменения образа жизни и поведения. При этом медицинское информирование (медико-

гигиеническое обучение) является одним из наиболее экономически эффективных мероприятий [12].

ВОЗ рекомендовала следующие подходы к первичной профилактике хронических заболеваний, при которых установлены факторы риска: популяционная (массовая) стратегия (направленная на все население, независимо от индивидуальных уровней риска) и стратегия высокого риска (направленная на доведение профилактических мер до лиц, находящихся в группе особого риска).

Современный международный подход к популяционной (массовой) стратегии первичной профилактики предполагает деятельность, направленную а) на медицинское информирование и формирование грамотности в вопросах здоровья, б) на модификацию окружающей среды в направлении к более безопасной.

Первичная профилактика включает в себя концепцию «позитивного здоровья» – достижение и поддержание «приемлемого уровня здоровья, который позволит каждому человеку вести социально и экономически продуктивную жизнь», и касается отношения человека к жизни и здоровью, а также инициативы, которую он проявляет в отношении позитивных и ответственных мер для себя, своей семьи и своего сообщества. Усилия по медицинскому информированию направлены на то, чтобы побудить людей развивать полезные привычки в отношении здоровья (питание, физические упражнения) и избегать вредных веществ (алкоголь, табак и т. д.) и вредных обстоятельств (вождение автомобиля в нетрезвом виде), а также не пренебрегать специальными мерами защиты (как, например, иммунизация, использование презерватива).

Модификация окружающей среды включает в себя санитарную окружающую среду (которая используется для обеспечения адекватной канализации, безопасной питьевой воды, чистого воздуха и окружающей среды, свободной от токсичных веществ), ее безопасность от травматизма в результате падений, пожаров, автомобильных аварий и других причин.

Новая концепция изменения окружающей среды, примордиальная профилактика, уделяет особое внимание профилактике хронических заболеваний путем предотвращения возникновения или развития факторов риска в группах населения, в которых эти заболевания еще не появились, но могут возникнуть на последующих этапах жизни. Так, многие проблемы со здоровьем взрослых (например, ожирение, артериальная гипертензия) берут свое начало в детстве, поскольку именно в это время формируется образ жизни. При примордиальной профилактике усилия направлены на то, чтобы оградить детей от начала неблагоприятных изменений образа жизни.

Активно осуществляемые меры медицинской профилактики носят название *health intervention* – «вмешательство с целью прервать обычную последовательность развития заболевания человека». Это может быть предоставление лечения, образования, помощи или социальной поддержки. ВОЗ рассматривает пять моделей *health intervention*, которые образуют континуум. Модели *health intervention* следующие:

1. Укрепление здоровья (*health promotion*);
2. Специфическая защита (иммунизация, использование специфических питательных веществ, химиопрофилактика, защита от профессиональных вредностей, избегание аллергенов, контроль безопасности пищевых продуктов и т. д.);
3. Ранняя диагностика и лечение;
4. Ограничение инвалидности;
5. Реабилитация.

Динамическое определение *медицинского информирования* (образования в сфере здоровья, санитарного просвещения – в оригинале *health education*), принятое Алма-Атинской декларацией (1978 г.), выглядит следующим образом: «Процесс, направленный на поощрение людей к желанию быть здоровыми, к знанию того, как оставаться здоровым, делать то, что они могут делать индивидуально и коллективно для поддержания здоровья, и обращаться за помощью, когда это необходимо».

По мнению ВОЗ, медицинская грамотность предполагает достижение определенного уровня знаний, личных навыков и уверенности в себе, позволяющих предпринимать действия по улучшению личного здоровья и здоровья общества путем изменения личного образа жизни и условий жизни. Таким образом, медицинская грамотность означает больше, чем просто умение читать брошюры и записываться на прием. Улучшая доступ людей к медицинской информации и их способность эффективно ее использовать, медицинская грамотность имеет решающее значение для расширения прав и возможностей».

Современная концепция создания и поддержания медицинской грамотности населения, по ВОЗ, подчеркивает роль поведения людей в отношении здоровья и связанных с ним действий. Согласно данной концепции, любой специалист в системе здравоохранения должен уметь распространять информацию, завоевать доверие, сочувственно выслушать и понять чувства других людей, помочь уменьшить или решить проблемы, связанные с медицинской грамотностью. Таким образом, подход к медицинскому информированию характеризуется универсальностью по отношению ко всем медицинским работникам и опорой на изменения в поведении людей. Следовательно, любой медицинский работник нуждается в навыках общения и должен знать особенности процесса коммуникации.

**Происходящие в последние десятилетия в Республике Беларусь интенсификация процессов демографического старения населения, возникновение новых потребностей и возможностей для пожилых граждан, а также необходимость создания условий для реализации их потенциала послужили основанием для разработки и последующего утверждения Советом Министров Республики Беларусь постановления № 693 от 3 декабря 2020 г. «О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030». Создан Республиканский геронтологический центр (активного**

долголетия) и семь региональных гериатрических центров [13; 14; 15].

Приоритетными направлениями действий в рамках стратегии являются: улучшение качества и доступности услуг здравоохранения для пожилых граждан; ведение адресной работы по поощрению здорового образа жизни, в том числе на базе школ здоровья (активного долголетия); разработка комплексного, персонифицированного и интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, основанного на выявлении потребностей пожилых граждан; развитие гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи; подготовка медицинских кадров в области гериатрии, геронтологии; развитие медико-социальной помощи пожилым гражданам, организация долговременного ухода; разработка стратегического подхода к сохранению психического здоровья, ориентированного на потребности пожилых граждан; развитие новых форм и методик реабилитации пожилых граждан для поддержания уровня их физической активности, улучшения качества жизни, обеспечения возможности независимого проживания; расширение практики организации и поддержки школ «активного долголетия», «долгосрочного ухода», а также создание других моделей мотивации активного долголетия пожилых граждан; и другие.

К 2025 году стратегией «Активное долголетие» предполагается в создание не менее 116, а к 2030 году не менее 240 кабинетов активного долголетия, численность пожилых граждан, охваченных работой кабинетов «Школа активного долголетия» и иными аналогичными программами, – не менее 150 тыс. человек и 250 тыс. человек, соответственно. Приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь №1158 от 10.08.2023 Об организации кабинета «Школа активного долголетия» утверждено Примерное положение о кабинете «Школа активного долголетия», а также регламентировано начальникам главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, председателю Комитета

по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета организовать работу кабинета «Школа активного долголетия» в государственных организациях здравоохранения, обеспечить внесение изменений в штатное расписание и укомплектование медицинскими работниками кабинета «Школа активного долголетия» с учетом фактического объема работы, преимущество в работе государственных организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи пожилым пациентам. Кабинет создается приказом руководителя государственной организации здравоохранения с целью улучшения гериатрической помощи населению, повышения знаний по профилактике заболеваний и гериатрических синдромов пациентов старше 60 лет и формированию у них мотивации на активное долголетие. Основные задачи кабинета:

- повышение информированности лиц старше 60 лет (далее – пациентов) о факторах риска развития заболеваний и гериатрических синдромов, об особенностях течения заболеваний в пожилом возрасте, методах профилактики и лечения различных заболеваний, рационального питания, обучения методам самоконтроля, реабилитации, здорового образа жизни;

- формирование навыков оказания само- и взаимопомощи;
- формирование у пациентов поведенческих стереотипов по снижению неблагоприятного влияния на здоровье управляемых факторов риска.

Основные функции кабинета:

- раннее выявление основных гериатрических синдромов;
- выявление и восстановление функциональных резервов жизненно важных систем организма;

- популяризация медицинских знаний о наиболее часто встречающихся заболеваниях в пожилом возрасте и гериатрических синдромах;

- повышение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья;

- информирование граждан по медицинским, медико-социальным и социальным вопросам;

- мотивация к активной, полноценной, качественной жизни, к максимальному продлению физических и духовных возможностей организма в пожилом возрасте;
- обучение пациентов и их родственников методам профилактики гериатрических синдромов и ухода за маломобильными пациентами;
- обеспечение преемственности в работе с врачами-специалистами, оказывающими медицинскую помощь пациентам пожилого возраста в амбулаторных и стационарных условиях;
- внедрение новых методов диагностики и профилактики гериатрических синдромов и их реабилитации;
- участие в повышении уровня знаний по вопросам гериатрии медицинских работников смежных специальностей и социальных работников с привлечением врачей-специалистов.

Кабинет входит в структуру отделения государственной организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. На должность специалиста кабинета назначается лицо, имеющее среднее специальное медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или по специальности «Сестринское дело» и повышение квалификации по вопросам гериатрии в объеме 80 часов, без предъявления требований к стажу работы. Должностные обязанности специалиста регламентируются должностной инструкцией, разрабатываемой руководителем кабинета и утверждаемой руководителем государственной организации здравоохранения, в которой функционирует кабинет.

Направление в Кабинет осуществляет врач общей практики. Показания для направления: лица старше 60 лет с ранними признаками старения; лица старше 75 лет с риском развития синдрома старческой астении, когнитивными нарушениями, угрозой развития зависимости от посторонней помощи; лица, живущие с пожилыми людьми и/или осуществляющие уход за маломобильными пожилыми гражданами.

Специалист Кабинета проводит комплекс диагностических тестов для выявления основных гериатрических синдромов,

профилактические и обучающие мероприятия. Занятия с пациентами проводятся не реже 1 раза в неделю (тематическими циклами по 5 занятий). Рекомендуемый блок занятий включает следующие тематики: «Гериатрические синдромы. Как достичь долголетия», «Показатели здоровья, правила измерения и контроля», «Факторы риска неинфекционных заболеваний», «Помоги себе сам (самоконтроль АД, гипертонический криз)», «Первые признаки: инфаркт, инсульт – самопомощь и алгоритм действий», «Самоконтроль показателей глюкозы крови (для пациентов с диагнозом «сахарный диабет» или риском его развития)», «Первые признаки деменции», «Профилактика деменции. Когнитивные тренировки для поддержания ментального здоровья», «Синдром падения у пациентов старше 75 лет. Профилактика. Упражнения на равновесие», «Уход за возрастной кожей. Профилактика пролежней», «Питание 65+. Синдром мальнутриции», «Полипрогмазия, что это такое? Правила приема лекарств», «Организация безопасного быта».

В рамках деятельности гериатрической службы в Республике Беларусь организуются также «школы третьего возраста» (по сути, представляющие собой аналоги кабинетов активного долголетия). Поскольку содержание информационно-образовательной деятельности школ регулируется локальными актами, закономерно некоторое разнообразие.

Анализ программ таких школ показывает ориентацию преимущественно на вопросы здорового образа жизни и наиболее распространенных заболеваний. Вместе с тем, являются ли эти вопросы на самом деле наиболее востребованными пожилыми людьми?

Анализ базы данных опроса лиц возраста 60+, проживающих в Гродненской области, позволил установить, что самый низкий уровень доступности для респондентов регистрируется для информации о том, что делать при возникновении проблем с психическим здоровьем ( $3.1 \pm 0.94$  балла по 5-балльной шкале), а также информации, позволяющей оценить преимущества и недостатки различных

вариантов лечения заболеваний ( $3.12 \pm 0.87$  баллов). Наиболее доступна ( $M \pm \delta = 3.74 \pm 0.87$  балла) лицам возраста 60 лет и старше информация о вредных привычках, таких как курение, низкая физическая активность или употребление алкоголя. Данный фактор лидирует со статистически значимым отрывом от всех остальных показателей. Очевидно, что требуется пересмотреть работу по медицинскому информированию с лицами пожилого возраста, с включением в нее данных о том, где и как они могут получить помощь при возникновении проблем с психическим здоровьем, а также обратить дополнительное внимание медицинских работников первичного звена, работающих с пожилыми пациентами, на аспекты коммуникации врач-пациент при необходимости формирования комплаенса, основанного на информировании о профессиональной медицинской помощи в случае болезни.

Межведомственное взаимодействие в медицинском информировании лиц пожилого возраста осуществляется в контакте с социальными службами, а также с общественными объединениями, такими как Белорусский Красный Крест [16], Республиканским общественным объединением «Белорусская ассоциация социальных работников» [17], реализующими ряд инициатив. Вместе с тем, инициативы общественных организаций проводятся не на системной основе, не имеют четкой координации и организационно-методического руководства.

Следует отметить, что выделение пожилых граждан в отдельную целевую группу является хорошим **примером мер социального маркетинга в здравоохранении.**

Еще одним хорошим примером работы с целевыми социальными группами является движение по созданию и поддержке деятельности **Центров, дружественных подросткам**, реализуемое в Беларуси с 2003 года при поддержке ЮНИСЕФ.

Вместе с тем, к таким уязвимым социально-демографическим группам, каждая из которых имеет особые специфические потребности, относятся не только пожилые

население и подростки, но и иные; их перечень может быть продолжен, по результатам углубленного исследования социальных аспектов проблемы формирования здоровьесбережения.

История Центров, дружественных подросткам началась в 2001 году, когда в г. Женева под эгидой ВОЗ представители более 20 стран выработали принципы и положения, регламентирующие деятельность служб, «дружественных к подросткам и молодежи» [18; 19].

Сотрудничество ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Республики Беларусь в данном направлении активно развивается с 2003 года. Внедрены организационные технологии, включающие консультирование здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, обеспечивающие формирование потребности в ЗОЖ, медико-социальную и правовую защиту. Технологии обозначены как «дружественные», поскольку предоставление медицинской, психологической, социальной и правовой помощи осуществляется в соответствии с потребностями и ожиданиями подростков. Центры здоровья молодёжи являлись инновационной организационной технологией и не были включены в Номенклатуру организаций здравоохранения.

При реализации проекта «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» с 2003 по 2011 гг. организованы 26 центров здоровья молодёжи (центров, дружественных к подросткам); в 23 городах Минской области открыты кабинеты услуг, дружественных молодёжи. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья» утвердил типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодёжи), Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре. Было определено, что Центр, дружественный подросткам (центр здоровья подростков и молодежи) (далее – Центр), – это структурное подразделение

организации здравоохранения, в котором оказывается комплексная медико-психологическая помощь по проблемам сохранения и укрепления здоровья с учетом специфики подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности, доверительности, конфиденциальности и анонимности.. Основная цель создания Центра – повышение информированности и мотивации к здоровому образу жизни, обеспечение условий для социализации подростков и в конечном итоге улучшение репродуктивного, психологического, соматического здоровья молодежи. Деятельность Центра направлена на повышение уровня знаний подростков и молодежи о здоровом образе жизни, репродуктивном здоровье, заболеваемости ИППП/ВИЧ; на получение и укрепление навыков здорового образа жизни, правильного социального, репродуктивного поведения; на формирование мотивации к использованию полученных знаний и навыков в собственном поведении.

Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 343 от 04.04.2011 г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», Центр организовывается по территориальному принципу как структурное подразделение организации здравоохранения или самостоятельная организация здравоохранения на основании решения местных органов исполнительной власти или приказа начальника управления здравоохранения облисполкома (председателя комитета по здравоохранению Мингорисполкома) и работает в тесном сотрудничестве с Министерствами образования, социальной защиты, культуры, органами внутренних дел, прокуратуры, общественными и частными организациями, а также средствами массовой информации, ЮНИСЕФ, ЮНФПА. Финансирование Центра осуществляется в пределах выделенных организации здравоохранения бюджетных финансовых средств, а также внебюджетных средств, полученных в виде спонсорской, гуманитарной или международной технической помощи. Штаты Центра

утверждаются главным врачом организации здравоохранения – Центральной районной (городской) больницы (поликлиники), в пределах общей штатной численности персонала с учетом примерного штатного расписания, утвержденного данным приказом (таблица 2).

Таблица 2. Примерное штатное расписание Центра, дружественного подросткам (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья»)

Наименование должностей	Количество
Врачебные должности:	3,0
врач-педиатр (врач общей практики)	1,0
врач-акушер-гинеколог	1,0
врач-нарколог (психиатр-нарколог)	0,5
врач-уролог	0,5
Средний медицинский персонал:	2,0
валеолог	1,0
медрегистратор	1,0
Прочие:	
психолог	1,0
санитарка (уборщица)	1,0

Такое штатное расписание позволяет решить основные задачи и реализовать функции работы Центра, к которым относятся:

- привитие и укрепление навыков у молодежи 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 молодежи;

- профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, инфекций, передающихся половым путем/ВИЧ;

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

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

- воспитание в подростковом возрасте ответственного отношения к своему здоровью;

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

Данные направления реализуются за счёт оказания в Центре первичной и специализированной медицинской помощи подросткам и молодежи, обеспечения преемственности в работе с другими организациями здравоохранения, своевременного направления на консультацию в городские (районные, областные) организации здравоохранения, специализированные диспансеры, направления на госпитализацию. В центре также осуществляется 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. В задачи Центра входит развитие волонтерской работы для пропаганды и формирования навыков здорового образа жизни у молодежи, обучение и информирование по данным вопросам медицинских работников, сотрудников других ведомств, представителей общественных и молодежных организаций. Осуществляется внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Центр призван также помогать подросткам и молодёжи в обеспечении социально-правового сопровождения в вопросах, связанных со здоровьем. Индивидуальное консультирование подростков и молодежи осуществляется штатными специалистами Центра, а также врачами-специалистами по графику (нарколог,

дерматовенеролог, уролог (андролог) и др.). Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 343 от 04.04.2011 г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», проводится консультирование как подростков, так и взрослых – родителей, педагогов и др. Оказание помощи должно предусматривать ее универсальность – оказание помощи и поддержка во всех проблемах, с которыми обратились в Центр.

Важной организационной особенностью работы центров является обслуживание возрастного контингента посетителей, превышающего 18-летний рубеж (возрастной контингент обслуживаемого населения – от 14 до 21 года. Это позволяет обеспечить медико-гигиеническое обучение по вопросам репродуктивного здоровья, планирования беременности.

В 2010 г. нами изучалась востребованность девочками-подростками услуг, оказываемых центром репродуктивного здоровья подростков и молодёжи «Контакт» (расположенного на момент опроса в г. Гродно, ул. Островского, 17). Почти каждая вторая девочка затруднилась ответить на вопрос о том, какая из форм медицинского обслуживания наиболее удобна. Около 45% считают такой формой центр «Контакт». Почти 18% девочек обращались в «Контакт» неоднократно. Только 11% отметили работу Центра на «3» по 5-балльной шкале, 72% выбрали наивысший балл. Ни одна из посетивших центр девочек не ответила, что данное посещение «ничего полезного не дало» [20].

К 2023 году в Республике Беларусь действовали уже 58 Центров, дружественных молодёжи, и планировались к открытию новые, в 2025 году Центры функционируют в 46 населенных пунктах Беларуси<sup>2</sup>. Вместе с тем, как и ранее, в настоящее время Центры не являются самостоятельными организациями. В подавляющем большинстве Центр составляет структурное подразделение детской (центральной районной) поликлиники, оказывающее комплексную медико-

---

<sup>2</sup> Веб-сайт РИМРЦ. Адрес доступа: <https://junior.medcenter.by/>

психологическую помощь по проблемам здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и, по желанию подростка, анонимности. Возможна также организация работы в форме консультативного кабинета. В случае функционирования консультативного кабинета приём ведётся одним врачом; при организации Центра как структурного подразделения амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения услуги подросткам предоставляются несколькими специалистами.

В 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 ЮНФПА в 2006 г. Открыт Центр репродуктивного здоровья подростков и молодёжи «Контакт».

На состояние 2025 года в Гродно действует уже два Центра: Центр дружественный подросткам и молодёжи «Позитив» детской центральной городской клинической поликлиники г. Гродно и Центр дружественный подросткам и молодёжи «Контакт», государственного учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 2 г. Гродно».

Основная цель создания центров состояла и состоит в повышении информированности и мотивации подростков к здоровому образу жизни, обеспечении условий для социализации и в конечном итоге в улучшении репродуктивного, психологического и соматического здоровья молодёжи.

В типовые задачи центра включены работа по активной пропаганде здорового образа жизни, правильного репродуктивного поведения, половому воспитанию; оказание первичной, консультативной и специализированной медицинской помощи подросткам и молодёжи; обеспечение преемственности в работе с другими организациями здравоохранения,

своевременное направление на консультацию в организации здравоохранения; оказание медико-психологической помощи подросткам, формирование установки на здоровый образ жизни; развитие волонтерской работы; обучение и информирование по данным вопросам медицинских работников, сотрудников других ведомств, представителей общественных и молодежных организаций; внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; участие в конференциях; публикация учебно-методических разработок, пособий; научная деятельность; обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям. Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 343 от 04.04.2011 г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», утверждены примерные нормы нагрузки: на приём одного посетителя (пациента) врачу-педиатру (врачу-специалисту-консультанту) Центра выделяется не менее 30 минут, независимо от первичного или вторичного приёма.

Консультантами Центра ведется компьютерный учет всех обратившихся подростков на основании карты учета подростков. Сотрудники Центра предоставляют медицинскую помощь подросткам, в том числе лицам из групп повышенного риска, по предварительной записи по телефону, при самостоятельном обращении, анонимно – по желанию пациентов, независимо от адреса их проживания (таблица 3).

Согласно типовому положению, специалисты Центра имеют право в случае необходимости направлять лиц, обратившихся для консультации и лечения, в другие организации здравоохранения для оказания им медицинской помощи по прерыванию беременности, диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИД и других необходимых медицинских услуг. При проведении контрацептивного консультирования, обследования и лечения заболеваний, передаваемых половым путем, у подростков до 16 лет целесообразно получение согласия родителей. Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 343 от 04.04.2011 г.

«О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», в индивидуальных случаях без родительского согласия такая практика может быть оправдана в нижеперечисленных случаях: подросток не разрешает врачу информировать родителей, а специалистам Центра не удалось убедить его в данной необходимости; подросток достаточно созрел для понимания контрацепции и необходимости лечения в случае наличия инфекций, передаваемых половым путем, с учетом моральных, общественных и эмоциональных факторов; подросток изъявил желание начать или продолжать половую жизнь без контрацептивов; физическое или умственное здоровье подростка может пострадать без использования контрацептивов или обследования.

Таблица 3. Карта учета при обращении в Центр, дружественного подросткам (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья»)

№ п/п	ФИО (по желанию) Код	Пол	Дата рождения (возраст)	Адрес (по желанию)	Определение блока проблем (1, 2, 3, 4, 5)	Виды услуг: – консультирование, – оказание мед. помощи, – информационно-образовательные, – помощь волонтеров, – направление в профильное УЗ

С появлением новых служб встал вопрос о необходимости разработки методик оценки их работы. Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 343 от 04.04.2011 г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления

здоровья», итоговая информация о работе центра анализируется ежеквартально и за год, при этом для оценки эффективности деятельности используются количественные показатели, выраженные в абсолютных величинах. Руководитель Центра представляет итоговую информацию о работе Центра руководителю республиканского информационно-методического ресурсного центра (РИМРЦ) учреждения здравоохранения «17-я городская детская клиническая поликлиника» г. Минска, в составе которой функционирует Центр дружественный подросткам «Ювентус» (таблицы 4, 5).

Таблица 4. Итоговая информация о работе Центра, дружественного подросткам (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья»)

Итоговая информация о работе Центра за _____ квартал 20__ года					
Индикаторы	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	Всего за год
<b>1. Консультирование:</b>					
1.1. Число консультированных подростков (до 18 лет), в том числе:					
педиатром,					
гинекологом,					
психологом,					
урологом (андрологом),					
наркологом,					
другими специалистами (указать).					
1.2. Число консультированных взрослых (старше 18 лет), в том числе:					
педиатром,					
гинекологом,					
психологом,					
урологом (андрологом),					
наркологом,					

Итоговая информация о работе Центра за _____ квартал 20__ года					
Индикаторы	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	Всего за год
другими специалистами (указать). 1.3. Количество повторных консультаций					
<b>2. Образовательная деятельность:</b> 2.1. Количество проведенных занятий, бесед, лекций. 2.1. Число участников					
<b>3. Анкетирование:</b> 3.1. Количество проведенных анкетирований. 3.2. Число респондентов					
<b>4. Обучающие семинары для сотрудников центра, консультантов, педагогов и др.:</b> 4.1. Количество проведенных семинаров. 4.2. Число слушателей					
<b>5. Молодежные акции:</b> 5.1. Количество проведенных акций. 5.2. Число участников					
<b>6. Подготовка волонтеров:</b> 6.1. Количество проведенных занятий. 6.2. Число подготовленных волонтеров					
Руководитель Центра _____					

Таблица 5. Информация о работе Центра, дружественного подросткам, по структуре обратившихся (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья»)

Информация о работе Центра по структуре проблем обратившихся подростков УЗ _____ за _____ квартал 20__ года					
Блоки проблем	Число обратившихся подростков				
	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	всего за год
<b>Блок 1 Соматическое здоровье</b>					
1.1. Проблемы со здоровьем					
1.2. «Я болен всю жизнь»					
1.3. Профориентация					
<b>Блок 2 Репродуктивное здоровье и поведение</b>					
2.1. Физиология юноши					
2.2. Физиология девушки					
2.3. Проблемы с репродуктивным здоровьем					
2.4. Сексуальные отношения					
2.5. Предохранение от беременности, контрацепция					
2.6. Предохранение от ИППП/ВИЧ					
2.7. «Я беременная»					
<b>Блок 3 Психосоциальные проблемы</b>					
3.1. Проблемы в семье					
3.2. Проблемы с взрослыми					
3.3. Проблемы со сверстниками					
3.4. Проблемы с самим собой					
3.5. Насилие					
<b>Блок 4 Здоровый образ жизни</b>					
4.1. Как сохранить здоровье					
4.2. Занятия спортом					
4.3. Пищевой рацион. Биодобавки. Диеты					
4.4. Избыточный вес. Как похудеть?					

Информация о работе Центра по структуре проблем обратившихся подростков					
УЗ _____ за _____ квартал 20__ года					
Блоки проблем	Число обратившихся подростков				
	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	всего за год
4.5. Дефицит веса					
<b>Блок 5</b>			<b>Зависимости</b>		
5.1. Табакокурение					
5.2. Алкоголь					
5.3. Наркотики					
5.4. Другие психоактивные вещества					

Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь №343 от 04.04.2011 г. «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», РИМРЦ осуществляет свою деятельность по плану с включением в него разделов по организационно-методической, консультативной, учебной и научно-исследовательской работе. План работы РИМРЦ утверждается начальником отдела медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Обязанности сотрудников РИМРЦ регламентируются должностными инструкциями, разрабатываемыми в соответствии с Положением о РИМРЦ с учетом квалификационных требований и утверждаемыми в установленном порядке. Организационно-методическое руководство деятельностью РИМРЦ осуществляется отделом медицинской помощи матерям и детям управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Министерство здравоохранения оказывает содействие деятельности РИМРЦ. Годовой отчет о работе РИМРЦ, а также итоговый отчет о деятельности Центров в областях и г. Минске представляются в отдел медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В соответствии с основными задачами на РИМРЦ возлагаются следующие функции: выработка единой стратегии и координирование работы Центров в областях и г. Минске; проведение мониторинга и оценка эффективности и качества работы территориальных Центров на основании мониторинга; методическое обеспечение деятельности территориальных Центров, созданных в Республике Беларусь, включая разработку и издание методических рекомендаций, информационных брошюр по консультированию подростков и молодежи, материалов для молодежи и родителей (буклеты, стенды, календари с рекламой Центров и др.), проведение обучающих семинаров-тренингов для медицинских работников и психологов, участвующих в консультировании и оказании медицинской помощи подросткам и молодежи, проведение «круглых столов» по актуальным вопросам здоровья подростков, по расширению взаимодействия Центров, действующих в Республике Беларусь, с учреждениями образования, культуры, СМИ, отделами по делам несовершеннолетних и территориальными социальными службами, создание и сопровождение веб-сайта для специалистов, а также для подростков и молодежи – по повышению их информационно-образовательного уровня в вопросах об основных услугах и направлениях работы территориальных Центров, информационную поддержку исследований, научных работ по проблемам сохранения здоровья подростков и молодежи, формирование банка инноваций и передового опыта, как отечественного, так и зарубежного, при проведении работы по сохранению здоровья подростков и молодежи, пропаганда новейших достижений в данной области.

РИМРЦ организует и координирует сотрудничество с Центрами, функционирующими в республике, по вопросам организации оказания эффективной медицинской, психологической и правовой помощи подросткам и молодежи, с государственными органами и организациями (учреждениями образования, культуры, СМИ, отделами по делам

несовершеннолетних и местными социальными службами) по координированию межведомственного взаимодействия при оказании услуг, дружественных подросткам, с фондами ООН ЮНИСЕФ и ЮНФПА (с их согласия) по вопросам расширения дальнейшего сотрудничества в области сохранения здоровья подростков, с медицинскими учреждениями образования и республиканскими научно-практическими центрами здравоохранения для проведения обучения специалистов Центров по подростковой тематике, с зарубежными учеными и специалистами по подростковой медицине для изучения и обмена опытом по актуальным вопросам подросткового здоровья.

Следует отметить, что нормативная база работы Центров в современных условиях требует актуализации. Показатели работы представлены количественными единицами (абсолютными числами), что не позволяет оценить доступность услуг для подросткового населения, провести анализ удовлетворённости потребителей. Некоторые из показателей, заложенных в приказе, требуют пересмотра, например «число консультированных взрослых (старше 18 лет), в том числе педиатром».

В диссертационной работе М.Ю.Сурмач «Репродуктивное здоровье и поведение молодёжи: медико-социологический анализ» (2015) было предложено унифицировать юридический статус Центров, внести их в Номенклатуру организаций здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить бесперебойное финансирование и планирование сети согласно примерной трёхуровневой схеме, с гарантией равной доступности для подростков из города и села.

Подростки обращаются в центры как индивидуально, так и направляются от учреждений образования группами (как правило, при проведении медицинских осмотров, – целыми классами). При массовом обращении провести консультирование каждого подростка на высоком уровне весьма затруднительно. Востребованы методики скрининга, позволяющие определить, какие именно меры профилактики будут являться наиболее эффективными для данного подростка, отнести его (её) к той или иной целевой группе, учесть

индивидуальные факторы риска здоровью в организации группового консультирования. В диссертационной работе М. Ю. Сурмач «Репродуктивное здоровье и поведение молодёжи: медико-социологический анализ» (2015) были обоснованы и предложены показатели оценки связанного со здоровьем качества жизни подростков, разработана инструкция по применению [21], создана компьютерная программа по применению данной инструкции по применению [22], в том числе в качестве именно такой скрининговой меры. Предложено было также скорректировать методику оценки деятельности Центров с введением показателя «доля целевых консультаций» (где предлагалось использовать данную методику). Вместе с тем, на тот период времени технически единственной возможностью для авторов было распространить данную программу на компьютерных дисках, и для того, чтобы осуществить опрос подростка, необходимо было обеспечить все Центры компьютерами, способными открыть данную программу и применить ее в условиях визита подростка в Центр. Техническая сторона значительно ограничила практикоприменимость предложенного метода.

В современных условиях оптимально использовать подобные методики с применением интернет-технологий, обеспечивать возможность подросткам или их родителям подключаться дистанционно, и получать результаты персонализированно.

**Значение интернет-технологий в современных условиях** в деятельности по медицинскому информированию и медико-гигиеническому обучению все более возрастает, что объясняет все более широкое их внедрение в число традиционных методов реализации профилактических программ. Интернет-технологии могут быть использованы не только для массового воздействия, но и более персонализированно, в комбинации с иными средствами и методами. Вместе с тем, статьи на сайтах организаций здравоохранения, как уже было отмечено выше, – форма подачи информации, относящаяся скорее к традиционной, нежели к

инновационной. Молодёжная аудитория мало восприимчива к такого рода информации. Нужны новые формы профилактической работы с использованием в качестве канала коммуникации сегмента интернет, например, использование социальных сетей, интерактивных продуктов (тестирование, опросные и оценочные методы), игровые формы для детей и подростков 10-14 лет, и так далее.

**Аудитория детей школьного возраста по нашему глубокому убеждению должна рассматриваться как отдельная целевая группа, в которой медико-гигиеническое обучение является обязательным и должно реализовываться комплексно, посредством а) включения в учебный план, б) во внеклассную работу, в) в форме специальных программ для учащихся и родителей, г) программ, подключающих к процессу врачей специалистов с целью консультирования, д) программ для школы с вовлечением сообществ, где предусмотрены возможности для учащихся применять на практике все, что они узнают в процессе такого обучения.**

Особая значимость аудитории подростков обуславливает необходимость **интегрирования процесса мониторинга программ медико-гигиенического обучения.**

Мониторинг необходимо осуществлять на трёх уровнях:

А). *Оценка прививаемых навыков* в области здоровьесбережения: желательно осуществлять до начала внедрения программ, в процессе их внедрения, и по завершении. Например, как изменилась форма коммуникаций, отношения, используемые (наиболее востребованные) источники информации, произошли ли изменения в социальных нормах, установившихся среди сверстников, а также тех, кто осуществляет программы, присутствуют ли изменения, касающиеся сообщества, семьи, родителей или школы.

Б). *Оценка процесса выполнения* программы, которая направлена на то, чтобы оценить, насколько добротной была осуществлена программа. Оценка процесса может проводиться посредством показателей охвата целевой аудитории (вся ли

целевая аудитория охвачена? Все ли запланированные к реализации организации образования подключены? Все ли учителя, которые планировались к включению в реализацию программы, обучены и реализуют данную программу? И т. п.) мероприятиями программы, показателей полноты (какова доля аудитории, охваченная всеми запланированными мероприятиями, и какая часть аудитории получила лишь часть из числа запланированных позиций). Оценка процесса может включать оценку преподавания, учебных материалов.

В оценке процесса важно заранее понимать, как именно будет оцениваться данный процесс, и в оптимальном случае заранее заложить определенные стандарты качества.

В). *Оценка конечного результата* направлена на то, чтобы определить, достигнуты или нет задачи программы, привели ли действия программы к изменениям, особенно в отношении целевого поведения и условий, а также знаний, отношений и навыков, повлиять на которые планировалось в ходе выполнения данной программы. Первые шаги в этом направлении начинаются до внедрения мероприятий программы с тем, чтобы определить базовый уровень или точку отсчета для сравнения.

Конечные результаты могут быть разделены на ближайшие (результаты первого уровня), среднесрочные (второго уровня) и долгосрочные (третьего уровня, стратегические). На первом уровне происходит развитие знаний, отношений и навыков. На втором уровне эти знания и навыки приводят к изменению или сохранению желаемого поведения или условий, которые должны оказать влияние на цели программы. На стратегическом уровне проявляются долгосрочные результаты: достижение целей программы, изменение в статусе здоровья или социальные изменения. Как правило, для того, чтобы добиться долгосрочных результатов, требуется межведомственное взаимодействие и систематичность в реализации программ.

Мониторинг процесса внедрения необходим для любых целенаправленно, спланированно и комплексно реализуемых программ. Необходимо чётко представлять цель, задачи,

желаемые результаты, и аудиторию, с которой будет осуществляться работа.

Как известно, здоровье человека на 50% зависит от образа жизни. При этом современное общество динамично развивается. Социальные процессы отражаются в изменении факторов, влияющих на здоровье. Для того, чтобы управлять социальными факторами здоровья, необходимо прежде всего знать о том, каковы они в тех или иных социальных группах. Например, родителям и педагогам нужны знания о том, как изменяются стереотипы поведения в отношении здоровья у подростков. Практикам здравоохранения (прежде всего, первичного звена) требуются современные данные о том, как влияют на здоровье подростков, семей с детьми, людей пожилого возраста и иных целевых групп непрерывно изменяющиеся социальные факторы. Для того, чтобы информированность населения в вопросах здоровья была качественной (высокого уровня и адекватного содержания), требуется также знание медиками востребованных теми или иными социально-демографическими группами каналов информации, наряду с умением их использовать в профилактической работе.

Для наполнения информации нужным содержанием необходимо понимание актуальных факторов, влияющих на здоровье населения, и дополнение программ профилактики соответственно этим факторам, применительно к конкретным социально-демографическим группам. Одновременно, нужно знать и понимать, какой именно информации недостаточно тем или иным группам населения.

Очевидно, в формировании здоровьесбережения сохраняет высокую актуальность межведомственный подход. Вместе с тем, необходимо понимать, какое именно межведомственное взаимодействие и в каких конкретных наиболее востребованных временем направлениях требуется усилить, гармонизировать, в отношении, например, таких социально уязвимых групп, как подростки и пожилые люди.

Решение поставленных задач возможно только посредством *медико-социологического мониторинга* указанных факторов, организованного на долговременной основе, с возможностью прослеживать динамику, накапливать базы деперсонализированных данных, анализировать их статистически.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №7-БД. Наименование объекта авторского права: *Здоровье-ориентированная модель поведения подростков Республики Беларусь (база данных)*. Год создания 2024. Авторы О.А. Езепчик, М.Ю. Сурмач. Дата регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

2. Сурмач, М.Ю. Качество жизни подростков, связанное с репродуктивным здоровьем, как предмет изучения социологии медицины: методика и популяционные показатели / М.Ю. Сурмач // *Социология медицины*. – 2013. – №2 (23). – С. 40 – 45.

3. Свидетельство о добровольной регистрации и депонировании объекта авторского права №6-БД. Наименование объекта авторского права: *Качество жизни и медицинская информированность, связанные со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области (база данных)*. Год создания 2024. Авторы П.Л. Корнейко, М.Ю. Сурмач. Дата регистрации и депонирования: 04.06.2024, дата внесения записи о регистрации и депонирования в Реестр 13.06.2024.

4. О здравоохранении. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ, в ред. Закона Республики Беларусь от 25 окт. 2023 г. № 308-З. <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> (дата обращения 05.12.2024).

5. Об организации «Школ здоровья» в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет»/ Приказ Учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» 31 августа 2022 г. № 380.

6. Тематика занятий в «Школе третьего возраста» ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно» / <https://gp5.by/raspisanie-zanyatii-v-shkole-tretego-vozrasta/>. – дата доступа 01.04.2025.

7. Школа третьего возраста Вороновской ЦРБ / <https://vorcrb.by/shkola-tretego-vozrasta> – дата доступа 01.04.2025.

8. Школа третьего возраста 12 городской поликлиники г. Минска / <https://12gp.by/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D1%8B-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D1%8F/%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0-%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%82%D1%8C%D0%B5%D0%B3%D0%BE-%D0%B2%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0> – дата доступа 01.04.2025.

9. Положение о «Школе здоровья третьего возраста» УЗ «Гомельская областная туберкулёзная клиническая больница» / <https://www.gotkb.by/zdorovyj-obraz-zhizni/shkoly-zdorovya/800-polozhenie-o-shkole-zdorovya-tretego-vozrasta-2.html> – дата доступа 01.04.2025.

10. Программа проведения занятий в школах здоровья третьего возраста в отделениях учреждения здравоохранения «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» / <https://gospital.by/images/Scool3.pdf> – дата доступа 01.04.2025.

11. Официальный сайт Министерства экономики Республики Беларусь: [https://economy.gov.by/ru/strateg\\_plan-ru/](https://economy.gov.by/ru/strateg_plan-ru/), 17.03.2023 – дата доступа 01.04.2025.

12. Health Promotion. WHO approach [el. Source] <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy> – дата доступа 01.04.2025.

13. О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030». Постановление Совета министров Республики Беларусь от 3 декабря 2020 г. № 693. <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22000693> (дата обращения 05.12.2024).

14. Республиканский геронтологический центр (активного долголетия). Сайт Минского областного клинического госпиталя инвалидов Великой отечественной войны имени П.М.Машерова / <https://giv.by/news/ger-centr> – дата доступа 01.04.2025.

15. Об организации Республиканского геронтологического центра (активного долголетия). Приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь № 1336 от 30.12.2016.

16. Белорусский Красный Крест: медицинская и социальная помощь / <https://www.redcross.by/medical-and-social-help> – дата доступа 01.04.2025.

17. Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников»: программы и проекты / <https://basw-ngo.by/onas/> – дата доступа 01.04.2025.

18. 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.

19. Роль центров, дружественных подросткам, в охране здоровья детей и молодёжи. Сайт ГУ РНПЦ «Мать и дитя» / <https://medcenter.by/wp-content/uploads/2024/02/rol-centrov-druzhestvennyh-podrostkam-v-ohrane-zdorovja-molodezhi.pdf>. – дата доступа 01.04.2025.

20. Проблемы здоровья городских девочек-подростков и пути их решения (на примере города Гродно) / М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко, И.М. Ситько, О.Г. Козлович, Т.А. Водчиц // Журнал ГрГМУ. – 2010. – № 3. – С. 82–84.

21. Метод оценки связанного со здоровьем качества жизни 15-18-летних подростков / М.Ю.Сурмач, Е.М.Тищенко, Е.Г.Неверо, И.М.Ситько // Инструкция по прим.; утв. 04.10.2013, рег. №070-0613. – Гродно: ГрГМУ, 2014. – 32 с.

22. Свидетельство о регистрации компьютерной программы № 523. Наименование программы: TeenHealth, правообладатель УО «ГрГМУ», заявка С20130021 от 25.02.2013. Дата внесения записи в реестр зарегистрированных компьютерных программ 16.07.2013.

## **ГЛАВА 5.**

### **КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЙНОГО АППАРАТА И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ КАК ОСНОВА ДЛЯ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **5.1 Теоретико-методологические основания**

Реализация принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения, а именно таких как «создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения», «приоритетность мер профилактической направленности», «обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и его будущих поколений», «формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих» (статья 3 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»), окажется затруднительной, если не обеспечить доступность информации в вопросах здоровья. При этом информация должна быть лёгкой для поиска, сформулирована таким образом, чтобы получатель данной информации мог ее понять и понимал в должном объеме, мог ее использовать для сохранения и укрепления здоровья, проявлял к ней интерес.

Терминологически для характеристики указанного феномена мы можем выделить такие понятия, как информированность в сфере здоровья (медицинская информированность) и грамотность в вопросах здоровья (медицинская грамотность). Оба этих термина встречаются одинаково часто, и даже используются как взаимозаменяемые – вместе с тем, по сути они представляют собой разные понятия. Информированность предполагает однонаправленный поток информации и его количественное усвоение, грамотность – обратную связь по результатам информирования и применимость данной информации на практике по целевому назначению. Поскольку уже на уровне дефиниций очевидны

расхождения в понимании, объяснимо и отсутствие унификации в методиках изучения и оценки.

С тем, чтобы обосновать методологию изучения и оценки медицинской информированности и грамотности населения в вопросах здоровья (ГВЗ), раскрыть перспективы развития данного научного направления с учётом мировых трендов и сферы применения результатов, выполнен анализ понятийного аппарата и методологических подходов к изучению медицинской грамотности (грамотности в вопросах здоровья) населения, истории развития унифицированного ВОЗ подхода к её изучению и оценке, областей практического применения, трансформации понимания различных составляющих грамотности в вопросах здоровья как комплексного феномена, на основе аналитического обзора публикаций и интернет-источников открытого доступа баз данных РИНЦ, Springer, портала ВОЗ, иных [1].

## **5.2 Результаты и обсуждение**

Области, в которых в практике здравоохранения от пациента требуется владеть некоторым уровнем грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ), могут быть классифицированы с нескольких точек зрения.

Во-первых, это реализация правила информированного согласия и биоэтического принципа уважения к автономии пациента. Статья 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» предусматривает наличие предварительного информированного добровольного согласия необходимым условием для оказания медицинской помощи. В некоторых случаях такое согласие даётся письменно. Даже в отношении несовершеннолетних (в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет) предусмотрено обязательное получение согласия на простое вмешательство [2].

Во-вторых, это область взаимодействия врача и пациента в лечебно-диагностическом процессе, которая характеризуется термином «комплаентное поведение» (комплаентность, или приверженность лечению), который подразумевает

«правильность выполнения рекомендаций врача, основанную на принципе партнёрства» [3].

В докладе ВОЗ неудовлетворительная приверженность к лечению признана доказанным фактором риска, снижающим эффективность терапии, увеличивающим риск развития осложнений основного заболевания, ведущим к повышению затрат на лечение, ухудшению прогноза заболевания и жизни [4]. Известно, что сама по себе оценка приверженности пациента к лечению может способствовать последующим действиям индивида по ее повышению [5].

Комплаентное поведение может рассматриваться как узкая часть более широкого понятия социальной ответственности пациента, подразумевающей следование Основному Закону страны, – Конституции Республики Беларусь (в ред. от 27.02.2022), которой статьёй 45 гарантируется право на охрану здоровья и создание условий для его реализации. Вместе с тем, этой же статьёй закреплено понимание необходимости ответственного поведения: «Граждане заботятся о состоянии собственного здоровья», что и составляет суть социальной ответственности граждан в данной сфере.

В третьих, ГВЗ – условие пациент-ориентированной модели здравоохранения. В последние десятилетия мы становимся свидетелями смены биомедицинской модели взаимодействия между врачом и пациентом в национальной системе здравоохранения с патерналистской, присущей модели здравоохранения Н. А. Семашко, на пациент-ориентированную. Ориентированность на пациента реализуется не только за счёт законодательно закреплённого правила информированного согласия и принципа автономии пациента, но и в реализации населением здоровьесберегающего поведения, в том числе посредством ответственного самолечения.

Концепция ответственного самолечения начала развиваться в мире в конце 1990-х годов, после того, как в 1986 году ВОЗ была принята Оттавская хартия укрепления здоровья. Данным документом была обозначена потребность людей в увеличении контроля над собственным здоровьем,

закреплено понимание необходимости межведомственной и межсекторальной координации в его достижении.

В октябре 2002 года Всемирной медицинской ассоциацией (WMA) была принята декларация о самолечении [6], в которой в актуальной редакции (октябрь 2022 года) сказано, что «ответственное самолечение это применение зарегистрированных лекарственных препаратов, которые разрешено законом без рецепта врача, либо по собственной инициативе человека, либо по рекомендации медицинского работника. Использование рецептурных лекарств без предварительного медицинского назначения не является частью ответственного самолечения» [6].

ВОЗ в 2009 году дано определение самопомощи и самолечения как «целенаправленное действие, которое должны совершать отдельные люди, члены семьи и общество для поддержания хорошего здоровья» [7]. Ответственное самолечение рассматривается ВОЗ как часть самопомощи для защиты здоровья, в частности указывается: «Концепция самопомощи основана на признании активной роли людей в защите своего здоровья в таких областях, как здоровый образ жизни; профилактика заболеваний и их лечение; самостоятельное медикаментозное лечение; оказание помощи лицам, нуждающимся в уходе; а также реабилитация и паллиативная помощь» [8].

Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Концевая А. В., Драпкина О. М. рассматривают ответственное самолечение в качестве нового подхода в отношениях врач-пациент. Ими выделено несколько исторических парадигм таких взаимоотношений, составляющих по сути разные биомедицинские модели, рассмотренные авторами в промежутке начиная с XIX века по настоящее время: от патерналистской до пациент-ориентированной, вслед за которой происходит возврат к самолечению, но осознанному, основанному на знаниях. Таким образом, осознанное самолечение может рассматриваться как современная форма пациент-ориентированной модели взаимоотношений в здравоохранении [9]. Стратегический план развития ответственного самолечения в мире предполагает [10]:

создание универсального определения и структуры ответственного самолечения для проведения исследований и преобразования системы здравоохранения; помощь населению путем повышения медицинской грамотности за счет использования современных технологий; интеграция ответственного самолечения в политику здравоохранения через инвестиции в профилактику; создание возможности получения знания и реализации права на ответственное самолечение; поощрение работников здравоохранения в поддержке и обеспечении большей доступности и повышения качества ответственного самолечения; создание баз данных и статистической информации об эффективности ответственного самолечения; создание более мощных предприятий государственно-частного партнерства и развитие широкомасштабного сотрудничества заинтересованных сторон в целях развития практики ответственного самолечения [9; 10]. Технологический прогресс, развитие цифровизации здравоохранения, внедрение искусственного интеллекта способствуют выведению концепции ответственного самолечения на новый уровень [11; 12], подключение к работе с населением мобильных технологий, в том числе обычных смартфонов, которые могут быть применены для мониторинга показателей здоровья, информирования, двухсторонней связи «врач-пациент», «система-здравоохранения – пациент (клиент)», значительно повышает доступность и удобство использования информации для поддержания здоровья [13], в том числе для контингентов с нарушениями слуха, лиц пожилого возраста, с ограничениями в непосредственном общении [14; 15].

В 2014 году Генеральная Ассамблея ООН констатировала, что «правительства обязуются продолжать разрабатывать, укреплять и реализовывать многосекторальную государственную политику и планы действий по продвижению санитарного просвещения и медицинской грамотности» [16]

В Республике Беларусь действует постановление МЗ РБ от 27.12.2006 № 120 «Об утверждении Надлежащей аптечной практики» в редакции постановления МЗ РБ от 23.10.2020

№ 86, в котором в частности сказано: «ответственное самолечение – самостоятельный приём потребителем (пациентом) лекарственных препаратов, которые обладают доказанной безопасностью, эффективностью и качеством, применяются по показаниям и в дозах, предусмотренных инструкциями по медицинскому применению (листочками-вкладышами) с учётом возможного взаимодействия с другими лекарственными препаратами» [17].

Опрос взрослого населения Российской Федерации, проведенный ВЦИОМ в 2016 году в 137 населенных пунктах из 46 регионов, показал, что более 80% россиян готовы самостоятельно отвечать за своё здоровье, справляться с легкими недомоганиями без участия врача [18].

Очевидно, что ответственным самолечением может быть только при условии достаточного уровня ГВЗ. В настоящее время важным фактором является также и цифровая грамотность населения. В исследовании, проведенном в Китае в 2024 году, показано, что возраст, уровень образования, количество используемых технологических устройств, использование интернета для получения медицинской информации являются факторами, связанными с уровнем цифровой ГВЗ [19].

Как отмечают авторы из Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины (г. Москва), актуальным для Российской Федерации является «пропаганда здорового образа жизни и личной ответственности граждан за состояние своего здоровья в средствах массовой информации и интернет-ресурсах, самоконтроля состояния и базовых показателей здоровья, в том числе, путем прохождения регулярной диспансеризации, повышения приверженности назначенной врачом терапии хронических заболеваний. Для самолечения острых состояний с помощью фармацевтов требуется создание и проведение централизованных программ их обучения основам диагностики и лечения острых легких заболеваний» [9].

Особый акцент в последние годы делается ВОЗ на потенциале ГВЗ в сокращении преждевременной смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), составляющих основу тройки причин-лидеров смертности населения в развитых странах мира [20]. Проблемам разработки программ долговременного медицинского ухода, включающим целенаправленное повышение ГВЗ, в том числе с использованием цифровых технологий, посвящено большое количество современных исследований [21; 22; 23; 24].

И, наконец, в четвертых, ГВЗ – не только персональный ресурс; но и часть общественного потенциала, поскольку высокий уровень ГВЗ подразумевает социальный эффект. Такой эффект реализуется например посредством мобилизации сообществ навстречу социальным, экономическим и экологическим детерминантам здоровья [25; 26].

С современной точки зрения, поддерживаемой ВОЗ, ГВЗ означает способность людей «получать доступ, понимать и использовать информацию таким образом, чтобы поддерживать хорошее здоровье для себя, своих семей и своих сообществ». При этом Всемирная организация здравоохранения декларирует широкую область применения ГВЗ, простирающуюся за пределы системы здравоохранения, затрагивающую также политические, экономические сферы. Так, по ВОЗ, ГВЗ это фактор, который а) способствует достижению максимального эффекта деятельности в системе здравоохранения, б) обеспечивает продвижение здоровья: «знание и понимание остаются мощными инструментами укрепления здоровья», в) расширяет права и возможности граждан в принятии решений и реализации активной гражданской позиции относительно укрепления своего здоровья, обеспечивает право на равенство граждан в вопросах укрепления здоровья (при этом подчёркивается необходимость доступности информации для маргинализированных слоёв населения), г) является условием достижения Целей в области устойчивого развития 2030, д) способствует устранению возможного неравенства в здоровье [27; 28; 29; 30].

Впервые в Европейском регионе национальное исследование ГВЗ провела Швейцария [31]. Это стало первым шагом к Европейскому компаративному социологическому исследованию ГВЗ – HLS-EU, 2009 – 2012 [32], что в свою очередь содействовало актуализации тематики и вовлечения в исследование ГВЗ большего числа стран-участников.

Глобально изучение ГВЗ началось с середины второго десятилетия 21 века, когда в Европейском регионе ВОЗ была создана сеть с названием Европейская инициатива в области информации здравоохранения (European Health Information Initiative, ЕИИЗ) [33]. В 2015 году состоялась первая встреча ЕИИЗ, представителей семи государств-членов (Австрии, Финляндии, Латвии, Нидерландов, Российской Федерации, Швеции и Турции), под председательством Нидерландов и заместителем председателя – Российской Федерацией, на которой обсуждалось создание единой интегрированной информационной системы здравоохранения для всего Европейского региона [34].

В феврале 2018 года под эгидой ЕИИЗ была создана Сеть действий ВОЗ по измерению ГВЗ на популяционном и организационном уровне (Measuring Population and Organizational Health Literacy Network, M-POHL Network, или M-POHL). Деятельность сети направлена на обеспечение высококачественных, доступных для сравнения на международном уровне данных, необходимых для научных исследований и обеспечения политических решений в области здравоохранения. Действующими членами являлись Австрия, Бельгия, Болгария, Германия (Северный Рейн – Вестфалия), Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Испания, Италия, Казахстан, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Турция, Чехия, Швейцария и Швеция [35].

Уже первые исследования ГВЗ в Европейском регионе, несмотря на разнородность инструментария, выявили общую проблему: оказалось, что от одной до двух третей взрослого

населения обладают недостаточным уровнем ГВЗ. Почти каждый второй респондент испытывал затруднения с поиском, пониманием, оценкой и использованием информации в отношении здоровья. Было выявлено, что люди, обладающие более высоким уровнем ГВЗ, принимают более рациональные решения в сфере здоровья, чаще обращаются к профилактическим мерам, а в числе мер профилактики предпочитают первичную профилактику вторичной, вторичную – третичной [36]. Лица с более высоким ГВЗ более склонны к партнёрству в решении вопросов здоровья: к комплаенсу, информированному согласию, участию в выборе тактики диагностики, лечения и реабилитации и следованию рекомендациям, а также ответственному самолечению [37].

Также было рассчитано, что 3-5% общего объема расходов на здравоохранение обусловлены ограниченным уровнем ГВЗ [38]. Экономический совет ООН признал, что ГВЗ является «важным фактором достижения значительных результатов в сфере здравоохранения» [39]. Низкий уровень ГВЗ ассоциировался с нездоровым образом жизни, ухудшением исходов лечения [40; 41], с большей вероятностью использования служб скорой помощи (в меньшей- плановой профилактической помощи) [42].

ГВЗ оказалась связана с социальными факторами: люди с высоким уровнем образования, более высоким доходом выявляли и более высокий уровень ГВЗ. Особенно настораживало, что респонденты старших возрастных групп, когда естественным образом происходит накопление хронических и инвалидизирующих заболеваний, являлись группой риска низкого уровня ГВЗ, не достигающего даже среднестатистических показателей [43].

Полученные данные, с одной стороны, способствовали принятию решений по повышению уровня ГВЗ у населения [44], с другой – подтолкнули научное сообщество к обсуждению организации популяционных исследований и разработке унифицированного инструментария [45; 46]. Началось активное изучение ГВЗ в разных странах: Бельгия, Дания, Венгрия,

Израиль, Португалия, Швейцария, Швеция [47; 48; 49; 50; 51; 52; 53], а также в странах Азии: Вьетнам, Индонезия, Лаос, Малайзия, Мьянма, Пакистан, в том числе постсоветских (Казахстан), в Японии и Тайване [54; 55; 56]. При этом тенденции в уровне и особенностях ГВЗ были схожими.

В опубликованном в 2018 году докладе Европейского регионального бюро ВОЗ декларируется более четырёх десятков стратегий повышения уровня ГВЗ на различных уровнях – от местного до международного, внедряемых в 19 государствах-членах Еврорегиона ВОЗ (что составило более трети всех стран-членов ВОЗ в регионе) [57].

Методология исследования и оценки ГВЗ в настоящее время проходит этап унификации под эгидой ВОЗ. Существует несколько понятий и дефиниций, описывающих информированность /грамотность в сфере здоровья.

В 2012 году консорциум HLS-EU по итогам исследования 2009-2012 гг. одобрил такое определение грамотности в вопросах здоровья (в оригинале – «health literacy»): «знания, мотивация и компетенции, необходимые для поиска, понимания, оценки и использования информации здравоохранения, необходимой для составления суждений и принятия решений на повседневной основе в таких сферах, как охрана здоровья, профилактика заболеваний и здоровый образ жизни, в целях сохранения и повышения качества жизни на всех ее этапах» [32]. Таким образом, подчёркивалось, что имеется ввиду именно осмысленная и практикоприменимая информация – не однонаправленный поток информации и его количественное усвоение, но обратная связь по результатам информирования в виде использования информации на практике по целевому назначению. Следовательно, смысловое содержание понятия «health literacy» при его раскрытии в определении отвечало термину «грамотность в вопросах здоровья» – или ГВЗ. Инструментарий первого европейского исследования ГВЗ – HLS-EU Q47, – позволяет оценить общую ГВЗ комплексно и многоаспектно, определить области, нуждающиеся в повышении их ориентированности на ГВЗ.

У данного опросника присутствует несколько сокращённых вариантов: HLS-EU Q22, HLS-EU Q12. Все они измеряют “General Health Literacy” – ГВЗ, посредством «субъективной» основанной на самооценке (перцепции) 5-бальной шкалы [32].

По мере углубления изучения ГВЗ и расширения сети М-РОНЛ, понимание ГВЗ изменялось. Так, если первая трактовка дефиниции концентрировалась на принципе активного поиска информации самим потенциальным пациентом (что можно было бы обозначить как «персональная ГВЗ»), но для данного понятия в документах М-РОНЛ используется термин “General Health Literacy”, или общая ГВЗ), то последующие определения равнозначно разделяли роль самого индивидуума и организации здравоохранения [58].

В настоящее время сетью М-РОНЛ, работающей под эгидой ВОЗ и инициативы ЕИИЗ, под ГВЗ понимается «соотношение между личными способностями индивида и требованиями, предъявляемыми к индивиду системами и организациями» [35], и в данном контексте выделяют организационную ГВЗ – степень предоставления организациями здравоохранения качественной, доступной, применимой информации для поддержания здоровья [59; 60].

Изучение и медико-социологический анализ общей ГВЗ позволяет выявить группы населения, нуждающиеся в целевых мерах внеочередной поддержки, соответствующие исследования организационной ГВЗ – определить, какие именно факторы в системе здравоохранения препятствуют тому, чтобы медицинская информация для населения была доступной, понятной, легко находимой, применимой, оцениваемой и в целом – качественной.

Первым проектом М-РОНЛ стал демографический опрос по ГВЗ 2019/20 (HLS19), который являлся вторым по счёту социологическим обследованием ГВЗ в Европе. Для данного исследования консорциумом М-РОНЛ был взят за основу инструментарий HLS-EU Q47, который позволяет оценить общую ГВЗ комплексно. Инструментарий был доработан, и для каждой национальной выборки формировался опросник HLS19,

включающий три части: основную (обязательные вопросы, унифицированные для стран-участниц), факультативную часть (изучающая конкретные темы, как-то: цифровая ГВЗ, ГВЗ в контексте конкретных услуг медицинского назначения и т.п.), и национальную часть, которая являлась дополнительной и содержала вопросы, обусловленные спецификой конкретной страны [58; 61; 62].

В исследовании M-POHL ГВЗ 2019/20 (HLS19) приняло участие 9 стран, включая Российскую Федерацию. Для российского населения инструментарий прошёл адаптацию. При разработке опросника для россиян в работу включались доработанный протокол международного исследования по измерению ГВЗ HLS19, его базовая версия – HLS-EU Q47 (47 вопросов), сокращенная версия HLS-EU Q47 – HLS-EU Q22 (22 вопроса) [63]. С целью адаптации проведены: 1) двухэтапный перевод (прямой с английского на русский язык и обратный, двумя независимыми профессиональными переводчиками), 2) фокус-группа для оценки очевидной валидности опросника, сформированная методом удобной выборки, 3) экспертная оценка – доработка опросника с учётом комментариев респондентов фокус-группы, консультации с девятью экспертами по общественному здоровью и здравоохранению, 4) тестирование с использованием метода целенаправленной выборки, включившее 50 личных интервью на улице и в торговых центрах. Несмотря на то, что базовый опросник HLS-EU Q ранее переводился на многие языки мира, в том числе на русский язык для русскоговорящего населения в Германии, Израиле, Казахстане, адаптация являлась необходимой. Полученный инструментарий HLS19 – Q22-RU-Russian (на русском языке) включил блок вопросов по изучению ГВЗ, блок вопросов о детерминантах здоровья (социально-демографические, социально-экономические детерминанты, финансовое и социальное положение, социальная поддержка), а также блок вопросов о росте, весе, поведении относительно здоровья, самооценке здоровья, опыте использования медицинских услуг, опыте поиска информации в

отношении здоровья – в общей сложности 62 вопроса [63]. Интерпретация уровня общей ГВЗ выполнялась с учетом критериев, предложенных К. Sørensen: выделены «недостаточный», «проблемный», «достаточный», «отличный» уровни [32; 63].

По завершении исследования, инструмент HLS19 дорабатывался консорциумом [64]. Была разработана еще более краткая форма опросника, на базе HLS-EU Q12, с целью измерения общей ГВЗ (“General Health Literacy”) у взрослых старше 18 лет [65]. Для измерения ГВЗ предлагается методика расчёта шкалы:

Показатель HLS19-Q12 рассчитывается как процент или балл (в диапазоне от 0 до 100). Более высокий балл означает более высокий уровень ГВЗ. Респонденты, которые дали ответы на не менее чем 80% вопросов анкеты (в противном случае анкета выбраковывается), делятся на категории по уровню ГВЗ: «отличный»: когда варианты ответов «очень легко» выбираются респондентами в не менее чем половине вопросов, «очень сложно» или «сложно» – в одном или менее вопросе из двенадцати, «достаточный»: когда варианты «очень легко» или «легко» составляют минимум 10 ответов из 12 вопросов, варианты «очень сложно» или «сложно» не более 2 из 12, «проблемный»: все респонденты, не попавшие в группы «отлично», «достаточно» или «недостаточно (неудовлетворительно)», «недостаточный (неудовлетворительный)»: ответ «очень легко» выбирается не более чем в одном вопросе из двенадцати, варианты «очень сложно» или «сложно» составляют половину ответов и более [66].

В 2024-2026 году М-РОНЛ организовано очередное исследование ГВЗ – HLS24. В разработке находятся вопросники и методики для оценки организационной ГВЗ (ОНЛ), а также коммуникативной, цифровой, вакцинальной, дистрибутивной, ментальной ГВЗ, и иные инструменты (ОНЛ-РНС, или инструмент самооценки организационной ГВЗ в организациях первичной медицинской помощи; ОНЛ-Hos-SF, или инструмент самооценки организационной ГВЗ в стационарах, который

включает 8 стандартов, 19 подстандартов и 72 индикатора с суб-индикаторами). HLS24 основывается на HLS19-Q12 инструменте для оценки общей ГВЗ, что касается вышеназванных специфических сфер ГВЗ, их полагается изучать на факультативной основе или в последующих этапах.

Анализ опубликованных результатов проведенных в последние годы исследований свидетельствует о том, что в оценке и последующей разработке программ повышения ГВЗ важен учёт этнической, культурной, лингвистической специфичности населения [66; 67].

Следует также подчеркнуть, что участие в опросе, по отзывам респондентов, обладает мотивирующим эффектом. Порядка 70% респондентов начинают задумываться о том, где и как они ищут информацию в отношении здоровья, какой информации доверяют, что предпринимают для того, чтобы использовать полученные знания [63].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сурмач, М.Ю. Медицинская информированность населения в вопросах здоровья: аналитический обзор /М.Ю. Сурмач // Социология медицины. – 2024. – Т. 23. – №2. – С. 174-185. doi: 10.17816/socm634264
2. О здравоохранении. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ, в ред. Закона Республики Беларусь от 25 окт. 2023 г. № 308-3. <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> (дата обращения 05.12.2024).
3. Захарова, Е.В. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению / Е.В.Захарова //Теоретическая и экспериментальная психология. – 2019. – т. 12, №3. – с. 96 – 110.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO; 2003. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
5. Лукина, Ю.В. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания / Ю.В.Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2017. – №13(4). – с. 519-524. doi: 10.20996/1819-6446-2017-13-4-519-524.

6. WMA Statement on self-medication [el. source]. – <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-self-medication/>. – дата доступа 01.04.2025.

7. Self-care in the context of primary health care [el. source]. – <https://iris.who.int/handle/10665/206352>. – дата доступа 01.04.2025.

8. Меры самопомощи для защиты здоровья [эл. ресурс]. – [https://www.who.int/ru/health-topics/self-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/ru/health-topics/self-care#tab=tab_1). – дата доступа 01.04.2025.

9. Ответственное самолечение – основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения / С.Н.Толпыгина, С.Ю.Марцевич, А.В.Концевая, О.М. Драпкина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – № 14(1). – с.101-110. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-1-101-110.

10. World Self-Medication Industry. What is Self-Care? [el. source]. – <http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-care/>. – дата доступа 01.04.2025.

11. Klein, S. A Vision for Using Digital Health Technologies to Empower Consumers. /S. Klein, M. Hostetter, D. McCarthy // New York: The Common wealth Fund; 2014 – [el. source]. – <http://www.pgeu.eu/en/library/119:annual-report-2011.html>. – дата доступа 01.04.2025.

12. Concordance between 8-1-1 HealthLink BC Emergency iDoctor-in-assistance (HEiDi) virtual physician advice and subsequent health service utilization for callers to a nurse-managed provincial health information telephone service / Ross Duncan, Kurtis Stewart, Frank X. Scheuermeyer, Riyad B. AbuLaban, Kendall Ho, Danielle Lavalley, Jim Christenson, Nancy Wood, Stirling Bryan, Lindsay Hedden // BMC Health Services Research. – 2023. – № 23.- p.1031 / <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09821-w>

13. Acceptability of Tele-mental Health Services Among Users: A Systematic Review and Metaanalysis / Rowan M. Abuyadek, Esraa Abdellatif Hammouda, Ehab Elrewany, Dina Hussein Elmalawany, Rasha Ashmawy, Sally Zeina, Assem Gebreal, Ramy Mohamed Ghazy //BMC Public Health. – 2024. – № 24. – p.1143 / <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18436-7>

14. Exploring the health literacy status of people with hearing impairment: a systematic review /Zhaoyan Piao, Hanbin Lee, Yeongrok Mun, Hankil Lee, Euna Han // Archives of Public Health. – 2023. – № 81. – p.206. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01216-x>

15. Утева, А.Г. Применение информационных технологий при организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста /А.Г.Утева // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения. – Москва, 2023. – 25с.].

16. Resolution adopted by the General Assembly. 2014. “Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases.” A/RES/68/300

17. Об утверждении Надлежащей аптечной практики: постановление МЗ РБ от 27.12.2006 №120 (в ред. Пост. №86 от 23.10.2020) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 28, 8/15774.

18. BAYER Барометр: россияне о качестве жизни. Москва:Байер; 2016. [эл. ресурс]. – [https://www.bayer.ru/static/documents/bayer\\_barometer/Bayer-Barometr\\_FIN\\_2016.pdf](https://www.bayer.ru/static/documents/bayer_barometer/Bayer-Barometr_FIN_2016.pdf).

19. Digital health literacy and associated factors among internet users from China: a cross-sectional study /Bing-Yue Zhao, Long Huang, Xiao Cheng, Ting-Ting Chen, Si-Jia Li, Xiao-Juan Wang, Shui-Xiu Huang, Rong-Fang Hu, Hong Li //BMC Public Health. – 2024. – №24. – с.908. doi.org/10.1186/s12889-024-18324-0.

20. Montevideo Roadmap 2018–2030 on NCDs as a sustainable development priority. World Health Organization: Montevideo, 2017 – [el. source]. – <https://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/Roadmap.pdf>. – дата доступа 01.04.2025.

21. A large, multi-center survey assessing health, social support, literacy, and self-management resources in patients with heart failure /Alanna M. Chamberlain, Erinn M. Hade, Irina V. Haller, Benjamin D. Horne, Catherine P. Benziger, Brent C. Lampert, Kismet D. Ras-musson, Kimberly Boddicker, Sheila M. Manemann, Véronique L. Roger //BMC Public Health. – 2024. – № 24. – p:1141 doi.org/10.1186/s12889-024-18533-7

22. Exploring different stroke populations’ information needs: a cross-sectional study in England /Allam Harfoush, Kausik Chatterjee, Elizabeth Deery and Hanady Hamdallah // Archives of Public Health. – 2024. – № 82. – p.63. doi.org/10.1186/s13690-024-01289-2

23. Integrating a Community-Based Health Information System with a Patient-Centered Medical Home to improve care of patients with hypertension: a longitudinal observational study protocol / Unab I. Khan, Sabeen Shah, Shankar Viswanathan, Asra Qureshi, Yasmeen Noornabi, Mahnoor Niaz, Judith Wylie- Rosett //BMC Health Services Research – 2024. – № 24. – p: 540 <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11012-0>

24. Long-term care staffs’ experience in facilitating the use of videoconferencing by cognitively impaired long-term residents during the COVID-19 pandemic a mixed-methods study /Marie- Soleil Hardy, Chaimaa Fanaki, Camille Savoie, Machelles Wilchesky, Marie- Pierre Gagnon, Maude Laberge, Vincent Couture, André Côté, Clémence Dallaire, Philippe Voyer, Maria Cecilia Gallani, Bernadette Dallaire, Éric Gagnon // BMC Health

Services Research. – 2024. – № 24. –р. 646 doi.org/10.1186/s12913-024-11095-9.

25. Achieving well-being: a global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion Approach / World Health Organization, 2023.- 33 p.

26. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Республики Беларусь, 19 января 2020 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028>. – Дата доступа: 13.09.2022.

27. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 2013. – [эл. ресурс]. – <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>.

28. Шанхайская декларация по укреплению здоровья. Всемирная организация здравоохранения: Женева, 2016 – [эл. ресурс]. – <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/>.

29. Health literacy and the SDGs – [el. source]. – <https://www.sustainablegoals.org.uk/wp-content/uploads/2017/03/030-031-SDG-MENABDE.pdf>

30. Организация Объединенных Наций. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Организация Объединенных Наций; 2015.

31. Wang, J. The Swiss Health Literacy Survey: development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health / J. Wang, BD Thombs, MR Schmid // Health Expectations. – 2014. – N:17(3). – p. 396-417. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00766.x..

32. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models / Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al.// BMC Public Health. – 2012. – N12(80). –p.13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

33. European Health Information Initiative (EHII) – [el. source]. – [https://www.who.int/europe/groups/european-health-information-initiative-\(ehii\)](https://www.who.int/europe/groups/european-health-information-initiative-(ehii)).

34. Improving health literacy [Electronic resource] // World Health Organization. – Mode of access: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>.

35. Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (М-РОНЛ)- сеть, работающая под эгидой Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (ЕИИЗ) / Крипстина Дейтчер, Юрген Пеликан, Юлия Бобек, Петер Новак // *Public Health Panorama*. – 2019. – Volume 5, Issue 1. – p. 72 – 79.

36. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations / Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. // Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies, 2012.

37. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review / Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. // *Ann Intern Med*. – 2011. – N155(2)/ -p.97-107.

38. Eichler, K. The costs of limited health literacy: a systematic review / Eichler K Wieser S, Brügger U. // *International Journal of Public Health*. – 2009. –N 54(5). – p.313.

39. ECOSOC. Ministerial Declaration-2009. Ministerial declaration of the 2009 high-level segment of the Economic and Social Council”: “Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health. Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2009

40. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens / Friis K., Lasgaard M., Osborne R. H., et al. // *BMJ Open*.- 2016. -N 6. – p. e009627.

41. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. / Geboers B., de Winter A. F., Luten K. A., Jan-sen C. J. M., Reijneveld S. // *Journal of Health Communication*. – 2014. – N19 (s2). – pp. 61-76.

42. Assessment of health literacy in a French emergency department / Pauline Marie1, Nicolas Romain- Scelle, Veronique Potinet, Anne Marie Schott, Marion Douplat // *BMC Health Services Research*. – 2024. –N 24. – p.493 <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11003-1>

43. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) / Sørensen K., Pelikan J.M., Róthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. et al. // *Eur. J. Public Health*. – 2015. – Vol. 25. – № 6. – P. 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.

44. Kickbusch. I. Interview panorama people / I. Kickbusch // *Public Health Panorama*. – 2019. -N 5. (2-3). – pp. 140-329. Available at: <https://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-5,-issue-23,-june-september-2019/panorama-people>

45. Rudd, Rima E. The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies / Rima E. Rudd // *Journal of Communication in Healthcare*. – 2015. – N8 (1). – p. 7-9.

46. Pelikan JM. Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS\_EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort. / Pelikan JM, Ganahl K. – IOS Press, 2017. – p. 17-59.

47. Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population / Toçi E, Burazeri G, Sørensen K, Kamberi H, Brand H. // *The European Journal of Public Health*. – 2014. – N 12. –p.190.

48. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. / Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. // *J Epidemiol Community Health*. – 2016. –N1. – p 7.

49. Kučera, Z. Health literacy in Czech population results of the comparative representative research / Kučera Z, Pelikan JM, Šteflová A. // *Casopis lekaru ceskych*. – 2016. –N 155(5). – p.241.

50. Schaeffer D. Health Literacy in the German Population / Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. // *Deutsches Arzteblatt international*. – 2017. – N114(4). –p:60.

51. Koltai J. The practical measurement of health literacy in Hungary and in international comparison / Koltai J, Kun E.// *Orv Hetil*. – 2016. – N157(50). –p. 2002-2006.

52. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy / Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. // *Health Policy*. – 2016. – N120(9). –p.94.

53. Espanha R. Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications / Espanha R, Ávila P. // *Procedia Computer Science*. – 2016. –N100. – p. 1033-1041.

54. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. / Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin Y-C, et al. // *Asia-Pacific Journal of Public Health*. – 2015. –N 27(8). – p. 871-880.

55. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. / Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. // *BMC Public Health*. – 2015. – N15. – p. 505.

56. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. / Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. // *Journal of Epidemiology*. – 2017. – N27(2). –p.86.

57. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах

здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ. Сводный доклад № 57 Сети фактических данных по вопросам здоровья. / Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J, et al. – Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 2018. – [эл. ресурс]. – <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-existing-policies-and-linked-activities-and-their-effectiveness-for-improving-health-literacy-at-national,-regional-and-organizational-levels-in-the-who-european-region-2018>.

58. Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (М-РОНЛ)- сеть, работающая под эгидой Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (ЕИИЗ) /Кристина Дейтчер, Юрген Пеликан, Юлия Бобек, Петер Новак // Public Health Panorama. – 2019. – Volume 5, Issue 1. – p. 72 – 79.

59. Farmanova E. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. / Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. // Inquiry. 2018. – N55. – p.:17.

60. Trezona A. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals / Trezona A., Dodson S., Osborne R. H. // BMC Health Services Research. – 2017. – N17 (1). – p. 513.

61. The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): a network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (ЕИИ). / Dietscher C., Pelikan J., Bobek J., Nowak P. // Public Health Panorama. – 2019. – N 5 (1). – pp. 65-71. – [el. source]. – <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325139>

62. M-POHL. The Vienna Statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe. Vienna: M-POHL; 2018 [20.09.2018] – [el. source]. – <https://dory.goeg.at/s/yo6HazJ2HBcnbZn#pdfviewer>.

63. Адаптация европейского вопросника HLS19 по измерению грамотности в вопросах здоровья для России / М. В. Лопатина, М. В. Попович, А. В. Концевая, О. М. Драпкина // Экология человека. – 2021, №1. – с. 57 – 64.

64. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute, Vienna- [el. source]. – <https://m-pohl.net/node/42>

65. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2022): The HLS19-Q12 Instrument to measure General Health Literacy.

Factsheet. Austrian National Public Health Institute, Vienna[el. source]. – <https://m-pohl.net/node/42>

66. A systematic review and narrative synthesis of health literacy interventions among Spanish speaking populations in the United States / Joel Hernandez, Liliana Demiranda, Priyanka Perisetla, Lauren Andrews, Keer Zhang, Rebecca Henderson, Ajay Mittal, Hannah F. Norton, Melanie G. Hagen // BMC Public Health. – 2024. – N 24. – p.1713.

67. Do sociodemographic factors influence the levels of health and oral literacy? A cross-sectional study /Francisco Manuel Veigas Veladas, Giancarlo De la Torre Canales, Bryanne Brissian de Souza Nobre, Ana Escoval, Ana Rita Pedro, André Mariz de Almeida, Victor Abreu Assunção, Ana Cristina Manso //BMC Public Health. – 2023. – N 23. – p. 2543. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17489-4>

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Меры по формированию активного долголетия** и снижению предотвратимой смертности, реализуемые в системе здравоохранения, как ни парадоксально, – будут способствовать демографическому старению «сверху», вызванному увеличением числа пожилых людей из-за снижения смертности в старших возрастах.

Большая часть респондентов 60+ Гродненской области оценивают собственное качество жизни «хорошо» (40,08;47,23)% либо «ни плохо, ни хорошо» (37,45;44,54)%. Подтверждается гипотеза о положительном влиянии фактора наличия у респондента детей. Вместе с тем, совместное проживание с детьми не всегда влияет положительно. Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым. Установлено, что наличие или отсутствие пенсии по возрасту не оказывает значимого влияния на значения самооценки качества жизни. При наличии у респондента работы фактор наличия к ней плюс еще и пенсии также не является значимым во влиянии на результаты самооценки. Получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни ( $\chi^2=19,22$ ;  $p<0,00001$ ).

Большинство респондентов (39,45%, 95% ДИ=35,98; 43,03%) удовлетворены состоянием своего здоровья на «3» пятибалльной шкалы. Респонденты незначимо чаще (52,44%) оценивают свою удовлетворённость собственным здоровьем как соответствующую позициям средней и ниже средней (1-3 балла), чем более высоким (4-5 баллов) позициям. Уровень удовлетворённости собственным здоровьем выявляет значительную устойчивость к социально-демографическим факторам: полу респондента, проживанию в городе или селе, а первое ранговое место не меняется и в зависимости от иных факторов, таких как наличие у респондента работы, состояния в

браке, наличия детей, проживания с ними отдельно или совместно.

Мужчины возраста 60+, проживающие в селе, составляют группу риска низких самооценок качества жизни, при этом удовлетворённость здоровьем не имеет гендерных различий. Анализ объективных показателей здоровья лиц возраста 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, показал, что Гродненская область демонстрирует значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, находящиеся на близком к среднереспубликанскому уровню, при этом минимальные значения также выявляются у мужчин, проживающих в селе. В структуре причин смертности и следовательно, более низких значений, со значительным отрывом лидируют болезни сердечно-сосудистой системы.

Необходимо продолжить углубленное исследование качества жизни с разработкой мер по устранению выявленных различий. Но уже сегодня понятно, что для того, чтобы реализовать резерв улучшения трудового и социального потенциала лиц около-пенсионного и пенсионного возраста, необходимо обратить внимание на наиболее уязвимые домены качества жизни, а именно «Физическое и психологическое благополучие», а у жителей села также – «Самовосприятие».

Домен «Физическое и психологическое благополучие» имеет непосредственную связь с удовлетворённостью собственным здоровьем, с тем, как человек в пожилом возрасте способен компенсировать накопленные нарушения и какие он имеет для этого условия. Следует отметить, что меры, принимаемые в Республике Беларусь в данном направлении в системе здравоохранения, получают мощную государственную поддержку.

Позитивные изменения в домене «Самовосприятие» лиц 60+ возможны при создании микро- и макросоциальной среды, способствующей физической независимости, самостоятельности пожилых: гарантии мер профилактики падений, обеспечения доступности социально значимых объектов для лиц с ограничением подвижности, с нарушениями

зрения и (или) слуха, учёта физиологических особенностей зрительного восприятия. Именно физические барьеры становятся причиной барьеров психологических, и снижают качественное восприятие себя, способствуют самоизоляции и стигматизации пожилых. По всей вероятности, инфраструктурные различия становятся причиной и более низкого уровня самовосприятия как компонента качества жизни у жителей села.

Помимо государственной поддержки, важны меры социального партнёрства. Следует отметить, что маркетинговые стратегии в белорусском обществе пока недостаточно ориентированы на пожилого потребителя. При этом потребитель 60+ еще достаточно длительный период времени дееспособен, и даже трудоспособен, и потенциал данной возрастной категории должен быть востребован демографически старым обществом в полной мере.

Следует также подчеркнуть, что сопоставление с результатами исследований других авторов в российской популяции лиц старших возрастных групп иллюстрируют, что плохие самооценки здоровья у населения Гродненской области коррелируют с таковыми в иных популяциях для данной возрастной группы, доля же хороших самооценок у населения Гродненской области значительно превышает соответствующие показатели для россиян.

**Анализ образа жизни подростков** выявляет тревожную картину.

Почти половина 15-18-летних подростков употребляли когда-либо энергетические напитки, чаще проба происходит в возрасте 13-16 лет и затем каждый третий из числа имеющих опыт пробы энергетических напитков подросток продолжает употреблять энергетические напитки регулярно.

Употребляли когда-либо слабоалкогольные напитки 43,6%, знакомы с крепким алкоголем более четверти 15-18-летних подростков. Каждый пятый подросток после первой пробы слабоалкогольных напитков и каждый

одиннадцатый после первой пробы крепкого алкоголя употребляет соответствующие напитки регулярно (несколько раз в месяц).

Каждый третий подросток в 15-18 лет имел опыт курения электронных и также каждый третий – обычных сигарет. Возраст первой пробы электронных сигарет варьировал от 10 до 18 лет, пробы обычных сигарет – от 5 лет. После первой пробы, каждый третий подросток продолжает курение электронных и каждый четвертый – обычных сигарет.

Несмотря на то, что положительно ответили об опыте пробы наркотиков или курительных смесей только 1,28% 15-18-летних подростков (первая проба произошла в 13-18 лет), в три раза большая доля подростков знают о случаях употребления наркотиков или курительных смесей в их ближайшем окружении.

Как показали результаты выполненного нами сопоставительного анализа, белорусские подростки начинают половые отношения примерно на год позже их зарубежных сверстников. Вместе с тем, уже в 16 лет сексуально активна уже каждая пятая девочка и каждый четвертый мальчик, и начиная с 17 лет доля имеющих опыт половых отношений юношей значительно превышает таковую у девушек. Каждый тринадцатый 15-летний мальчик и каждая семнадцатая 15-летняя девочка в Беларуси подтверждают наличие опыта половой жизни, в отличие от каждого пятого мальчика и каждой седьмой девочки по зарубежным данным. Международные данные свидетельствуют о значительных различиях между регионами и странами. Для Беларуси влияние фактора проживания в городе и селе на сексуальную активность подростков не установлено. Как и зарубежные сверстники, белорусские подростки (для Беларуси – независимо от пола и проживания в городе или селе) в каждом третьем случае отвечают, что не использовали средства и методы контрацепции при последнем половом контакте. Белорусские юноши, как и их зарубежные сверстники, выявляют значительно больший риск случайных половых связей, в сравнении с девушками.

Сопоставление данных опроса белорусских подростков 2010-2011 и 2022-2023 года показывает, что в целом подростки выбирают непроверенные источники информации, причём динамика за охваченный временно период в данном отношении не может быть охарактеризована как положительная.

Таким образом, несмотря на значительно более благоприятные данные в сопоставлении со странами Западной Европы, Азии и Канады, а также некоторую положительную динамику за период с 2010 по 2023 годы, сексуальное поведение белорусских подростков по-прежнему остается рискованным по отношению к их здоровью и последующей реализации их репродуктивного потенциала.

Для улучшения ситуации и уменьшения рисков в данной сфере считаем необходимым провести сравнительный анализ также и с поведением российских подростков. Ментальная близость, общность исторических корней белорусов и россиян позволит объединить усилия с тем, чтобы лучше понять влияние культурных, социальных и других факторов на сексуальное поведение подростков, учесть выявленные результаты в практической деятельности в образовании и здравоохранении, что в конечном счете отразится на репродуктивном здоровье молодёжи обеих стран.

**Белорусские семьи, в которых воспитывается ребенок младшего подросткового возраста,** дают высокую оценку состоянию здоровья воспитывающихся в них детей возраста 10-14 лет. Вместе с тем, выявляются настораживающие факты. Так, родители из числа неполных семей значимо реже оценивают образ жизни своего ребенка как здоровый.

Около половины родителей считают, что забота их ребенка о своём здоровье недостаточна, что обусловлено нехваткой у ребенка информации о сохранении здоровья, его (её) недостаточной медицинской активностью, несоблюдением режима дня и наличием психологических стрессовых факторов. Несмотря на то, что данная картина получена исходя из ответов родителей, их же ответы показывают, что только половина

родителей регулярно беседуют с ребенком о вреде для здоровья курения, алкоголя, 39% – о правилах безопасного поведения.

Треть родителей отмечают, что не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью для ребенка, две трети не всегда контролируют выполнение всех рекомендаций медицинских работников, включая прививание ребенка согласно календарю прививок.

Почти половина родителей осознают, что недостаточно уделяют внимания здоровью своего ребенка, прежде всего ввиду собственной занятости. Каждый восьмой подросток 15-18 лет указал на отсутствие контроля за их образом жизни со стороны родителей.

Понимание здорового образа жизни у родителей и у подростков в целом сформировано и сопоставимо, как и оценка родителями знаний, необходимых для сохранения здоровья, у своего ребенка, и оценка знаний о здоровье самими подростками («имеются, но недостаточные», или 7-8 баллов по 10-бальной шкале). Вместе с тем, и родители, и в особенности подростки не придают должного значения медицинской активности и психологическому стрессу как факторам образа жизни (принимаются во внимание чуть менее половиной родителей и только каждым третьим подростком). В половине случаев у подростков 15-18 лет отмечается несвоевременная обращаемость за медицинской помощью.

По данным опроса как подростков, так и родителей, можно констатировать, что образ жизни как минимум каждого десятого подростка и каждой десятой семьи, в которой воспитывается ребенок 10-14 лет, нельзя отнести к здоровому. Еще минимум около четверти семей и 10-14-летних подростков – группа потенциально нездорового образа жизни. В 15-18 лет уже только каждый третий подросток оценивает собственный образ жизни как здоровый, регулярно и в достаточной мере заботится о своём здоровье. При этом отмечается более благоприятная, не соответствующая объективной картине, оценка родителями образа жизни собственного ребенка и его заботы о здоровье, вероятно, ввиду

недостаточной коммуникации, а также недостаточного осознания критической важности возраста 15-16 лет для формирования рискованного поведения в сфере здоровья.

Ответственность органов государственной власти за работу по сохранению и укреплению здоровья, популяризацию здорового образа жизни среди детей, более чем половина опрошенных определяют как минимальную. Некоторое *недостаточное понимание родителями государственного вклада в деятельность по укреплению здоровья подростка свидетельствует о необходимости взаимодействия государственной власти с семьями на практическом уровне, уровне местных сообществ, школ, важности большей популяризации действий органов законодательной и исполнительной власти, уже объективно реализуемых в данном направлении.*

Вместе с тем, у абсолютного большинства – не менее трех четвертей, – родителей, воспитывающих ребенка 10-14 лет, сформировано осознание ответственности за здоровье ребенка. Следовательно, можно утверждать, что риск иждивенческой позиции с перекладыванием ответственности «на плечи» государства относительно невелик: *не более 25% семей нуждаются в дополнительном контроле и, возможно, дополнительной социально-психологической помощи.*

**Перспективным направлением для проработки в мерах межведомственного взаимодействия по оптимизации условий реализации мотивации родителей на здоровьесбережение семьи и воспитывающегося в семье ребенка являются следующие направления:**

- 1) по формированию адекватной медицинской активности родителей при воспитании детей подросткового возраста,
- 2) по повышению понимания значимости и собственно по формированию психологического благополучия и морального микроклимата в семьях,
- 3) по осознанию родителями первостепенной роли эмоционального контакта с детьми, коммуникации «родители-подросток».

Необходимо формировать культуру заботы о здоровье в семье, включая заботу о здоровье здоровых, культуру коммуникации в семье, культуру медицинской активности.

*Каждый шестой-седьмой родитель, имеющий ребенка 10-14 летнего возраста, нуждается в специальной консультативной помощи по вопросам формирования здорового образа жизни и здоровьесохраняющего поведения у ребенка, при этом в каждом третьем случае нужна помощь социального педагога, также в каждом третьем случае – педагога-психолога, и почти в каждом втором случае – школьного медицинского работника. Следовательно, в формировании культуры здоровья подтверждается значимость межведомственного взаимодействия, в первую очередь, с социально-педагогической службой.*

**Абсолютное большинство подростков интересуется информация о способах улучшения здоровья и здоровом образе жизни**, однако подростки отмечают, что действенные стимулы к изменению поведения найти сложно. Чаще всего единственно возможным стимулом является изменение собственной внутренней установки на здоровьесбережение, причём по степени влияния на данный фактор на первом месте (каждый четвёртый-пятый подросток) – родители, на втором – друзья (каждый пятый подросток). Социальная реклама, по мнению подростков, не является сколько-нибудь действенным инструментом влияния. В подавляющем большинстве подростки ищут информацию в интернете, каждый четвёртый – у родителей. Единицы из числа выборки подростков ответили, что «консультируются с врачами», в отличие от родителей, которые получают информацию от медицинских работников в каждом втором случае, а каждый четвёртый респондент использует специальную литературу.

Таким образом, мотивировать подростков к здоровьесберегающему поведению весьма сложно. Вероятно, необходимо искать способы, включающие комплекс психологических методов персональной мотивации, в

сочетании с подключением семьи (родителей) и групп подростков, формирующих микросоциальное окружение.

Проводником информации для подростков должен являться наиболее востребованный ими канал, а именно интернет: социальные сети, сайты учреждений здравоохранения, специализированные порталы и т. п. В то же время, для аудитории взрослых, в частности, родителей детей подросткового возраста, значим также непосредственный контакт с медицинским работником.

Результаты нашего исследования подтверждают установленную ранее значимость фактора образования родителей, прежде всего, матери, более высокой самооценки уровня материального благосостояния семьи. Вместе с тем, наиболее значимый фактор – доверительные отношения с ребенком в семье: например, среди подростков, которые указали родителей как источник знаний о репродуктивном здоровье и сексуальных отношениях, в разы меньше тех, кто демонстрирует рискованное сексуальное поведение. **Фактор успешной коммуникации с родителями** по результатам статистического анализа оказался более значим для здоровьесберегающего поведения подростков в сравнении даже с такими характеристиками семьи, как её полнота и количество в семье детей.

*Разные каналы получения информации, востребованные поколением детей и родителей, свидетельствует о нарастании влияния цифровизации на белорусское общество. Очевидно, что в традиционном понимании коммуникации процесс трансформации информационной среды «родители-дети» составляет риск доверительным взаимоотношениям в семьях. Необходимо обозначать данный риск, говорить о нём уже сейчас, с тем, чтобы не только способствовать здоровьесбережению сегодняшних подростков, но и предотвратить накопление риска «техноферентности» для будущих детей сегодняшнего подросткового поколения. Одновременно, нельзя пренебрегать тем, что процесс*

цифровизации – объективная реальность. Нужно учитывать его в деятельности по формированию здоровьесбережения.

**Для лиц возраста 60+, проживающих в Гродненской области**, на первом месте наиболее доступна информация о вредных привычках, таких как курение, низкая физическая активность или употребление алкоголя, информация о здоровом образе жизни. На втором месте (доступность средняя), – доступность информации, позволяющей точно следовать рекомендациям врача, информации о необходимых медицинских осмотрах или обследованиях; доступность информации о том, что делать в случае необходимости неотложной медицинской помощи, информации о профессиональной медицинской помощи в случае болезни, а также информации, позволяющей оценить преимущества и недостатки различных вариантов лечения заболеваний. Наиболее низкий уровень доступности (ниже среднего) для респондентов возраста 60 лет и старше регистрируется для информации о том, что делать при возникновении проблем с психическим здоровьем.

Самооценка лицами 60+ возможности принимать решения для улучшения своего здоровья и благополучия соответствует среднему уровню.

Таким образом, *требуется пересмотреть работу по медицинскому информированию с лицами пожилого возраста, с включением в нее данных о том, где и как они могут получить помощь при возникновении проблем с психическим здоровьем, а также обратить дополнительное внимание медицинских работников первичного звена, работающих с пожилыми пациентами, на аспекты коммуникации врач-пациент при необходимости формирования комплаенса, основанного на информировании о профессиональной медицинской помощи в случае болезни.*

**Грамотность в вопросах здоровья** составляет основу фундамента сохранения здоровья населения. Меры по ее повышению значимы с разных точек зрения, в том числе имеют

выраженный социальный и экономический эффект для государства.

С методологической стороны, ГВЗ – динамичный конструкт. Подходы к ее измерению и оценке варьируют, определение переживает трансформации. Методики изучения ГВЗ в последние годы, с одной стороны, конкретизируются, опросники сокращаются; с другой стороны, данный конструкт углубленно изучается посредством дополнительных методик: наряду с общей ГВЗ, изучаются например цифровая ГВЗ, организационная ГВЗ и иные стороны грамотности населения в вопросах здоровья.

Несмотря на значительный успех в унификации методологии, произошедшей посредством влияния ВОЗ, всегда присутствует национальная специфика изучения и оценки ГВЗ и медицинской информированности. При исследовании ГВЗ требуется также учитывать социально-демографические факторы, особенно фактор возраста и наличия медицинского образования.

В современных методиках изучения ГВЗ, унифицированных под эгидой ВОЗ, выделяют обязательный компонент (как правило, он даёт представление об общих аспектах ГВЗ), и всегда присутствующий, но различающийся по содержанию, факультативный компонент (компоненты).

Изолированное изучение только обязательного компонента ГВЗ возможно, но при этом исследователь получит информацию о доступности той или иной информации медицинского характера для населения, без учёта ее последующего применения – таким образом, данный компонент, чаще всего обозначаемый термином «общая ГВЗ», по сути является скорее медицинской информированностью. В сочетании с дополнительными компонентами методики изучения ГВЗ, дающими представление о понимании и использовании информации, исследователь получает возможность оценить именно грамотность в вопросах здоровья. Поэтому корректно использовать термин «грамотность» только

в случае сочетания изучения обязательного и дополнительного компонентов.

Специфика дополнительного компонента может и должна учитывать последующую практикоприменимость результатов. Динамичность самого понятия ГВЗ позволяет и даже обязывает дополнять инструментарий, при этом факультативные компоненты могут быть различными: например, связанными с качеством жизни, с образом жизни, медицинской активностью населения, поведением по отношению к конкретному заболеванию или конкретному виду медицинской помощи.

Социальная направленность государственной политики – приоритет для Республики Беларусь. Вместе с тем, население стареет. В отдельных районах численность населения стремительно снижается, и с достижением возраста дожития перспективы сохранения некоторых районов как отдельных территориальных уровней оказания медицинской помощи весьма туманны: это окажется настолько затратным с экономической точки зрения, что станет в конечном итоге нецелесообразным.

С тем, чтобы не допустить негативного влияния процессов демографического старения на связанное со здоровьем качество жизни, требуется уже сегодня обратить внимание на социальные регуляторы качества жизни: Для достижения социального эффекта потребуются нивелировать различия между городом и селом, выявленные у лиц 60+ в домене «Самовоприятие», «Физическое и психологическое благополучие», а также переориентировать работу по медицинскому информированию лиц 60+ с включением в нее информации о психологическом благополучии, психическом здоровье и нездоровье.

Быстро меняющиеся социальная среда, информационная повестка дня, технологии, – все это в первую очередь отражается на подростках и семьях, в которых воспитывается ребенок. Наше исследование подтверждает, что аудитории, представленные разными поколениями, требуют разных

методов реализации медицинского информирования и разных подходов к его содержанию.

Вместе с тем, ограничиться медицинским информированием в современных условиях недостаточно.

Исследование грамотности в вопросах здоровья, разработка и внедрение практических методик по ее повышению, направленных на конкретные целевые группы разных поколений – важное и перспективное направление для будущих научных исследований в здоровьесбережении.

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

**Сурмач Марина Юрьевна**  
**Езепчик Оксана Антоновна**  
**Корнейко Павел Леонтьевич**

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ  
В ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПОКОЛЕНИЙ**

Монография

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка Е. П. Курстак

Подписано в печать 25.06.2025.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Ризография.

Усл. печ. л. **13,3**. Уч.-изд. л. **10,3**. Тираж **50 экз.** Заказ **61**.

Издатель и полиграфическое исполнение  
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.

Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.