

УДК 612.663

Сидоренко В.Н.¹, Аринчина Н.Г.², Дунай В.И.³

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

³ Международный государственный экологический университет имени А.Д. Сахарова, Минск, Беларусь

Sidorenko V.¹, Arinchina N.², Dunay V.³

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Belarusian State University, Minsk, Belarus

³ International Sakharov Environmental University, Minsk, Belarus

Особенности пищевого поведения и репродуктивные установки у современной молодежи

Features of food behavior and reproductive options
at modern young people

Резюме

Цель – изучить особенности пищевого поведения у студентов с различным уровнем репродуктивных установок.

Результаты проведенного исследования свидетельствовали о том, что студенты с различным уровнем репродуктивных установок имели особенности пищевого поведения, психологического состояния, а также особенности репродуктивного здоровья. По мере снижения репродуктивных установок выявлено ухудшение репродуктивного здоровья, большая озабоченность вопросами питания, повышение психологического неблагополучия.

Ключевые слова: пищевое поведение, репродуктивные установки, репродуктивное здоровье, психологическое здоровье, индекс массы тела, окружность талии.

Resume

Aim – to study the features of food behavior in students with the different level of reproductive option.

Results of the performed study testified that students with the different level of reproductive options had peculiarities of food behavior, psychological state, and also feature of reproductive health.

Along with the reduction in reproductive attitudes revealed worsening of reproductive health, a greater concern with nutrition, an increased psychological distress.

Keywords: food behavior, reproductive options, reproductive health, psychological health, index of body weight, circumference of waist.

■ ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших задач политики Всемирной организации здравоохранения в XXI в. является обеспечение здоровья молодежи. Студенты – это социальный слой населения, который можно отнести к группе повышенного риска в отношении здоровья. На сложные возрастные проблемы студентов – адаптацию к анатомическим и физиологическим изменениям, связанным с процессами созревания, приспособления к новым условиям проживания и обучения, к высоким психоэмоциональным и информационным нагрузкам, накладываются негативные влияния кризиса практически всех основных сфер общества. Изменение социально-политических условий в стране, экономический кризис, рост урбанизации, доступность вредных для здоровья веществ, изменение нравственных устоев в обществе и многие другие факторы обусловили ухудшение демографической ситуации, повысили уровень заболеваемости, что особенно ярко отразилось на здоровье подрастающего поколения [1, 2].

К сожалению, у современной молодежи все чаще регистрируются хронические соматические заболевания, выросла доля наследственной и генетической патологии, что отрицательно сказывается на развитии репродуктивной системы. Средства массовой информации упорно насаждают образ худеющей молодой женщины, что приводит к появлению в среде девушек такого явления, как дефицит массы тела [3–5].

Нерегулярное, несбалансированное питание, частое употребление модифицированных продуктов и «фаст-фуда», содержащих множество искусственных добавок, экстрактивных веществ, красителей, стабилизаторов, приводят к нарушениям обмена веществ в растущем организме, развитию инсулинорезистентности, дислипидемии, гипопэстрогении и другим нарушениям, которые в итоге могут вызвать разлад в цепи репродуктивного здоровья [6].

Женщины относятся к той части населения, которая наиболее чутко реагирует на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, прежде всего состоянием репродуктивного здоровья, репродуктивным поведением, планами на создание семьи, установками на рождение определенного количества детей, отношением к абортam, наличием помех для рождения детей в настоящее время [3, 6].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности пищевого поведения у студентов с различным уровнем репродуктивных установок.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании принимали участие 100 девушек, являющихся студентками 1-3 курсов гуманитарного факультета БГУ. Средний возраст девушек составил $19,5 \pm 1,9$ года.

Пищевое поведение девушек оценивали при помощи опросника для исследования пищевого поведения EAT-26 (Garner, Garfinkel, 1997), который применяется на начальном этапе проведения исследования для выявления лиц, имеющих симптомы нарушений пищевого поведения, набравших 20 и более баллов [7, 8].

Репродуктивное здоровье – это важнейшее составляющее общего здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи, общества в целом.

Кроме того, применяли анкету «Пищевое поведение» (Савчикова, 2005), которая содержит следующие шкалы: «Переедание», «Озабоченность проблемами питания и похудения», «Ночная еда», «Эмоциогенное пищевое поведение», «Семейное воспитание в сфере пищевого поведения», «Очистительное поведение» [7, 9].

У всех девушек определяли величину индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ).

Репродуктивные установки оценивали по количеству будущих (желаемых) детей в семье: положительными считали установки на трех детей и более; средними считали установки на двух детей; отрицательными установками считали настроенность на рождение одного ребенка или желание не иметь детей вообще.

Для оценки нарушений психологического здоровья применяли опросник General Health Questionnaire (Д. Голберг, 1972, 1979). Составление оценивали по шкалам: «Соматические симптомы», «Тревога и бессонница», «Социальная дисфункция», «Депрессия». Также определяли «Обобщенный показатель» психологического благополучия и эмоциональной стабильности [10].

Кроме того, применяли анкету, разработанную авторами, в которой рассматривались особенности семейной атмосферы, характеристика социальных условий, особенности физиологического развития, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, отношение к беременности и аборту.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все обследуемые девушки были разделены на 3 группы по уровню репродуктивных установок: в 1-ю группу с положительными установками было отнесено 19%; во 2-ю группу со средними установками было отнесено 56%; в 3-ю группу с отрицательными установками – 25% девушек. В процессе проведения скринингового исследования пищевого поведения при помощи опросника EAT-26 было выявлено, что по мере снижения репродуктивных установок у студентов отмечались следующие особенности: увеличение показателей по шкале увлеченности диетами (при положительных репродуктивных установках – $2,01 \pm 0,02$ балла, при средних установках – $4,16 \pm 0,08$ балла, при отрицательных установках – $6,29 \pm 0,04$ балла); по шкале булимии и пищевой озабоченности (при положительных репродуктивных установках – $1,53 \pm 0,07$ балла, при средних установках – $2,53 \pm 0,06$ балла, при отрицательных установках – $3,51 \pm 0,08$ балла); по шкале контроля приема пищи (при положительных репродуктивных установках – $3,11 \pm 0,05$ балла, при средних – $4,36 \pm 0,06$ балла, при отрицательных установках – $2,68 \pm 0,04$ балла).

Интегральный показатель EAT во всех группах был в пределах нормы, причем по мере снижения репродуктивных установок отмечалось достоверное повышение его величины (при положительных установках – $6,11 \pm 0,42$ балла, при средних установках – $10,64 \pm 0,33$ балла, при отрицательных установках – $12,67 \pm 0,57$ балла).

Особенности пищевого поведения студентов оценивали также при помощи анкеты «Пищевое поведение». Выявлено, что по мере снижения репродуктивных установок отмечались следующие особенности: увеличение показателей по шкале «переедание» (при положительных

репродуктивных установках – $2,01 \pm 0,01$ балла, при средних установках – $2,63 \pm 0,03$ балла, при отрицательных установках – $4,11 \pm 0,03$ балла); по шкале «зависимости удовлетворения от приема пищи» (при положительных репродуктивных установках – $0,20 \pm 0,02$ балла, при средних установках – $0,58 \pm 0,03$ балла, при отрицательных установках – $0,87 \pm 0,03$ балла); по шкале «ночная еда» (при положительных репродуктивных установках – 0 баллов, при средних установках – $0,56 \pm 0,05$ балла, при отрицательных установках – $0,73 \pm 0,02$ балла); по шкале «эмоциогенный прием пищи» (при положительных установках – $0,64 \pm 0,02$ балла, при средних установках $0,58 \pm 0,04$ балла); по шкале «озабоченность похудением» (при положительных репродуктивных установках – $1,01 \pm 0,03$ балла, при средних – $1,52 \pm 0,05$ балла, при отрицательных установках – $1,84 \pm 0,04$ балла); по шкале «семейное воспитание пищевого поведения» (при положительных репродуктивных установках – $2,60 \pm 0,04$ балла, при средних установках – $2,71 \pm 0,08$ балла, при отрицательных установках – $3,12 \pm 0,11$ балла). По шкале «очистительное поведение» показатели студентов всех выделенных групп не различались между собой и были минимальны – $0,25 \pm 0,02$ балла.

Репродуктивное здоровье оценивали по особенностям развития репродуктивной сферы, по времени начала половой жизни, наличию беременностей и их сохранению или прерыванию (аборт), по наличию гинекологических заболеваний, экстрагенитальной патологии, по наличию отклонений индекса массы тела от нормы в ту или иную сторону (нервная анорексия или тенденция к ожирению).

Было выявлено, что по мере снижения репродуктивных установок у студентов отмечались следующие особенности репродуктивного здоровья:

- более позднее появление месячных (14–16 лет);
- более позднее начало половой жизни (18–20 лет);
- меньшее количество беременностей (при положительных репродуктивных установках – 34%, при средних – 25%, при отрицательных – 22%);
- меньшее количество сохраненных беременностей: при положительных репродуктивных установках – есть дети у 17% студентов, при средних – у 7%, при отрицательных – у 4,3% студентов;
- большее количество девушек, имеющих гинекологические заболевания: при положительных репродуктивных установках – 23,5%, при средних – 24%, при отрицательных – 31,6%;
- больше выраженность экстрагенитальной патологии: при положительных репродуктивных установках – у 38%, при средних – у 44%, при отрицательных – у 56%;
- уменьшение средней величины индекса массы тела: при положительных репродуктивных установках – $21,2 \pm 1,2$ кг/м², при средних установках – $20,4 \pm 1,4$ кг/м², при отрицательных установках – $18,1 \pm 1,1$ кг/м² (достоверные отличия показателей студентов с положительными и отрицательными установками, $p < 0,05$);
- уменьшение средней величины окружности талии: при положительных репродуктивных установках – $74,8 \pm 3,1$ см, при средних уста-

новках – $71,7 \pm 2,9$ см, при отрицательных установках – $66,3 \pm 2,2$ см (достоверные отличия показателей студентов с положительными и отрицательными установками, $p < 0,05$).

Опросник для оценки нарушения психологического здоровья General Health Questionnaire предназначен для оценки состояния по шкалам: соматические симптомы, тревога и бессонница, выраженность социальной дисфункции и депрессии. Кроме того, оценивался обобщенный интегральный показатель психологического благополучия и эмоциональной устойчивости. В целом, 52% студентов имели нормальный уровень интегрального показателя, 37% – умеренно повышенный и 11% – значительно повышенный, с признаками психологического дискомфорта. Наиболее часто имели место жалобы по шкале «социальной дисфункции» и «депрессии», несколько меньше было жалоб по шкалам «соматические симптомы» и «тревога и бессонница».

У студентов с положительными репродуктивными установками интегральный показатель был в пределах нормы (показатель студентов $4,40 \pm 0,73$ балла, норма $5,15 \pm 0,70$ балла, $p > 0,05$). Показатели по шкалам также достоверно не отличались от показателей в норме (показатели студентов по шкале «соматические симптомы» – $1,30 \pm 0,23$ балла; по шкале «тревога и бессонница» – $1,23 \pm 0,24$ балла; по шкале «социальная дисфункция» – $0,90 \pm 0,13$ балла; по шкале «депрессия» – $0,93 \pm 0,20$ балла).

У студентов со средними репродуктивными установками интегральный показатель был незначительно (на 18%) выше, чем в норме, однако, отличие было недостоверным, $p > 0,05$. Интегральный показатель студентов этой группы составлял $6,03 \pm 0,80$ баллов. Показатели по шкалам были следующие: по шкале «соматические симптомы» – $1,88 \pm 0,17$ балла; по шкале «тревога и бессонница» – $1,47 \pm 0,23$ балла; по шкале «социальная дисфункция» – $1,47 \pm 0,20$ балла; по шкале «депрессия» – $1,22 \pm 0,23$ балла.

В группе студентов с отрицательными репродуктивными установками интегральный показатель был существенно и достоверно выше нормы ($7,65 \pm 0,70$ балла, $p < 0,05$). Наиболее выраженное и достоверное повышение показателей по шкалам отмечалось у студентов этой группы: по шкале «соматические симптомы» – $3,01 \pm 0,23$ балла и «тревога и бессонница» – $2,00 \pm 0,23$ балла, $p < 0,05$. Уровень показателей по шкалам «социальная дисфункция» и «депрессия» был в пределах нормы ($1,45 \pm 0,20$ балла и $1,20 \pm 0,13$ балла соответственно).

Эмоциональная нестабильность у студентов может быть связана со сложностями адаптации к учебным, информационным нагрузкам, многочисленным стрессовым ситуациям, происходящим на фоне применения различных жестких диет, стремление создать красивую фигуру. Эмоциональная нестабильность такого рода иногда называется «диетической депрессией». Она проявляется повышенной раздражительностью, утомляемостью, чувством внутреннего напряжения, тревожностью, плохим настроением. Последствиями диетической депрессии являются приступы болезненного переедания, после которых появляется чувство вины, снижение самооценки.

Важно также отметить, что у большинства студентов, принимавших участие в данном исследовании, имеются проблемы в сфере семейного воспитания пищевого поведения (необходимо съесть все, что на та-

Отмечается достоверное усиление признаков психологического дискомфорта и эмоциональной неустойчивости по мере снижения репродуктивных установок.

редке независимо от чувства голода; культ еды в семье, наказания за несъеденное блюдо, поощрения едой за поступки и т.д.).

Вышесказанное свидетельствует о необходимости развития культуры пищевого поведения у молодежи, информирования о здоровом образе жизни, рациональном питании в период студенческих нагрузок; о возможности управления своим состоянием в период экзаменов при помощи адекватного питания. Важно добиться понимания того, что «сознательное ограничение в еде в молодом возрасте с целью похудения или в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» может привести к негативным последствиям: нарушению физиологического и физического развития, ухудшению соматического и репродуктивного здоровья, психологическому дискомфорту, трудностям поддержания когнитивных функций на уровне оптимального функционирования.

■ ВЫВОДЫ

1. У обследованных современных студентов были выявлены следующие репродуктивные установки: с положительными установками на трех детей и более – 19%; со средними установками – 56% (на двух детей); с низкими, отрицательными установками на одного ребенка или не иметь детей – 25%.
2. По мере уменьшения репродуктивных установок у студентов установлено:
 - ухудшение репродуктивного здоровья: более позднее физиологическое развитие, более позднее начало половой жизни, меньшее количество сохраненных беременностей, большее количество экстрагенитальной и гинекологической патологии;
 - достоверное уменьшение среднего индекса массы тела и объема талии, которые, тем не менее, находятся в пределах нормального диапазона;
 - достоверное увеличение волнения, связанного с пищевым поведением: вопросы диетического питания, похудения, зависимости удовольствия от принятия пищи, эмоциогенный прием пищи, семейное воспитание пищевого поведения;
 - увеличение количества симптомов по шкале диеты, по шкале булимии и пищевой озабоченности, шкале контроля приема пищи;
 - увеличение симптомов психологического неблагополучия и эмоциональной неустойчивости, причем наиболее выраженное увеличение показателей отмечалось по шкале «соматические симптомы» и «тревога и бессонница».
3. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствовали о том, что студенты с различным уровнем репродуктивных установок имеют особенности пищевого поведения, психологического состояния, а также особенности репродуктивного здоровья.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Гундаров, И.А. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа / И.А. Гундаров // *Общественные науки и современность*, 2001. – № 5.
2. Севковская, З.А. Молодежь Беларуси на пороге Третьего тысячелетия / З.А. Севковская. – Минск : Принткорп, 2002. – 128 с.
3. Стратегия укрепления здоровья молодежи // Евробюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2000.
4. Бакуменко, О.Е. Оценка состояния питания и анализ фактического рациона питания учащихся вуза / О.Е. Бакуменко [и др.] // *Вестник ОГУ*, 2005. – № 11. – Приложение «Здоровьесберегающие технологии в образовании». – С. 43–47.
5. Скугаревский, О.А. Нарушение пищевого поведения: клинико-биологический подход. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.msmi.minsk.by/bmm/01.2002/23.htm1>.
6. Сидоренко, В.Н. Особенности формирования репродуктивных потерь у подростков / В.Н. Сидоренко, Л.Н. Гуринович // *Здоровье детей Беларуси: сб. мат. 7-го съезда педиатров Беларуси*. – Минск, 1999. – С. 180–181.
7. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 1040 с.
8. Garner, D.M. Handbook of Treatment for eating Disorders / D.M. Garner, P.E. Garfinkel. – New York: The Guilford Press, 1997.
9. Савчикова, Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса // Ю.Л. Савчикова: дисс. канд. псих. н. // СПб. : СПбГУ, 2005.
10. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2007. – 950 с.

Поступила в редакцию 20.05.2014
Контакты: ALPANGnew@yandex.ru