

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© М.Ю. СУРМАЧ, 2013

УДК 614.2:618.1+616.69]-053.6-084-058

М.Ю. Сурмач

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ, СВЯЗАННОЕ С РЕПРОДУКТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ, КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ: МЕТОДИКА И ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Рассмотрены популяционные показатели и методика оценки качества жизни подростков, связанные с их репродуктивным здоровьем. Раскрыты перспективы ее применения, обоснованы меры коррекции.

Ключевые слова: *качество жизни, репродуктивное здоровье, подростки*

M.Yu. Surmach

THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS RELATED TO REPRODUCTIVE HEALTH AS A SUBJECT OF RESEARCH OF SOCIOLOGY OF MEDICINE: THE TECHNIQUE AND POPULATION INDICATORS

The Grodno state medical university, Grodno, Belarus

The population indicators and the technique of evaluation of quality of life of adolescents related to reproductive health are considered. The perspectives of application of technique are demonstrated. The measures of corresponding correction are substantiated.

Key words: *quality of life, reproductive health, adolescent*

Основные принципы оказания медицинской помощи подросткам, согласно рекомендациям ВОЗ, состоят в доступности, доброжелательности и конфиденциальности [1, 2]. В Республике Беларусь при поддержке ЮНИСЕФ и ЮНФПА организованы центры здоровья молодежи. Основным контингентом, на который рассчитана деятельность центров, являются подростки 15—17 лет.

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

Рассмотренная ситуация проблемна не только с практической, но и с методологической точки зрения. Ведь современные требования к оценке здоровья населения включают данные о социальных факторах риска и о качестве жизни, связанном со здоровьем [3]. В первую очередь это относится к здоровью детей [4].

Под качеством жизни, связанным со здоровьем, понимают "исследования качества жизни, изменяемые в зависимости от состояния здоровья" [5]. Как указывает один из ведущих педиатров России В.Ю. Альбицкий, "внедрение показателя качества жизни как дополнительного критерия позволит модифицировать существующую методику комплексной оценки состояния здоровья детей и сделать это на новом, современном уровне с применением международных подходов, а использование стандартного инструментария сделает исследования сравнимыми на любой территории" [6]. Результаты изучения качества жизни рекомендуются использовать в долгосрочных государственных программах по улучшению здоровья подрастающего поколения [7]. Это особенно важно в отношении репродуктивного здоровья. Так, рассматривая репродук-

тивное здоровье и сексуальное поведение подростков, И.В. Журавлева придает важное значение таким факторам, как информированность и источники получения информации, рискованное сексуальное поведение, сопряженное с рядом социальных проблем, социальные факторы риска раннего сексуального опыта (тип семьи, влияние общества сверстников и др.) [8, 9].

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

Методологической проблемой в изучении качества жизни подростка, связанного со здоровьем, является отсутствие унифицированного подхода. Нет единого русскоязычного опросника и методологии оценки результатов опроса. Валидация иноязычных опросников возможна, но она требует учитывать условия социальной среды, культурные факторы, в которых проживают подростки. Это делает процедуру валидации затратной и настолько сложной, что эффективность результатов при сравнении с процессом создания оригинальных отечественных методик ставится под сомнение [10].

Разработка предлагаемой методики направлена на решение обозначенных проблем. Наряду с вариантом, при котором заполнение опросника и все последующие этапы расчета и оценки показателей выполняются вручную, разработана также электронная версия, при которой все этапы осуществляются при помощи персонального компьютера.

Методики исследования связанного со здоровьем качества жизни подростков объединяют два типа кри-

териев и направлены на изучение физического, психологического и социального функционирования в их взаимосвязи. Объективные критерии включают физическую активность, факторы, связанные с социальным функционированием — учебной, адаптацией в коллективе. Субъективные критерии содержат факторы эмоционального статуса, удовлетворенности различными аспектами жизни, самочувствие и самооценку ряда связанных со здоровьем факторов, т. е. степени восприятия подростком того, как его потребности в здоровье удовлетворяются и насколько необходимые для этого возможности предоставлены. Специальные опросники наряду с модулями для отдельных заболеваний, высокочувствительных для выявления симптомов, обусловленных самим заболеванием или его лечением, имеют также шкалы общего характера.

К типичным ошибкам при оценке качества жизни относится построение всех выводов на единственном сводном показателе качества жизни [5]. Качество жизни — многокомпонентная структура. Задача исследователя состоит в оценке всех критериев, его составляющих.

Методика исследования

Для решения обозначенных проблем нами разработан и апробирован "Методика оценки качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, 15—18-летних подростков". Предварительное испытание способа проведено по данным опроса популяционной выборки, определение параметров которой осуществлялось согласно строгим требованиям к репрезентативности [11]. Выборка составила 949 человек: 463 девушки и 486 юношей.

Полученные данные позволили определить популяционные показатели качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем подростков 15—18 лет в Республике Беларусь. Материалы опроса обработаны при помощи программы Statistica 10,0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

Методика включает четыре этапа. Возможен выбор ручного и электронного варианта.

На первом этапе подросток заполняет анкету. Это происходит в условиях конфиденциальности и доброжелательности.

Разработанный нами опросник позволяет изучить факторы образа и условий жизни подростков: питание, сон, физическую активность, психоэмоциональный фон, распространенность курения, особенности поведения по отношению к алкоголю, социальную характеристику семьи подростка. Анкета направлена также на выявление наличия потенциальных факторов риска приобщения к психоактивным веществам, риска кризисных психологических состояний, факторов риска сексуального поведения. Ряд вопросов позволяют охарактеризовать медицинскую активность подростка: установки на обращение за медицинской помощью, в том числе специализированной (гинеколог, уролог), информированность о возможностях получения медицинской помощи в центрах доброжелательного отношения к подростку. Оценка и самооценка состояния здоровья, полноценности питания, физической активности, психоэмоционального статуса, материального положения семьи подростка, возможности его социальной реализации в будущем, информированности о репродуктивном здоровье осуществляется по балльным шкалам. Исследуются репродуктивные установки подростков.

Опросник сбалансирован по количеству вопросов (43 закрытых и полузакрытых вопроса), составлен с

учетом фазности опроса, прошел предварительное испытание при проведении пилотного исследования. При формулировке вопросов приняты во внимание рекомендации о необходимости "понимающей позиции" [12].

На втором этапе выполнения методики осуществляется расчет и оценка уровня каждого фактора. Выделено 11 факторов качества жизни, связанных с репродуктивным здоровьем: самооценка здоровья (F1), самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2), самооценка полноценности питания (F3), физическая активность (F4), продолжительность сна (F5), риск приобщения к психоактивным веществам (F6), риск опасного сексуального поведения (F7), риск развития кризисных психологических состояний (F8), самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9), оценка обращаемости за медицинской помощью и ее доступности в области репродуктивного здоровья (F10), социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11).

Индивидуальные баллы факторов устанавливались в зависимости от значимости каждого и влияния на значение других компонентов качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем. При помощи параметрических и непараметрических методов выполнен предварительный статистический анализ результатов опроса республиканской выборки подростков, который позволил установить взаимовлияние отдельных факторов, входящих в состав компонентов качества жизни, связанного со здоровьем. При этом в числе зависимых составляющих были выделены те, которые регулируются поведением подростка, т. е. поддающиеся коррекции. Влияние социальных факторов учтено в технологии оценки и расчета. Рассмотрено также влияние фактора пола на модифицируемые поведением подростка составляющие качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем. Для такого фактора, как продолжительность ночного сна, учтены требования к гигиенически полноценному сну подростка [13].

Третий этап состоит в расчете и оценке уровня качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем (КЖСРЗ). На четвертом этапе формулируется заключение. Оно включает оценку КЖСРЗ, оценку уровня каждого фактора, форму коррекции каждого фактора, конкретные рекомендации, прогноз эффективности рекомендаций с учетом социальных факторов риска (оптимизировать которые медико-организационными мерами невозможно).

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

Основные преимущества предлагаемой методики:

опросник изначально разработан пригодным для культурных и социальных условий, в которых проживают подростки Беларуси;

опросник позволяет изучить качество жизни во взаимосвязи с репродуктивным здоровьем подростка и субъективной оценкой им своего репродуктивного потенциала;

оценка результатов опроса построена с учетом взаимозависимости факторов, наличия обратных связей, многокомпонентности качества жизни, связанного со здоровьем.

Методика позволяет установить уровень качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, и провести его покомпонентную оценку.

Выводы строятся на принципе многокомпонентности качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем подростка, следовательно, невозможности совершить типичную ошибку, возникающую при оценке качества жизни при помощи единственного сводного показателя.

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

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

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

При автоматизированном способе данные опроса сохраняются в базе данных (БД). Заключение доступно специалисту сразу же после заполнения подростком анкеты.

Полученные при апробации методики данные позволили определить популяционные параметры качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, подростков 15—18 лет Республики Беларусь. Для обоснования популяционных показателей рассчитывались усредненные индивидуальные баллы (как средняя арифметическая величина), использованные далее в расчете усредненных индивидуальных индексов, усредненного индекса качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем. Поскольку результаты оценки имели гендерную специфику, заключение по ее итогам дано отдельно для мальчиков и девочек.

Результаты исследования

Результаты расчета и оценки уровня каждого фактора в популяции белорусских подростков оказались следующими.

Самооценка здоровья (F1). Большинство опрошенных подростков оценили собственное здоровье как хорошее (4 балла при оценке по 5-балльной системе). Распределение ответов оказалось следующим: 2,3% плохое (1 балл), 17,8% удовлетворительное (2 балла), 21,2% ближе к хорошему (3 балла), 40% хорошее (4 балла), 18% отличное (5 баллов). Менее 1% подростков не ответили на вопрос о самооценке здоровья. При этом средняя оценка среди мальчиков составила $3,76 \pm 0,046$ балла, среди девочек $3,3 \pm 0,049$ балла (различия достоверны, $t = 6,8$, $p < 0,0001$). Значение фактора индивидуальное усредненное составило 7 и 5 баллов соответственно. Индекс фактора усредненный был равен 70 у мальчиков (выше среднего) и 50 у девочек (средний).

Самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2). На вопрос от том, знает ли подросток, что такое репродуктивное здоровье, 48% подростков ответили утвердительно (41,6% мальчиков и 50,8% девочек, $\chi^2 = 2,98$, $p = 0,08$), 29,2% мальчиков и 22,2% девочек указали, что не знают о репродуктивном здоровье ($\chi^2 = 0,18$, $p = 0,66$), 28,8% не были уверены в своих знаниях.

Считали свои знания о репродуктивном здоровье достаточными 29,1% подростков (26,1% мальчиков и

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

Значение фактора индивидуальное усредненное составило 7 баллов у мальчиков, 9 баллов у девочек, усредненный индекс фактора был равен 58,3 и 75 соответственно.

Самооценка полноценности питания (F3). При самооценке подростками полноценности питания установлено, что 0,8% мальчиков и 1,9% девочек оценивают его как плохое, а 7,4% мальчиков и 17,3% девочек — как удовлетворительное. В целом доля девочек, низко оценивающих свое питание, оказалась выше доли мальчиков в 2,34 раза. Считают, что их питание ближе к хорошему 13,8% мальчиков и 21,6% девочек. Оценивают свой рацион питания на хорошо 42% мальчиков и 38,9% девочек. Считают свое питание отличным 35,8% мальчиков и 19,9% девочек ($\chi^2 = 16,9$, $p = 0,00001$). Среднее значение самооценки полноценности питания составило у мальчиков $4,05 \pm 0,042$ балла, у девочек $3,58 \pm 0,049$ балла ($t = 7,2$, $p < 0,0001$).

Значение фактора индивидуальное усредненное составило у мальчиков и девочек 6 и 4 балла соответственно. Индекс фактора усредненный был у мальчиков 75, у девочек 50.

Физическая активность (F4). О физической активности подростков в целом можно судить по частоте занятий физической культурой: "ежедневно" 23,6%, "часто" 37,4%, "иногда" 36,4%, "никогда" 2,2%. Ежедневно занимаются физической культурой 31,07% мальчиков и 16% девочек ($\chi^2 = 18,5$, $p = 0,00001$), часто 43,4% мальчиков и 31,1% девочек ($\chi^2 = 7,02$, $p = 0,008$), иногда 24,07% мальчиков и 42,3% девочек ($\chi^2 = 30,4$, $p = 0,00001$), никогда 1% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2 = 6,17$, $p = 0,01$).

Значение фактора индивидуальное усредненное составило в этом случае 8 баллов среди мальчиков и 5 баллов среди девочек, индекс фактора усредненный 89 и 56 соответственно.

Продолжительность сна (F5). Сон 4% подростков выборочной совокупности длится 5 ч и менее в сутки, у 12,2% — 6 ч, 26,2% — 7 ч, 28,9% — 8 ч и у 14,1% — 9 ч. Около 14% подростков указали, что спят 10 ч в день и более. Средняя продолжительность ночного сна у мальчиков составила 7,86 ч, у девочек — 7,77 ч (критерий равенства дисперсий Ливиня $F = 0,336$, критерий Стьюдента $t = 0,9$, $p = 0,37$).

Значение фактора индивидуальное усредненное составило 8 баллов у мальчиков и у девочек, индекс фактора усредненный составил 80 (высокий).

Риск приобщения к психоактивным веществам (F6). Почти каждый пятый (19,5%) подросток указал, что курит (22% мальчиков и 16,8% девочек, $\chi^2 = 2,72$, $p = 0,098$). Максимальное количество выкуриваемых сигарет в день составляет 25. Выкуривают от 2 до 5 сигарет в день 34%, от 10 до 15—20,5% подростков.

На вопрос, "употреблял(а) ли ты когда-либо сознательно, по своему желанию, алкогольные напитки?", положительно ответили 70,8% подростков (67,1% мальчиков и 74,7% девочек, $\chi^2 = 1,15$, $p = 0,28$), 1,4% подростков на вопрос не ответили. Состояние алкогольного опьянения испытывали 50,6% опрошенных. Слабоалкогольные (менее 20° крепости) напитки не употребляют 28,9% подростков (31,07% мальчиков и 26,6% девочек ($\chi^2 = 1,29$, $p = 0,3$)). Употребляют 1 раз в

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

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

Почти 16,1% подростков (17,9% мальчиков и 14,3% девочек, $\chi^2 = 1,7$, $p = 0,2$) ответили, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества. Пробовали наркотики 7,2% девушек и 12,5% юношей 19—24 лет и 7,4% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2 = 6,4$, $p = 0,01$) 15—18 лет (около 5,5% опрошенных этого возраста). Значение фактора индивидуальное усредненное составило 15,5 балла у тех и других, индекс фактора усредненный равен 76 (высокий).

Риск опасного сексуального поведения (F7). Наличие опыта половых отношений подтвердили 31,2% опрошенных (39,09% мальчиков и 22,9% девочек, $\chi^2 = 15,3$, $p = 0,0001$).

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

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

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

Значение фактора индивидуальное усредненное составило 13 баллов у мальчиков, 14 баллов у девочек, индекс фактора усредненный у мальчиков был равен 87, у девочек — 93.

Риск развития кризисных психологических состояний (F8). Психическое здоровье подростков, их эмоциональный фон характеризует частота ссор с окружающими, негативных и позитивных эмоций, плохого и хорошего настроения.

В целом эмоциональный фон подростков был положительным.

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

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

Никогда не бывают в плохом настроении 4,6% подростков (6,17% мальчиков и 3% девочек, $\chi^2 = 4,85$, $p = 0,0276$), бывают в плохом настроении ежедневно 4,1%

мальчиков и 4,8% девочек, часто 17,08 и 30,7% соответственно ($\chi^2 = 14,9$, $p = 0,0001$).

Таким образом, девочки несколько чаще отмечают плохое настроение и негативные эмоции, чаще ссорятся с окружающими, чем мальчики.

В то же время 34,15% мальчиков и 36,5% девочек ($\chi^2 = 0,27$, $p = 0,6$) ежедневно испытывают положительные эмоции. Около 42,5% подростков ответили, что часто испытывают положительные эмоции, 18,8% испытывают иногда, около 2,3% — никогда.

Ежедневно бывают в хорошем настроении 39,7% мальчиков и 45,36% девочек ($\chi^2 = 1,25$, $p = 0,26$), часто 34% мальчиков и 28,3% девочек ($\chi^2 = 1,86$, $p = 0,17$).

Несмотря на положительный в целом эмоциональный фон, 18,8% подростков отмечают, что сталкивались с ситуацией, когда были готовы покончить с собой от отчаяния. При этом ярко проявляются гендерные различия: на наличие кризисной ситуации указали 8,8% мальчиков и 29,16% девочек ($\chi^2 = 44,05$, $p = 0,0001$).

Значение фактора индивидуальное усредненное составило 18 баллов для мальчиков, 15 баллов для девочек, индекс фактора усредненный у мальчиков был равен 86, у девочек 71.

Самоеценки возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9). На вопрос, "как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье?", ответы распределились от 0 (3,9% опрошенных) до 6 (0,1%). Наибольшая часть (61,8%) подростков ответили, что 2 детей, каждый пятый указал 1 ребенка. Среднее значение составило $1,88 \pm 0,7$ ($M \pm SD$) детей. Анализ ответов на вопрос, "какое количество детей в семье является идеальным", показал, что для 76,3% это 2 детей и менее. Среднее значение составило $2,17 \pm 0,83$ ($M \pm SD$) ребенка.

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

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

Положительно оценивают возможность реализации жизненных планов 68,7% подростков, 29% затруднились с ответом, 2% ответили отрицательно. Основные причины неуверенности — особенности характера, материальное положение, реже подростки указывают на ощущение преграды со стороны родителей. В целом наличие преграды в реализации жизненных планов отмечают 30,7% подростков.

Значение фактора индивидуальное усредненное составило 6 баллов у мальчиков и у девочек, индекс фактора усредненный был равен 86.

Оценка обращаемости за медицинской помощью и ее доступности в области репродуктивного здоровья (F10). На вопрос, организовывались ли в школе беседы с врачами (гинекологом, хирургом, урологом), положительно ответили 49,6% подростков.

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

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

Профилактический осмотр репродуктивной системы (гинеколог, хирург) 50,9% опрошенных не проходили.

Процедура у 36% состояла только из осмотра репродуктивной системы, у 32% — из осмотра врачом

**Покомпонентная оценка качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем,
форма и содержание корректирующих мероприятий**

Фактор	Уровень фактора качества жизни		Форма коррекции (F2—F10)		Содержание мероприятий
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	
Самооценка здоровья (F1)	Выше среднего	Средний	Коррекция возможна при изменении факторов F2, F10 со среднего уровня оценки на более высокий уровень		
Самооценка знаний о репродуктивном здоровье (F2)	Средний	Выше среднего	Срочная	Плановая	Медико-гигиеническое обучение по основам укрепления репродуктивного здоровья (уролог, андролог, акушер-гинеколог)
Самооценка полноценности питания (F3)	Выше среднего	Средний	Плановая	Срочная	Обучающие программы по основам здорового питания в подростковом возрасте
Физическая активность (F4)	Высокий	Средний	Предупреждающая	Срочная	В рамках текущих профилактических мероприятий — мальчики; обучение и организация активного досуга — девочки
Продолжительность сна (F5)	Высокий	Высокий	Предупреждающая	Предупреждающая	В рамках текущих профилактических мероприятий
Риск приобщения к психоактивным веществам (F6)	Высокий	Высокий	Предупреждающая	Предупреждающая	В рамках текущих профилактических мероприятий
Риск опасного сексуального поведения (F7)	Высокий	Высокий	Предупреждающая	Предупреждающая	В рамках текущих профилактических мероприятий
Риск развития кризисных психологических состояний (F8)	Высокий	Выше среднего	Предупреждающая	Плановая	Обеспечение доступного психологического консультирования в режиме мониторинга — девочки
Самооценка возможности социальной реализации и создания полноценной семьи (F9)	Высокий	Высокий	Предупреждающая	Предупреждающая	В рамках текущих профилактических мероприятий
Оценка обращаемости за медицинской помощью и ее доступности в области репродуктивного здоровья (F10)	Средний	Выше среднего	Срочная	Плановая	Медико-гигиеническое обучение по основам укрепления репродуктивного здоровья (уролог, андролог, акушер-гинеколог), доступность информации об услугах медицинского назначения, доступность медицинской помощи
Социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11)	Высокий	Высокий	Коррекция медико-организационными мерами не осуществляется		

и ответов на вопросы врача, у 15% включала осмотр врачом, ответы на вопросы врача и профилактическую беседу. Почти каждый десятый подросток указал, что профилактический осмотр гинекологом (хирургом, урологом) включал только ответы на вопросы врача.

Только 11,3% опрошенных (11,9% мальчиков и 10,6% девочек) обращаются за медицинской помощью сразу при недомогании. Большинство обращаются к врачу, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют, почти 1/4 только в случае тяжелой болезни. Обращаются за медицинской помощью только, когда нужно освобождение от занятий (работы) 7,5% подростков. Почти 5,6% к врачам по своей инициативе не обращаются, но проходят обязательные диспансерные обследования. Почти 1,2% к врачам никогда не обращаются.

О возможности получения медицинской помощи в центрах дружественного отношения к подростку информированы 31,07% мальчиков и 46,2% девочек ($\chi^2 = 10,22, p = 0,0014$).

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

Значение фактора индивидуальное усредненное составило 12 баллов у мальчиков и 13 баллов у девочек, индекс фактора усредненный равен 60 у мальчиков и 65 у девочек.

Социальные факторы, влияющие на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем (F11). Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях. Второе место занимает неполная семья "с мамой". Примерно равные доли подростков воспитываются в неполных семьях "с папой", "с бабушкой/дедушкой", чуть больше — "с мамой и отчимом". В числе других названных подростками форм семей такие, как "то с мамой, то с папой", "с папой и бабуш-

кой", "с опекуном", а также с другими родственниками: "с братом", "с тетей", "с семьей сестры". Единичные ответы — "сирота".

Результаты анализа самооценки материального положения семьи, в которой воспитывается подросток, показали, что 45,1% опрошенных считают его хорошим, 37,7% — средним. Утверждают, что положение семьи "трудное" 4,5%, "очень трудное" — менее 1%, затрудняется с оценкой 3,5%. В то же время 8,3% оценивают материальное положение своей семьи как "очень хорошее".

На основании полученных в результате опроса данных нами составлена таблица покомпонентной оценки качества жизни подростков, связанного с репродуктивным здоровьем, и предложены мероприятия по его корректировке (см. таблицу).

Перспективной областью практического применения "Методики оценки качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, 15—18-летних подростков" является профилактическая медицина. Целесообразно использовать методику для оптимизации выделения среди подростков групп медико-социального риска с различным уровнем качества жизни и его компонентов. В работе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих подростков, определение групп риска позволит своевременно корректировать программы первичной и вторичной профилактики. Мониторинг качества жизни предлагается использовать как метод оценки эффективности профилактических программ и реабилитационных мероприятий на индивидуальном, семейном и административном уровнях, динамического наблюдения за группами риска, а также для оценки эффективности мер социальной поддержки.

Согласно популяционным данным, к зонам риска, требующим срочной коррекции как у мальчиков, так и у девочек, следует отнести зону медико-гигиенической грамотности и зону обращаемости за медицинской помощью. В обоих указанных компонентах уровень фактора качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, средний. Потому к числу наиболее срочных мер следует отнести медико-гигиеническое обучение подростков по основам укрепления репродуктивного здоровья (акушер-гинеколог, уролог, андролог), обеспечение доступности информации об услугах медицинского назначения, обеспечение своевременности и доступности медицинской помощи. Для девочек программы обучения следует дополнить информацией о полноценном питании, физической активности, а также вовлечением их в мероприятия активного досуга в школах, колледжах. К числу плановых мероприятий следует отнести обеспечение доступного психологического консультирования подростков (в режиме мониторинга).

Состояние социальных факторов, влияющих на качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем, свидетельствует, что прогноз успешности мер по оптимизации состояния модифицируемых факторов у подростков Республики Беларусь оптимальный.

Преимуществом метода является его медико-социальная направленность. В оценку качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, включается социальный компонент (состав и материальное положение семьи, образование родителей, психологические взаимоотношения в семье подростка). Он по-

зволяет выделить подростков медико-социального риска, спрогнозировать эффективность мероприятий по укреплению здоровья. Одновременно методика позволяет быстро и без существенных затрат определить подростков, нуждающихся в помощи психолога (психотерапевта), гинеколога (уролога), разработать индивидуальную программу профилактики с учетом факторов образа жизни подростка. Следовательно, в работе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих подростков (врачи-педиатры, врачи подростковых кабинетов, персонал центров здоровья подростков и молодежи, врачи и средние медицинские работники педиатрических отделений по обслуживанию школ), применение методики позволит своевременно корректировать программы первичной и вторичной профилактики. Мониторинг качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем, может быть использован для оценки эффективности профилактических программ и реабилитационных мероприятий на индивидуальном, семейном и административном уровнях, динамического наблюдения за группами риска. Возможно применение способа в режиме мониторинга для оценки эффективности деятельности центров здоровья молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богдан Е.Л., Митрошенко И.В. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2010; 3: 75—7.
2. Неверов Е.Г., Богдан Е.Л. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2010; 3: 70—2.
3. Медик В.А., Токмачев М.С. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения. Здравоохранение Российской Федерации. 2003; 6: 17—20.
4. Бахадова Е.В. Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни. [Электронный ресурс]. 2009. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. Дата доступа: 06.03.2009.
5. Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии. Качественная клиническая практика. 2002; 4: 34—42.
6. Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Новый подход в комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007; 5: 16—7.
7. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.
8. Журавлева И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков. Социология медицины. 2002; 1: 32—48.
9. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения. Социологические исследования. 2004; 7: 133—42.
10. Trojanowska A. Znaczenie badan nad jakoscia zycia w medycynie. Zdrów. Publ. 2011; 121 (1): 99—103.
11. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2011; 4: 62—7.
12. Огрызко-Вевжуровский Г. Версии вопроса при исследовании общественного мнения. Социологические исследования. 2003; 6: 96—100.
13. Туаева И.Ш., Янушанец О.И. Гигиеническая характеристика режима ночного сна подростков. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006; 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals//46>. Дата доступа: 01.12.2012.
14. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

Поступила 16.09.13