

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМА, КРСУ

Атаканова А.Н., Неронова К.В.,
Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Распространенность факторов риска здоровья среди студентов КГМА, КРСУ. В исследование включены 837 студентов КГМА. Средний возраст $21,3 \pm 1,5$ года. Студентами заполнялся опросник для выявления факторов риска здоровья. Исследование показало, что студенты медицинских кыргызских вузов, практикуют нездоровый образ жизни.

Ключевые слова: студенты, здоровье.

КММАНЫН ЖАНА КОСУ СТУДЕНТТЕРИНИН ДЕН СОЛУКТАРЫ УЧУН КОРКУНУЧ АЛЫП КЕЛҮҮЧҮ ФАКТОРЛОРУНУН ТАРАЛЫШЫ

Атаканова А.Н., Неронова К.В.,
Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. КММАНын жана КОСУ студенттеринин ден соолуктары учун коркунуч алып келүүчү факторлорунун таралышы каралды. Изилдөөгө 937 студент камтылган. Алардын орточо жашы $21,3 \pm 1,5$ жылдытуздү. Ден-соолукка зыян алып келүүчү коркунуч факторлору аныктоо үчүн студенттер сурамжылоо барагын толтурушкан. Изилдөөнүн жыйынтыгы студенттердин саламат жашоо образын туура эмес пайдалангандыгын көрсөттү.

THE PREVALENCE OF HEALTH RISK FACTORS AMONG STUDENTS KSMA, KRSU

Atakanova A. N., Neronova K.V.,
Kerimkulova A.S., Mirrakhimov E.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The prevalence of health risk factors among students KSMA, KRSU. The sample included 837 university students from health sciences undergraduate. Mean age $21,3 \pm 1,5$ years. Students filled out a questionnaire to determine health risk factors. The study showed that medical students Kyrgyz universities, practicing unhealthy lifestyle.

Key words: students, health.

Введение

Хронические заболевания, включая болезни сердца, инсульт, рак и сахарный диабет являются на сегодняшний день ведущими причинами смертности во всем мире, в том числе в Кыргызстане. [1] Поведенческие факторы риска, включая курение табака, употребление алкоголя, отсутствие физической активности, сидячий образ жизни и ожирение являются основными детерминантами хронических заболеваний. [2] Например, около 80% случаев, заболевания сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета II типа возникают в

результате низкой физической активности, курения табака и неправильного питания. [1] Считается, что поведенческие факторы риска (в том числе низкая физическая активность, сидячий образ жизни, курение, употребление алкоголя и ожирение) сосуществующие среди молодежи, при их комбинации дают больший вклад возникновения хронических заболеваний, чем их индивидуальные независимые эффекты на здоровье человека. [3,4]

Целью данного исследования была оценка распространенности факторов риска возникновения заболеваний среди студентов

КГМА и КРСУ.

Материалы и методы

Выборка включала 837 студентов Кыргызской Государственной Медицинской Академии им И.К. Ахунбаева и Кыргызско-Российского Славянского Университета, выбранных случайным образом. Средний возраст испытуемых составил $21,3 \pm 1,5$ года. Данные были собраны с помощью опросника в классной комнате после получения информированного согласия. Титульные листы анкет кратко объясняли суть исследования и рассказывали респондентам о том, как заполнить его. Она также предоставила информацию об исследователях. Также отмечалось, что анонимность и конфиденциальность будет сохранена и что участие студентов будет добровольным. Было указано, что данные будут использоваться только для исследовательских целей.

Для оценки здорового образа жизни нами был разработан опросник, состоящий из нескольких разделов. Респонденты оценили свое здоровье вопросом: «В целом, Вы можете сказать, что Ваше здоровье отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?» Социально-экономический фон семьи оценивали вопросом: «Как Вы могли описать благосостояние Вашей семьи?» Варианты ответов: богаты, средний уровень, ниже среднего или довольно бедные. Для оценки употребления табака задавался вопрос: «Используете ли Вы в настоящее время один или несколько видов табачных изделий (сигареты, нюхательный, жевательный табак, сигары и т.д.)?» Варианты ответов были «да» или «нет». Студенты, употребляющие табак, также отвечали на вопрос: как часто? Варианты ответов были: однажды, еженедельно, почти ежедневно, ежедневно. [5] Также задавался вопрос: «Как часто Вы незаконно употребляли наркотики в течении последних 12 месяцев?» Варианты ответов были: 0 раз, 1-2 раза, 3-9 раз, 10 и более раз. Потребление алкоголя измеряли, задавая участникам вопрос: «Можете ли Вы себя назвать как 1) не пьющий; 2) изредка выпивающий (только по особым случаям); 3) редко выпивающий; 4) регулярно пьющий. Как часто Вы употребляете алкоголь? Варианты ответов: не употребляю, употребляю редко, время от времени и регулярно употребляю. Студентов употребляющих алкоголь спрашивали, «Сколько алкоголя в среднем они выпивают? На вопрос: «Как часто Вы употребляли одновременно 250мл

(для мужчин), 200мл (для женщин) и более алкогольных напитков? были варианты ответов: иногда, менее чем раз в месяц, ежемесячно, еженедельно, ежедневно или почти ежедневно.

Физическая активность (ФА) оценивалась с помощью Международного опросника по физической активности (International Physical Activity Questionnaire- IPAQ) краткой версии. Мы использовали инструкции, приведенные в руководстве IPAQ для надежности и достоверности. Физически неактивными считались лица, ответившие, что они совсем не занимаются умеренной ФА или интенсивной ФА и ходят менее 30 минут в день. Имеющими низкий уровень ФА считались лица, которые ответили, что они занимаются умеренной ФА или интенсивной ФА менее 1 дня в неделю или ходят от 30-60 минут в день. Имеющими средний уровень ФА считались те, кто ответил, что они занимаются умеренной ФА менее 5 дней в неделю или интенсивной ФА менее 3 дней в неделю или ходят от 60-90 минут в день. Имеющие высокий уровень ФА считались те, кто ответил, что они занимаются умеренной ФА 5 дней и более в неделю или интенсивной ФА 3 дня и более в неделю или ходят 90 или более минут в день. [6]

Оценка здорового питания включала в себя вопросы: «Как часто Вы завтракаете? Сколько блюд Вы едите каждый день? Как часто между основными приемами пищи Вы имеете перекус? Как часто Вы едите пищу которая включает в себя мясо (говядина, свинина, баранина, телятина, бекон, гамбургеры, сосиски и т.д.)? Сколько раз в день Вы едите фрукты? [7] Сколько раз в день Вы едите овощи? [7] Добавляете ли Вы соль в пищу? Трудно ли Вам избегать употребления продуктов, содержащих жир и холестерин? Заставляете ли Вы себя есть продукты с высоким содержанием клетчатки?»

Пристрастия к азартным играм оценивалось следующим вопросом: «Пожалуйста, укажите, какие из следующих азартных игр Вы пробовали в Вашей жизни? Варианты ответов: играл в карты на деньги, ставки на лошадей, собак и других животных, спортивные ставки, играли в кости на деньги, ходили в казино (легально или нет), играли в лотерею, играли в бинго, играли в игровые автоматы, играли на фондовом и/или товарном рынке или другие игры на деньги. Для каждого типа респондент должен был отметить один ответ: 1= «ни разу», 2= «менее одного раза

в неделю», 3= «один раз в неделю и больше».

Опрос продолжительности сна включал один вопрос о количестве часов сна, в среднем в течении 24 часов. Категория 7-8 ч сна была использована в качестве нормы. Это время было выбрано за норму потому, что некоторые исследования показали, что те, кто спал 7-8 ч, как правило, имели самые низкие показатели смертности. [8]

Сексуальное поведение оценивалось следующими вопросами: «Сколько сексуальных партнеров у Вас было за последние 12 месяцев? Пользовались ли Вы презервативом со своим партнером в течении последних 3-х месяцев? Занимались ли Вы сексом после употребления алкоголя за последние 3 месяца? Были ли у Вас когда-нибудь инфекции передающиеся половым путем».

Также студентам были заданы вопросы: «Сколько раз в день Вы чистите зубы? Сколько раз в год Вы ходите на профилактические стоматологические осмотры?»

Мы оценили симптомы депрессии с помощью шкалы депрессии (CES-D). Шкала оценки выраженности депрессии CES-D, предложена Центром эпидемиологических

исследований США (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), с градацией значений: 19- норма, 20-25- легкая депрессия, 26 и более-тяжелая депрессия. [9,10]

Статистический анализ: Данные были проанализированы с использованием IBM-SPSS для Windows, версии 20 (Чикаго, Иллинойс, США). Для разности поведения в отношении здоровья и других переменных в мужских и женских студентов был использован Т-тест или Манна-Уитни, U тест, для независимых выборок для сравнения средний показатель был использован для сравнения частоты. Линейный регрессионный анализ с рисками для здоровья, индекс поведения в качестве зависимых переменных. Социально-демографические характеристики, социальным и медицинским переменные были взяты в качестве независимых переменных. $P < 0,05$ считали значимыми.

Результаты

Из 856 студентов 837 согласились участвовать, частота ответа 97,8%; 358 (42,8 %) мужчин и 479 (57,2 %) женщин в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст составил $21,3 \pm 1,5$ года (график №1)

52,8% (n=440) опрошенных студентов

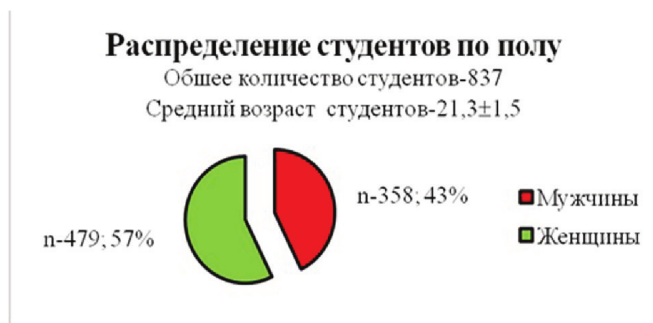


График № 1

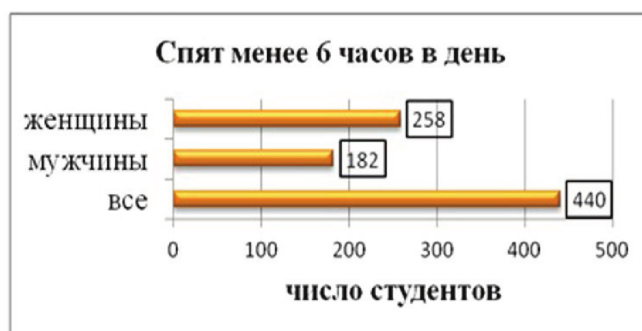


График № 2



График №3

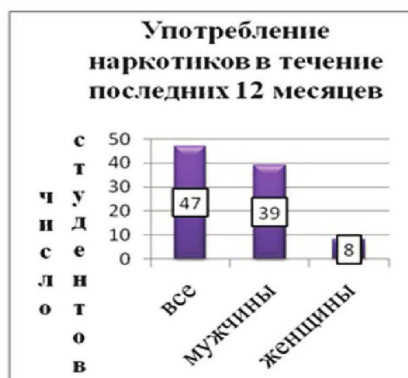


График № 4

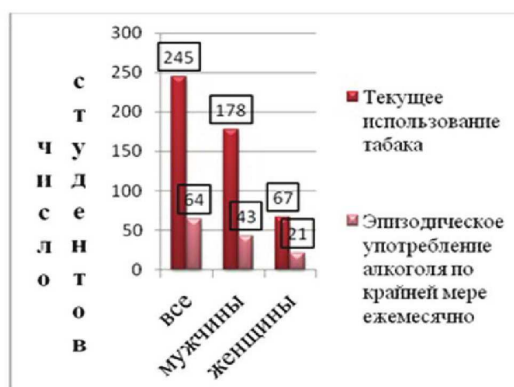


График № 5

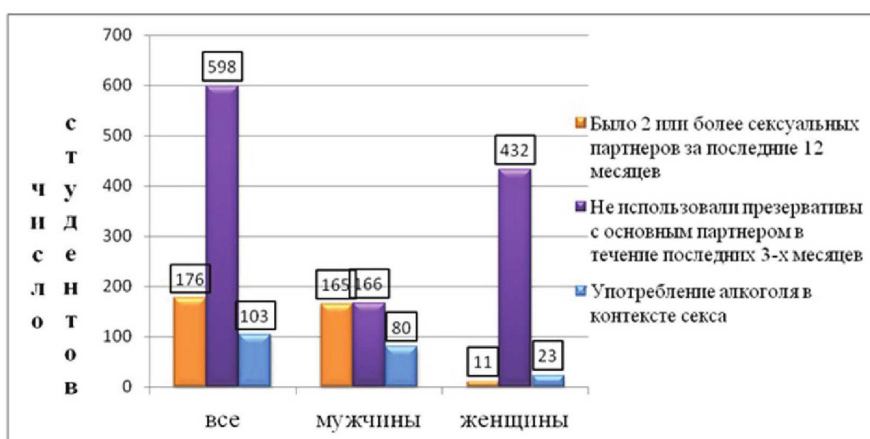


График № 6

отметили, что спят менее 6 часов в день, что также может явиться фактором риска для здоровья (график № 2)

86,4% (n-720) студентов употребляли меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день, 75,9%(n-635) не избегают чрезмерного употребления жиров и холестерина, 83,2 %(n-696) опрошенных не стремятся употреблять продукты с высоким содержанием клетчатки и 50,5%(n-422)обычно пропускают завтрак (график № 3).

Распространенность факторов риска для здоровья у мужчин и женщин представлены. Половина 49,2% (n-412) респондентов отмечали себя как физически неактивными, 9,3% (n-74) имели избыточный вес, 2,5%(n-17) студентов страдали ожирением. В тоже время низкий вес имели 14,9% (n-119) исследуемых. Нормальный вес отмечался у 74,7% (n- 596) опрошенных студентов.

Меньшинство студентов-35,8% (n-300) чистили зубы менее чем два раза в день.

Что касается профилактического поведения, то 48,6 %(n-400) студентов проходили стоматологический осмотр реже, чем 1 раз в год.

С точки зрения употребления психоактивных веществ 5,6% (n-47) студентов отметили употребление наркотических средств в течении последних 12 месяцев, 29,3%(n-245) опрошенных использовали табачные изделия в прошлом месяце, 7,6%(n-64) респондентов употребляли алкоголь по крайней мере ежемесячно(график № 4,5)

23,9 % (n-200) студентов сообщили, что были вовлечены в азартные игры в течение последних 12 месяцев.

21 % (176) студентов отметило, что у них было два или более сексуальных партнеров за последние 12 месяцев ,72,2 %(598) никогда не пользовались презервативами с их постоянными партнерами в течении последних 3 месяцев. Алкоголь употреблялся в контексте секса 12,3% (103) опрошенными студентами (график № 6)

Выводы

В целом, факторов риска возникновения заболеваний было больше среди мужского пола. В частности с точки зрения частого употребления психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков), частых азартных игр, наличия двух или более сексуальных

партнеров. К тому же большинство мужчин не избегают чрезмерного употребления жиров и холестерина, не пытаются потреблять клетчатку, стоматологические осмотры проводятся реже одного раза в год. Но женщины были менее физически активны, пропускали чаще завтрак и имели избыточный вес чаще, чем мужчины. В отличие от некоторых других исследований среди студентов высших учебных заведений, это исследование не обнаружило связь между депрессией и неблагоприятным социально-экономическим статусом семьи. [11,12] Исследование показало, что студенты медицинских кыргызских вузов, практикуют нездоровый образ жизни. Эти данные указывают на необходимость сосредоточить внимание на студентах высших учебных заведений в качестве целевой группы для просветительской работы в целях улучшения пищевых привычек, физической активности, снижения рискованного сексуального поведения и употребления табака.

Литература:

1. World Health Organization (WHO). *Preventing chronic diseases: a vital statement*. Geneva, Switzerland: Department of Chronic Diseases and Health Promotion, World Health Organization; 2005.
2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. *Actual causes of death in the United States, 2000*. *JAMA* 2004;291(10):1238–1245.
3. Meng L, Maskarinec G, Lee J, Kolonel LN. *Lifestyle factors and chronic diseases: application of a composite risk index*. *Prev Med* 1999;29(4):296–304.
4. Alamian A, Paradis G. *Individual and social determinants of multiple chronic disease behavioral risk factors among youth*. *BMC Public health* 2012;12:224.
5. World Health Organization (WHO). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
6. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. (2003). *International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity*. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381-1395.
7. Hall JN, Moore S, Harper SB, Lynch JW. *Global variability in fruit and vegetable consumption*. *Am J Prev Med* 2009;36(5):402-409.e5.
8. Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M, Kaprio J. *Sleep and mortality: a population-based 22 year follow-up study*. *Sleep* 2007;30:1245-53.
9. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. *Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)*. *Am J Prev Med* 1994;10(2):77-84.
10. Kilbourne A, Justice A, Rollman B, McGinnis K, Rabeneck L, Weissman S, et al. *Clinical importance of HIV and depressive symptoms among veterans with HIV infection*. *J Gen Intern Med* 2002;17(7):512-520.
11. Allgöwer A, Wardle J, Steptoe A. *Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women*. *Health Psychol* 2001;20(3):223-7.
12. Parikh R, Chakraborty N, Sonawalla S, Mehra G, Dracas S, Fava M. *Depression in college students in Bombay: A study of 2273 individuals*. *European Neuropsychopharmacology* 2002;12(Suppl 3):247.