



ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 614-053+613

ПЕРСНИФИКАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ С УЧЕТОМ ПОЛИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИНДИКАТОРОВ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Ю.И. Журавлев¹
И.Н. Коломиец²
П.А. Шептун³

¹⁾ *Белгородский
государственный университет*

²⁾ *Шебекинская ЦРБ,
г. Шебекино Белгородской области*

³⁾ *Корочанская ЦРБ,
г. Короча Белгородской области*

e-mail: irin0425@mail.ru

Здоровье подростков в последние годы испытывает тенденцию к ухудшению. Существенную роль в этом играют социальные факторы.

В работе предложена технология полипараметрической трехкомпонентной оценки здоровья подростков, в том числе – и его социального кластера. Осуществлен сравнительный анализ социальных индикаторов с оказателями физического и психологического здоровья. Показано, что изучение социального кластера здоровья по предложенной технологии позволяет эффективно выявлять социальные факторы, негативно отражающиеся на здоровье подростков. Использование предложенной технологии в условиях первичной медико-санитарной помощи способствует оптимизации диспансерного наблюдения и улучшению здоровья подростков.

Ключевые слова: подростки, здоровье, социальные факторы, первичная медико-санитарная помощь.

Введение. Подростки (П) продолжают оставаться в современном российском обществе социально уязвимой группой в отношении своего здоровья. Лишь 30% российских школьников относительно здоровы. Между тем десять лет назад на долю здоровых школьников приходилось 50%. В школьные годы на 20% увеличивается число детей, имеющих хронические заболевания, а частота хронических заболеваний возрастает в 1,6 раза.

В настоящее время существует несовпадение оптимистических прогнозов, связанных с развитием рынка медицинских и образовательных услуг, с реальной негативной динамикой показателей здоровья населения.

Особенно тревожная ситуация складывается среди П. При этом нормативные и методологические разработки Министерства образования и Министерства здравоохранения существенно не влияют на решение проблемы.

Заболевания, насильственные причины, включая убийства и самоубийства, вредные привычки, стали одной из основных причин увеличения смертности в этой возрастной группе примерно на треть. Общая заболеваемость П в 3,5 раза больше, чем среди взрослых [8, 9, 11, 12, 15, 18].

Проблемы со здоровьем у П. в значительной степени обусловлены, помимо других факторов, социальными опасностями, которым подвержена значительная их часть.

Социальная составляющая здоровья подчеркнута еще в 1946 г. в определении понятия «здоровье», которое приведено в Уставе Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [13].

Воздействие социальной среды многообразно. Социальное здоровье связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места и роли человека в межличностных отношениях, от нравственного здоровья социума. Социальная составляющая здоровья, складываясь под влиянием родителей, друзей, одноклассников в школе, сокурсников в вузе, коллег по работе, соседей по дому и т. д., отражает социальные связи, ресурсы, межличностные контакты. Социальное здоровье – мера социальной активности и, прежде всего, трудоспособности; форма активного, деятельного отношения к миру [2, 5].

Снижение качества жизни, хронические стрессы, отсутствие культуры здорового образа жизни, неопределенность личных перспектив приводят как к ухудшению физического здоровья П, так и к социальному неблагополучию, неготовности к вступлению в самостоятельную жизнь, отказу от традиционных социальных ценностей, что трансформируется в серьезную проблему. Поэтому современные школьники остро нуждаются не только в медицинском сопровождении, но и в квалифицированной социальной и психологической поддержке.

Нарастание таких тенденций снижает возможность медицинского влияния на здоровье, видимо, еще и потому, что, как многократно доказано учеными разных стран, среди факторов, влияющих на здоровье, здравоохранению принадлежит лишь около 10-12%, наследственности – 15-20%, экологии – 10-15% и 50% – образу жизни, в изучении которого социологии принадлежит ведущая роль.

Очевидно, что сумма показателей заболеваемости, смертности, инвалидности, физического развития не может охарактеризовать в полной мере здоровье подрастающего поколения. Актуальным представляется изучение более широкого круга показателей здоровья и, прежде всего, социальных [7].

В связи с этим разработка подходов к комплексному изучению здоровья П, с учетом всех трех его слагаемых, представляется одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Исследование социального кластера здоровья приобретает особое значение, так как позволяет формировать группы рисков с особыми медико-социальными потребностями и организовывать специальные медико-социальные услуги для П в условиях первичной медико-санитарной помощи [10, 14, 16].

Цель настоящего исследования заключалась в изучении кластера социального здоровья девушек-подростков (ДП) и разработке на его основе путей практического осуществления принципа персонификации первичной медико-санитарной помощи этой категории пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 91 ДП (учащиеся средней школы) в возрасте 16-18 лет, средний возраст составил $17,5 \pm 0,7$ года. Исследование социального кластера выполнялось по оригинальной трехкомпонентной полипараметрической технологии, предполагающей, кроме того, изучение физической и психологической компонент здоровья. Полипараметрическая технология включала медико-социальный опрос, антропометрическое исследование и контент-анализ медицинской документации [3, 4, 6]. Физическое здоровье изучалось по методу Апанасенко Г.Л. с соавт. (1988 г.) [1] и результатам диспансерного наблюдения. Психологическое здоровье оценивалось по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) [19] и методу Филлипса Б. [17].

В основу технологии положена интеграция признаков, определяющих состояние объекта (в данном случае – ДП), которые были распределены на три кластера: признаки физического, психологического и социального здоровья. Для удобства оценки полученных данных степень выраженности каждого признака выражалась в условных единицах – индексах. Индексы носили как положительные, так и отрицательные значения (в случаях описания факторов, негативно влияющих на здоровье). Визуализация результатов достигалась путем построения лепестковой диаграммы, отражающей как относительно благополучные кластеры здоровья ДП, так и проблемные. Оценка результатов изучения социального кластера каждого П осуществлялась путем их сравнения с «идеальным социальным здоровьем», в котором сумма баллов принималась равной 10 (рис. 1).

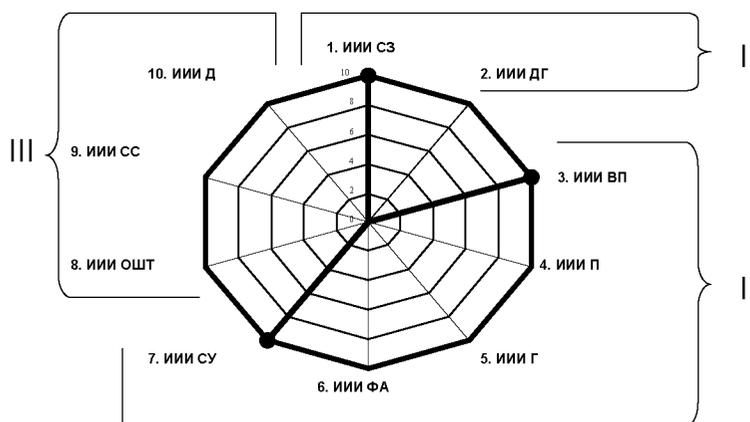


Рис. 1. Визуальный образ, отражающий «идеальное» здоровье подростка по трем кластерам

Примечание: I – кластер физического здоровья, II – кластер социального здоровья, III – кластер психологического здоровья; 1-2 – ИИИ физического здоровья (1 – уровень соматического здоровья (СЗ), 2 – результаты диспансерного наблюдения); 3-7 – ИИИ социального здоровья (3 – ИИИ вредных привычек, 4 – ИИИ питания, 5 – ИИИ личной гигиены, 6 – ИИИ физической активности, 7 – ИИИ социальной удовлетворенности); 8-10 – ИИИ психологического здоровья (8 – ИИИ общей школьной тревожности, 9 – ИИИ страха самовыражения, 10 – ИИИ депрессии).

О степени удовлетворенности респондентов тем или иным социальным фактором судили по количеству баллов: 10-8 – полностью удовлетворены; 7-4 – частично удовлетворены; 3-0 – не удовлетворены. Аналогично оценивалась и степень негативного влияния социального фактора (курение, употребление алкоголя, нерациональное питание и т.д.) на здоровье.

Число баллов суммировалось с вычислением среднего показателя, не превышающего 10 баллов. Таким образом, достигалась унификация расчетов, позволяющая сравнивать степень выраженности факторов риска и уровни физического, психологического и социального здоровья.

По результатам оценки опре делялись индивидуальные интегративные индексы (ИИИ), в том числе индивидуальный интегративный социальный индекс ДП (ИИСИ). При этом, как правило, имело место совпадение степени числовой выраженности индекса с его понятийной характеристикой. Например, с увеличением ИИ питания говорили о высоком уровне удовлетворенности питанием и его рациональности. Исключение составил ИИ вредных привычек (чем он был выше, тем в меньшей степени обследуемый был от них свободен) и психологические ИИ (депрессии, тревожности и страха самовыражения).

Исследование социального здоровья включало интегративную оценку социального окружения П и его влияния на респондентов. При этом определялась удовлетворенность ДП жилищными условиями, социальным положением родителей, количеством карманных денег, одеждой и личными вещами, экологическими условиями в месте проживания, питанием. Также изучалась личная гигиена ДП, их физическая активность, наличие вредных привычек, самооценка психологического микроклимата в семье и школе. Всего блок для изучения социального здоровья включал 83 вопроса.

Полученные результаты обрабатывались с помощью методов медицинской статистики с использованием программы Microsoft Office Excel 2003. Вычислялись абсолютные и относительные величины, а также их стандартные ошибки, парные двухвыборочные t-тесты для средних, коэффициенты корреляции.

Результаты и обсуждение. Ранжирование кластеров здоровья в порядке нарастания индексов показало, что наиболее низкими оказались показатели физического здоровья ДП (средний ИИИ составил $2,8 \pm 0,23$ балла). Так, на долю П с «низким» и

«ниже среднего» уровнями СЗ пришлось почти две трети (59%). Средний уровень СЗ выявлен у 37% человек, выше среднего – лишь у 4%, а высокий уровень СЗ не выявлен ни у одного П.

Таким образом ИИИ СЗ здоровья П. колеблясь в диапазоне от 2 до 8 баллов, в среднем составил $4,4 \pm 0,17$ баллов (рис. 2).

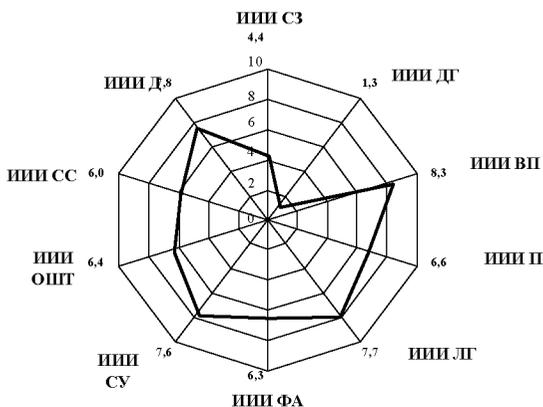


Рис. 2. Средние индивидуальные индексы физического, психологического и социального здоровья девушек-подростков

Контент-анализ индивидуальных учетно-отчетных документов, в частности – результатов диспансеризации ДП показал, что лишь 7% из них могут быть отнесены ко II группе диспансерного наблюдения (ГДН), в то время когда подавляющее большинство (93%) страдают различными заболеваниями и входят в III ГДН.

Индекс психологического здоровья занял промежуточное положение при среднем значении $6,7 \pm 0,7$ балла. При этом у трети ДП (34%) выявлялись признаки легкой депрессии (субдепрессии), а у каждой седьмой (12%) – признаки депрессии средней тяжести. Умеренная депрессия встречалась несколько реже – в 8% случаев. ИИИ депрессии у ДП колебался в широком диапазоне от 0 до 10 баллов, в среднем составляя $7,8 \pm 0,29$ балла.

Каждая восьмая ДП (12%) показала высокий уровень школьной тревожности, треть (30%) – низкий, более половины (58%) – средний. ИИИ общей тревожности ДП колебались в диапазоне от 2 до 10 баллов, в среднем составляя $6,4 \pm 0,17$ балла. Две трети ДП (79%) испытывали также заметный страх самовыражения. ИИИ страха самовыражения в среднем составил $6,0 \pm 0,29$ балла.

Таким образом, психологическое здоровье многих ДП страдает в той или иной степени: более половины (55%) имеют депрессию разной степени выраженности, две трети (70%) – повышенную общую школьную тревожность и страх самовыражения.

Средний ИИИ СЗ ДП оказался наиболее высоким – 7,3 балла ($p < 0,005$ по сравнению со средним ИИИ ФЗ).

Изучение распространенности вредных привычек показало, что когда-либо пробовали курить без малого половина (47%) респондентов. При этом них 28% стали курить эпизодически, а 7% – систематически. Вместе с тем две трети респондентов (70%) согласились с тем, что отказ от курения представляет собой серьезную проблему, в то время когда 14% так не думают.

Подавляющее большинство респондентов (97%) согласны с тем, что необходимо запрещать курение в школах, общественных местах, на транспорте, в спортивных сооружениях, игровых зонах и учреждениях культуры, лишь двое затруднилось ответить, а один человек выразил несогласие с этим. Каждая третья ДП (31%) отметила, что с ней в семье никогда не проводились беседы о вредных последствиях курения, а пятая часть (20%) также высказалась в отношении вреда алкоголя. Между тем подавляющее большинство ДП 95% указали, что в течение учебного года на занятиях в школе педагоги рассказывали им о вреде курения и алкоголя. Такая же доля ДП отметила, что в текущем учебном году на занятиях им рассказывали об опасности употребления наркотических веществ, заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами.



Исследование питания ДП показало, что им удовлетворены лишь половина (55%) респондентов. Две трети ДП (73%) принимают пищу, как правило, 4–5 раз в день, пятая часть (24%) – 3 раза в день. Большинство ДП регулярно употребляют (80%) горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки), пятая часть (19%) – лишь иногда. При этом они, как правило, не употребляют пищу после 21 часа. Между тем одна треть (30%) делает это регулярно.

При исследовании личной гигиены и режима, выяснилось, что навыки личной гигиены привиты и соблюдаются всеми ДП достаточно регулярно. Так подавляющее большинство (98%) систематически чистят зубы, умываются и моют руки перед едой.

Подавляющее большинство ДП 95% знают упражнения зрительной гимнастики для профилактики зрительного и общего утомления. Однако на практике лишь 33% респондентов выполняет ее систематически, около половины (56%) – эпизодически, а 11% не делают никогда. Только 23% ДП согласились с тем, что они более или менее регулярно соблюдают правильную рабочую позу во время занятий на компьютере или работе за столом. В то же время две трети ДП (62%) соблюдают правильную посадку лишь иногда, а 15% – никогда не соблюдают.

По уровню физической активности респонденты распределились достаточно неоднородно. Кроме школьных уроков физической культуры постоянно или часто занимаются физическими упражнениями (танцы, аэробика, посещение бассейна и т.д.) две трети ДП (62%), еще четверть делают это эпизодически. Не смотря на то, что подавляющее большинство ДП (87%) отметили активную пропаганду преимуществ высокой физической активности педагогами в школе 13% из них ограничивают свою физическую нагрузку только школьными уроками, а третья часть (34%) призналась, что никогда не делает утреннюю гимнастику. Лишь половина (52%) ДП занимаются ею эпизодически, а 13% – более или менее регулярно.

При исследовании степени удовлетворенности социальным положением своей семьи полную удовлетворенность ее благосостоянием выразила почти половина ДП (47%), такая же доля (44%) – частичную. Однако 9% – респондентов отметили полную неудовлетворенность социальным положением семьи. На этом фоне две трети ДП (64%) считают свою жизнь в семье счастливой. Такая же доля (70%) удовлетворена положением своих родителей в обществе. Однако 27% ДП не полностью удовлетворены им, а 3% не удовлетворены вовсе.

Более половины ДП (56%) удовлетворены суммами карманных денег, которые им дают родители, треть (34%) – удовлетворены частично, а 10% – полностью не удовлетворены.

Большинство ДП отмечают достаточно высокую степень поддержки со стороны родных и друзей. В случае неприятностей на нее рассчитывает 86% респондентов.

Полученные в результате анализа показателей социального здоровья ИИИ показали наименее выраженный диапазон колебаний – 3,9–10 баллов.

Таким образом, социальный кластер здоровья по ряду параметров у многих ДП представляется наиболее благополучным (таблица).

Таблица

Распределение девушек-подростков по кластерам и степени выраженности индивидуальных индексов здоровья

Степень выраженности индивидуальных индексов	Количество обследованных, чел.									
	Кластеры здоровья									
	Физический			Психологический				Социальный		
	Индивидуальные индексы здоровья									
	ИИ СЗ	ИИ ДГ	ИИ Д	ИИ ОШГ	ИИ СС	ИИ ВП	ИИ П	ИИ ЛГ	ФА	СУ
Высокая	4	0	72	44	46	84	45	90	42	72
Средняя	66	6	7	42	32	7	46	1	47	19
Низкая	21	85	12	5	13	0	0	0	2	0

При этом выявлена высокая разнородность социальных индикаторов. В то время, когда ДП в целом демонстрируют достаточно высокий уровень личной гигиены и социальной удовлетворенности положением семьи в обществе, остаются низкими уровни их физической активности, производственной гигиены, культуры и качества питания. Отмечается высокая подверженность вредным привычкам, в первую очередь – курению. Степень психологического комфорта ДП также неудовлетворительна. Нередко они испытывают выраженную в той или иной степени депрессию, школьную тревожность, страх самовыражения.

Установлено, что низкие уровни физического здоровья и физической активности ДП связаны между собой ($r=0,597$). У ДП с высоким уровнем социальной удовлетворенности реже наблюдался психологический дискомфорт и страх самовыражения ($r=-0,571$). В то же время социальные индикаторы слабо коррелировали с пищевыми привычками и курением ($r=0,137$).

Построение визуальных образов отражающих кластеры здоровья ДП позволило сравнивать характеристики индивидуумов между собой, а также оперативно оценивать наиболее проблемные зоны и осуществлять планирование индивидуальных программ дальнейшего диспансерного наблюдения с их учетом (рис. 3). Тем самым достигалась возможность реализации на практике принципа персонификации первичной медицинской помощи.

Результаты полипараметрического изучения кластера социального здоровья ДП легли в основу инновационной программы диспансерного наблюдения (ИПДН) с целью индивидуализации первичной медико-санитарной помощи этой категории пациентов. Отличительными особенностями ИПДН, помимо использования технологии полипараметрического исследования здоровья ДП, стало вовлечение в процесс ее реализации врачей (педиатра, психотерапевта, ЛФК, диетолога), медицинских сестер (в т.ч. – сестры-менеджера в роли координатора), родителей и школьных учителей и их индивидуальная направленность. ИПДН предполагала воздействие преимущественно на социальные факторы, модификация которых может быть достигнута силами медработников и ближайшего окружения ДП (повышение мотивации к отказу от вредных привычек, улучшение питания, личной гигиены, физической активности).

Индивидуальные ИПДН составлялись и реализовывались с участием всех членов команды на протяжении 6 месяцев. После чего осуществлялось повторное полипараметрическое исследование здоровья. В процессе ИПДН путем модификации социальных факторов удалось достичь позитивных сдвигов во всех кластерах здоровья. Наиболее отчетливые связи выявлены между индикаторами социального и физического здоровья.

Например, в процессе планирования ИПДН за ДП К., 17 лет (рис. 3, в) особое внимание уделялось детализации причин неудовлетворительного питания, низкого гигиенического и двигательного уровней, а также – выработке подходов к их устранению.

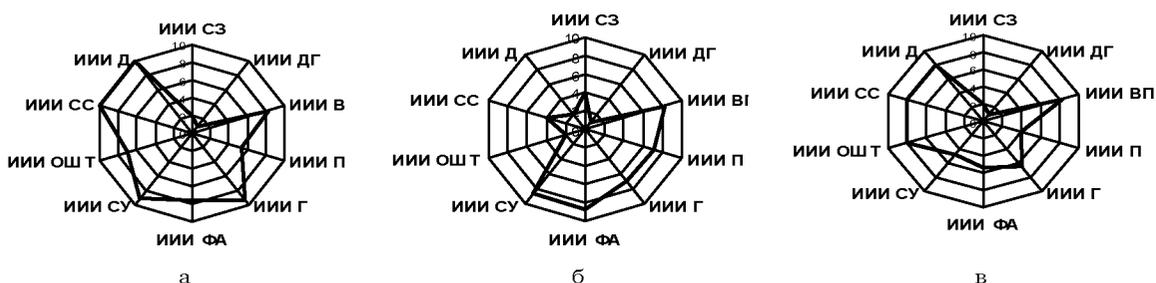


Рис. 3. Визуальные образы ИИИ подростков Д., 16 лет (а), С., 16 лет (б), К., 17 лет (в), проблемы со здоровьем физического, психологического и социального плана (соответственно)

Реализация ИПДН за ДП К., 17 лет на протяжении 6 месяцев, в которой участвовали школьные учителя, психолог и родители под координацией медицинской сест-

ры-менеджера позволила добиться заметного улучшения ряда социальных индикаторов, повлекших за собой и позитивные сдвиги в физическом здоровье (рис. 4).

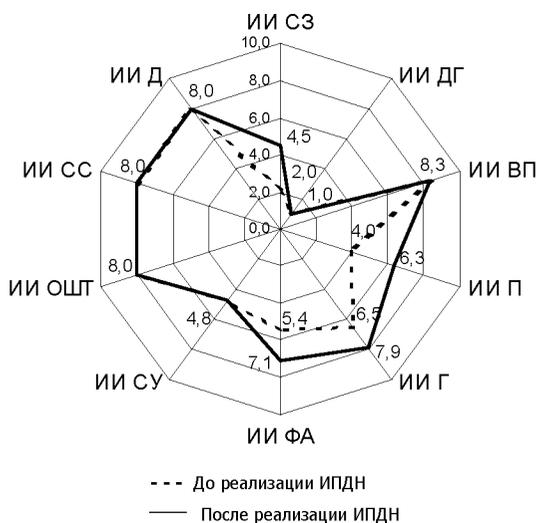


Рис. 4. Динамика индикаторов социального и физического кластеров здоровья девушки-подростка К., 17 лет в процессе реализации инновационной программы диспансерного наблюдения

У ДП удалось сформировать новый стереотип питания, повысить уровень гигиенических навыков, активизировать физическую деятельность. Динамическое наблюдение выявило улучшение ряда анатомо-физиологических параметров (ЖЕЛ, мышечная сила, и др.), отражающих физическое здоровье. В то же время индикаторы психологического здоровья, достаточно высокого в исходном состоянии, не претерпели существенной динамики.

Выводы.

1. Степень выраженности нарушений в социальном кластере здоровья ДП наиболее низка по сравнению с кластерами физического и психологического здоровья.
2. Выявлены разнонаправленные сдвиги индикаторов социального здоровья ДП. В то время, когда индикаторы социальной обеспеченности в основном тяготеют к позитивному полюсу, индикаторы образа жизни имеют обратную направленность.
3. Модификация образа жизни ДП с учетом результатов полипараметрического анализа социального кластера в процессе диспансерного наблюдения позволяет улучшать показатели физического и психологического здоровья ДП.

Литература

1. Апанасенко, Г. Л. Соматическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида [Текст] / Г. Л. Апанасенко, Р. Г. Науменко // Теория и практика физической культуры. – 1988. – № 4. – С. 29-31.
2. Булыгина, Л. И. Социальное здоровье подростка как предмет научной рефлексии [Электронный ресурс]: Мат. XXXVIII науч.-техн. конф. по итогам работы проф.-препод. сост. СевКавГТУ за 2008 г. – Т. 2. Общественные науки. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2009. – 208 с. Режим доступа: <http://science.ncstu.ru/conf/past/2009/xxxviii/pp>.
3. Журавлев, Ю. И. Перспективы использования полипараметрических технологий в формировании целостного представления о здоровье пациента в практике врача, работающего со студенческой молодежью [Текст] / Ю. И. Журавлев, П. А. Шептун // Научные ведомости Белгородского государственного университета, Медицина. Фармация, 2010, №10 (81), выпуск 10. – С. 22-28.
4. Журавлев, Ю. И., Коломиец, И. Н., Александрова, Т. Н. Анализ здоровья школьников старших классов: психосоматические параллели [Текст] / Ю. И. Журавлев, И. Н. Коломиец, Т. Н. Александрова // Актуальные вопросы полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней: Материалы конф.: Белгород: Белгород. гос. ун-т, 2010.- С. 13-16.

5. Какорина, Е. П. Социально-гигиенические особенности формирования здоровья населения в современных условиях [Текст] : автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.00.03 / Е. П. Какорина. – М., 1999. – 48 с.

6. Коломиец, И. Н. Разработка и практическая оценка эффективности технологии вычисления индивидуального индекса вредных привычек в сестринской практике [Текст] / И. Н. Коломиец, Ю. И. Журавлев // Актуальные вопросы современной клинической медицины: Progr. докл. и тезисы VIII межрег. с междунар. участием науч.-практ. конф. мол. ученых, клин. ординаторов и интернов. – Белгород: Белгород. гос. ун-т, 2010.- С. 128-130.

7. Комплексное социально-психологическое исследование «Социальное здоровье подростка» (2003) [Электронный ресурс], Ханты-Мансийское региональное отделение Академии социальных технологий и местного самоуправления.- Режим доступа: http://www.astmsu.ru/project/project_54.html?part=1.

8. Концепция национальной безопасности РФ. Утв. Указом Президента РФ №1300 от 17.12.1997 г.

9. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.zdravo2020.ru/concept>.

10. Лисица, Д. Н. Организация решения проблем подростка – пациента общей врачебной практики [Текст] / Д. Н. Лисица // Медицинский альманах.- 2008.- №3.- С. 20-24.

11. О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях. Министерство Образования РФ, Министерство Здравоохранения РФ. Приказ №186/272 от 30.06.1992 г. – С. 3-38.

12. Сессия Европейского регионального комитета ВОЗ в Вене, Европейское региональное бюро ВОЗ, Центр СМИ Копенгаген, Вена, 12 сентября 2003 г. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.med.by/who/2003/pr10.htm>.

13. Устав (Конституция) ВОЗ, принят Международной конференцией здравоохранения, Нью-Йорк, 19 июня-22 июля 1946 г.

14. Чичерин, Л. П. Актуальные проблемы социальной педиатрии в России [Текст] / Л. П. Чичерин // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – 5. №6. – С. 13-17.

15. Holmen T. L., Barrett-Connor E., Holmen J., Bjermer L. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: The Nord-Trondelag health study // American Journal of Epidemiology, Vol. 151, №2, P. 148.

16. Kulikov A. M. Teenagers in today Russia: health and medico-social characteristics [Текст] / A. M. Kulikov // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – №S1. – P. 105-108.

17. Phillips B.N. School Stress and Anxiety. N.Y., 1978, P. 178.

18. We are currently developing a childhood obesity surveillance system for the WHO European Region [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.euro.who.int/nutrition/20070418_1?language=Russian.

19. Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361-370.

PERSONIFICATION OF PRIMARY MEDICOSANITARY CARE OF FEMALE ADOLESCENTS TAKING INTO ACCOUNT POLYPARAMETRIC ANALYSIS OF INDICATORS OF SOCIAL HEALTH

Y.I. Zhuravlev¹

I.N. Kolomic²

P.A. Sheptun³

¹⁾ *Belgorod State University*

²⁾ *Shebekinsky central regional hospital, Shebekino, the Belgorod region*

³⁾ *Korochansky central regional hospital, Korocha, the Belgorod region*

e-mail: irino425@mail.ru

Adolescent health in recent years experienced a tendency to deteriorate. Important role in this played by social factors.

In a scientific paper proposes polyparametric technology triple assessment of adolescent health, including it's social component. The comparative analysis of social indicators with indicators of physical and psychological health. Shown that the study of social health cluster for the proposed technology can efficiently identify social factors that negatively affect the health of adolescents. Using the proposed technology in primary medicosanitary care contributes to optimizing the dispensary observation and improve the health of adolescents.

Key words: teenagers, health, social factors, primary medicosanitary care, complex analysis.