

УДК 613.96:612.663

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Н.К. Мансуркулова, Б.Т. Орозбекова, Ф.Ф. Муйдинов, Б.С. Аринбаев

Представлен анализ литературных данных по факторам, влияющим на состояние здоровья и физическое развитие подростков. Обзор охватывает данные социально значимых болезней подростков 15–17 лет в Кыргызской Республике за 10-летний период.

Ключевые слова: здоровье; здоровый образ жизни; поведенческие факторы здоровья; дети; подростки.

BEHAVIORAL RISK FACTORS THAT INFLUENCE THE FORMATION OF ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH ANNOTATION

N.K. Mansurkulova, B.T. Orozbekova, F.F. Muydinov, B.S. Arinbaev

The article presents an analysis of published data on factors affecting the health and physical development of teenagers. The review covers the data of socially significant diseases of adolescents aged 15–17 in the Kyrgyz Republic for 10 years.

Keywords: health; healthy lifestyle; behavioral determinants of health; children; adolescents.

Репродуктивное здоровье и фертильность во многом определяются поведенческими факторами риска. Значительная часть видов поведения, оказывающих влияние на здоровье, обуславливается мотивами, часто непосредственно не связанными со здоровьем. Поведение подростков в сфере здоровья – результат общепринятой деятельности, не требующей приложения особых усилий и определяемой существующими в обществе социальными нормами. Все это существенно осложняет изучение поведенческих показателей здоровья и факторов, обуславливающих их [1–3]. Именно это определяет необходимость разработки методов и организации работы по формированию у подростков ответственного отношения к своему здоровью, в том числе и репродуктивному, созданию стереотипов здорового образа жизни, активной профилактики нарушений репродуктивного здоровья подростков, обусловленных негативным влиянием поведенческих факторов риска. Однако существует комплекс показателей, которые характеризуют отношение индивида к своему здоровью: *самооценка здоровья, медицинская информированность, место здоровья в системе жизненных ценностей, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков), экологические факторы, стрессогенные факторы, физическая активность* [4, 5].

Особый интерес представляет изучение межнациональных, региональных, а также *гендерных особенностей* поведения детей и подростков в аспекте здоровья и здорового стиля жизни [2–4].

Социальные и экономические преобразования, произошедшие за последние годы в Кыргызской Республике, недостаточная эффективность отечественной системы здравоохранения обуславливают системное ухудшение состояния здоровья, рост заболеваемости детей и подростков. Современная социальная политика в сфере здравоохранения ориентирована в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование гигиенической и физической культуры, здорового стиля жизни, “*самоохранительного*” поведения [1].

В основе изучения самосохранительного поведения лежит исследование ценностно-мотивационной структуры личности и ценности здоровья в ней. Как отмечают многие исследователи [1, 3–5], значение поведения в структуре факторов, формирующих здоровье подростков, в последние десятилетия резко возросло в связи с обусловленностью наиболее распространенных заболеваний, а также особенностями образа жизни. Выделяют несколько факторов, которые характеризуют отношение индивида к своему здоровью – *самооценку*

Таблица 1 – Заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет социально значимыми болезнями в КР (на 100 тыс. подростков данного возраста)

Год	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Выявлено больных с диагнозом, установленным впервые в жизни										
Активный туберкулез	70,4	62,9	70,3	73,3	70,7	65,5	80,5	93,7	86,3	87,4
Злокачественные новообразования	7,1	5,9	8,2	6,6	5,9	6,0	5,2	5,1	7,2	3,9
Сифилис	4,8	9,1	3,7	2,9	3,7	1,7	2,0	0,9	2,8	1,3
Гонорея	7,1	8,2	7,9	5,7	2,5	10,0	2,9	5,4	6,0	2,3
Алкогольная зависимость	1,1	1,7	0,3	-	0,8	0,7	1,2	-	1,3	1,3
Наркомания, токсикомания	3,7	2,3	3,4	0,6	0,8	0,9	0,6	0,6	0,9	1,0
ВИЧ/СПИД	0,8	0,3	0,3	0,3	0,8		1,2	0,9	0,6	1,9
Взято под наблюдение больных подростков с диагнозом, установленным впервые в жизни										
Психические расстройства и расстройства поведения	128,1	142,7	117,1	85,9	89,9	44,5	55,0	80,9	72,1	54,8
В том числе учтенные	65,9	59,2	57,3	37,4	49,3	44,4	40,7	40,1	46,8	39,3
Численность больных подростков, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года) с диагнозом										
Активный туберкулез	-	-	103,6	100,9	89,5	90,4	100,9	126,3	108,4	104,0
Психические расстройства и расстройства поведения	953,3	950,3	889,9	802,7	725,3	611,9	574,9	598,7	605,1	629,6
В том числе учтенные	801,6	788,5	755,6	687,1	602,5	593,4	476,5	489,7	568,3	612,5
Наркомания, токсикомания	9,9	8,2	19,6	13,2	12,7	11,2	5,6	2,5	2,2	1,3
Алкогольная зависимость	2,8	4,2	2,3	2,3	0,8	3,5	3,2	2,3	1,5	1,9
ВИЧ/СПИД	1,4	2,3	2,6	2,9	2,8	2,9	3,8	5,3	6,1	7,2

Источник. – Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике в 2005–2009 / 31.03.2015; Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике в 2010–2014 гг./ 28.10.2015 гг.

здоровья, медицинскую информированность, место здоровья в системе жизненных ценностей, наличие вредных привычек, экологические установки, влияние стрессогенных факторов, физическую активность [6].

Цель исследования – оценка медико-социальных факторов риска, формирующих физическое развитие, состояние здоровья подростков 15–17 лет, проживающих в Ошской области Кыргызской Республики.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились подростки 15–17 лет, учащиеся общеобразовательных школ и профессионального колледжа г. Ош, учащиеся общеобразовательных школ Араванского района Ошской области.

Предметом исследования стал ретроспективный анализ заболеваемости с 2005–2014 гг., показатели физического развития и социально-гигиенические аспекты условий проживания подростков 15–17 лет в г. Ош и Ошской области. В исследовании также рассмотрены поведенческие факторы здоровья подростков, выявлены гендерные особенности их поведения в сфере здоровья. В ходе ис-

следования использовали специально разработанную анкету, которая включала 100 вопросов. Все вопросы анкеты были условно объединены в несколько смысловых блоков: питание, физическая активность, позитивное здоровье, культура семьи, культура сверстников, поведенческий риск, вредные привычки.

Результаты исследования и их обсуждение. Заболеваемость 15–17-летних подростков социально значимыми болезнями (на 100 тыс. подростков данного возраста) показана в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, динамика больных с установленным впервые диагнозом “Туберкулез” у лиц 15–17-летнего возраста свидетельствует о небольшой цикличности эпидемического процесса с интервалом 1–2 года. Минимальный интенсивный показатель за анализируемые годы составил 62,9 в 2006 г., максимальный – 93,7 в 2012 г. Злокачественные новообразования за анализируемый период имеют тенденцию к снижению, однако мы считаем, что это связано с гиподиагностикой в связи усилением внутренней и внешней миграции (непостоянного места жительства в поисках работы) подростков данного возраста.

В структуре заболеваемости социально-значимых болезней подростков в возрасте 15–17 лет самую большую долю занимают психические расстройства и расстройства поведения (на 100 тыс. подростков данного возраста). Минимальный интенсивный показатель за анализируемые годы составил 574,9 в 2011 г., максимальный – 953,3 в 2005 г.

Влияние стрессогенных факторов. Следует отметить, что любому общественному кризису (политическому, экономическому, социальному) сопутствует длительное состояние дезадаптации личности. В социологическом плане стресс у подростков связан с особенностями взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями, удовлетворенностью своей жизнью. Преобладание негативных переживаний приводит к возникновению у подростков состояния тревожности и растерянности, что может спровоцировать возникновение серьезных отклонений в физическом и психическом состоянии, развитию болезней.

Выраженное ухудшение здоровья подростков, объясняющееся негативным влиянием различных факторов, возникновение и распространение таких явлений, как детская преступность, токсикомания, наркомания и ВИЧ-инфицированность, актуализируют проблему изучения здоровья подростков. Высокий уровень значимости этой проблемы обусловлен, во-первых, особой важностью подросткового периода для всей последующей жизни человека; во-вторых, наличием негативных тенденций в состоянии здоровья современных подростков; в-третьих, тем, что именно подростки представляют собой потенциал трудового и популяционного ресурсов страны.

Таким образом, медицина оказывается все более бессильной в решении проблем выраженного снижения уровня физического компонента здоровья и психофизического потенциала подростков потому, что среди факторов, влияющих на здоровье, здравоохранению принадлежит лишь около 10–12 %, наследственность определяет 15–20 %, экология – 10–15 % и образ жизни, в изучении которого ведущее место занимает социология, – 50 %.

Результаты проведенного обследования антропометрических данных у подростков 15–17 лет, проживающих в г. Ош.

Из всех 1418 обследованных подростков доминируют городские в отличие от приезжих и сельских: 78,1 ± 1,1 – городские, 3,8 ± 0,51 – сельские 18,1 ± 1,0 – приезжие в город (выходцы из села и поселков городского типа) учащиеся ПК. Коренное население (кыргызы) составляют – 51,2 ± 1,3, узбеки – 42,6 ± 1,3 и другие национальности – 6,1 ± 0,63. Для удобства работы мы условно разде-

лили подростков по росту – до 165 см и выше 165 см. В КР средний рост у 15-летних детей азиатской национальности, исследованных разными авторами в разные годы, в среднем равен 163–165 см [7, 8].

У всех обследованных росто-весовые категории в пределах нормы, но выявлено, что склонность к избыточному весу имеют лица коренной и узбекской национальности ($t = 1,86$, $P = 0,05$) из-за физической неактивности среди подростков с ростом 150–165 см. При опросе было отмечено, что именно они ведут сидячий образ жизни, находясь большую часть времени за компьютером и перед телевизором. Это говорит о том, что при быстром росте отмечается нехватка витамина из-за неправильного питания и неправильного образа жизни (вредные привычки) подростков ($t < 2$, $P < 0,05$). Ниже представлен анализ данных росто-весовых категорий подростков, которые имеют отклонение от идеального веса тела.

У обследованных детей процент отклонений от идеального веса невысок. По результатам обследования эндокринолога, это связано с гипотиреозом I степени. Из 1418 обследуемых с дефицитом массы тела всего было выявлено $4,5 \pm 0,5$ подростка, что объясняется социальными условиями жизни, и $1,2 \pm 0,29$ подростков с избыточным весом массы тела.

Более 70 % обследованных находятся на нижней границе уровня физического развития (ФР) по центильной шкале. Хотя эти показатели не ниже 25 центилей, однако данная градация имеет очень большой диапазон – от 25 до 75 центилей. Большинство обследованных попали в эту группу. Таким образом, интерпретация полученных данных по центильной шкале очень приблизительна. Однако она имеет значение для выявления корреляционной зависимости, которая представлена далее.

Отношение человека к своему здоровью обусловлено объективными и субъективными факторами и проявляется в действиях и поступках, выражается мнениями и суждениями относительно причин, влияющих на его физическое и психическое благополучие. Отношение человека к здоровью включает в себя субъективную оценку или самооценку человеком своего физического и психического состояния. Самооценка человеком своего состояния – своеобразный индикатор и регулятор поведения.

Из всех обследованных подростков лица мужского пола в возрасте 15–17 лет считали себя здоровыми (70,1 %) чаще, чем лица женской группы (61,5 %). На более низкий уровень здоровья указали городские жители. В группе женского населения эти данные составили, соответственно,

Таблица 2 – Количество подростков контрольной группы 15–17 лет за исследуемый период (502 чел.)

Национальность подростков	Рост, см	Всего		Допустимые отклонения от нормы		Ожирение I степени		Гипотиреоз I степени	
		n	m	n	m	n	m	n	m
Кыргызы	150–165	104	20 ± 1,8	61	58,6 ± 2,2	6	5,8 ± 1	37	35,6 ± 2,1
	165 и выше	126	25 ± 1,9	101	80,1 ± 1,8	2	1,6 ± 0,6	24	19 ± 1,7
Узбеки	150–165	121	24 ± 1,9	80	66,1 ± 2,7	5	4 ± 1,0	36	29,7 ± 1,3
	165 и выше	99	19,7 ± 1,7	86	87 ± 1,5	4	4 ± 1,0	9	9 ± 1,2
Др. нац-сти	150–165	16	3,2 ± 0,8	14	87,5 ± 1,5	-	-	2	12,5 ± 1,5
	165 и выше	36	7,2 ± 1,2	30	83,3 ± 1,7	1	2,8 ± 0,7	5	14 ± 1,5
Всего	150–165	241	48 ± 2,2	155	64,3 ± 2,1	11	4,6 ± 1,0	75	39 ± 2
	165 и выше	261	52 ± 2,2	217	83 ± 1,7	7	2,7 ± 0,7	38	14,5 ± 1,57
Итого		502	100	372	74,1 ± 1,95	18	3,6 ± 0,8	113	22,5 ± 1,86

61,5 и 64,5 %, однако при обследовании и изучении медицинских карт (рост и развитие), относящихся к 1-й и 2-й группам здоровья подростков составляли 46,7 %, в том числе 56,3 % среди мальчиков и 47,1 % – среди девочек.

Около 8,0 % опрошенных подростков отметили наличие у них хронических заболеваний, в том числе жалобы на частые головные боли – 3,9 %, хронический бронхит – 6,3 %, кожные заболевания – 1,2 %, беспокойство и депрессии – 2,1 %, артрозы – 0,5 %, бронхиальную астму – 0,5 %, но наиболее часто (42,0 %) подростки отмечали простудные заболевания (насморк, острый бронхит, пневмонии) и связывали их с санитарно-гигиеническим состоянием жилищно-бытовых условий.

Для сопоставления с данными исследованных по самооценки здоровья подростков мы в течение 2 лет наблюдали и вели мониторинг за ФР и состоянием здоровья 502 практически себя считающих здоровых подростков (постоянных жителей г. Ош, подлежащих по месту жительства на учет в ГСВ № 1), в качестве контрольной группы (механическим методом отбирали каждого пятого подростка). Они практически ни разу не обращались за медицинской помощью в ГСВ по поводу, каких либо заболеваний.

Как видно из таблицы 2, 74,1 ± 1,95 имеют допустимые отклонение от нормы роста-весовых категорий, 3,6 ± 0,8 имеют ожирение I степени и 22,5 ± 1,86 – гипотиреоз I степени. В эпидемиологических исследованиях установлено, что недостаток йода в питании увеличивает риск фолликулярного рака щитовидной железы (КР относится эндемичным районам по недостатку йода в питании). Как у подростков ростом от 150 до 165 см, так и у подростков ростом выше 165 см, особенно у кыргызов, гипотиреоз I степени встречается ча-

ше, чем у узбеков и лиц других национальностей (рост от 150 до 165 см – 35,6 ± 2,1 %, 29,7 ± 1,3 % и 12,5 ± 1,5 %; рост выше 165 см – 19 ± 1,7 %, 9 ± 1,2 % и 14 ± 1,5 %, соответственно).

По данным анализа гендерных различий обследованных в контрольной группе, у подростков женского пола больше отклонений от нормы ФР и определенного характера нарушений в развитии, чем у подростков мужского пола (допустимые отклонения от нормы 65 ± 2,8 % у девочек, у мальчиков же этот показатель равен 86,1 ± 2,3 %. Ожирение I степени – 5,2 ± 1,3 % и 1,4 ± 0,8 %; гипотиреоз I степени – 30 ± 2,7 % и 13 ± 2,3 %, соответственно).

У 53,2 % исследованных в контрольной группе имеются определенного характера нарушения в развитии: 9,8 % – дефицит веса, 7 % – слабость, 6,1 % – сердцебиение, 3,8 % – одышка, 8,8 % – нарушение аппетита, 5,2 % – головные боли и головокружение, 12,5 % – бледность кожных покровов и деформация ногтей. Эти нарушения могут влиять в определенной степени на рост и развитие детей $r = \pm 0,26$ – связь слабая (корреляция).

Таким образом, установлено, что показатели самооценок здоровья у подростков женского пола достоверно ниже, чем у подростков мужского пола того же возраста. Для девушек в большей степени характерны различные жалобы на состояние здоровья, недомогания и психосоматические расстройства. В частности установлено, что 15-летние девушки чаще, чем юноши, жалуются на недомогание. Показатели самооценок физической подготовленности и уровня знаний в области физической культуры у девочек и девушек также достоверно ниже, чем у мальчиков и юношей того же возраста.

Необходимо отметить также, что поведение подростков в значительной мере связано с уровнем

их медицинской информированности. Медицинская информированность характеризуется – знаниями о вреде для здоровья некоторых привычек, факторах риска наиболее распространенных заболеваний, перенесенных заболеваниях, особенностях своего организма в связи с противопоказанием приема тех или иных лекарств, правилах оказания первой медицинской помощи.

Уровень медицинской информированности подростков изучали на основе анализа показателей, характеризующих отношение подростков 15–17 лет к употреблению алкоголя, психоактивных и наркотических средств, о системе жизненных ценностей и ценности здоровья индивида.

На основе анализа главных результатов проведенного исследования сформулированы следующие выводы:

1. В структуре социально значимых болезней подростков в возрасте 15–17 лет, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с указанными диагнозами на конец года, самую большую долю занимают психические расстройства и расстройства поведения, в 2005 г. – 953,3 и 2014 г. – 629,6 (на 100 тыс. подростков данного возраста, снижение в 1,5 раза), затем активный туберкулез, с небольшой цикличностью эпидемического процесса с интервалом 1–2 года, максимальный – 126,3 в 2012 г. и 104,0 – в 2014 г. со снижением в 1,2 раза.

2. У всех обследованных росто-весовые категории в пределах нормы, но отмечается склонность к избыточному весу подростков коренной национальности ($1,2 \pm 0,29$) и узбекской национальности $t = 1,86$, $P = 0,05$. Из-за физической неактивности подростков с ростом 150–165 см выявлен дефицит массы тела у $4,5 \pm 0,5$ подростков, что объясняется социальными условиями жизни, хотя более 70 % обследованных находятся на нижней границе уровня ФР по центильной шкале.

3. 53,2 % исследованных в контрольной группе имеют определенный характер нарушений в развитии: 9,8 % – дефицит веса, 7 % – слабость, 6,1 % – сердцебиение, 3,8 % – одышку, 8,8 % – нарушение аппетита, 5,2 % – головные боли и головокружения, 12,5 % – бледность кожных покровов и деформация ногтей. Эти нарушения в определен-

ной степени могут влиять на рост и развитие детей $r = \pm 0,26$ – связь слабая (корреляция).

4. Изучение поведенческих факторов здоровья подростков, определяющихся гендерными особенностями, представляет собой актуальную научную проблему и свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Литература

1. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлева. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002. 240 с.
2. Gender and Health in Adolescence / Editors P. Kolip, B. Schmidh. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. 38 p.
3. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey / Editors C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, V. Rasmussen. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. 248 p.
4. Комков А.Г. Социально-педагогические основы формирования физической активности школьников: монография / А.Г. Комков. СПб.: СПбНИИФК, 2002. 228 с.
5. Комков А.Г. Здоровье и поведение российских школьников. Отчет – 2003: Национальные и региональные особенности / А.Г. Комков и др. СПб.: СПбНИИФК, 2004. 228 с.
6. Международный научный проект “Здоровье и поведение школьников”: Уральский регион: Теоретико-методологические, организационные, информационно-технологические и практические аспекты / сост. А.И. Федоров, С.Б. Шарманова. Челябинск: УралГАФК, 2001. 76 с.
7. Атамбаева Р.М. Стандарты физического развития детей школьного возраста (от 7 до 18 лет) г. Бишкек: метод. рекомендация / Р.М. Атамбаева, Э.Н. Мингазова, М.К. Эсенаманова. Бишкек, 2014. 64 с.
8. Каракеева Г.Ж. Состояние здоровья детей из многодетных семей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Ж. Каракеева. Бишкек, 2012. 22 с.