

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА
ОБЩЕСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ
ИМЕНИ НИКОЛАЯ ТЕСТЕМИЦАНУ**

На правах рукописи

УДК 613.88-053.6:612.6: 377(043.2)=161.1

**ЧЕБАН ОКСАНА
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ ПО ОХРАНЕ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ**

331.03 - СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И МЕНЕДЖМЕНТ

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

Зарбаилова Наталья,

Кандидат медицинских наук,
доцент

Автор:

Чебан Оксана

КИШИНЭУ, 2018

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMITANU DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Cu titlu de manuscris

УДК 613.88-053.6:612.6: 377(043.2)=135.1

**CEBAN OXANA
INTERACȚIUNEA DOMENIILOR DE SĂNĂTATE ȘI
EDUCAȚIE PENTRU PROTEJAREA
SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE A TINERILOR**

331.03 - MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

Zarbailov Natalia

Doctor în științe medicale,
conferențiar universitar

Autorul:

Ceban Oxana

CHIȘINĂU, 2018

© Чебан Оксана Сергеевна, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

АННОТАЦИЯ (на румынском, русском, английском языках)	6
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	9
ВВЕДЕНИЕ	10
1. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ С ПОЗИЦИИ РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРОВ ГОСУДАРСТВА	19
1.1. Роль молодежи как особой социальной группы в части репродуктивного потенциала государства и ее значение в контексте демографической ситуации	19
1.2. Поведенческие факторы, определяющие репродуктивное здоровье молодежи в современных условиях	26
1.3. Современные стратегии и региональный опыт охраны репродуктивного здоровья молодежи	35
1.4. Системный подход в управлении организационными структурами разных уровней по охране репродуктивного здоровья	47
1.5. Выводы по первой главе	52
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	53
2.1. Организация опроса молодежи для обоснования модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья на примере учащихся медицинских и педагогического колледжей	53
2.2. Применение метода индивидуального интервьюирования для оценки готовности и мотивации персонала систем здравоохранения и просвещения к проведению профилактических мероприятий в области охраны репродуктивного здоровья молодежи	57
2.3. Научное обоснование модели межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения в вопросах репродуктивного здоровья молодежи	59
2.4. Методы статистической обработки результатов	62
2.5. Выводы по второй главе	65
3. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ	66
3.1. Уровень информированности и оценка репродуктивного здоровья по результатам опроса учащихся медицинских и педагогического колледжей	66
3.2. Качественная характеристика готовности и мотивации работников систем здравоохранения и просвещения к охране репродуктивного здоровья молодежи	100
3.3. Выводы по третьей главе	107

4. ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ОСНОВ МОДЕЛИ	109
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ	
ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ	
4.1. Платформа для развития модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи	109
4.2. Модель межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи	117
4.3. Тестирование модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи	129
4.4. Инструменты для внедрения модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи	137
4.5. Выводы по четвертой главе	144
ОБЩИЕ ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	145
БИБЛИОГРАФИЯ	149
ПРИЛОЖЕНИЯ	176
Приложение 1. Анкета «Охрана репродуктивного здоровья молодежи»	176
Приложение 2. Информированное согласие (Форма для информирования)	184
Приложение 3. Информированное согласие (Форма для согласия)	187
Приложение 4. Анкета «Готовность и мотивация работников систем здравоохранения и просвещения к охране репродуктивного здоровья молодежи»	188
Приложение 5. Результаты сравнительного анализа	192
Приложение 6. Программа тематических курсов повышения квалификации	215
Приложение 7. Перечень основных документов, устанавливающих и регламентирующих охрану репродуктивного здоровья в Приднестровском регионе за период с 2004 по 2015 гг.	221
Приложение 8. Акты внедрения.	222
ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ	229
CV-автора	230

ADNOTARE

Ceban Oxana

Interacțiunea domeniilor de sănătate și educație pentru protejarea sănătății reproductive a tinerilor

Teză de doctor în științe medicale

Chișinău, 2018

Structura tezei: adnotare, lista abrevierilor, introducere, 4 capitole, concluzii și recomandări, bibliografie (289 surse), 8 anexe, 148 de pagini de text de bază, 20 figuri, 17 tabele. Rezultatele tezei au fost reflectate în 11 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: sănătate reproductivă, tineri, modelul interacțiunii intersectoriale, protecția sănătății, educație, pregătirea cadrelor, profilaxie.

Domeniul de studiu: Medicină socială și management.

Scopul cercetării este fundamentarea științifică și elaborarea unui model de interacțiune a domeniilor de sănătate și educație privind protejarea sănătății reproductive a tinerilor prin exemplul pregătirii specialiștilor la etapa învățământului profesional tehnic.

Obiectivele cercetării: 1. Desfășurarea analizei științifice și metodologice a abordărilor existente privind protejarea sănătății reproductive a tinerilor în regiunea Europei de Est și a Asiei Centrale și identificarea particularităților sănătății reproductive a tinerilor ca grup medico-social, precum și oportunitățile de îmbunătățire. 2. Evaluarea organizării și eficacității măsurilor de profilaxie privind protecția sănătății reproductive a tinerilor prin exemplul instituțiilor de învățământ profesional tehnic în domeniul ocrotirii sănătății și educației. 3. Elaborarea și dezvoltarea unui model de cooperare intersectorială privind protecția sănătății reproductive a tinerilor, pe baza studiului și generalizării surselor științifico-teoretice și a rezultatelor cercetării. 4. Elaborarea unui suport metodico-didactic pentru interacțiunea domeniilor de sănătate și educație în vederea protejării sănătății reproductive a tinerilor.

Noutatea și originalitatea științifică. Abordarea sistemică prin aplicarea modelului S-sistem și teoria nivelurilor de management a sistemelor organizaționale au fost utilizate pentru fundamentarea științifică și elaborarea modelului de cooperare intersectorială privind protecția SR a tineretului. Ca rezultat al cercetării au fost determinate bazele metodologice de evaluare a calității muncii preventive, a fost dovedită eficacitatea chestionării anonime a adolescenților ca element de monitorizare a eficienței activității de ocrotire a sănătății, combinată cu metoda interviuului individuale a specialiștilor din domeniul sănătății și educației, implicați în ocrotirea sănătății tineretului.

Problemă științifică soluționată în teză constă în identificarea unei platforme și elaborarea modelelor de colaborare intersectorială privind ocrotirea sănătății reproductive.

Semnificația teoretică a lucrării este determinată de faptul că prevederile și concluziile teoretice conținute în ea constituie baza modernizării procesului de predare în colegii medicale și pedagogice privind protecția sănătății tineretului, justificând o abordare intersectorială pentru dezvoltarea unei atitudini proactive față de sănătate, inclusiv sănătatea reproductivă.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea unui program didactico-metodic complex privind protecția sănătății reproductive prin implementarea unor materiale didactice, în baza exemplului de pregătire a personalului din învățământul profesional tehnic pentru protecția sănătății și educației. Rezultatele interviuului tinerilor și a specialiștilor din domeniul protecției sănătății reflectă eficacitatea organizării și optimizării activităților de profilaxie.

Rezultatele implementării: Programul a fost testat și implementat la ISÎ „IDÎPC”, ISÎ Colegiul de Medicină „L. Tarasevici”, Centrul Educațional „Dezvoltare”.

АННОТАЦИЯ

Чебан Оксана. Взаимодействие систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Кишинёв, 2018

Структура диссертации: аннотации, список сокращений, введение, 4 главы, выводы и рекомендации, библиография из 289 источников, 8 приложений, 148 страниц основного текста, 20 рисунков, 17 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 11 научных работах.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, молодежь, модель межведомственного взаимодействия, здравоохранение, просвещение, профилактика.

Область исследований: Социальная медицина и менеджмент.

Целью исследования является научное обоснование и разработка модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи на примере подготовки специалистов среднего профессионального образования.

Задачи исследования: 1. Провести научно-методологический контент-анализ существующих подходов к охране репродуктивного здоровья молодежи в регионе Восточной Европы и Центральной Азии и выявить особенности репродуктивного здоровья молодежи как медико-социальной группы и резервы для его улучшения. 2. Оценить организацию и эффективность профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья молодежи на примере учреждений среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения. 3. Обосновать и разработать модель межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи на основе изучения и обобщения научно-теоретических источников и результатов исследования. 4. Разработать учебно-методическое сопровождение межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи.

Научная новизна и оригинальность. Системный подход с применением модели С-системы и схема уровней управления организационными системами были использованы для научного обоснования и разработки модели межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи. В результате исследования были определены методологические основы оценки качества профилактической работы, доказана приемлемость анонимного опроса подростков для мониторинга эффективности работы по охране репродуктивного здоровья в сочетании с методом индивидуального интервьюирования специалистов систем здравоохранения и просвещения.

Значимая научная проблема, решенная в исследовании, состоит в выявлении платформы и разработке модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья.

Теоретическая значимость работы определяется тем, что содержащиеся в ней теоретические положения и выводы создают основу для модернизации процесса обучения студентов в медицинских и педагогическом колледжах в области охраны здоровья молодежи в обоснование межведомственного подхода для развития ценностного отношения к здоровью, включая репродуктивное.

Прикладное значение работы состоит в разработке учебно-методического комплекса по охране репродуктивного здоровья с применением программного и учебного сопровождения на примере подготовки кадров среднего звена для здравоохранения и просвещения. Результаты опроса молодежи и специалистов по охране здоровья отражают эффективность организации и задают направление оптимизации профилактической работы.

Внедрение результатов исследования: Программа была протестирована и внедрена в Государственном образовательном учреждении «Институт Развития Образования», в Государственном образовательном учреждении Тираспольский медицинский колледж «им. Л. А. Тарасевича», в Образовательном Центре «Развитие».

ANNOTATION

Cheban Oksana

Interaction of health care and education systems on youth's reproductive health protection

Thesis for the degree of PhD in medical sciences

Chisinau, 2018

Structure of the thesis: annotations, list of abbreviations, introduction, 4 chapters, conclusions and recommendations, bibliography of 289 sources, 8 annexes, 148 pages of the main text, 20 figures, 17 tables. The results of the research were published in 11 scientific papers.

Key words: reproductive health, youth, model of cross sectoral interaction, health promotion, public health service, education, personnel training, preventive measures.

Research area: Social medicine and management.

The aim of the work is the scientific grounding and development of the cross sectoral interaction model of the health care and education systems in protecting reproductive health of young people as exemplified by specialists training in secondary vocational education.

Objectives of the research: 1. To conduct a scientific and methodological content analysis of the existing approaches to protecting reproductive health of young people in the region of Eastern Europe and Central Asia and to identify peculiar features of youth reproductive health as a medical – social group and reserves for improvement. 2. To estimate organizing and effectiveness of preventive measures for the protection of young people reproductive health as exemplified by institutions of secondary vocational education in the field of health care and education. 3. To develop and substantiate a model of cross sectoral interaction on reproductive health of youth on the basis of scientific sources generalization and research results, 4. To develop preventive techniques on reproductive health of youth for cross-cultural interaction of public health and education.

Scientific novelty and originality: The system approach with appliance of the C-system model and the chart of organizing systems management levels were used for the scientific substantiation and development of the model of cross sectoral interaction on the protection of the youth's reproductive health. As a result of the research, the methodological basis for assessing the quality of the work carried out to protect the youth health's was determined, and the effectiveness of the anonymous survey on adolescents as an element of monitoring the effectiveness of reproductive health care was proved in combination with the method of "individual structure interviewing" of specialists in health care and education systems.

A significant scientific problem solved in the research is to identify the platform and develop a model for cross sectoral collaboration on reproductive health care in the public health and education systems and to create tools that provide training for secondary education specialists.

The theoretical significance of the work is determined by the fact that the theoretical points and conclusions contained in it create basis for the modernization of the teaching process in medical and pedagogical colleges for the protection of the young people's health, in justifying the cross sectoral approach for developing a value attitude to health including reproductive health.

The applied value of the work is to develop an educational and methodical complex for the protection of reproductive health with the use of software and training support in the process of training mid-level personnel for health and education. The results of the survey of youth and health professionals reflect the specific features of the organization of preventive work in the field of health.

Implementation of the results: The program was tested and implemented at the State Educational Institution "Institute of Education Development", the State Educational Institution "Tiraspol Medical College named after L.A. Tarasevich, in the Educational Center "Development".

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ЕПД	Европейский план действий
ЕЭС	Европейское Экономическое Сообщество
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КОК	Комбинированная оральная контрацепция
ЛЖВ	Люди, живущие с Вирусом иммунодефицита человека
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
МЗ	Министерство здравоохранения
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ООН	Организация Объединенных Наций
ОФОЗ	Основные функции общественного здравоохранения
ПАВ	Психоактивные вещества
РЗ	Репродуктивное здоровье
СПИД	Синдром приобретённого иммунного дефицита
СРЗ	Сексуальное и репродуктивное здоровье
СРП	Сексуально-репродуктивное поведение
ЮНФПА	Фонд развития народонаселения Организации Объединенных Наций

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы и важность рассматриваемой проблемы

В современных условиях приоритетной задачей государства является сбережение и улучшение всех компонентов здоровья, и прежде всего репродуктивного, поскольку с ним связана надежда на увеличение численности населения и улучшение качества здоровья будущих поколений. Эффективная демографическая политика должна быть направлена на укрепление репродуктивного здоровья женщин, детей и молодежи [1].

Проблемы охраны репродуктивного здоровья – это проблемы общественного здравоохранения в контексте основных оперативных функций [2]. Здоровье подрастающего поколения выступает базовым фактором национальной безопасности государства в условиях сложившегося за последние несколько десятилетий демографического кризиса, характеризующегося естественной убылью населения, низкой рождаемостью, высокой смертностью, наблюдаемыми в изучаемой части Восточно-Европейского региона [1].

Сравнивая темпы роста населения стран мира согласно данным ЮНФПА, нельзя не заметить, что многие страны бывшего постсоветского пространства характеризуются отрицательным темпом роста населения. Так, в мире темп роста в 1991–2015 гг. (в %) составил 1,1; в странах Восточной Европы и Центральной Азии – 0,1. В Республике Молдова, на Украине в Латвии и в Беларуси зафиксированы отрицательные показатели (–0,8, –0,6, –0,6, и –0,5 соответственно) [3]. В Республике Молдова претерпевает изменение и возрастная структура населения: наблюдается уменьшение численности детей (0–17 лет), доля которых в 2015 г. составила 19,6%, а в Приднестровском регионе – 18,3%, критическим же снижением признано 20% [4, 5]. Напрямую с численностью детского населения связан показатель фертильности, который является барометром для прогнозирования сокращения численности населения. Тревожным признано снижение коэффициента фертильности до 2,15 [6]. На современном этапе суммарный коэффициент фертильности на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет за период 2010–2015 гг. составляет: в мире – 2,5, в странах ВЕЦА – 2, в Российской Федерации – 1,7, в Беларуси – 1,6, на Украине и Латвии – 1,5, в Республике Молдова – 1,3 [7]. Согласно мониторингу прогресса в достижении целей МКНР, показатель рождаемости среди подростков на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, за период 1999–2014 гг. составляет: в мире – 51, в странах ВЕЦА – 30, на Украине – 27, в Молдове – 25, в Беларуси – 22, в Латвии – 15 [7]. Рождаемость согласно данным Бюро Статистики Республики Молдова в 2015 г. составила 10,9 на 1000 населения, из их числа 7,7 % детей рождены от матерей, возраст которых менее 20 лет [8].

В Приднестровском регионе рождаемость в 2013 г. составила 9,5 [4].

Актуальность решения проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи, мотивации на безопасное поведение, планирование беременности, пропаганды здорового образа жизни определяется текущим демографическим кризисом и его неблагоприятными последствиями для общественного здравоохранения. Репродуктивное здоровье (РЗ) – это состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, а не просто отсутствие заболеваний или дефектов репродуктивных органов [9]. Изучение и охрана репродуктивного здоровья молодежи приобрела особое значение после Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР, 1994), где было заявлено о необходимости закрепить принципы охраны РЗ на уровне законодательства стран участников [10]. В программе действий МКНР (1994 г.) четко определен спектр услуг в сфере репродуктивного здоровья, включающий в себя образование, коммуникации и услуги по вопросам репродуктивного здоровья подростков, планирование семьи, дородовое и постнатальное наблюдение и уход, предотвращение аборт и доступ к безопасным аборт, лечение и профилактику инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, лечение бесплодия и др [10].

Более того, репродуктивное здоровье – это право человека, учитывающее потребности всех лиц независимо от возраста, пола, вероисповедания, национальности и др. Для полного осознания этого права, подростки должны иметь доступ к комплексной информации и услугам в области репродуктивного здоровья и принимать обоснованные решения в отношении своего здоровья и благополучия. Охрана РЗ – это совокупность факторов, методов, процедур, функций и услуг, направленных на поддержку репродуктивного здоровья и содействующих благосостоянию семьи или отдельного человека на всех этапах жизни путем укрепления здоровья, профилактики заболеваний и решения проблем, связанных с РЗ [11]. Изучение и охрана репродуктивного здоровья подрастающего поколения – это один из основных подходов к снижению заболеваемости в последующих возрастных группах, укреплению ресурсов экономики и развитию государства в будущем [11, 12]. Медицинская общественность выделяет показатели, характеризующие репродуктивное здоровье, например: материнская смертность, частота абортов, распространенность ИППП, включая ВИЧ, распространенность использования современных методов контрацепции и др.

Вместе с тем, общепринятые показатели заболеваемости не в полной мере характеризуют состояние здоровья населения, особенно здоровых людей [2, 6, 7, 9].

Согласно данным статистики Республики Молдова молодые люди 10–19 лет составляют 13,6% от общей численности населения и около 1/3 из них проживают только с одним родителем, 10% подростков живут без обоих родителей [13]. Вызывает обеспокоенность состояние репродуктивного здоровья молодежи: доля подростков 15–19 лет, которые имели опыт сексуальных отношений, увеличилась с 28,1% в 2003 г. до 36 % в 2012 г., заболеваемость ИППП (сифилис, гонорея) в этой возрастной группе составляет 180 на 100 тыс., что на 50% выше, чем в популяции, и самый высокий показатель в регионе [13]. Удельный вес сексуально активных подростков 15–19 лет, не использующих методы контрацепции, в настоящее время увеличился с 5,6% в 2003 году до 9% в 2012 г., что приводит к нежеланной беременности [13, 14, 15,]. Согласно Национальной Стратегии в области общественного здоровья на 2014–2020 г. Республики Молдова знания о репродуктивном здоровье у молодых людей в возрасте 15–24 лет все еще низкие: только 38,2% обладают достаточными знаниями о ВИЧ\СПИДе; около 15% абортів зарегистрировано среди подростков 15–19 лет, что частично объясняется ограниченностью доступа молодых людей к обучению основам сексуального и репродуктивного здоровья.

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медикосоциальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщины. Девушки подросткового возраста подвергаются в 2,0–2,5 раза более высокому риску осложнений после аборта и более высокому риску смерти в результате аборта, чем женщины старшего возраста. Незапланированная беременность в подростковом возрасте более чем в 80 % случаев завершается абортом [16]. Число абортів у девушек до 20 лет на 1000 родившихся живыми детей в 2011 г. в Республике Молдова составляло 13,2, в Приднестровском регионе – 51,64 (2013 г.); число абортів на 1000 женщин фертильного возраста в Республике Молдова составляет 15, в Приднестровском регионе – 20,25 (2016 г.). В целом по республике происходит снижение числа абортів, что свидетельствует об эффективности проводимых программ по охране репродуктивного здоровья, но на этом фоне в Приднестровском регионе абортів заканчивается примерно 45% беременностей, и около 10 % абортів приходится на девушек до 20 лет [4].

Одной из важных медикосоциальных проблем остается заболеваемость ВИЧ-инфекцией. К концу 2013 г. распространенность ВИЧ-инфекции в Республике Молдова составляла 129,89 случая на 100 тысяч населения, а в Приднестровском регионе – 463,25. Количество ВИЧ-инфицированных за период 1989–2012 гг. среди 15 – 19 летних подростков составило 6,3%, а в возрасте 20–29 лет – 48,7%. В 2013 г. превалировал предположительно половой путь передачи ВИЧ (91,4%) [17].

Мировыми проблемами в области СРЗ молодежи признаны: ранний сексуальный дебют, увеличение числа половых партнеров, небезопасное сексуальное поведение, низкое использование контрацепции, алкоголь и потребление наркотиков [14]. Пока недостаточно изучена динамика репродуктивных установок молодежи, не в полном объеме разработаны меры формирования здоровьесберегающего поведения молодежи [15]. В ряде стран региона сохраняется настороженное отношение к половому воспитанию, в том числе наблюдается сложность его становления в связи с отсутствием устойчивой национальной системы мониторинга реализации и контроля эффективности профилактического образования, для оценки изменений в знаниях, отношении и поведении молодежи в сфере СРЗ. Педагогическое сообщество насторожено относится к половому просвещению, что способствует сложности становления полового воспитания в странах постсоветского пространства, что требует поиска межведомственных подходов.

Достижение всеобщего права на охрану сексуально-репродуктивного здоровья, всеобъемлющее информирование и просвещение молодежи рекомендовано Организацией Объединенных Наций (ООН, ВОЗ, ЮНФПА) [10]. Однако реализация этого права остается проблематичной в некоторых регионах и требует поиска решений. Сложность выполнения поставленных международными конвенциями задач определяется ограниченными финансовыми и кадровыми ресурсами, а также сжатыми временными рамками. Поиск пробелов в системе управления охраной репродуктивного здоровья и механизмов их устранения или компенсации представляется авторам задачей нерешенной в ряде областей региона. Среди существующих универсальных моделей окружающего мира мы обратились к методологии системного подхода, раскрытой в трудах Л. Берталанфи (1962 г.), Н. Винера (1983 г.), А. Богданова (1985 г.). Была рассмотрена возможность применения модели С-системы и универсального принципа управления организационными системами для анализа функциональности охраны репродуктивного здоровья молодежи, выполнения норм и законов на уровне С-системы (документы, носящие стратегический характер – законы и стратегии), на уровне, предполагающем принятие тактических решений (подзаконные акты, постановления, программы) и непосредственно оперативных решений (приказы, распоряжения, мониторинг как в письменной, так и в устной форме).

Системы здравоохранения и просвещения ответственны за самое ценное в государстве – за здоровье нации с единой первостепенной целью – здоровый физически, психически и социально индивид. Межведомственное взаимодействие секторов здравоохранения и просвещения основано на различных подходах к вопросам санитарной грамотности. Так, здравоохранение базируется на просветительском подходе, предоставляя знания как

теоретическую основу, а не фокусируется на достижении желаемого поведения. Сектор образования должен быть ориентирован на формирование знаний, развитие навыков и способствовать изменению поведения молодых людей [18].

Таким образом, оба государственных сектора – здравоохранение и просвещение – могут дополнить имеющиеся ресурсы для достижения более эффективного результата в области улучшения показателей здоровья подростков и молодежи. *Целевую группу исследования* составила возрастная группа 15–24 лет, именуемая *молодежью* по определению Всемирной Организации Здравоохранения. Для исследования были выбраны медицинские и педагогический колледжи, потому что здесь обучают специалистов, которые в дальнейшем будут заниматься профилактической работой по охране репродуктивного здоровья. В то же время студенты сами являются представителями молодежи, опросив которых, можно сделать заключение об уровне их самооценки здоровья, информированности по вопросам репродуктивного здоровья, отношении к здоровью, семейным ценностям.

Без достоверной и качественной информации о репродуктивном здоровье населения, в первую очередь молодежи, невозможно проводить успешную демографическую политику [19, 20, 21]. Подростки имеют право на получение информации о репродуктивном здоровье, быть прямыми партнерами, вовлеченными в охрану репродуктивного здоровья, учитывая возрастные особенности и равные гендерные шансы [22]. Изучение репродуктивного здоровья молодежи на основе мониторинга и контроля эффективности профилактического образования, динамики репродуктивного поведения предполагает межведомственное взаимодействие систем здравоохранения и просвещения.

Целью исследования является научное обоснование и разработка модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи на примере подготовки специалистов среднего профессионального образования.

Задачи исследования:

1. Провести научно-методологический контент-анализ существующих подходов к охране репродуктивного здоровья молодежи в регионе Восточной Европы и Центральной Азии и выявить особенности репродуктивного здоровья молодежи как медико-социальной группы и резервы для его улучшения.

2. Оценить организацию и эффективность профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья молодежи на примере учреждений среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения.

3. Обосновать и разработать модель межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи на основе изучения и обобщения научно-теоретических источников и результатов исследования.

4. Разработать учебно-методическое сопровождение межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи.

Научная новизна и оригинальность исследования состоит в том, что системный подход с применением модели С-системы и схема уровней управления организационными системами были использованы для научного обоснования и разработки модели межведомственного взаимодействия по охране РЗ молодежи. В результате исследования были определены методологические основы оценки качества профилактической работы, доказана приемлемость анонимного опроса подростков для мониторинга эффективности работы по охране репродуктивного здоровья в сочетании с методом индивидуального интервьюирования специалистов систем здравоохранения и просвещения.

Значимая научная проблема, решенная в исследовании, состоит в выявлении платформы и разработке модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья.

Теоретическая значимость работы определяется тем, что содержащиеся в ней теоретические положения и выводы создают основу для модернизации процесса обучения студентов в медицинских и педагогическом колледжах по охране здоровья молодежи в обосновании межведомственного подхода для развития ценностного отношения к здоровью, в том числе репродуктивному.

Прикладное значение работы состоит в разработке учебно-методического комплекса по охране репродуктивного здоровья с применением программного и учебного сопровождения на примере подготовки кадров среднего звена для здравоохранения и просвещения. Результаты опроса молодежи и специалистов по охране здоровья отражают эффективность организации, и задают направление оптимизации профилактической работы.

Методологическую основу исследования составили: общенаучные принципы всеобщей связи и развития; современные концепции медицины и педагогики; совокупность ведущих методологических подходов исследования, включая системный подход, как инструмент для получения принципиально новых знаний на базе известных. Была рассмотрена возможность применения модели С-системы и схемы уровней управления организационными системами для анализа охраны репродуктивного здоровья молодежи.

Сектор здравоохранения и просвещения рассматривались как составная часть универсальной иерархии уровней управления биологическими системами. В качестве базовой надстройки разработанной модели выступили основные Над-системные документы ООН, ВОЗ, ЮНФПА. Другим методологическим основанием явилась чистая наука о праве с принципами организационного управления и целенаправленного развития государства. Для решения поставленных задач исследования была использована совокупность следующих методов: исторического, сравнительного, описательного, социологического, математического.

Теоретический метод включал анализ социально-медицинской, философской, психолого-педагогической, научно-методической литературы и нормативно-правовых актов, обобщение научно-исследовательских работ и передового медицинского и педагогического опыта по исследуемой проблеме. Целевую группу исследования составила молодежь в возрасте 15–24 лет, учащиеся медицинских и педагогического колледжей, которые будут ориентированы на профилактическую работу с молодежью в будущем.

Апробирование результатов. Материалы диссертации были представлены и обсуждены на научных национальных и международных форумах: I Национальной конференции по здоровью подростков с международным участием, Кишинев, 3–4 декабря, 2014 г.; Научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты сохранения и восстановления здоровья женщин» в Винницком НМУ имени М. И. Пирогова, Винница, 12–13 мая, 2016 г.; Национальной конференции с международным участием «Охрана здоровья - приоритет общественного здравоохранения», Оргеев, 22–24 июня 2016 г.; II Национальной конференции по здоровью подростков (с международным участием) «Повышение жизнестойкости – здоровое развитие в условиях риска», Кишинев, 3–4 ноября 2016 г.

Результаты диссертации были обсуждены и апробированы на заседании преподавательского состава «Школы Менеджмента Общественного Здравоохранения» Государственного Университета Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану (Протокол № 15 от 27.06.2017 г.) и на заседании научного семинара «Социальная Медицина и Менеджмент в Здравоохранении» при Государственном Университете Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану (протокол №1 от 19 декабря 2017 г.).

Внедрение научных результатов. *Протестирована* программа тематических курсов повышения квалификации «Воспитание ценностного отношения к базовым видам здоровья у детей и молодёжи» (Приложение 6) в Государственном Образовательном Учреждении «Приднестровский государственный институт развития образования» в течение 2011–2013

гг. с участием 249 специалистов организаций общего и профессионального образования. Внедрена программа курсов в инновационном Образовательном центре «Развитие» на курсах повышения квалификации по теме «Особенности планирования и организации воспитательной работы по охране здоровья молодежи в контексте реализации новых образовательных стандартов» для 57 педагогов. Проведено, в ГОУ «Тираспольский медицинский колледж им. Л. А. Тарасевича» в период 2014–2017 гг., с использованием разработанного пособия, 17 тренингов для студентов (625 человек), 13 теоретико-практических семинаров «Охрана репродуктивного здоровья» для слушателей курсов повышения квалификации среднего звена (95 человек), 4 научно-практических семинара «Современные подходы к охране здоровья молодежи» для 55 педагогов, (Приложение 8).

Публикации по теме диссертации. Основанные на проведенном исследовании материалы были опубликованы в 11 работах, в том числе 6 статей в национальных рецензируемых журналах, 3 – в международных изданиях, 2 статьи без соавторов.

Объем и структура диссертации

Работа содержит 148 страниц основного текста, 20 рисунков, 17 таблиц. Диссертация состоит из введения, 4 глав, общих выводов и практических рекомендаций, 8 приложений, библиографии из 289 источников.

Во **введении** описаны актуальность и значение изучаемой темы, цели и задачи исследования, научная новизна полученных результатов, а также теоретическое и прикладное значение работы и утверждение полученных результатов.

В **первой главе** проведен анализ ситуации по изучаемой теме на основании обзора литературы, описана роль молодежи как особой медико-социальной группы в части репродуктивного потенциала государства и ее значение в контексте демографической ситуации, выделены подходы сектора просвещения и здравоохранения к охране репродуктивного здоровья. Рассмотрены особенности сексуального и репродуктивного поведения подростков в современных условиях, проанализированы поведенческие факторы и структура репродуктивного поведения. Были изучены и представлены современные стратегии и региональный опыт охраны репродуктивного здоровья с анализом научных работ (статей, монографий, международных документов и др.), опубликованных в Республике Молдова и за ее пределами, рассмотрено применение модели С-системы и схемы управления организационными системами. Представлен сравнительный обзор литературных данных, включая 2017 г.

Вторая глава описывает материалы и методы поперечного одномоментного описательного исследования, включающие: методологию эмпирического исследования –

разработку анкеты-опросника для комплексной оценки уровня информированности учащихся медицинских и педагогического колледжей по изучаемому вопросу, методологию расчета репрезентативной выборочной совокупности, методологию включения в исследование, методы статистической обработки результатов. Для многокомпонентной оценки качества работы по охране репродуктивного здоровья молодежи был описан метод индивидуального интервьюирования работников системы здравоохранения и просвещения и разработана анкета. Отражены современные инструменты самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения, используемые в разделе программ и политики в отношении охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

В **третьей главе** текущей работы отражена оценка результатов и характеристика мероприятий по охране репродуктивного здоровья. Проведен анализ результатов анкетирования молодежи в соответствии с методами, описанными во второй главе. Рассмотрено, какие источники информации о репродуктивном здоровье существуют у современных студентов, уровень информированности студентов по данному вопросу и их самооценка репродуктивного здоровья, испытывают ли они необходимость дополнительных знаний и как они воспринимают и применяют полученную информацию. Проведен анализ полученных данных, рассчитана статистическая значимость различий двух или нескольких относительных показателей и оценена связь между переменными. Проанализированы данные структурированного интервью для качественной оценки готовности персонала системы здравоохранения и просвещения проводить работу по охране репродуктивного здоровья и проведена самооценка программ по охране репродуктивного здоровья.

В **четвертой главе** описано применение модели С-системы и схемы управления организационными системами для разработки модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи. При тестировании модели была проанализирована функциональность системы охраны репродуктивного здоровья на примере конкретного региона, выявлено отсутствие ключевых элементов системы с точки зрения уровней управления. Для внедрения модели были обоснованы профилактические технологии и разработаны инструменты для реализации межведомственного взаимодействия.

Работа заканчивается **общими выводами и практическими рекомендациями, библиографией и приложениями.**

1. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ С ПОЗИЦИИ РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРОВ ГОСУДАРСТВА

1.1. Роль молодежи как особой социальной группы в части репродуктивного потенциала государства и ее значение в контексте демографической ситуации

Демографический кризис в странах Восточной Европы и Центральной Азии привел к поиску направлений реформирования здравоохранения, особенно к совершенствованию управления системой охраны здоровья населения, и в первую очередь молодежи [23].

Молодежь – это наиболее динамичная социально-демографическая группа населения, выделенная на основе возрастных характеристик и отличающаяся от других социальных групп положением в обществе, интересами, взглядами, ценностями, потребностями и отношением к здоровью [24, 25]. От того, каковы сегодня физическое, психическое и социальное здоровье молодого поколения, его репродуктивные установки и нравственный облик, зависит социально-демографическое будущее общества в целом. Гармоничное развитие, ценностные приоритеты, высокий уровень санитарной грамотности как залог подхода, основанного на принципах Укрепления Здоровья, и выбор молодых людей определяют будущее государства [3, 18].

По определению ВОЗ, подростковый возраст является периодом, который следует после детства и длится до достижения зрелого возраста, то есть с 10 до 19 лет [26], а *молодежь* находится в возрастном диапазоне от 15 до 24 лет, именно это определение молодежи было использовано при планировании дизайна исследования. Социологи определяют молодежный возраст с 16 до 29 лет включительно [28]. Согласно законодательству Республики Молдова молодежь включает молодых людей от 14 до 30 лет.

Молодежь рассматривается с трех основных позиций: во-первых, как социально-демографическая группа, во-вторых, как медико-социальная группа, включенная в перечень объектов изучения социологии и медицины [29], в-третьих, как когорта, отличающаяся специфическим положением и ролью в обществе, а также социально-психологическими свойствами, потребностями, ценностными ориентациями и т. д. [30]. Молодежь как медико-социальная группа объединяется общей целью укрепления здоровья, лечения и профилактики заболеваний, влияющих на их социальный статус и образ жизни, но не связанных непосредственно пространственно-временными характеристиками [31]. Роль в обществе и характеристики молодежи зависят от исторического периода и культурных особенностей.

Молодых людей условно принято делить на четыре возрастные группы [30]:

1. *Подростки* 10–16 лет. Подразделяются на ранний подростковый возраст (10–13

лет) и средний подростковый возраст (14–16 лет). На данном этапе развития происходит половое созревание и становление биологических систем организма, закладывается стремление к самостоятельности [32]. Это время быстрого роста и одновременно время рисков, когда большое влияние оказывает социальный контекст. Для этого возраста характерны максимальные диспропорции в уровне физиологического и психологического развития. Речь идет в основном об учащихся средних школ и средних профессиональных учебных заведений.

2. *Поздний подростковый возраст* или юношество охватывает период с 17 до 20 лет. Биологически это период завершения физического созревания и формирования зрелого типа функционирования репродуктивной системы, когда механизмы регуляции чувствительны к неблагоприятным воздействиям [33]. Доминирующим фактором, влияющим на состояние РЗ, является психоэмоциональное состояние [34, 35]. Начинается разделение жизненных путей юношей и девушек, что приводит к более глубокой дифференциации среди них. О. И. Мотков (2008 г.) отмечает, что в юношестве закладываются основы самоопределения подростков, диктующие воспитательные воздействия, формирующие здоровый индивидуум [36]. В этом возрасте в процессе социализации приобретаются почти все гражданские права.

3. *Собственно молодежь* – это группа населения 20–24 лет. По мнению В. Т. Лисовского в этом возрасте после созревания физиологического, происходит общественное взросление и социализация с усвоением общеобразовательных, профессиональных и культурных функций для выполнения социальных ролей [37]. Эту возрастную группу, прежде всего, составляют молодые люди, завершающие основную профессиональную подготовку и создающие собственные семьи, реализуя репродуктивное поведение.

4) После 25 лет до 30 лет применяется термин *старшая молодежь*. В этом возрасте на основе личного опыта, семейной жизни, гражданских позиций завершается формирование зрелой личности. Молодежь играет роль родителей в собственных семьях. Они переходят в команду заинтересованных в охране здоровья уже своих детей. От того, насколько они подготовлены по вопросам санитарной грамотности и охраны репродуктивного здоровья, зависит здоровье следующего поколения. Увеличение периода обучения расширяет границы социальной зрелости [38]. Таким образом, границы молодежного возраста оказываются растянутыми с позиции различных научных дисциплин.

Организация Объединенных Наций, ВОЗ относят к молодёжи категорию молодых людей от 15 до 24 лет, являющихся статистической совокупностью, поэтому молодежь

может быть объектом научного исследования. Важно отметить, что в силу объективных причин молодежь (15–24 лет) отличается несформированностью ценностных, духовно-нравственных ориентиров и недостаток жизненного опыта, что увеличивает вероятность ошибочного выбора при принятии ответственных решений репродуктивного поведения.

На международном уровне репродуктивное здоровье (РЗ) признано одним из основных компонентов, необходимых для развития человечества, и является правом человека [10, 39]. Для осознания этого права молодежь должна иметь доступ к комплексной информации и услугам в области сексуально-репродуктивного здоровья [40]. Репродуктивное здоровье – это не только нарушение функционирования процессов репродуктивной системы, способность людей к воспроизведению здорового потомства в количестве и сроки, определенные самим индивидуумом, но и состояние физической, психической и социальной гармонии. Составными частями репродуктивного здоровья являются: сексуальное здоровье, планирование семьи и безопасное материнство. Груз социальных проблем, сопровождающий способность к воспроизводству, рассматривает вопросы репродукции с позиций социальных и гуманитарных наук [41]. А. Г. Братухин, Е. А. Магазева (2016) считают, что инновации и современные тенденции в репродукции являются поводом для междисциплинарного взаимодействия областей научных знаний гигиены, психологии, экономики, юриспруденции и других наук [42].

Социально-экономические, политические и культурные преобразования в Восточно-Европейском регионе, включая Республику Молдова, сопровождались значительным демографическим кризисом и депопуляцией населения [43]. Согласно данным Института Гутмахера, молодые люди в возрасте до 25 лет в 2012 г. составляли 44% населения земного шара, а согласно годовому отчету ЮНФПА за 2015 г. часть населения от 10 до 24 лет в странах ВЕЦА составляет всего 22% [44]. Девочки от 10 до 19 лет составляют почти одну пятую часть всех женщин детородного возраста [45].

Согласно данным Национального бюро статистики Республики Молдова численность постоянного населения на 1 января 2016 г. составила 3553,1 тыс. человек, в том числе 1844,0 тыс. человек (51,9%) – женщины и 1709,1 тыс. человек. (48,1%) – мужчины; 19,29% (685,5 тыс.), или каждый пятый, – в возрасте до 18 лет против 24,9% – в 2005 г.

В 1991–2015 г. (в %) в Республике Молдова зарегистрирован отрицательный темп прироста населения (-0,8). Для сравнения в мире темп прироста составляет 1,1; в странах ВЕЦА - 0,1 [3, 4]. Экономический кризис повлек за собой всплеск миграционной убыли, социальное сиротство, нарастание тенденций минимизации семьи, старение общества. Для сохранения численности населения, коэффициент фертильности должен составлять

минимум 2,15, являясь барометром прогнозирования сокращения численности, а в Республике Молдова он равен 1,4 [3, 7, 43].

Каирская конференция по народонаселению и развитию (1994 г.) изменила систему взглядов на охрану репродуктивного здоровья: вместо чисто демографического был применен подход на основе прав человека, учитывающий потребности и чаяния каждого и четко определен спектр услуг в области репродуктивного здоровья [10]. В докладе ЮНФПА «Народонаселение мира в 2012 году» отмечается, что «самое многочисленное в истории поколение молодежи не в состоянии осуществить свои репродуктивные права и предотвратить незапланированную беременность» [45, 46].

Стратегия ВОЗ в области обеспечения РЗ включает: улучшение дородовой, перинатальной, послеродовой помощи и помощи новорожденным; предоставление качественных услуг по планированию семьи; ликвидацию небезопасных аборт; охрану РЗ детей и подростков; лечение и профилактику ИППП, в том числе ВИЧ, рака шейки матки, укрепление сексуального здоровья [11].

Цели Развития Тысячелетия, которые 193 государства–члена ООН, в том числе и Республика Молдова, планировали достичь к 2015 г., стали историей. Не всем государствам удалось достичь запланированных результатов, в том числе и «Улучшить охрану материнства» (Цель 5). Так, индикатор Цели 5, Задачи 5В «Обеспечить до 2015 г. всеобщий доступ к репродуктивному здравоохранению» – «Коэффициент распространенности пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет», за 1990–2012 в Республике Молдова составил только 43, а в Восточной Европе и Центральной Азии–53, в мире 57 [3, 47, 48].

В сентябре 2015 г. ООН были приняты 17 новых исторических глобальных целей в области устойчивого развития, которые актуализировали и вопросы охраны РЗ молодежи, поместив соблюдение прав молодежи в центр развития, учитывая право на осуществление свободного и информированного выбора в вопросах их сексуальности и репродуктивных функций без дискриминации, насилия или принуждения [49, 50, 51]. Партнерство в целях охраны здоровья молодежи воспринимается мировым сообществом как призыв мобилизовать средства на удовлетворение потребностей наиболее уязвимых групп с вовлечением всех заинтересованных сторон и всего общества [41].

Одна из главных ролей в реализации достижения всеобщего здоровья отводится общественному здравоохранению как связующему звену в организации межведомственной работы, результатом которой является предоставление качественных услуг по охране здоровья в системе здравоохранения и за ее пределами. Приоритетом общественного

здравоохранения является достижение наилучших показателей здоровья, опираясь на достигнутые результаты и ориентируясь на индикаторы для политики «Здоровье – 2020» с учетом здоровья детей и молодежи [52]. В зависимости от принятия ответственных решений репродуктивного выбора поведение молодёжи выступает фактором, как ускорения, так и торможения демографического развития. Это зависит от того, насколько молодёжь знает цели и задачи собственного здоровья, связывает с ними свои жизненные перспективы и обладает навыками выбора безопасного поведения [53, 54, 55]. Сексуальное здоровье и планирование семьи, являясь составными частями репродуктивного здоровья [56, 57, 58,], определяло право молодежи на получение информации и свободного доступа к безопасным эффективным доступным и приемлемым продуктам РЗ [20, 59].

Проблема РЗ именно девушек и женщин стала центром внимания здравоохранения, образования и физиологии [60, 61, 62]. Объясняется это тем, что девушки больше других страдают от бремени заболеваемости в области РЗ (ИППП, нежелательные беременности, аборты). Они также чаще, чем мальчики, ищут информацию о РЗ, и с ними чаще обсуждают вопросы охраны РЗ взрослые [63]. Работа по охране репродуктивного здоровья молодежи напрямую пересекается со смежными проблемами общественного здоровья в рамках основных оперативных функций общественного здравоохранения и одновременно способствует профилактике неинфекционных заболеваний [2]. Согласно расчетам 2012 г. из 1,3 миллиона случаев смерти подростков большую часть можно было предотвратить [64, 65, 66].

Медицинская общественность выделяет показатели, характеризующие репродуктивное здоровье, например материнскую смертность, частоту абортов, распространенность ИППП, включая ВИЧ, распространенность современных методов контрацепции и др. Вместе с тем, общепринятые показатели заболеваемости не в полной мере характеризуют состояние здоровья населения, особенно здоровых людей [67, 68]. Современные подходы для оценки общественного здоровья включают критерий «качество жизни» (благополучие), являющийся надежным методом для определения не только физического, но психического и социального здоровья [69]. Здоровье молодежи от поколения к поколению имеет нисходящую динамику, представляя так называемую «социальную воронку», по словам Н. М. Римашевской [70]. Больные рожают больных, кроме того, на протяжении жизни интенсивность падения здоровья у детей выше средней [71]. По результатам самооценки считают себя здоровыми в Швейцарии - 93%, в Швеции – 72%, во Франции – 55%, в Германии – 40%, в России – 28% подростков [72]. От 8% до 46% 15-летних подростков в странах Европы и Северной Америки оценивают свое здоровье как

удовлетворительное или плохое, в то время как в 11 лет своим здоровьем довольны более 80% девочек и мальчиков [73]. Отмечен рост хронических заболеваний среди подростков 15–17 лет [74]. Следует обратить внимание на особо уязвимых к ВИЧ инфекции подростков (мужчины, практикующие секс с мужчинами, работники коммерческого секса и потребители инъекционных наркотиков и др.), для которых факторами риска являются курение, алкоголь и небезопасный секс, эти же факторы влияют на рост хронических заболеваний среди подростков [75]. Стоить также отметить важность влияния общих показателей здоровья детей на будущее репродуктивное здоровье [76]. Gunta Lazdane (2012 г.) уточняет, что осознание и учет комплексной взаимосвязи вопросов профилактики сексуального и репродуктивного здоровья и неинфекционных заболеваний является приоритетом и требует решения на всех уровнях, а рассмотрение этих областей по отдельности будет только препятствовать улучшению здоровья в каждом из них [77]. К изменяемым факторам риска неинфекционных заболеваний относят: плохое питание, низкую физическую активность, курение и злоупотребление алкоголем [76]. Эти же факторы риска важны и для охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Так, в Республике Молдова более 50% подростков от 13 до 15 лет пробовали курить и одна седьмая из них остались потребителями табака, 30,1% подростков от 10 до 18 лет пробовали алкоголь, из них 3,3% потребляют его систематически.

В современных условиях 12% подростков в связи с необходимостью получения образования или профессиональной подготовки проживают самостоятельно, 5,7% из которых живут совместно с половым партнером. Вместе с тем, большинство девушек (82,3%) проживает в семьях родителей или родственников, что в значительной степени предопределяет формирование уровня их РЗ [78]. По мнению Е. И. Николаевой (2016 г.), О. Г. Беловой (2013 г.), Ю. П. Лисицына (2012 г.), условия и образ жизни семьи, в которой воспитывается ребенок, являются социально-гигиеническими факторами, влияющими на гармоничность его развития [59, 79, 80]. Ю. П. Лисицын показал приоритет влияния на состояние здоровья факторов образа жизни, наследственности и окружающей среды (90%), по сравнению с влиянием сектора здравоохранения (10%).

Кроме того, фактором риска развития нарушений репродуктивной функции является несбалансированное питание. Так, доля жирового слоя менее 10–15% от общей массы тела способствует аменорее (прекращению менструаций) или отрицательно влияет на репродуктивную систему [81, 82]. Любые нарушения, возникающие в подростковом возрасте, могут привести к эндокринным синдромам и способствовать экспрессии генов, кодирующих заболевания репродуктивной системы [83]. За последнее десятилетие,

отмечает И. В. Журавлева (2002 г.), общая заболеваемость подростков выросла в 3,5 раза больше, чем у взрослых, а заболеваемость болезнями репродуктивной сферы увеличилась в 5–7 раз, например сифилисом – в 34 раза [84]. Среди гинекологических заболеваний у девушек преобладают ювенильные кровотечения, составляя около 30% [85, 86]. Согласно данным Tugan L (2016г.) по самооценке здоровья учеников 9–12 классов Республики Молдова самое большое количество жалоб было связано с мочеполовой системой (80,9% – 88,5% девочек) и центральной нервной системой (80,0 – 83,9%) [87].

Согласно пятому международному отчету HBSC 25% пятнадцатилетних подростков уже вступали в половые связи, при этом в некоторых странах более 30% молодых людей не используют ни презерватив, ни другие средства контрацепции, что становится причиной распространения ИППП\ВИЧ и незапланированных беременностей [88].

По данным литературы, первая беременность, наступившая в подростковом возрасте, заканчивается индуцированным абортом более чем в 80% случаев [89, 90, 91]. Согласно Европейскому обществу по контрацепции, 85% беременностей у подростков являются незапланированными. За период 2008–2011 гг. доля аборт среди женщин моложе 20 лет на 1000 живорожденных детей в Республике Молдова составила 515, или на каждую подростковую беременность, которая заканчивается абортом, приходится 2, завершающиеся рождением ребёнка, в Румынии – 2,39, а в Таджикистане этот показатель 19, то есть на каждую беременность, заканчивающуюся абортом, приходится около 52 рождений [92]. Ю. В. Беда (2009 г.), проведя ретроспективный анализ искусственных (искусственных) и непрогнозируемых (самопроизвольных) репродуктивных потерь у женщин, отмечает, что на фоне уменьшения количества аборт доля прерывающих первую беременность увеличилась с 11,5% до 13,4% и в оценке динамики репродуктивного процесса имеет ведущее значение [93]. Девушки подросткового возраста подвергаются в 2,0–2,5 раза более высокому риску осложнений аборт, чем женщины старшего возраста [94]. Ежегодно 3 млн. девушек проводят небезопасный аборт, а смертность от аборт среди девочек до 16 лет в 4 раза выше, чем в старшей возрастной группе [95, 96]. В пять раз выше риск материнской смертности у девушек до 15 лет [9]. Безопасный аборт – это часть репродуктивных прав девушки-подростка. Особое внимание при проведении безопасного аборт уделяется консультированию и информированному выбору девушки, без давления третьих лиц и прямого влияния на её решение [97, 98, 99]. Эта особенность «невлияния на решение о нежеланной беременности» связана не только с рисками юного возраста, но и с тем, что «рождение в результате нежеланной беременности» влечет за собой для будущего ребёнка повышенный риск отрицательного психосоциального развития и психического

благополучия во взрослом возрасте, что подтвердило Пражское лонгитюдное исследование, которое длилось 35 лет [100]. Кроме того, юные девушки чаще подвержены послеродовым депрессиям, приводящим к проблемам с партнером, ухудшению ухода за ребенком и отрицательному влиянию на развитие ребенка [44, 101]. Проблема подросткового родительства несет в себе и риск неблагоприятного прогноза относительно взаимоотношений, складывающихся между юными матерями и их детьми [102, 103].

При отсутствии государственной системы полового просвещения реальностью наших дней стало деторождение в ювенильном возрасте, получившее название «феномен подросткового материнства» [104, 105, 106, 107].

Нельзя обойти стороной и вопрос сексуального насилия. Установлено, что 32% женщин, занимающихся проституцией, пережили сексуальное насилие [108]. Количество жертв сексуального насилия среди женщин согласно эпидемиологическим исследованиям психиатров США составляет 13% [109]. Сексуальное насилие приводит к формированию посттравматического синдрома, который в группе подростков отличается большей выраженностью психопатологической симптоматики, а также высокой частотой встречаемости суицидальных мыслей [110]. Liza Averil (2012 г.) и другие авторы отмечают, что психические расстройства, мышечно-скелетные и другие нарушения влияют на общее здоровье и связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем [111, 112, 113].

Пути совершенствования механизмов оказания комплексной медицинской помощи девушкам-подросткам согласно мнению В. Е. Радзинского (2010 г.) и других авторов [114, 115, 116] состоят не только в повышении качества профилактических осмотров, разработке алгоритмов диагностики и лечения, но и во внедрении новых форм работы по оказанию медико-социальной помощи, в проведении адекватной оздоровительной и психологической работы, в повышении эффективности контрацептивной помощи и качества подготовки кадров [117, 118]. Таким образом, репродуктивное здоровье молодежи формируется с учетом общего состояния здоровья подростка, опираясь на выбор безопасного репродуктивного поведения, и напрямую влияет на будущее демографическое развитие государства.

1.2. Поведенческие факторы, определяющие репродуктивное здоровье молодежи в современных условиях

В отечественном и в мировом здравоохранении нет единого мнения о том, нуждаются ли подростки в специальном медицинском обеспечении [115].

В последние годы в Республике Молдова принят ряд мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья. Разработана законодательная база в области РЗ и внедрено несколько национальных программ [118]. Благодаря международной поддержке и партнерству с гражданским обществом обучен персонал, предоставляющий медицинские услуги в области репродуктивного здоровья, реализованы различные воспитательные и информационные программы. Однако ситуация продолжает оставаться проблемной и определяется стереотипами репродуктивного поведения, являющегося основой воспроизводства населения. В демографии и социологии категория «репродуктивное поведение» стала употребляться с 70-х гг. XX в. и рассматриваться как один из видов демографического поведения населения, опосредующих демографические поступки и явления, что и дало начало социологическому анализу рождаемости [119, 120]. А. И. Антонов и В. М. Медков (1996 г.), опираясь на модель К. Дэвиса и Дж. Блэйка (1956 г.), предложили три блока социальных факторов, влияющих на уровень фертильности и изменяющихся под действием репродуктивного поведения человека. Первый блок включает создание и распад семьи, в том числе половую жизнь в ее рамках, второй блок – события, связанные с зачатием, и третий блок – беременности и их исходы.

Сексуальное поведение подростков в современных условиях отличается целым рядом особенностей: ранее вступление (в среднем в 16,1 года) в половые отношения, приемлемость добрачных сексуальных связей для половины молодежи (более 50%), нарастание дистанции между репродуктивным поведением поколений, различия полового поведения подростков в зависимости от культурной, ментальной, гендерной составляющих, ослабление двойного стандарта в отношении мужчины и женщины [16].

Согласно О. Н. Калачикову (2012 г.), В. Н. Сметанину (2013 г.), И. С. Морозовой (2015 г.) под термином «репродуктивное поведение» понимают целостную систему действий и отношений, направленных на рождение или отказ от рождения ребенка любой очередности, в браке и вне брака [16, 121]. По мнению Л. Л. Рыбаковского, Н. М. Калмыковой (2003 г.), Ф. Н. Ильясова (2013 г.), В. П. Пискунова (1972 г.) в понятие «репродуктивное поведение» включают также процесс социализации ребенка (обучение, воспитание, приобретение определенных социальных качеств и т.п.) [122, 123]. Структуру репродуктивного поведения индивидуума составляют: репродуктивные потребности, репродуктивные установки, репродуктивные мотивы, репродуктивные решения и поступки. И. Л. Шелехов, Е. Н. Скрипачева (2009 г.) отмечают, что все компоненты репродуктивного поведения в качестве исходного фактора определяются системой базовых нравственных ценностей человека [124]. Репродуктивные потребности усваиваются человеком в процессе

социализации, бытуют в культуре и преобразовываются личностью в репродуктивные нормы или социальные нормы рождаемости [125]. Это главный двигатель репродуктивного поведения. Репродуктивное поведение реализуется посредством системы репродуктивных установок субъекта, формирующихся с детского и подросткового возраста и отражающих его психическое состояние, обуславливающее готовность реализовывать определённые типы репродуктивного поведения [16, 126, 127]. Социологические опросы показывают, что на низкие репродуктивные установки влияет опыт родителей, общественное мнение, отсутствие позитивной пропаганды многодетности [128, 129, 130]. М. А. Беляева (2010 г.), Л. И. Столярчук (2015 г.), О. А. Драгич (2016 г.) отмечают, что фертильность как сила, «индуцируемая сексуальной активностью человека, способна как к созиданию, так и к разрушению», что актуализирует потребность в придании этому явлению управляемого позитивного характера [41, 131, 132]. В части представлений установки содержат в себе мотивы репродуктивного поведения [133]. Например, социологи А. И. Антонов и В. М. Медков (1996 г.) выделяют экономические, социальные и психологические мотивы [134]. Экономические мотивы рождения детей – это мотивы, которые побуждают к рождению детей для достижения определенных экономических целей. Социальные мотивы – это мотивы в пределах бытующих социокультурных норм детности. Психологические мотивы – это мотивы для достижения сугубо личностных целей индивида.

Все данные утверждения верны, если беременность и рождение детей желанные, но с медицинской точки зрения очень часто отсутствует мотивация к беременности, и беременность становится нежеланной. Демографические интересы государства не могут повлиять на право личности самостоятельно выбирать, участвовать ей в репродуктивных процессах или избежать этого участия, прервав беременность [135, 136]. Вопрос о прерывании беременности – это не только вопрос о репродуктивном здоровье, но и о репродуктивных правах и выборе [137]. Результатом репродуктивных действий может быть рождение определенного числа детей или контрацептивное поведение [138].

И. С. Морозова, К. Н. Белогай (2014 г.) свидетельствуют о том, что факторы регулирования рождаемости на уровне личности, такие как потребность в детях, ценность самого ребенка, психологическая готовность к родительству, оказывают определяющее воздействие на решение о рождении или отказе от рождения ребенка. Если женщина ориентирована на контрацептивное поведение, то это проблема выбора способов и ответственности, а если женщина предпочитает абортное поведение, то это связано с отношением к этическим, правовым, политическим и экономическим вопросам.

В последнее время особое внимание уделяется изучению не только социальных, но и ситуационных факторов, влияющих на самооценку своего здоровья. По мнению Н. С. Полька, О. В. Бердник., О. В. Добрянской (2015 г.), именно эти вопросы, входящие в сферу общественного здравоохранения, нуждаются в «гендерной» оценке [139]. Гендер как социально-конструируемые роли, признаки и особенности мужчин и женщин на сегодня является ключом к пониманию причин поведения, а также к его изменению и устранению незащищенности, а значит инструментом эффективной профилактической медицины [140]. Укрепление сексуально-репродуктивного здоровья, носит более широкий социальный и междисциплинарный характер, чем чисто медицинские аспекты СРЗ, что требует гендерного учета. Исследования показали, что гендерная идентичность подростков влияет на отношение к своему здоровью: лица с феминным типом гендерной идентичности склонны к умеренным оценкам своего здоровья, а подростки с маскулинным типом гендерной идентичности в 2,2 раза чаще оценивают состояние своего здоровья как «отличное» ($p < 0,05$) [140]. Как правило, характерные для мужчин и мальчиков гендерно-зависимые установки напрямую влияют на здоровье и благополучие женщин и девочек. Гендерное насилие включает насилие в отношении девушек и юношей на основании их пола. Ошибочным является утверждение, что у мужчин и мальчиков потребностей для охраны репродуктивного здоровья меньше, чем у женщин [141].

По мнению Ю. А. Гуркина (2001 г.), Е. В. Уваровой (2009 г.), особенности сексуального и репродуктивного поведения подростков, отличающиеся сокращением «территории детства», диссонансом между физическими и психическими проявлениями акселерации, возникают вследствие педагогической безграмотности населения, в том числе родителей, с одной стороны, низкой санитарной грамотностью и степенью информированности подростков, с другой стороны [106, 142]. Достоверная научно-обоснованная информация о физиологии репродуктивной системы, предупреждении нежелательной беременности, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, препятствует раннему началу половой жизни и помогает сделать осознанный выбор [143, 144, 145]. Так, исследование, проведенное в США с целью выяснения причины непопулярности вакцины для профилактики ВПЧ (Вирус Папилломы Человека), вызывающего рак репродуктивных органов, констатировало, что только 33% женщин и 10% мужчин использовали возможность вакцинации. Результат исследования показал, что недостаточная информированность и отсутствие образовательных программ по профилактике рака репродуктивных органов являются причиной непопулярности

вакцинации, а образовательные семинары статистически значимо подтвердили приверженность вакцинации [146].

Исследования Е. И. Медведевой (2010 г.), А. С. Штемберга (2014 г.), Л. В. Дехтеревой (2012 г.) отмечают, что регулярно употребляют алкоголь 40% юношей и 30% девушек, около 10% подростков пробовали наркотики, более 2 миллионов подростков живут с ВИЧ, около 11% всех деторождений во всем мире приходится на девушек 15–19 лет, 32,8 подростка из каждых 100 тыс. кончают жизнь самоубийством, а в Российской Федерации – почти 38 [72, 147, 148]. Согласно классификации ВОЗ, высоким уровнем суицида является показатель более 20 человек на 100 тыс. населения в год [70]. Согласно исследованию, проведенному V. Zерса (2016 г.) в школах города Кишинев за последние 12 месяцев думали о самоубийстве 10,0% учеников старших классов из школ с преподаванием на румынском языке и 14,1% – из школ с преподаванием на русском языке, пытались покончить с собой 4,3% учеников из школ с преподаванием на румынском языке и 5,35% – из русскоязычных [149].

Г. Б. Дикке (2016 г.) отмечает, что мировыми проблемами в области СРЗ молодежи являются: ранний сексуальный дебют, увеличение числа половых партнеров, небезопасное сексуальное поведение, низкое использование контрацепции, в том числе презервативов, алкоголь и потребление наркотиков [150]. Доказано, что факторами риска, неблагоприятно влияющими на репродуктивное здоровье девушек-подростков, являются ранние половые связи, вредные привычки, нарушение семейного климата, медицинские аборт, высокая гинекологическая заболеваемость, низкая медицинская грамотность [137]. На репродуктивное здоровье мужчин влияет курение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, избыточная масса тела и ожирение, рискованное поведение с частой сменой половых партнеров. Неблагоприятные тенденции, в том числе алкоголизация молодежи, осложняют получение молодыми людьми общего и профессионального образования, создают проблемы в реализации репродуктивного потенциала [151, 152]. Особенностью молодежи как социальной группы является некритическое восприятие тех норм, которые могут нанести значительный вред здоровью личности [153]. Гендерное насилие среди молодежи, например, приводит к депрессии и низкой самооценке, нежелательной беременности, заражению ИППП, включая ВИЧ [154].

Наиболее значимыми среди факторов, влияющих на РЗ женщин, по мнению С. Г. Нукушевой, являются аборт, низкий индекс здоровья вне беременности, ИППП, снижение доступности первичной медико-социальной и специализированной помощи социально-уязвимым группам населения [155]. М. Б. Красникова и Т. Б. Трубина (2010 г.) к

негативным факторам риска для девушек, кроме ранних половых связей, медицинских аборт, относят низкую медицинскую грамотность [137]. Исследования показывают, что аборт является фактором, приводящим к нарушениям психического здоровья, что подтверждает опрос студентов 18–25 лет: 87,3% опрошенных находят аборт психологически трудным решением с заметным следом в будущем эмоциональном здоровье [156]. Авторы исследования сделали вывод, что в медицине существуют проблемы, выходящие за её пределы и являющиеся междисциплинарными, социальными, правовыми, духовными и затрагивают все общество. Как известно, аборт в определенной мере является следствием неиспользования методов контрацепции, или их использования не корректно. По мнению Г. Б. Дикке (2014 г.), Т. В. Бебневой (2014 г.), Л. В. Ерофеевой (2013 г.), практически все сексуально активные подростки отмечают, что использовали методы контрацепции с относительно невысокой эффективностью [157, 158]. По мнению К. L Fleming (2010 г.), методы контрацепции короткого действия, наиболее часто предпочитаемые подростками, проигрывают пролонгированным обратимым методам контрацепции по приверженности и эффективности, так, приверженность гормональным таблеткам составляет 30%, а внутриматочной спирали – 86% [159, 160]. Эти данные свидетельствуют о недостаточной информированности подростков в вопросах контрацепции, дефиците консультативных услуг в сфере РЗ и низком уровне знаний по вопросам физиологии и сексуальной культуры молодежи [161]. Кроме того, отсутствуют единые научные подходы к половому гигиеническому воспитанию, что, возможно, явилось одной из причин низкой репродуктивной культуры населения и привело к увеличению числа ранних сексуальных дебютов, промискуитету, росту ИППП.

На РЗ подростков влияют и такие поведенческие детерминанты, как потребление табачных изделий и эпизодическое пьянство. «Риск хронических заболеваний возникает в детстве, а рискованное поведение, связанное с курением, продолжается далее во взрослой жизни», отмечено в обосновании к дополнительному индикатору «Распространенность табака в настоящее время среди подростков» в издании ВОЗ [52]. Индикатор «Эпизодическое пьянство среди подростков в возрасте 15 лет и старше» также рекомендован для мониторинга и оценки здоровья подростков как функции общественного здравоохранения.

В Европейском регионе максимальный разброс в значениях показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении составляет 16 лет с существенными различиями для мужчин и женщин, а уровень материнской смертности в некоторых странах Региона в 43 раза выше, по сравнению с другими [162]. Таким образом, глубокие неравенства в

отношении здоровья связаны не только с социально-экономическими факторами, но и с поведенческими, включая употребление табака и алкоголя, характера питания и физической активности, а также с психическими расстройствами. Воздействие на социальные, поведенческие и экологические детерминанты здоровья позволит успешно сократить многие неравенства [162]. Для эффективных управленческих решений необходимо преодолевать границы между секторами и осуществлять интегрированные программы и комплексные подходы к обеспечению благополучия детей и молодежи [163].

Культура репродуктивного поведения остается на краю научного знания и не привлекает к себе особого внимания. Формирование культуры репродуктивного и сексуального поведения у молодежи – это первичная профилактика многих проблем в сфере репродуктивного здоровья. Как отмечает Беляева М. А. (2010 г.) данный вид культуры «в силу своей около “сексуальной географий” до сих пор остается белым пятном для педагогики» [41]. Согласно исследованию школьников Санкт-Петербурга подростки характеризуются низкой информированностью и высокой заинтересованностью в повышении уровня своих знаний в вопросах репродуктивного здоровья [164].

Культурная осведомленность важна медицинским работникам для оказания качественных медицинских услуг, дружественных молодежи. Культура включает в себя много компонентов: гендер, вероисповедание, сексуальную приверженность, профессию, вкусы, возраст, социально-экономический статус, ограниченные возможности, этническую принадлежность [165]. Культурная компетентность и чувствительность сектора здравоохранения определяется как «...навыки межличностного общения, позволяющие провайдерам понимать, ценить и работать с людьми из культур, отличных от своей собственной» [165]. Для оказания качественных медицинских услуг необходимо осознание и принятие культурных различий с адаптацией навыков общения.

В общем гносеологическом контексте ученые обращаются к ценностно-смысловой детерминации в познавательном процессе, взаимосвязям ценностного и познавательного моментов в виду того, что научное познание является когнитивно-ценностным единством осмысления объективной действительности в формах социокультурного бытия человека [166, 167]. Ценностные отношения – это побуждаемые ценностными ориентациями поступки и действия личности, значимые для нее как сами по себе, так и по их результатам [168]. Развитие ценностных отношений подростков осуществляется на основе социализации, осуществляемой в учебном процессе в межличностном общении [169, 170]. Таким образом, усилить процесс укрепления здоровья молодежи можно, сформировав доминанту ценностного отношения к здоровью. Это диктует изменения на

междисциплинарном уровне, а в образовательных учреждениях – необходимость использования сохраняющих здоровье технологий и формирование правильной системы ценностей, мотивов и установок учащихся на здоровый образ жизни, интеграцию медико-биологического и социального-психологического знания для духовно-нравственного становления, что предупредит рискованное поведение [20, 171]. Психологическим содержанием развития ценностных отношений подростков является процесс трансформации категории «знания» в категорию «значимость» посредством психологической идентификации сдвига мотива на цель.

Не стоит ожидать, что медицинские работники обладают глубокими знаниями педагогики, психологии и всех культурных традиций в области здоровья, но широкое понимание того, как культура может влиять на убеждения и поведение молодежи поможет выстроить доверительные отношения. С другой стороны, культура молодежи может влиять на ценности в восприятии здоровья, степень участия медицинских работников и педагогов в укреплении репродуктивного здоровья и на вопросы, связанные с конфиденциальностью и доступностью услуг [172]. Воспитание ответственного репродуктивного поведения у студентов подростков, требует особого внимания в силу психологических особенностей возраста [173]: во-первых, учебная деятельность для подростка перестает быть основной, приоритетом становится общение со сверстниками с репликацией положительных или отрицательных ценностных установок; во-вторых, доминантной группой выступают сверстники, их ценности и поведение принимаются подростком как обязательные, что приводит к конфликту с педагогами и родителями; в-третьих, именно в данный возрастной период происходит процесс полового созревания, когда физиологические факторы выступают катализатором получения нового опыта, который не всегда безопасный.

Именно по этим причинам подростков надо заинтересовать, используя интерактивные, игровые формы работы, инновационные технологии, обучение которым должно начинаться на этапе подготовки специалистов [174, 175].

Говоря о поведенческих факторах, влияющих на здоровье, необходимо учитывать принципиально новые условия жизнедеятельности современного подростка, связанные с инновациями последних десятилетий, что требует корректировки подходов к организации профилактического образования [176]:

1. Подростки и молодежь находятся в огромном информационном и социальном пространстве без реальных границ. В процессе выстраивания модели поведения приоритетом является влияние лавины информации.

2.Ценности и знания, полученные в образовательном пространстве и вне его, часто противоположны по содержанию, что приводит к формированию потребительского отношения к жизни и здоровью [36].

3.В виду снятия многих запретов в виртуальных средах подросток живет ложным представлением о свободе, что сопровождается небезопасным поведением и падением доверия к подростку со стороны взрослых. Растущий человек отстранен от решения реальных проблем семьи, сообщества, что провоцирует нарушение процессов взросления и социализации.

4.Превалирование виртуальных форм социализации, ослабление преемственности между детьми и взрослыми приводят к самоизоляции детства, упрощению сознательности подростков, росту агрессивности, суициду, за которыми стоит одиночество, страх, неуверенность, неприятие будущего [177].

Различные формы девиантного поведения подростка бывают результатом задержки физического или психического созревания [178, 179]. В этом контексте мы говорим о междисциплинарном взаимодействии, когда медицинские работники обладают навыками психологии и педагогики для полноценного консультирования. Методика консультирования с использованием алгоритма «HEADS», успешно применяемая в Республике Беларусь, и алгоритмы ВОЗ в работе с подростками и молодежью по вопросам репродуктивного здоровья, общение медицинского работника с подростком учитывают особенности данного возраста, предполагая в позитивной форме получение информации о доме, учебе, друзьях, увлечениях и партнере, помогают выделить подростков, нуждающихся в психологической или медико-социальной помощи и порой являются ключом к пониманию проблем со здоровьем молодежи [180].

С переходом на индивидуалистическую модель воспитания сегодня фактически отсутствуют формы совместной деятельности взрослых и подростков. На первый план вышли собственные интересы [181, 182]. Для качественного формирования ценностного отношения к репродуктивному здоровью и здоровому образу жизни у молодежи уровни организации профилактической работы в системе образования должны предполагать:

— внеучебную воспитательную работу по формированию базовых ценностей физического здоровья, духовного и социально-психологического;

— разработку и внедрение модулей по непрерывной профессиональной подготовке кадров в области охраны репродуктивного здоровья молодежи для медицинских работников, работников сферы просвещения, психологов, социальных ассистентов, а также для подготовки междисциплинарной команды;

— профилактическую работу с педагогическим коллективом, которая предполагает проведение тренингов, семинаров, т. к. повышение культуры здоровья педагога – важная часть его просветительской грамотности [176];

— работу с родителями, которые являются «ролевой моделью» для детей [183].

1.3. Современные стратегии и региональный опыт охраны репродуктивного здоровья молодежи

Укрепление здоровья, как сформулировано в Оттавской Хартии (1986 г.), - это «процесс, позволяющий отдельным людям и группам повысить степень контроля над состоянием своего здоровья и улучшить свое здоровье и качество жизни». Именно укрепление здоровья молодежи как профилактическая мера способно сохранить репродуктивный потенциал государства и улучшить демографическую ситуацию. Одинаково ценно и важно, учитывая равные гендерные шансы, сохранить здоровье и юношей и девушек без дискриминации по признаку пола [184, 185].

Обращение к теме РЗ подростков вызвано сложностью становления полового воспитания в странах постсоветского пространства и недостаточным количеством научных исследований, посвященных проблемам общественного здоровья и здравоохранения детей и подростков. Проведенный В. Ю. Альбицким (2014), Н. В. Устиновым и Е. В. Антоновым контент-анализ 4194 диссертационных работ по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» за 1991–2012 гг. показал, что только 14,8% диссертаций посвящены проблемам детского населения из которых профилактические аспекты рассмотрены в 12,2%, преобладающая возрастная группа - подростки (19,9%) а междисциплинарные связи обнаруживаются с внутриведомственными специальностями: педиатрия – в 16,2%, акушерство и гинекология – в 3,8% и гигиена – в 3,4% [186]. В связи с чем можно сделать вывод, что пока недостаточно изучена динамика репродуктивных установок молодёжи, отсутствуют доказательные данные о возможностях стимулирования их роста, не в полном объеме разработаны меры формирования здоровьесберегающего поведения молодёжи и повышения качества жизни подростков [12]. Различные общественные и некоммерческие организации ведут половое просвещение подростков не всегда профессионально и компетентно, чем заслуживают отрицательное отношение общества к информированию в такой чувствительной теме [187]. Альтернатива половому просвещению – это модель междисциплинарного взаимодействия в рамках духовно-нравственного воспитания молодежи по охране здоровья, в том числе репродуктивного. Так, специалисты Саратовского Центра планирования семьи, отказавшись от программ сексуального

просвещения подростков, предложили программу «Основы здорового образа жизни» с элементами просвещения осознанной роли родителя, профилактики абортов, безопасного сексуального поведения [188].

Междисциплинарный взгляд на вопросы репродуктивного здоровья, поведения и репродуктивной культуры привлекает внимание исследователей [189, 190] и подразумевает как минимум общий подход к вопросам репродуктивного воспитания секторов просвещения и здравоохранения. Это, безусловно, понятно и одобрено медицинским сообществом, но педагоги, несмотря на настороженное отношение к половому просвещению, постепенно подходят к возможности воспитания и обучения подростка тому, как сохранить репродуктивное здоровье, учитывая триаду физического, духовного и психологического здоровья [39, 191, 192].

Одной из задач нашего исследования является научное обоснование и разработатка модели межведомственного взаимодействия секторов здравоохранения и просвещения для воспитания культуры репродуктивного поведения и охраны репродуктивного здоровья молодежи, опираясь на эффективные практики и мировой опыт.

Концепция охраны репродуктивного здоровья получила развитие и была декларирована рядом международных правовых документов, посвященных правам человека: Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 г.); Конвенцией ООН о правах ребенка (1989 г.); Материалами международных конференций по проблемам народонаселения и развития (Мехико, 1984 г.; Каир, 1994 г.); Материалами Всемирной конференции по правам человека (Вена, 1993 г.); Материалами Всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 1995 г.) и др. [10, 27, 185, 193, 194]. Человеческая личность как центральный субъект прав человека была провозглашена основным бенефициаром этих прав и активным участником их реализации. Неоценимый вклад в изменение взглядов мирового сообщества на охрану РЗ внесла МКНР (Каир, 1994 г.) [10], где впервые было заявлено о необходимости законодательного закрепления принципов охраны РЗ на уровне законодательства стран-участников, которые планировали достигнуть к 2015 г. всеобщего доступа к информации и услугам в области охраны РЗ. Каирская программа является основополагающим документом при разработке законодательства по охране РЗ во многих странах ВЕЦА. В мае 2004 г. была принята первая глобальная стратегия ВОЗ в области РЗ, выделившая пять приоритетных аспектов охраны репродуктивного здоровья: улучшение дородовой, перинатальной, послеродовой помощи и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг в области планирования семьи; ликвидация небезопасных абортов; борьба с инфекциями,

передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию; укрепление сексуального здоровья. [11]. Международные обязательства в вопросах охраны РЗ акцентируют внимание органов государственной власти стран-участников, на вопросах охраны РЗ. Постановлением Межпарламентской Ассамблеи ЕЭС от 13 мая 2009 г. был принят законодательный акт «Об общих принципах охраны репродуктивного здоровья населения государств – членов Евразийского экономического сообщества (ЕЭС)» [195]. В данном документе определены общие принципы медико-социальной помощи в области охраны РЗ, принципы укрепления государственных мер по сохранению качества репродуктивного потенциала населения ЕЭС, обеспечения приоритета финансирования мероприятий по охране РЗ. В 2012 г. на 62-й сессии Европейского регионального бюро ВОЗ был рассмотрен Европейский план действий (ЕПД) по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения вместе с основами новой Европейской политики в поддержку здоровья и благополучия «Здоровье–2020» [162]. Укрепление здоровья основывается на пяти стратегиях: учет интересов здоровья в проводимой государственной политике; создание благоприятных условий окружающей среды; укрепление действий на уровне местных сообществ; развитие индивидуальных навыков; переориентирование служб здравоохранения [196]. Эти ключевые стратегии предназначены для применения в том числе и в области здоровья матери и ребенка, сексуального здоровья, психического здоровья, борьбы против алкоголя и др. [197, 198]. В рамках ЕПД выделены три составляющие оперативных функций общественного здравоохранения: защита здоровья, укрепление здоровья и профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья. Подходы «укрепление здоровья» и «профилактика болезней» связаны с позитивным влиянием на поведенческие факторы, что особенно важно при подготовке программ, направленных на подростков [198].

Одной из принятых ООН (2015 г.) 17 устойчивых глобальных целей для обеспечения здоровья и благополучия всех людей является Цель 3 «Обеспечение здорового образа жизни и повышения благосостояния для всех возрастов», которая актуализирует обеспечение доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья, всестороннему профилактическому образованию [49]. Цель 4 «Обеспечение всестороннего и качественного образования для всех и содействие непрерывному образованию» подчеркивает в том числе и доступ молодых людей к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье. Цель 5 «Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей для всех девушек и женщин» уточняет важность равных гендерных шансов в достижении глобальных целей.

Большинство стран ВЕЦА присоединилось к международным конвенциям в сфере защиты прав детей и молодежи в области сохранения СРЗ и профилактики ВИЧ. Страны региона также подписали ряд деклараций, планов действий и рамочных документов, определяющих конкретные цели, достижение которых позволяет судить о прогрессе в обеспечении этих прав. В их числе: Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) (1966 г.); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) (1979 г.); Конвенция о правах ребенка (КПР) (1989 г.); Всемирная декларация об образовании для всех (1990 г.); План действий, принятый на МКНР (1994 г.) и Декларация тысячелетия ООН (2000 г.); Дакарские рамки действий «Образование для всех: выполнение наших коллективных обязательств» (2000 г.); Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001 г.); Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии (2004 г.); Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу от 2011 года [27, 199, 200].

Присоединение к данным конвенциям и декларациям накладывает на страны обязательства по совершенствованию национального законодательства, разработке и реализации специальных стратегий. Доказательства свидетельствуют, что во многих странах законы, политики и практические шаги не всегда последовательны либо не согласуются с международными обязательствами стран, являясь барьером для достижения Целей Развития Тысячелетия, а также достижения высоких стандартов в сфере сексуального и репродуктивного здоровья [201, 202].

За последние 20 лет в странах ВЕЦА разработан и принят ряд законов и стратегий, которые содействуют охране РЗ. Так, в Армении принят Закон «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах человека» (2002 г.); в Таджикистане – «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах» (2002 г.), в Молдове – «Об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи» (2001 г.), Закон Республики Молдова «О репродуктивном здоровье» (2012 г.), в Кыргызстане – «Закон Кыргызской Республики о репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» (2007 г.) [21, 203, 204, 205, 206]. В Казахстане принят только Приказ Министра здравоохранения «О мерах по развитию охраны репродуктивного здоровья граждан и оказанию услуг по планированию семьи» в 2009 г., а в Азербайджане частично затрагивает вопросы охраны репродуктивного здоровья Закон «Об обеспечении гендерного равенства (2006 г.)». В Российской Федерации приняты федеральные и краевые Программы мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2009–2013 гг., Федеральные Законы «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ» (1995 г., редакция 2004 г.) и «Об

основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (2011 г.), «Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» (2005 г.) [207, 208, 209, 210, 211]. В концепции конкретизированы принципы организации обучения в области ВИЧ/СПИДа: системности, стратегической целостности, многоаспектности, включая психологический и социальный аспекты аксиологичности, ситуационной и индивидуальной адекватности, соблюдения прав человека [211].

Анализ национальных законов и стратегий в области общего и репродуктивного здоровья показал, что в ряде стран (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Узбекистан и Украина) государство берет на себя обязательство предоставлять молодым людям информацию, образование и услуги по защите их репродуктивного здоровья. Согласно нормативно-правовой базе вышеназванных стран подростки имеют право: на охрану сексуального и репродуктивного здоровья; быть информированными по вопросам полового созревания, иметь необходимые знания для защиты от нежелательной беременности и ИППП, в том числе ВИЧ; получать в условиях доброжелательности доступную медицинскую консультацию и помощь по вопросам, связанным с половым созреванием, сексуальным и репродуктивным здоровьем. В большинстве стран половое воспитание осуществляется лицами, имеющими специальную подготовку, при сотрудничестве с семьей, медицинскими службами, общественными организациями [212]. Например, Украина поддерживает программы для особо уязвимых групп населения с целью профилактики ВИЧ и поддержке людей, живущих с ВИЧ [213]. Украина провела исследование с целью оценки численности молодежи 10–19 лет (2011 г.), относящихся к группам риска, положив в основу проект «Подростки группы риска...» (2008 г.), с активным участием гражданского общества [214, 215, 216].

В большинстве стран образовательные программы по охране СРЗ подростков и требования по их содержанию разрабатывают и осуществляют исполнительные органы в области образования и здравоохранения при участии общественных организаций, муниципалитетов, а также самих молодых людей с учетом национальных традиций и международного опыта [217]. Так, в Молдове была принята Национальная стратегия в области репродуктивного здоровья на 2005–2015 гг., гарантировавшая подросткам и молодежи информирование и воспитание в области РЗ [218]. В Национальной стратегической программе в области демографической безопасности Республики Молдова на 2011–2013 гг. признавалось влияние образования на будущее репродуктивное поведение и здоровье, в связи с чем на средние и высшие учебные заведения возлагалась ответственность за предоставление образования в области здоровья и семейной жизни.

В странах постсоветского пространства сложилась централизованная система образования, устанавливаются единые государственные стандарты, определяющие цели, задачи, результаты базовых образовательных программ. Вариативная составляющая образования учитывает местные особенности для организации внеклассных и факультативных (по выбору) занятий, в том числе профилактического образования. Анализ законодательства постсоветских государств показал, что вопросы охраны репродуктивного здоровья внедряются путем профилактического образования (профилактики ВИЧ и СРЗ), интегрированные в обязательные предметы и факультативные курсы [22].

В Армении, Республике Молдова, Кыргызстане и Таджикистане права подростков на сексуальное образование в школе и защиту своего СРЗ закреплены в законе о репродуктивном здоровье [21, 203, 204, 205, 206]. В законах России, Азербайджана и Узбекистана термин «сексуальный» в отношении подростков, их здоровья, образования и прав не используется, но закреплено право на получение санитарно-гигиенического просвещения (Россия и Узбекистан), тесно связанного с духовно-нравственным воспитанием молодежи [219, 220, 221, 222].

Сексуальное образование и просвещение по вопросам ВИЧ связывают с нравственным воспитанием в Армении, Казахстане и на Украине [223]. В двух странах – Казахстане и Таджикистане – подготовка к браку, семейной жизни и деторождению выделена в качестве важной цели образования в области РЗ [224]. Национальное законодательство по вопросам молодежи продолжает тему профилактической направленности и, например, как в Армении и на Украине, определяет охрану здоровья молодежи приоритетной и предусматривает пропаганду здорового образа жизни и профилактику злоупотребления психоактивными веществами [212, 225]. В Беларуси законодательство одобряет и рекомендует формирование здорового образа жизни и развитие положительного поведения подростков в рамках Концепции формирования навыков здорового образа жизни учащихся образовательных учреждений, утвержденной министерством образования, а Министерство здравоохранения Республики Беларусь совместно с ЮНФПА создали сеть Центров здоровья молодежи, оказывающих консультативную и медицинскую помощь, разработано пособия для врачей «Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья», и «Алгоритмы консультирования подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья»; принята Инструкция об организации работы консультации «Брак и семья» с оказанием услуг, дружественных молодежи [180, 226, 227, 228]. В Казахстане согласно программе «Здоровый образ жизни на 2008–2016 гг.» доступно половое воспитание с

формированием жизненных навыков и безопасного поведения [229]. В законодательстве о молодежи обычно подчеркивается ее право участвовать в планировании и реализации профилактических программ, но, как правило, это возлагается только на образовательные учреждения [230].

Если обратиться к годовому отчету ЮНФПА за 2015 г., можно констатировать, что по состоянию на 2015 г. насчитывалось только 73 страны с национальными комплексными учебными программами полового просвещения, которые приведены в соответствие с международными стандартами [44].

В целом вопросам образования в области здоровья в законах об образовании уделяется меньше внимания, чем в законах о здоровье. Упоминания об образовании в области здоровья и обучении жизненным навыкам были обнаружены в законах только четырех стран постсоветского пространства. Перед образованием в области здоровья ставится широкая задача: сформировать навыки здорового образа жизни, воспитать культуру здорового образа жизни, привить безопасный образ жизни [230].

В некоторых странах (Республика Казахстан, Республика Молдова) разработаны специальные стратегии, которые дают возможность для включения в учебные программы образовательных учреждений компонента профилактического образования. Республика Молдова для решения названных проблем включила вопросы здоровья и развития подростков в качестве приоритетных в ряд официальных стратегических и политических документов правительства, таких, например, как Национальная политика здоровья на 2007–2021, Национальная стратегия в области здоровья и развития детей и подростков на 2014–2024 и Национальная стратегия по развитию молодежного сектора на 2014–2020 [231]. В соответствии с данными политическими документами при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ, Отдела по сотрудничеству Швейцарии и ЮНФПА были созданы 38 Центров здоровья, дружественных в отношении молодежи (ЦЗДМ), которые обеспечивают молодым людям свободный доступ к услугам здравоохранения, которые увеличились с 5% в 2011 г. до 15% – в 2013 г. [231]. Республика Молдова оценила эффективность затрат на обеспечение услуг, дружественных молодежи, а исследование J. Kempers, E. Ketting, G. Lesco (2014 г.) показало, что для обеспечения качественных услуг, кроме финансирования на 58% государством, необходимо дополнительно 42% финансирования, предоставленного внешними донорами и рассчитала потенциальную экономичность по программам СРЗ (профилактики ИППП, ранней беременности, контрацепции, ВИЧ) [232]. Помимо прочего, в Республике Молдова утвержден план действий по реализации Стратегии Национальной системы перенаправления для предоставления защиты и помощи жертвам и

потенциальным жертвам торговли людьми на 2009–2011 г., в которой намечены разработка и внедрение модулей по непрерывной профессиональной подготовке кадров в области предупреждения насилия над детьми для медицинских работников, педагогов, психологов, социальных ассистентов, работников полиции, юристов [233, 234].

В Национальном плане действий Республики Казахстан по образованию на период до 2030 г. поставлена задача получения детьми и родителями образования в области профилактики ВИЧ/ИППП и потребления наркотиков [235]. Но следует подчеркнуть, что в ряде стран (Армения, Беларусь, Украина, Республика Молдова, Таджикистан) планы мероприятий зачастую ограничиваются вопросами профилактики ВИЧ [236]. Нередко «деликатные» темы в школе не обсуждаются. Например, в учебной программе представлены вопросы анатомии и физиологии репродуктивной системы человека, но почти не уделено внимание психосексуальному поведению, навыкам общения для принятия ответственных решений и безопасного поведения. В учебной программе предусмотрено обсуждение вопросов прав человека и гендерного равенства, однако репродуктивные права подростков и равные гендерные шансы не рассматриваются. Так, в Республике Беларусь, в учебные программы колледжей и университетов были включены вопросы профилактики сексуального насилия на уровне работников здравоохранения – членов Национального комитета по предотвращению пропаганды насилия и распространения детской порнографии [223].

Данные несоответствия отражают всю сложность оценки эффективности образовательных программ в области СРЗ. В большинстве случаев учащиеся не сдают экзаменов и нет контроля усвоения материала по итогам прохождения предметов профилактической направленности. Введение аттестации не решило бы главной задачи – определения того, какую ценность придают полученным знаниям сами учащиеся и насколько они готовы применять их в жизни. Опрос как метод общественного здравоохранения смог бы решить вопрос самооценки и отношения к охране репродуктивного здоровья у молодежи и оценил бы уровень знаний при условии анонимности. Эффективность программ по половому просвещению зависит не только от соответствия стандартам полового просвещения, но еще и от адекватной экспертизы при подготовке программ с участием специалистов, подростков, родителей, общественных организаций для соответствия этическим нормам и особенностям каждого региона [237].

Во многих странах министерства здравоохранения оказывают помощь министерствам образования в разработке учебных программ в области здоровья и подготовке информационных материалов, учебных и методических пособий по этой тематике [238].

Образовательные программы в области СРЗ и профилактики ВИЧ получают большую поддержку со стороны работников здравоохранения, чем педагогов. Однако у сектора здравоохранения не всегда есть достаточно полномочий и возможностей для определения содержания, мониторинга реализации и оценки результатов образовательных программ для усиления в них профилактических компонентов.

Несмотря на прилагаемые усилия, эффективная реализация образовательных программ по охране СРЗ не была достигнута. Программы просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в 2006–2011 г. осуществлялись в более чем 80% (81–92,4%) общеобразовательных школ в четырех странах (Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова и Российской Федерации) [231]. Однако в этих странах в тот же период менее 40% (31,9 – 38,2%) молодых людей в возрасте 15–24 лет могли правильно назвать способы профилактики ВИЧ и имели верное представление о путях его передачи [239]. В Узбекистане в 2009 г. во всех школах осуществлялись образовательные программы по профилактике ВИЧ, однако лишь 12,5% опрошенных молодых людей имели верные представления о нём [240]. Образовательные результаты в наибольшей степени соответствуют масштабам, в которых реализуются профилактические программы. В Беларуси занятия по профилактике ВИЧ проводились в 5–9-х классах 96,8% школ и 62,7% молодых людей в возрасте 15–24 лет имели хорошие знания о ВИЧ. На Украине занятия проводились в 58,7% школ и 39,9% молодых людей имели хорошие знания [22].

Можно предположить, что низкий уровень знаний является следствием не только ограничений мониторинга процесса, но и несистемного подхода к профилактическому образованию: выделение одной составляющей из комплекса охраны репродуктивного здоровья, непоследовательность в реализации обучающих программ, недостаточное количество учебных часов и использование традиционных (лекционных) методов.

Во всех странах постсоветского региона проводят периодические медицинские осмотры и вакцинацию учащихся, а школьные медицинские работники также занимаются медико-санитарным просвещением учащихся. Однако загруженность работой и отсутствие надлежащей подготовки и мотивации ограничивает участие медицинских работников образовательных учреждений в реализации профилактических программ.

Значительная техническая и финансовая поддержка со стороны учреждений ООН (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЕСКО, ВОЗ), Агентства США по международному развитию (USAID) и др. дали возможность создать условия для разработки, апробирования и институционализации образования в области СРЗ и профилактики ВИЧ, поддержали услуги репродуктивного здоровья и планирования семьи, услуги, дружественные

молодежи, создав условия для междисциплинарного взаимодействия в вопросах охраны РЗ. В странах региона еще не сложилась устойчивая система мониторинга реализации и оценки эффективности профилактического образования, позволяющая в национальных масштабах измерять и оценивать изменения в знаниях, отношении и поведении учащихся в сфере СРЗ. Подобные изучения знаний периодически проводятся, но в рамках оценки результатов конкретных проектов и для отчетов о прогрессе в реализации ответных мер на эпидемию ВИЧ. Выделяют в отчетах два показателя, касающиеся знаний и поведения молодежи: процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ, и процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

Для эффективности сбора и расчета этих данных соответствующие индикаторы должны быть интегрированы в национальные информационные системы управления образованием и здравоохранением.

Неправительственные организации, работающие в социальной сфере, играют важную роль в изучении потребностей молодежи в области РЗ, в проведении мероприятий по вопросам ВИЧ и СРЗ. Неотъемлемой частью проводимой гражданским обществом работы является формирование толерантности и отсутствие стигмы и дискриминации к людям, живущим с ВИЧ, а также обеспечение равных прав для всех [241]. Например, с 2007 по 2012 год более 400 тыс. подростков в 11 регионах России прошли обучение в рамках программы «Все, что тебя касается», разработанной неправительственной организацией при взаимодействии с сектором просвещения [242]. В Республике Молдова с участием международных организаций оказывается поддержка неправительственным организациям, работающим в сфере ВИЧ, для интегрирования мероприятий по оказанию качественных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья [243, 244]. Отметим, что все усилия в области охраны СРЗ важны, но не ставят всех подростков в равные условия независимо от места проживания, учебного заведения, особых потребностей.

При поддержке ЮНФПА и других международных организаций в нескольких странах региона проводится работа по стандартизации методов подготовки волонтеров и проведения образовательных программ по принципу «равный – равному». Но, как правило, после завершения финансирования проекты прекращают свою деятельность. Молдова может служить примером стабильности данной инициативы, осуществляя ее за счет привлечения центров, дружественных молодежи, однако это недостаточно для охвата всех подростков, нуждающихся в просвещении. В целях улучшения качества

профилактического образования проводятся мероприятия по наращиванию потенциала учителей, в том числе при поддержке ЮНФПА. Подготовка педагогов для преподавания осуществляется через государственную систему повышения квалификации или же краткосрочные курсы на основе каскадной модели обучения. Каскадное обучение имеет свои ограничения: после начальной подготовки тренеров последующие тренинги с учителями подвержены риску потери качества и не обеспечивают должный уровень их компетентности и непрерывности. В некоторых странах, где образование в области здоровья является обязательным, темы, связанные с ВИЧ и СРЗ, интегрированы в программы вузовской подготовки преподавателей.

Начиная с 2005 г., в Республике Молдова все студенты педагогических вузов изучают «Здоровый образ жизни» как обязательный предмет. На Украине подготовка преподавателей обязательного предмета «Основы здоровья» пока проводится лишь в нескольких педагогических вузах. В 2008–2011 гг. через систему повышения квалификации в Азербайджане, Армении, Беларуси, Российской Федерации, Таджикистане было подготовлено значительное число педагогов, преподающих в школе предметы, связанные с обучением жизненным навыкам и профилактикой ВИЧ [245].

Полноценная вузовская подготовка преподавателей профилактической направленности остается проблематичной. Для обеспечения качества профилактического образования учителя должны обладать знаниями и навыками, вовлекая учащихся в образовательный процесс с использованием интерактивных методов, что не заменит высокого уровня компетентности, с одной стороны, и доверия, которым подростки наделяют специалистов здравоохранения – с другой. Профессионализм и жизненный опыт медицинских работников и педагогов имеют большое значение при проведении занятий по вопросам охраны здоровья. Тренера должны уметь вовлечь учащихся в открытую дискуссию, чтобы усвоить знания и сформировать твердую жизненную позицию. Они должны чувствовать себя уверенно и комфортно при обсуждении «деликатных» тем и «трудных» вопросов. В связи с этим представляется целесообразным в педагогических и медицинских колледжах ввести специализацию для подготовки преподавателей предметов профилактической направленности, что экономически более эффективно, чем подготовка педагогов через систему повышения квалификации с отрывом от производства. Вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ, в разных объемах и формах включены в образовательные программы всех стран региона. Различия в содержании, подходах и масштабах профилактического образования отражаются на результатах обучения – знаниях и поведении подростков и молодежи. Выделение одного компонента

СРЗ и рассмотрение его вне комплекса факторов, влияющих на репродуктивное поведение, может привести к неэффективности проводимых мероприятий, что и происходит с программами по профилактике ВИЧ, как односторонней поднятой проблеме, которая связана с качественной работой в области охраны СРЗ и воспитания репродуктивной культуры.

А. М. Абаев и др. (2012 г.) уточняют, что низкий уровень здоровья детей связан с недостаточно широким применением профилактических программ в учебных заведениях и недостаточной эффективностью существующих моделей здоровьесбережения [246].

Сегодня все должны быть готовы к переходу от ведомственной к общенациональной стратегии воспитания как целостному целенаправленному процессу взаимодействия учащихся, педагогов, медицинских работников, родителей с предоставлением социально-педагогической, медико-социальной, психологической поддержки [247, 248, 249]. Так, по мнению Т. Ю. Филиповой (2009 г.), в условиях демографического кризиса своевременно внедрение в учебный процесс кафедры последипломого образования холистической модели охраны репродуктивного здоровья. Практическая ценность холистической модели подразумевает преодоление консерватизма мышления и сложившихся стереотипов [250].

В системе среднего профессионального образования профилактическое образование менее представлено, чем в общеобразовательных учреждениях. Украина, Республика Молдова и Кыргызстан разработали и внедрили в учебные планы профессионально-технических училищ различные программы по формированию жизненных навыков, освещающие вопросы профилактики ВИЧ, СРЗ и гендерного равенства [251]. Предоставление информации о безопасном и ответственном сексуальном поведении только в вузах, колледжах не может служить эффективной профилактической мерой, так как многие из подростков становятся сексуально активными в более раннем возрасте. Кроме того, не все молодые люди продолжают свое образование после окончания средней школы. Поэтому весьма целесообразно ввести обязательное изучение вопросов, связанных с обучением жизненным навыкам и образованием в области СРЗ в программу подготовки будущих педагогов и медиков – студентов колледжей.

Образовательные программы в области СРЗ и профилактики ВИЧ, которые учитывают все особенности работы с подростками, опираясь на международные рекомендации, а также проводимые специально подготовленными специалистами с использованием современных подходов, предполагающих активное участие молодежи в образовательном процессе, способны снизить рискованное поведение среди подростков и молодежи, не ускоряя и не стимулируя сексуальную активность [227].

Таким образом, современные стратегии и региональный опыт охраны РЗ подростков

и молодежи акцентирует внимание на важности профилактической работы, выходя за рамки профилактики ВИЧ\СПИД, что приводит к более широкому пониманию основных аспектов охраны РЗ. Многокомпонентность профилактической работы, сложность внедрения системы полового просвещения в странах ВЕЦА, ограниченное количество специально подготовленных специалистов затрудняют развитие репродуктивной культуры у молодежи. Успешные стратегии основываются на тесном взаимодействии родителей, секторов образования и здравоохранения, а также на стандартах и практиках, доказавших свою эффективность [252].

1.4. Системный подход в управлении организационными структурами разных уровней по охране репродуктивного здоровья.

Актуальность междисциплинарного взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения рассматривается в работах авторов как постсоветского пространства, так и зарубежными [189, 190]. Так, И. Н. Ерошенков (2004 г.), А. Я. Данилюк (2009 г.), Э. И. Поднебесная (2010 г.), О. Ю. Милушкина (2011 г.), Т. Н. Гущина (2012 г.), С. К. Турчак (2013 г.), опираясь на важнейшие педагогические условия воспитания культуры здоровья учащихся, предлагают совмещение усилий секторов просвещения, здравоохранения и семьи для выстраивания и активизации здоровьесберегающей модели поведения подростков, используя: ориентацию педагогов на принципы гуманистической педагогики и психологии; комплексный межведомственный подход с точки зрения решаемых задач, используемых принципов, форм и методов педагогической деятельности [175, 191]; повышение уровня подготовленности педагогов и медицинского персонала школ, техникумов, колледжей и вузов к деятельности по воспитанию физического, духовного и психологического здоровья с использованием новых форм и методов работы [182, 192].

В целях установления причинно-следственных связей между различными секторами государственного управления, а именно здравоохранения и просвещения, в вопросах охраны РЗ молодежи, а также выявления сходства и различия подходов в профилактической работе обратимся к понятию системного подхода.

Первую теорию дедуктивных умозаключений (категорических силлогизмов), в которых заключение получается из посылок по логическим правилам и имеет достоверный характер, разработал Аристотель в 300 г. до н.э. На ее основе построена теория доказательства, применённая при анализе исследования по охране РЗ молодежи [253].

В прошлом веке методология системного подхода завоевала популярность как новая отрасль научного познания, которая использует общий язык и рассматривает объект или явление как целостность, компоненты которой взаимодействуют между собой. Системный

подход стал инструментом для получения принципиально новых знаний на базе давно известных и находится между философской и конкретно-научной методологиями. Методология системного подхода, раскрытая в трудах А. Богданова (1985 г.), Л. Берталанфи (1962 г.), У. Р. Эшби (1962 г.), Н. Винера (1983 г.), способствовала успешному решению ряда проблем познания природы и развития технологии и экономики [254, 255, 256]. Согласно Л. фон Берталанфи (1962 г.) биологическая система должна рассматриваться как открытая система, носящая живой характер. Системный подход используется в концепциях педагогического и медицинского менеджмента [257, 258].

Применительно к организационным структурам системный подход известен под названием системный анализ (System Analysis). Согласно утверждениям Н. Н. Моисеева (1981 г.) системный анализ – это синтетическая дисциплина, изучающая научные методы принятия решений, не получившая широкого распространения [259]. Одна из причин непопулярности этой методологии лежит в сохранении доминирующей тенденции индуктивного мышления от частного к общему в естественных науках, в то время как системные исследования базируются на дедукции – форме мышления, когда частное выводится из общего, к которой не подготавливает ни школьное, ни университетское (во многих отраслях) образование [260].

Для обоснования использования терминов системного подхода мы руководствуемся понятийным аппаратом, примененным С. Я. Куриц и В. П. Воробьевым (2010 г.) при изучении «патологий системы государственного управления и конституционного права». Государство с позиции системного анализа может рассматриваться как система, которая создана людьми и в которой действуют люди для достижения некоторой общей цели, равно как и сектора государства можно рассматривать как одноуровневые системы. Используя методологическую модель, примененную Н. Винером (1963 г.) в теории кибернетики, а позже американским политологом Д. Истоном (1965 г.) для анализа политической жизни, государство как С-систему можно представить «черным ящиком» с «входом» и «выходом». Государство (С-система) взаимодействует с природой и потоками информации (Не-системой), дополнительно к этому в Не-системе функционируют системы мирового сообщества (Надсистема): например, ООН, ВОЗ.

Оба компонента (природа и Над-система) занимают более высокое иерархическое положение, чем государство. Выступая в роли Над-системы, они направляют государству сигналы и воздействия, игнорирование которых чревато серьезными последствиями для государства, т.е. для народа. По аналогии вопросы, касающиеся прав человека, достижений доказательной медицины, регулируются Над-системой и государством, поэтому должны

равняться на международные законы и достижения.

Опираясь на характеристику некоторых управленческих патологий, нарушающих стабильность системы, предложенную профессором Иерусалимского университета I. Galnoor (1982 г.), была отмечена тождественность управленческих дефектов, применяемых при рассмотрении государственной иерархии, и управленческих патологий – при рассмотрении других систем [261]. К этим дефектам I. Galnoor (1982 г.) отнес: «замкнутое колесо» (определение Виленского, Фридриха и Януса), «высокооктановый синдром», «окно дисплея» и «все плывут, и нет якоря» (определение С. Хантингтона).

«Замкнутое колесо» как патология управленческого решения (УР) характеризует неспособность субъектов управления к изменению вектора, поскольку принимаемые и реализуемые установки соответствуют сложившимся стереотипам. Эта особенность УР достаточно часто движет теми, от кого зависит принятие решений на уровне секторов государства. Так происходит в случае неприятия педагогами полового просвещения в учебной среде и в секторе здравоохранения: замена неэффективных лекций как обязательной части рабочего процесса на эффективные методы работы с молодежью.

«Высокооктановый синдром» – это проблема УР, означающая, что внутренние политические процессы становятся предметом интенсивного торга, что не приводит к внешним изменениям и новациям даже при принятии решений. Особенность малых государств – это крайне ограниченный штат сотрудников секторов, и при смене политических элит замена ключевых фигур приводит к «высокооктановому синдрому» и выпадению функций, контролируемых предшественниками. Так, в Приднестровском регионе после смены политической элиты в 2012 г. были свернуты программы специального обучения врачей и педагогов эффективным методам и приемам здоровьесберегающего образа жизни, включающего в себя и просвещение по РЗ.

«Окно дисплея», согласно I. Galnoor – это ситуация, когда информация для принятия решений поступает без аргументации. «Все плывут и нет якоря» – система, которая потеряла свой традиционный базис и мечется, реагируя на случайные влияния.

Управленческие решения являются поводом к действиям для достижения поставленной цели, поэтому адекватность управленческих решений отражается на судьбах граждан. Управление – это целенаправленное воздействие субъекта управления на объект с базовым элементом познания. Управление можно рассматривать как имманентную категорию, остающуюся внутри границ возможного опыта, с принципами адекватности информации как рабочего механизма, используемого в управлении органами исполнения по *прямым связям*, и получаемая назад информация об исполнении решения по *обратной*

связи, на основе которой центр вырабатывает новую информацию о корректировке при необходимости первичной информации. Используя компьютерную метафору (Herbert A. Simon), можно представить управленческое решение как результат работы оператора на компьютере. Функционально-структурный каркас управления как аналог обработки информации на компьютере состоит из: Hardware (подобие аппаратных средств компьютера), Software – регламента разработки и исполнения конкретных управленческих решений и третьего элемента субъекта управления – оператора Decision maker – аналога лица, принимающего решение, на субъективную оценку которого оказывают влияние личные интересы, стремление к власти и удовлетворение гедонических устремлений (пассионарность), а также профессионализм, прозорливость, культура, мораль и др. Все вышеназванные «болезни государства» вызваны отсутствием системы между выполнением норм и законов на уровне С-системы (документы, носящие стратегический характер – законы и стратегии), уровнем, предполагающим принятие тактических решений (подзаконные акты, постановления) и уровнем непосредственно-оперативных решений (приказы, распоряжения, мониторинг как в письменной, так и в устной форме) [262]. Важную роль в профилактике «болезней государства» играет согласованность принимаемых решений с современными достижениями и успешными практиками, учетом рекомендаций Над-системных структур (ООН, ВОЗ, ЮНФПА). Для эффективности управленческой деятельности важно обеспечить полноту жизненного цикла управленческого решения (УР). Это, во-первых, подготовка, во-вторых, принятие, в-третьих, контроль над исполнением управленческого решения, контроль над объектом управления (ОУ) и, в-четвертых, коррекция по результатам контроля, который завершает круг, и этот цикл может повторяться неоднократно.

С. Я. Куриц и В. П. Воробьев в книге «Болезни государства», используя системный подход, провели анализ функционирования системы государственного управления посредством метода диагностики болезней. Авторы предложили использовать подход мысленного предвосхищения результата, который достигается целевым управлением совместной деятельностью людей. В медицине при целевом управлении важное значение имеет достоверное знание существующего состояния системы управления и ее возможности предупреждать проблемы и своевременно устранять возникшие. Такой подход способен предупреждать нежелательное развитие событий, опираясь на научные знания, не тратя огромные ресурсы на устранение свершившихся событий. Методы медицинской диагностики как достоверного научного осознания нежелательных последствий опираются на инвариантные компоненты и связи, существующие в

функциональных системах человеческого организма [260]. Мы предлагаем применить достижения системного анализа в изучении системы государственного управления и права для исследования вопросов профилактической медицины, а именно охраны репродуктивного здоровья молодежи.

Согласно Daron Acemoglu, James A. Robinson (2012 г.) болезни являются следствием бедности и того, что меры по охране общественного здоровья и созданию эффективной системы здравоохранения правительства этих стран не могут или не считают нужным предпринимать [263]. Мировое неравенство различных стран по экономическим, политическим, демографическим вопросам связано с правильностью предпринимаемых действий. «Все неправильно» чаще всего делают бедные страны не по ошибке, а намеренно, забывая теории экспертов, знающих «как все сделать правильно» [263]. Именно понимание того, как работает инклюзивная политическая система, стимулирующая участие больших групп населения к активности, соблюдая право выбора, защищая права, является ключом к объяснению неравенства в достижении всеобщего здоровья.

Используя прием Максвелла, позволяющий понять закон одной отрасли науки с помощью представления или закона, взятого из другой отрасли [264], можно констатировать наличие системных болезней С-системы, которые выражены в нарушениях вертикального взаимодействия государственной системы и межведомственного (горизонтального) взаимодействия одноуровневых подсистем здравоохранения и просвещения, которые приводят к низкой грамотности молодежи в области РЗ.

Учитывая роль молодежи как фактора ускорения или торможения демографического развития в части репродуктивного потенциала, исследование было устремлено на охрану репродуктивного здоровья молодежи. Изучение подходов и регионального опыта охраны репродуктивного здоровья молодежи, методологии системного подхода позволило нам научно обосновать своевременность изучения модели межведомственного взаимодействия секторов здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья.

Таким образом, *Целью исследования* является научное обоснование и разработка модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи на примере подготовки специалистов среднего профессионального образования. Для достижения поставленной цели были сформулированы *задачи исследования*: 1) провести научно-методологический контент-анализ существующих подходов к охране репродуктивного здоровья молодежи в регионе Восточной Европы и Центральной Азии и выявить особенности репродуктивного здоровья молодежи как медико-социальной группы и резервы для его улучшения; 2) оценить

организацию и эффективность профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья молодежи на примере учреждений среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения; 3) разработать модель межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи на основе изучения и обобщения научно-теоретических источников и результатов исследования; 4) разработать учебно-методическое сопровождение межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи.

1.5. Выводы по первой главе

Проведенный анализ научной литературы по теме исследования позволил нам сформулировать цель и задачи данного исследования, опираясь на следующие выводы:

1. Согласно изученным библиографическим источникам молодежь характеризуется варьирующим уровнем информированности о различных компонентах РЗ, низким уровнем репродуктивной культуры и неприятием навыков безопасного поведения, что в позволяет определить её как группу с высоким риском ранних половых контактов, незапланированных беременностей, контаминирования ИППП/ВИЧ и сниженным уровнем репродуктивного и соматического здоровья.

2. В современных условиях репродуктивное здоровье подростков и молодежи определяется рядом поведенческих факторов, продиктованных изменением отношения общества к традиционным ценностям (традиционная семья, рождение детей в браке), миграцией взрослого населения, пониженным вниманием к проблемам молодежи и отсутствием системного подхода к охране репродуктивного здоровья.

3. Современные стратегии и региональный опыт охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи не достигли ожидаемых результатов, в частности в Республике Молдова, где по-прежнему наблюдается высокий уровень подростковой беременности и абортов, а также высокая заболеваемость ВИЧ среди молодых людей. В достижении благополучия молодежи и ее гармоничного развития на первый план выступают оценка эффективности профилактического образования на национальном уровне, взаимодействие здравоохранения и просвещения по охране здоровья молодежи.

4. Модель С-системы и схема уровней управления являются универсальным инструментом для анализа функционирования различных секторов государства для достижения общей цели – охраны репродуктивного здоровья молодежи.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация опроса молодежи для обоснования модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья на примере учащихся медицинских и педагогического колледжей

Общая характеристика исследования

Исходя из анализа изученных библиографических источников и выявленных резервов охраны репродуктивного здоровья молодежи основной целью данного исследования является научное обоснование и разработка модели межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи. Данное исследование осуществлялось согласно поэтапному плану в период 2013–2017 г. *Первый этап* связан с обзором и анализом литературных источников, аналитическим изучением и оценкой состояния проблемы. *Второй этап* предполагал разработку плана и дизайна эмпирического исследования. *Третий этап* заключался в сборе материалов исследования, статистической обработке, определении условий для системного подхода к охране репродуктивного здоровья и научном обосновании модели взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи. На *четвертом этапе* был проведен анализ результатов исследования, разработана и протестирована на примере конкретного региона модель взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья и, сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации, опубликованы результаты исследования и обсуждены на научно-практических конференциях.

Для достижения поставленной цели и оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий в сфере репродуктивного здоровья в качестве основного метода исследования был выбран *опрос* как универсальный метод и источник знаний о внутренних побуждениях людей [265].

В качестве *объекта* исследования выступали студенты двух медицинских и одного педагогического колледжей, расположенных в городах Тирасполь и Бендеры.

Основными условиями проведения *выборочного обследования* явились предупреждение возникновения систематических ошибок и соблюдение принципа равных возможностей попадания в выборку каждой единицы генеральной совокупности. Был применен научно обоснованный способ формирования выборочной совокупности, обеспечивший репрезентативность выборки, что позволило выявить свойства объекта исследования с учетом характеристик, достаточно значимых для этой выборочной

совокупности [265]. Дизайн исследования – *поперечное одномоментное описательное исследование*.

Генеральная совокупность исследования составляет 646 человек. Это численность студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей на 1 октября 2013 г. (по данным учебных частей Государственного образовательного учреждения (ГОУ) «Тираспольский медицинский колледж им. Л. А. Тарасевича», MD-3300, г. Тирасполь, ул. К. Маркса, 1”б”, /+373-533/94626; Государственного образовательного учреждения «Бендерский медицинский колледж», MD-3200, г. Бендеры, ул. Гагарина, 25, /+373-552/21517 и Государственного образовательного учреждения «Бендерский педагогический колледж» MD-3200, г. Бендеры, ул. П. Морозова, 8, / + 373 (552) 6-46-80).

В конкретном исследовании выборочная совокупность была сформирована с учетом следующих факторов: степени однородности генеральной совокупности, представленной общим количеством обучающихся, и степени точности выборочных результатов.

На основании генеральной совокупности исследования, составившей 646 учащихся колледжей, была определена выборочная совокупность, которая по полученным данным может считаться репрезентативной для всей совокупности в целом.

Изначально было проведено аналитическое формирование выборки, в рамках которого осуществлялись следующие действия. *Первое действие:* были выбраны медицинский и педагогический колледжи, потому что здесь готовят специалистов, которые в будущем могут заниматься профилактической работой по охране репродуктивного здоровья. В то же время студенты сами являются молодежью, опросив которых, можно сделать заключение об уровне их информированности по вопросам репродуктивного здоровья.

Второе действие: для проведения опроса были выбраны студенты 1 и 4 курсов. Обоснование выбора студентов 1 курса обусловлено тем, что данная категория владеет информацией о репродуктивном здоровье и навыках его сбережения, полученной при обучении в школе. При этом студенты 4 курса демонстрируют знания и умения, полученные в ходе освоения специальности.

Третье действие: в связи с тем, что опрос проводился в учебных группах, в случайном порядке были выбраны группы, в которых планировалось анкетирование всех студентов, находящихся в группе на момент опроса.

Исходя из того, что имеется достаточно полное представление о генеральной совокупности, то наиболее приемлемой будет гнездовая выборка.

Расчет выборочной совокупности можно произвести по формуле (2.1):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot P \cdot q}{N \cdot \Delta^2 + t^2 \cdot P \cdot q}, \quad (2.1)$$

где n – минимальное необходимое количество наблюдений, т.е. количество объектов; $N = 646$ – объем генеральной совокупности; $P = 58,2\%$ (0,582) – доля студентов 1 курсов; $q = 41,8\%$ (0,418) – доля студентов 4 курсов; $\Delta = 0,045$ – максимально допустимая ошибка исследования (показатель, влияющий на валидность полученных данных); $t = 1,96$ – доверительный коэффициент, гарантирующий, что допустимая ошибка не превысит Δ ($t = 1,96$), так как величины вероятности, соответствующие коэффициентам доверия, устанавливаются математической статистикой [266]. Подставим данные в виде формулы и получим минимальное необходимое количество студентов для анкетирования – 269 человек (расчетная выборочная совокупность).

Принимаем в качестве показателя репрезентативности (меры подобия между генеральной и выборочной совокупностями) стандартную ошибку выборки, рассчитанную по качественному признаку (для доли) по формуле (2.2):

$$CO = \sqrt{\frac{pq}{n}} = \sqrt{\frac{0,582 \cdot 0,418}{459}} = 0,023, \quad (2.2)$$

где, CO – стандартная ошибка выборки; $p = 58,2\%$ (0,582) – доля студентов 1 курсов; $q = 41,8\%$ (0,418) – доля студентов 4-х курсов; n – объем выборки. Подставив данные в формулу (2.2), получим стандартную ошибку выборки, равную 0,023.

Принимая коэффициент доверия $t = 1,96$ (при доверительной вероятности $p = 0,95$, или 95%), получаем предельную ошибку выборки $\Delta = tM = 1,96 \times 0,023 = 0,045$ (4,5%). Предпочтительно опросить предельно возможное количество студентов для получения различных мнений и максимального вовлечения лиц мужского пола. Фактически опрошено оказалось 459 студентов (выполненная выборочная совокупность). Так как предельная ошибка выборки равна $4,5\% < 5\%$, то объем выборки 459 человек достаточен для получения репрезентативных данных относительно генеральной совокупности. Таким образом, выполненная совокупность (n) составила 71 % от генеральной совокупности (N).

Анкетирование проводилось для целевой группы молодежи в возрасте 15–24 лет, учащихся педагогического и медицинских колледжей, которые ориентированы на профилактическую работу с молодежью в будущем согласно анкете (Приложение1).

Выбор респондентов проводился в соответствии с критериями включения:

- принадлежность к группе студентов педагогического и медицинского колледжей;
- возраст от 15 до 25 лет;

– согласие респондента после ознакомления с текстом информированного согласия.

Окончательное распределение выборочной совокупности выглядит следующим образом (Таблица 2.1).

Таблица 2.1. Соотношение генеральной, выборочной и выполненной совокупностей (абс., %)

	Тирасполь		Бендеры				Всего
	Медицинский колледж		Медицинский колледж		Педагогический колледж		
	1 курс	4 курс	1 курс	4 курс	1 курс	4 курс	
Генеральная совокупность (<i>N</i>)	158 (24,5%)	98 (15,2%)	120 (18,6%)	100 (15,5%)	89 (13,8%)	81 (12,5%)	646
Выборочная совокупность (<i>n</i>)	66	41	50	42	36	34	269
Выполненная совокупность (<i>n</i>)	111	64	110	79	51	44	459

Были установлены критерии исключения из исследования: возраст более 24 лет или менее 15 лет, отказ респондента от участия в опросе после ознакомления с текстом информированного согласия, специально разработанного для данного исследования.

Анкетирование студентов педагогического и медицинских колледжей было проведено в период март – июнь 2014 г.

Следует отметить, что несмотря на комплексный подход, анкета, составленная с учётом курса внеклассной работы, изученных исследований и содержания «Примерной программы формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни» [267], все же имеет ограничения, поэтому есть аспекты репродуктивного здоровья, оставшиеся вне нашего исследования, например информация о репродуктивных планах опрошенных и влияние семьи на формирование репродуктивных установок детей. Целью проведенного опроса было получение объективной информации о состоянии их РЗ и динамике информированности подростков и молодежи о его охране.

При проведении опроса перед исследователем стояли следующие задачи: 1) определить уровень знаний в области репродуктивного здоровья, на который можно опираться в общении со студентами; 2) изучить продвижения подростка в освоении системы морально-этических категорий и духовно-нравственных ценностей, моделей здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья; 3) выявить «точки роста» в поведенческой сфере студентов в области репродуктивного здоровья для

выстраивания коррекционно-развивающей работы с ними и определения направлений дальнейшего совершенствования воспитательно-образовательного процесса, уточнения содержания, форм и технологий образования подростков и молодежи в аспектах репродуктивного здоровья в колледже.

При проведении опроса мы основывались на следующих принципах его организации:

- открытости, прозрачности процедуры оценки состояния и динамики информированности подростков и молодежи об охране репродуктивного здоровья;
- сравнимости данных сегодняшних достижений студентов не только с общепринятыми нормами, но и с достижениями, полученными ранее;
- прогностичности (получении данных, позволяющих прогнозировать возможные изменения и пути достижения целей).

Диссертант совместно с администрацией и специалистами медицинских и педагогического колледжей в индивидуальном порядке планировал проведение анкетирования в часы для внеклассной работы со студентами. После предварительного информирования в устной форме о теме и задачах исследования, добровольном, анонимном и конфиденциальном характере исследования студентам предлагалось ознакомиться с текстом информированного согласия (Приложение 2). Форма для информирования содержала полезную информацию об услугах репродуктивного здоровья и оставалась у респондента. Тем, кто соглашался участвовать в анкетировании, выдавали форму для подписания информированного согласия (Приложение 3). Анкетам (Приложение 1) присваивался индивидуальный код. Отказов от участия зарегистрировано не было.

2.2. Применение метода индивидуального интервьюирования для оценки готовности и мотивации персонала систем здравоохранения и просвещения к проведению профилактических мероприятий в области охраны репродуктивного здоровья молодежи

Для многокомпонентной оценки качества работы по охране репродуктивного здоровья молодежи был применен метод индивидуального структурированного интервьюирования работников системы здравоохранения и просвещения, подразумевающий стандартизацию постановки вопросов и фиксации ответов. Опрос проводился с целью отражения объективной точки зрения специалистов, занимающихся профилактической и воспитательной работой с молодежью в области охраны репродуктивного здоровья согласно разработанной анкете (П. 4). Было проведено интервьюирование двух фокус-групп: представителей систем здравоохранения и

просвещения. Сектор здравоохранения представлен специалистами, которые привлекаются для профилактических бесед с подростками и молодежью, оказывающими расширенный пакет услуг по охране репродуктивного здоровья, в функциональные обязанности которых входит междисциплинарное взаимодействие по охране репродуктивного здоровья. Кроме этого, проводилось интервьюирование представителей сектора просвещения, которые в рамках своих полномочий занимаются духовно-нравственным воспитанием и охраной здоровья, в том числе репродуктивного. Фокус-группа респондентов сектора здравоохранения состояла из врачей – акушеров-гинекологов, специалистов службы репродуктивного здоровья, акушеров, медсестер, а фокус-группа сектора просвещения была представлена преподавателями, воспитателями, кураторами, психологами и администрацией медицинских и педагогического колледжей.

Перед проведением интервью участников проинформировали о цели и задачах исследования, его добровольном, анонимном и конфиденциальном характере, всех респондентов ознакомили с анкетой. Исследователь получил устное информированное согласие от 26 респондентов – участников интервью. Все респонденты подтвердили понимание, что предоставленная им информация будет строго конфиденциальной и анонимной. Опрос проводился без присутствия посторонних лиц.

Таким образом, было интервьюировано 26 человек, которых было решено условно разделить на две группы. Первая группа состояла из 12 медицинских работников – представителей службы репродуктивного здоровья (врачи и акушерки) и медицинских работников амбулаторной сети, привлекаемых к профилактической работе по охране репродуктивного здоровья. Вторая группа состояла из 14 представителей сектора просвещения: педагогов по внеклассной работе (кураторы), заместителей по воспитательной работе медицинских и педагогического колледжей, преподавателей и психологов. Интервьюирование проводилось по заранее разработанной нами анкете, представленной в Приложении 4. Анкета включает в себя вопросы об организации, содержании и оценке профилактической работы по охране репродуктивного здоровья молодежи в организациях образования. Анкета была разработана по аналогии с подобного рода опросниками, используемыми экспертами ВОЗ для опроса работников и получателей услуг сектора здравоохранения при комплексной оценке качества оказываемой амбулаторной помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде и новорожденным [268, 269]. Для подведения промежуточного итога проведенного исследования был применен инструмент SWOT-анализа, рассматривающий организацию

профилактических мероприятий в области РЗ, используя анализ внутренних факторов (*Сильные и Слабые стороны*) и внешних факторов (*Возможности и Угрозы*).

2.3. Научное обоснование модели межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения в вопросах репродуктивного здоровья молодежи

В исследовании были всесторонне изучены вопросы междисциплинарного взаимодействия секторов просвещения в здравоохранения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, опираясь на основные правила научного исследования. Метод дедукции был обогащен и взаимосвязан с методом научного познания индукцией, что позволило установить причинные связи между различными секторами государственного управления, а именно здравоохранения и просвещения, в вопросах охраны РЗ молодежи, сходства и различия подходов в профилактической работе.

На основании проведенного ретроспективного анализа научно-теоретической литературы для анализа существующей системы охраны репродуктивного здоровья молодежи были применены: Теория системного подхода, модель С-системы и универсальная схема уровней управления организационными системами.

Государство с позиций системного подхода можно представить как сложную методологическую модель С-системы – «черный ящик» с «входом» и «выходом», как целеориентированную развивающуюся открытую систему, в которой протекает жизненный цикл от создания, становления, развития до увядания с выделением границ, отделяющих внутренние компоненты С-системы от Не-системы (Рис. 2.1).

Государство (С-система) взаимодействует с природой и потоками информации (Не-системой). Дополнительно к этому в Не-системе функционирует Над-система *мирового сообщества*, представленная Организацией Объединенных Наций и государствами (более 200). Выступая в роли Над-системы они направляют на «вход» государству воздействия и сигналы и получают от него информацию.

Выход С-системы представлен товарами и услугами, произведенными С-системой для её нужд, и для Не-системы, а также для удовлетворения личных целей участников, которые в совокупности составляют общую цель С-системы. Для достижения поставленных целей в С-системе предусмотрена *обратная связь, соединяющая выход с входом* и информирующая о реакции населения на жизнь в государстве, так как теория Ценностей предусматривает не только рациональное начало в человеке но и духовное, социальное и материальное. Таким образом, во вход С-системы поступает информация от Над-системы и по *обратной связи* – от участников самой системы сообщая об отклонениях

при движении к цели, что позволяет задать новые параметры ресурсов для коррекции движения.

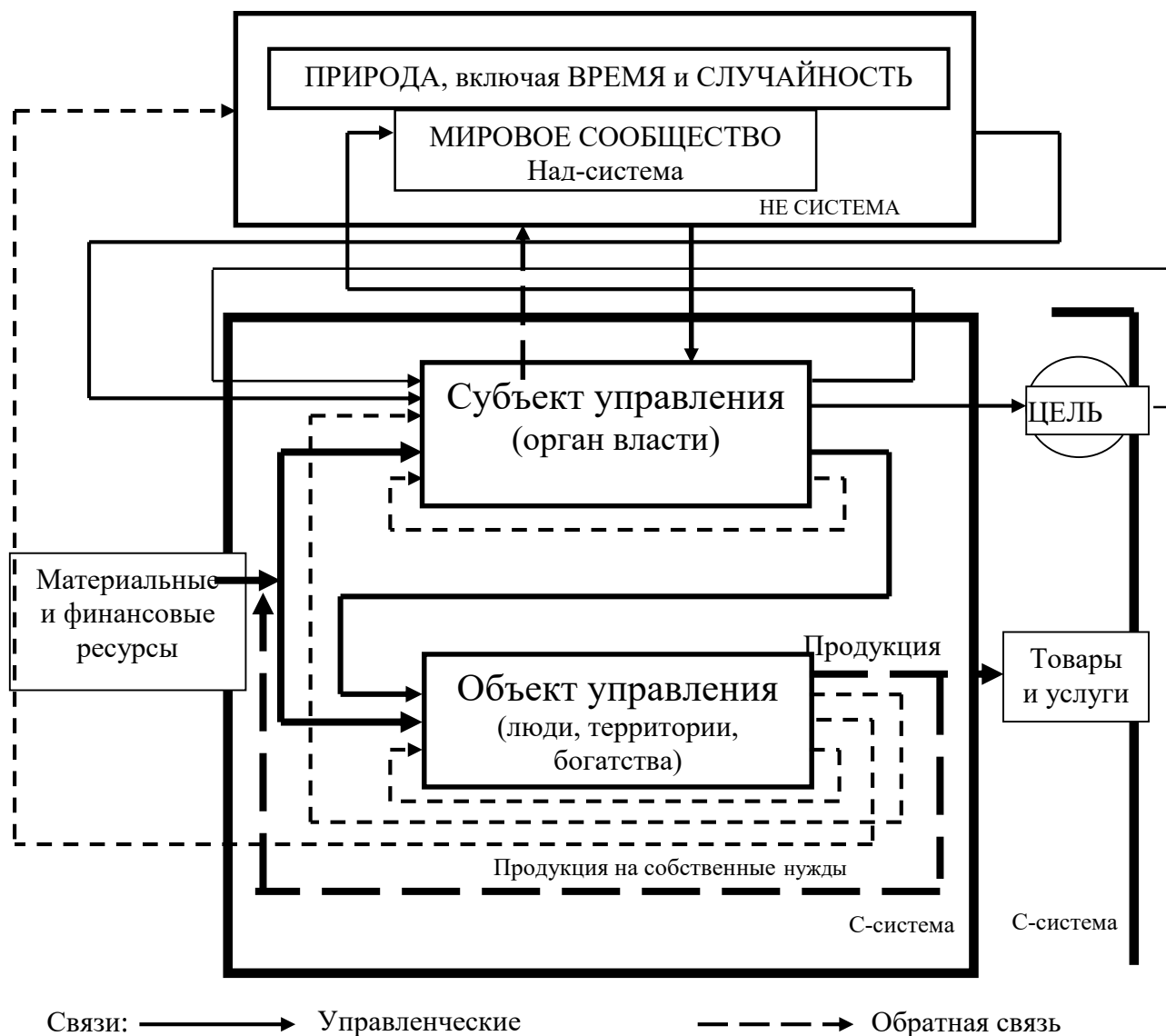


Рис. 2.1 Модель организационной С-системы

Источник: адаптировано из Куриц С. Я., Воробьев В. П. *Болезни государства. Диагностика патологий системы государственного управления и конституционного права*, 2010.

Внутри черного ящика С-системы выделяют два связанных между собой компонента: Субъект управления (СУ) – это управляющий орган, центр управления и Объект управления (ОУ) – люди, организации. Управленческие решения (УР) – единственная производимая Субъектом управления (чиновниками) продукция. Управленческие решения направляются в ОУ в форме обязательных для исполнения документов или устных указаний по *прямой связи*. Таким образом, УР могут влиять на свершившиеся события или носить предупредительный характер, быть длительными или краткосрочными, носить

стратегический, тактический или оперативный характер (преобладание последних свидетельствует о нестабильности системы).

По аналогии с функционированием субъектов управления и принятием управленческого решения была разработана модель междисциплинарного взаимодействия секторов здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья для формирования у подростков культуры репродуктивного поведения.

Была проведена качественная оценка подходов различных секторов государства по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи на основе изучения более 280 библиографических источников.

В рамках исследования были изучены основные документы Над-системного уровня, среди которых основным ориентиром являлись документы Фонда в области народонаселения ООН (ЮНФПА), Всемирной организации здравоохранения, которая осуществляет координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения, предоставляя объективные данные и рекомендации по вопросам охраны здоровья населения. Европейское бюро ВОЗ оказывает помощь в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану здоровья населения, содействуя укреплению здоровья.

Был изучен и применен в рамках тестирования разработанной модели Инструмент самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ), который выходит за рамки системы здравоохранения, являясь междисциплинарным документом по охране общественного здоровья [2].

Вышеуказанный инструмент предусматривает сложное многомерное взаимодействие профильных, в том числе оперативных и системных функций общественного здравоохранения. Оценка ОФОЗ 1-2 предполагает сбор и анализ информации об уровне состояния здоровья и благополучия населения, позволяя определить имеющееся состояние дел в области здоровья, в том числе репродуктивного и наметить планы по улучшению ситуации. Три следующих функции общественного здравоохранения носят оперативный характер и предусматривают обеспечение защиты здоровья ОФОЗ 3, его укрепление ОФОЗ 4 и профилактику заболеваний ОФОЗ 5 [2]. На основе информации профильных ОФОЗ 1–5 для системной реализации модели межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи необходимо включение набора системных функций: ОФОЗ 6 – стратегическое руководство, ОФОЗ 7 – кадры, ОФОЗ 8 – финансирование, ОФОЗ 9 – коммуникация и информирование, ОФОЗ 10 – продолжение научных исследований в области здоровья. Самооценка подразумевает выделение рекомендаций по четырём элементам:

стратегическому руководству, финансированию, формированию ресурсов, включая кадровые ресурсы, предоставлению услуг. Блок ОФОЗ 4. В. 5. представляет программы и политику в отношении охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Проведен анализ в области законов, стратегий и прав человека, профилактического образования и обучения, культуры, экономики, системы здравоохранения. Инструмент самооценки ОФОЗ рекомендует оценивать связь программ с идентичными функциями, а именно охраны психического здоровья, борьбы с ВИЧ и потреблением алкоголя. В область системы здравоохранения включен скрининг и лечение ИППП, услуги по охране сексуального здоровья, ориентированные на молодежь, и доступ к безопасным медикаментозным и хирургическим абортам. Пункт 5.A.2 рекомендует обратить внимание на действующие протоколы и стимулы, которые поддерживают предоставление информации о здоровье на уровне первичного звена и на уровне больниц, а также ведутся ли междисциплинарные информационные кампании для населения. Особенно важным считаем включение дополнительного индикатора (13) 4.1.a. «Удовлетворенность жизнью», в разбивке по возрасту и полу, сокращенное название – «благополучие», в Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье—2020 (ВОЗ, 2014 г.). Предпочтительным источником данных является опрос. Удовлетворенность жизнью отражает субъективную сторону благополучия [52].

Применяя метод переноса принципиальных категориальных схем из одной области знания в другую, позволяющий понять дефекты профилактической работы по охране РСЗ секторов просвещения и здравоохранения при тестирование модели, а также используя перенос традиций исследования из одной отрасли науки в другую (эффект «пришельца»), была произведена репликация действующей системы применения инструмента самооценки ОФОЗ в Европейском регионе ВОЗ [2] на разработанную модель межведомственного взаимодействия секторов здравоохранения и просвещения по охране РЗ молодежи.

Предложенная модель позволяет преодолевать границы между секторами и осуществлять интегрированные программы с комплексным подходом к обеспечению благополучия подростков и молодежи в области СРЗ [162].

2.4. Методы статистической обработки результатов

Обработка результатов анкетирования проводилась с помощью статистического пакета SPSS.20.

При анализе результатов анкетирования для оценки достоверности разности между сравниваемыми выборочными результатами был выбран непараметрический метод,

который позволяет исследовать данные без каких-либо допущений о характере распределения переменных, в том числе при нарушении требования нормальности распределения, и предназначен для номинативных и ранговых переменных.

Был применен непараметрический метод – критерий χ^2 Пирсона, позволяющий оценить статистическую значимость различий двух или нескольких относительных показателей (частот, долей). Значение для критерия χ^2 тем больше, чем больше зависимость между переменными. Значения, близкие к 0, свидетельствуют о независимости переменных. Асимптотическая значимость или р-значимость – вероятность того, что связь является случайной; чем меньше эта величина, тем выше статистическая значимость (достоверность) связи с учетом степеней свободы. Величина $p \leq 0,05$ свидетельствует о статистически значимом результате, достойном интерпретации с учетом степени свободы.

Для оценки связи между двумя переменными, не распределёнными нормально и измеренными с использованием метрической шкалы, был использован коэффициент корреляции Спирмена r_s . Значение коэффициента корреляции меняется от -1 до 1. Крайние значения соответствуют линейной функциональной связи между двумя переменными, 0 – отсутствию связи. Уровень значимости является мерой статистической достоверности результата вычислений, в данном случае корреляции, и служит основанием для интерпретации. Если исследование показало, что уровень значимости корреляции не превышает 0,05 ($p < 0,05$), то корреляция является случайной с вероятностью не более 5%. Обычно это становится основанием для определения статистической достоверности корреляции. В противном случае ($p > 0,05$) связь признается статистически недостоверной и не подлежит содержательной интерпретации.

В рамках предложенного исследования оценка информированности подростков и молодежи об охране репродуктивного здоровья осуществлялась на основе пяти принципов: содержательного, коммуникативного, организационного, психологического и социокультурного, представленных вопросами, размещенными в трех блоках анкеты:

Блок 1. Самооценка здоровья, в том числе репродуктивного.

Блок 2. Информированность о репродуктивном здоровье.

Блок 3. Отношение к репродуктивному здоровью у студентов.

Анкета «Охрана репродуктивного здоровья молодежи», по которой проводился опрос, представлена в Приложении 1. Анкета составлена на основе изученных исследований и с учетом курса внеклассной работы согласно содержанию «Примерной программы формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни», как междисциплинарному документу секторов здравоохранения и просвещения [267].

Первый блок «Самооценка здоровья, в том числе репродуктивного» вмещает одну треть вопросов данной анкеты с расширенной подборкой ответов. (П. 1).

Второй блок «Информированность о репродуктивном здоровье» предполагает определение уровня знаний и представлений по содержательной составляющей и представлен ответами на конкретные вопросы, в том числе о безопасных сексуальных контактах, с которыми необходимо согласиться или опровергнуть. Для определения степени информированности опрашиваемых составлены вопросы: «Какие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), вы знаете? (пожалуйста, впишите)», а также «Теперь выскажите свое согласие или несогласие с несколькими высказываниями о проблеме ИППП, ВИЧ/СПИДа» (Ответ также необходимо дать по каждой строке).

В третьем блоке «Отношение к репродуктивному здоровью» Анкета предполагает анализ ответов опрошенных на вопросы: «Вспомните Ваш последний половой акт. Использовали ли Вы или Ваш партнер специальные способы предотвращения беременности?», «Если бы у Вашего друга выявили ИППП, то вы...».

Профилактические программы в области охраны здоровья, включающие охрану РЗ, предполагают активное участие молодежи и способствуют снижению рискованного поведения. Образование само по себе не может обеспечить изменение поведения. Знания и навыки необходимы, но не достаточны для безопасного поведения. Культурные нормы и ситуация в семье, наличие и доступность медицинских и психосоциальных услуг – все это оказывает влияние на поведение и здоровье молодежи. Молодые люди в дополнение к достоверной и актуальной информации, должны иметь доступ к консультированию и услугам в сфере охраны РЗ с оценкой качества услуг и изучением мнения специалистов о работе в области профилактики. Для этого разработана анкета «Готовность и мотивация работников систем здравоохранения и просвещения к охране РЗ молодежи» (П. 4).

В анкету (П. 4) включены 18 вопросов, семь из которых позволяют оценить состояние предмета изучения по четырехбалльной системе; четыре вопроса позволяют определить периодичность и содержание профилактической работы и семь открытых – выяснить личное мнение респондентов, степень их готовности, а также уровень оснащенности методическими материалами по профилактической деятельности.

Оценка состояния проводилась по четырехбалльной системе:

3 балла – хорошее состояние изучаемого предмета (высокий уровень / много времени);

2 балла – необходимы некоторые улучшения для достижения хорошего состояния изучаемого предмета (достаточный уровень / достаточно времени);

1 балл – необходимы существенные улучшения для достижения хорошего состояния

изучаемого предмета (достаточный уровень / достаточно времени);

0 баллов – необходимы очень существенные улучшения для достижения хорошего состояния изучаемого предмета (достаточный уровень / достаточно времени).

При ответе на вопрос «Подчеркните в комментариях, кто из перечисленных категорий обращался к Вам за помощью в проведении профилактических мероприятий, включая образовательные, опишите?» респонденту следовало выбрать один из предложенных вариантов ответов: медработники, классные руководители, преподаватели (учителя), воспитатели, психологи, администрация.

Ключевые комментарии к открытым вопросам записаны в том виде, как они прозвучали. В единичных случаях при затруднениях в ответах на вопрос исследователь делал пометку и переходил к следующему вопросу. Результаты опроса были проанализированы с помощью техники для анализа качественного исследования.

2.5. Выводы по второй главе

1. Для достижения целей исследования был выбран опрос в виде поперечного одномоментного описательного исследования. Предложена оценка информированности молодежи об охране репродуктивного здоровья на основе пяти принципов: содержательного, коммуникативного, организационного, психологического и социокультурного, которые представлены вопросами в Анкете (Приложение 1).

2. В качестве объекта исследования выступили студенты двух медицинских и одного педагогического колледжей, расположенных в городах Тирасполь и Бендеры. Генеральная совокупность исследования составила 646 человек и представляет собой общую численность студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей на 1 октября 2013 года. Определены выборочная и выполненная совокупность (459 учащихся) и доказана ее репрезентативность для всей совокупности в целом. Обработка результатов анкетирования проводилась с помощью статистического пакета SPSS.20.

3. Для оценки готовности и мотивации персонала систем здравоохранения и просвещения к проведению профилактических мероприятий в области охраны репродуктивного здоровья молодежи предложена анкета (П. 4).

4. Предложены подходы к разработке модели межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране РЗ молодежи с применением теории С-системы и схемы уровней управления и согласно Инструменту самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

3. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

3.1. Уровень информированности и оценка репродуктивного здоровья по результатам опроса учащихся медицинских и педагогического колледжей

Для оценки уровня информированности обучающихся двух медицинских и педагогического колледжей об охране репродуктивного здоровья было проанкетировано 459 студентов из целевой группы с использованием разработанной анкеты (Приложение 1).

Рассмотрим социально-демографические характеристики студентов принявших участие в опросе (Таблица 3.1). К основным социально-демографическим параметрам относятся следующие показатели: пол (возраст не берется во внимание в связи с однородностью генеральной совокупности по данному признаку); структура проживания; место проживания до учебы; семейное положение. Именно эти параметры позволяют на основе статистических исследований определять круг социальных интересов и влияние для каждой из групп.

Представленные демографические характеристики выборочной совокупности в целом адекватно отражают генеральную совокупность и с высокой долей вероятности позволяют получить репрезентативную социологическую информацию.

Анализируя социально-демографические характеристики данной выборочной совокупности, следует отметить, что она соответствует давно сложившейся ситуации, при которой педагогическую специальность в качестве будущей профессии редко выбирают мужчины. Процент лиц мужского пола в педагогическом колледже по сравнению с медицинскими колледжами остается значительно ниже: 4,0% против 15,0% – на 1 курсе и 9,1% против 19,4% – на 4 курсе (Рис. 3.1).

Гендерное неравенство прослеживается и при оценке изучаемой выборки в целом: лица женского пола составили 85,2% опрошенных. В среднем среди респондентов число жителей сельской местности превалирует (61,3%) над городскими жителями (38,7%). Среди студентов педагогического колледжа к окончанию учебы все больше респондентов стремятся жить отдельно на квартире в противовес проживанию с родителями (живут на квартире: 1 курс – 27,4%, 4 курс – 37,3%; проживают с родителями 1 курс – 39,2%, 4 курс – 20,9%). Количество проживающих в общежитии на 1 и 4 курсах изменилось незначительно: 1 курс – 27,5%, 4 курс – 30,2%. Характерно, что увеличивается количество студентов обоих видов колледжей, которые на 4 курсе живут отдельно по сравнению с первокурсниками. Так, этот процент растет в среднем с 3,1% до 17,4% для студентов медицинских колледжей и с 3,9% до 11,6% – для студентов педагогического колледжа (Таблица 3.1).

Таблица 3.1. Социально-демографические характеристики изучаемой выборки

Показатель	Медицинский колледж						Педагогический колледж						Итого	
	1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Пол														
Мужской	34	15,0	28	19,4	62	16,8	2	4,0	4	9,1	6	6,4	68	14,8
Женский	187	85,0	116	80,6	303	83,2	48	96,0	40	90,9	88	93,6	391	85,2
Итого	221	100,0	144	100,0	365	100,0	50	100,0	44	100,0	94	100,0	459	100,0
Структура проживания														
Дома с родителями	66	30,0	49	35,5	115	32,1	20	39,2	9	20,9	29	30,9	144	31,8
В общежитии	67	30,4	20	14,5	87	24,4	14	27,5	13	30,2	27	28,7	114	25,2
На квартире	70	31,2	40	29,0	110	30,3	14	27,4	16	37,3	30	31,9	140	30,8
У родственников	12	5,3	5	3,6	17	4,7	1	2,0	0	0,0	1	1,1	18	4,0
Живу отдельно	6	3,1	24	17,4	30	8,5	2	3,9	5	11,6	7	7,4	37	8,2
Итого	221	100,0	138	100,0	359	100,0	51	100	43	100,0	94	100,0	453	100,0
Место проживания до учёбы														
Город	79	36,3	62	43,7	141	39,2	19	38,0	15	34,9	34	36,6	175	38,7
Село	138	63,7	80	56,3	218	60,8	31	62,0	28	65,1	59	63,4	277	61,3
Итого	217	100,0	142	100,0	359	100,0	50	100,0	43	100,0	93	100,0	452	100,0
Семейное положение														
Замужем или женат	5	2,3	31	21,9	36	10,1	1	2,0	4	9,1	5	5,3	41	9,2
Состою в гражданском браке	3	1,4	10	7,1	13	3,6	1	2,0	2	4,5	3	3,2	16	3,6
Имею постоянную/ого подругу/друга	53	25,1	51	36,2	104	29,4	21	42,0	19	43,2	40	42,6	144	32,1
Не состою в близких отношениях	152	71,2	49	34,8	201	56,9	27	54,0	19	43,2	46	48,9	247	55,1
Итого	213	100,0	141	100,0	354	100,0	50	100,0	44	100,0	94	100,0	448	100,0

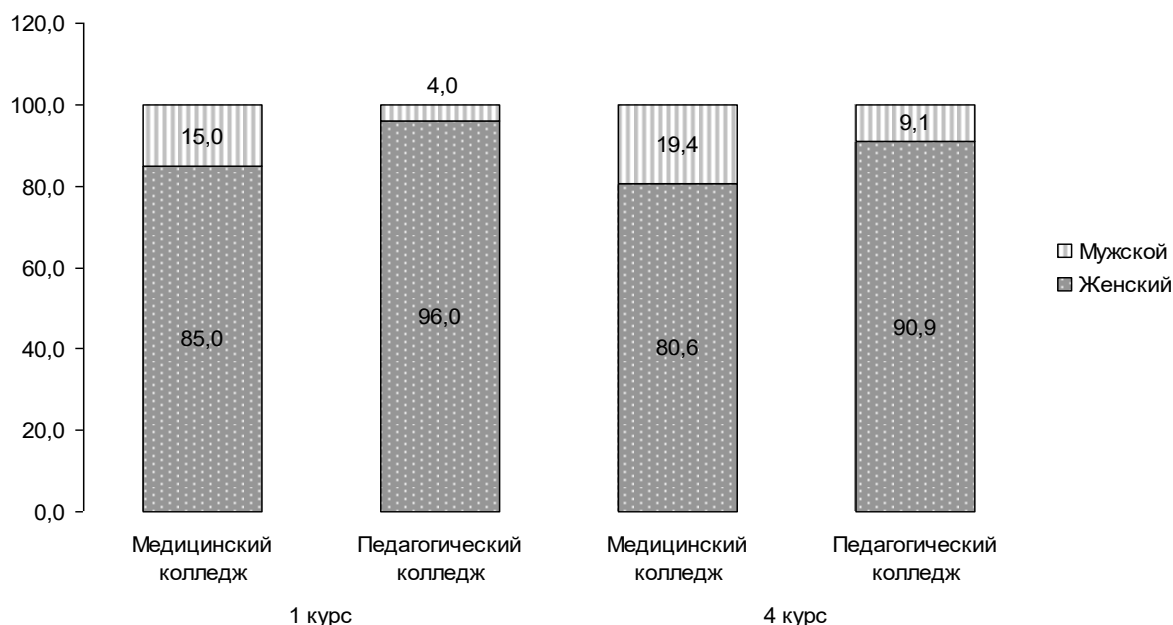


Рис. 3.1. Распределение респондентов в зависимости от специальности, * пола, * курса (%)

На 1 курсе медицинских колледжей не состоят в близких отношениях 71,2% студентов, и данный показатель становится в 2 раза ниже у студентов 4 курса (34,8%). Процент студентов медицинского колледжа, которые характеризуют свой статус как «замужем или женаты» или «состоят в гражданском браке», на 1 курсе составил 3,7%, а на 4 курсе вырос до 29,1%. Для студентов педагогического колледжа (Рис. 3.2) отмечена менее выраженная тенденция числа вступивших в брачные отношения к окончанию учебы в колледже: 1 курс – 4,0%, 4 курс – 13,6%, число лиц, не состоящих в близких отношениях к 4 курсу изменилось незначительно по сравнению с 1 курсом (43,2% и 54,0%) (Таблица 3.1).

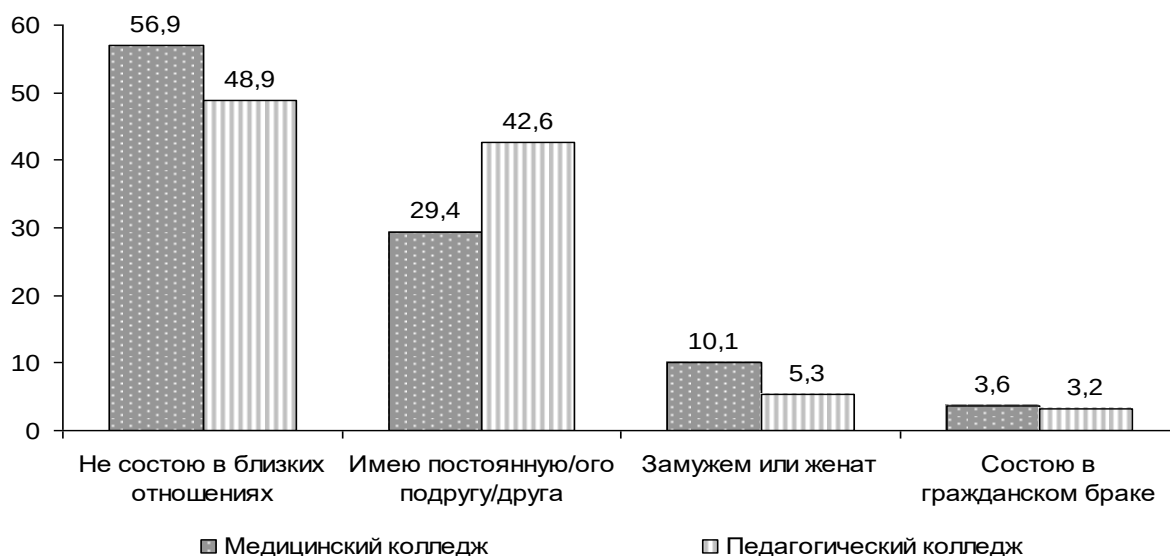


Рис. 3.2. Характеристика семейного положения респондентов (%)

В рамках данного исследования определение уровня информированности молодого поколения о репродуктивном здоровье на текущий момент является актуальным в виду непрекращающихся дискуссий о необходимости и востребованности этих знаний, сложности оценки эффективности образовательных программ в области РЗ. Ниже будут представлены данные об источниках информации о репродуктивном здоровье, уровне информированности по данному вопросу, потребностях в дополнительных знаниях и о том как студенты колледжей воспринимают и используют полученную информацию [171].

В рамках опроса респондентам медицинских и педагогических специальностей было предложено ответить на вопрос об источниках информации по вопросам репродуктивного здоровья. Для всех категорий опрошенных (Рис. 3.3) основным источником информации по вопросам репродуктивного здоровья являются медицинские работники (60,0%).

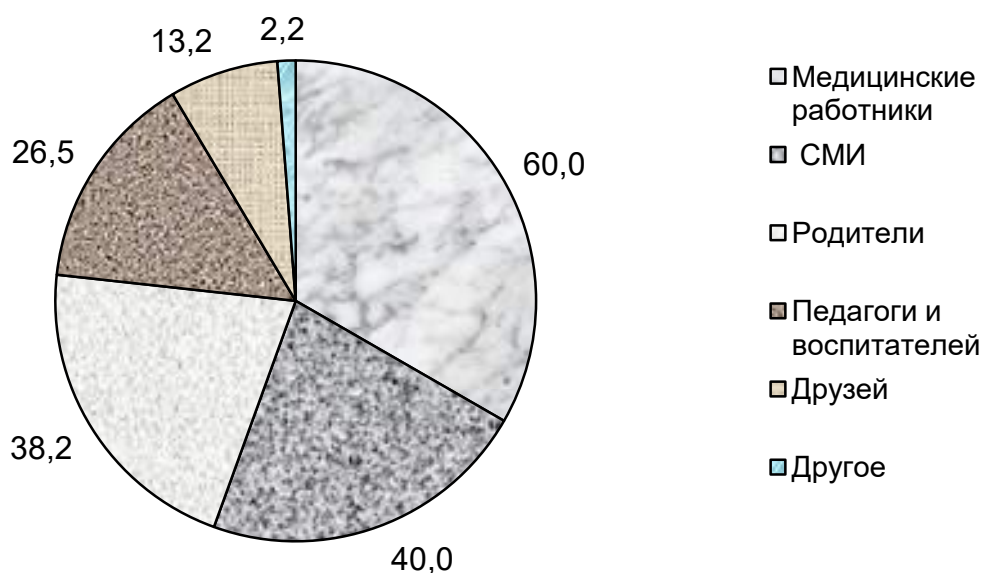


Рис. 3.3. Источники информации о репродуктивном здоровье (%)

На втором месте отмечены средства массовой информации, в том числе Интернет (в среднем по выборке 40,0%). Причем стоит отметить, что это значение выше у обучающихся на старших курсах. Далее следуют родители – 38,2 %, педагоги и воспитатели – 26, 5%. Менее достоверный источник, а именно друзья, был отмечен 13,2% опрошенных (Рис. 3.3).

По данным Сурмач М. Ю. (2015 г.) 41,0% юношей используют систему здравоохранения в качестве источника информации о репродуктивном здоровье [12]. По результатам нашего исследования этот показатель выше, что связано с когортностью

проводимого исследования (60,0%) и включением в число респондентов студентов колледжей [171].

Для студентов медицинских колледжей источниками информации по вопросам репродуктивного здоровья являются (в порядке убывания): медицинские работники (58,6%), родители (38,1%), СМИ (37,8%), педагоги и воспитатели (23,3%), друзья (14,0%) и другие (1,6%). Для студентов педагогического колледжа источниками информации по вопросам репродуктивного здоровья являются (в порядке убывания): медицинские работники (66,0%), СМИ (51,1%), педагоги и воспитатели (39,4%), родители (37,2%), друзья (10,6%) и другие (4,3%) (Таблица 3.2).

Сравнительная характеристика источников информации по вопросам репродуктивного здоровья показывает, что в целом студенты педагогического колледжа обращаются к большему числу источников информации.

Большинство студентов медицинских и педагогического колледжей по вопросам репродуктивного здоровья обращаются к медицинским работникам (58,6% и 66,0% соответственно). В сравнении со специальностью к СМИ готовы больше обращаться за информацией о репродуктивном здоровье студенты педагоги (51,1%), чем студенты медики (37,8%) ($\chi^2 = 19,660$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1).

Таблица 3.2 Источники получения информации о репродуктивном здоровье *

Источник информации	Медицинский колледж, n (%) n ₁ =633	Педагогический колледж, n (%) n ₂ =196	χ^2	P
Медицинские работники	214 (58,6)	62 (66,0)	3,284	0,124
СМИ	138 (37,8)	48 (51,1)	19,660*	0,006
Родители	139 (38,1)	35 (37,2)	8,125	0,426
Педагоги и воспитатели	85 (23,3)	37 (39,4)	15,184*	0,034
Друзья	51 (14,0)	10 (10,6)	4,678	0,078

Статистический тест – критерий χ^2 Пирсона

* – различия достоверны $p < 0,001$; *ст. св.* = 1.

К педагогам и воспитателям обращаются 39,4% студентов педагогического колледжа и 23,3% студентов медицинских колледжей ($\chi^2 = 15,184$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1), что показывает низкий уровень доверия студентов к педагогам и воспитателям в контексте вопросов охраны репродуктивного здоровья как недостаточно компетентным источникам. Был отмечен «феномен ножниц» в том, что касается роли медицинских работников как источника информации для студентов медицинских и педагогического колледжей (Таблица

3.3). Примечательно, что роль медицинских работников, как источника информации изначально выше в случае студентов 1 курсов педагогического колледжа и составляет 72,5%, а в случае студентов медицинских колледжей составляет 50,5%. В динамике к 4 курсу этот показатель противоположно изменяется, повышаясь в случае студентов медиков до 71,8% и снижаясь у студентов педагогов до 56,8% ($\chi^2 = 12,270$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1).

Таблица 3.3. Различия в источниках получения информации о репродуктивном здоровье в зависимости от специальности и года обучения респондентов

Источник информации	Медицинский колледж, n (%)		Педагогический колледж, n (%)	
	1 курс, n ₁ =356	4 курс, n ₂ =277	1 курс, n ₃ =104	4 курс, n ₄ =92
Медицинские работники	112 (50,5)	102 (71,8)	37 (72,5)	25 (56,8)
СМИ	72 (32,4)	66 (46,5)	25 (49,0)	23 (52,3)
Родители	88 (39,6)	51 (35,9)	16 (31,4)	19 (43,2)
Педагоги и воспитатели	47 (21,2)	38 (26,8)	19 (37,3)	18 (40,9)
Друзья	32 (14,4)	19 (13,4)	4 (7,8)	6 (13,6)

К старшим курсам обучения студенты педагогического колледжа обращаются чаще к мнению родителей и друзей по сравнению с первокурсниками (43,2% и 31,4%; 13,6% и 7,8% соответственно), в то время как для студентов медицинских колледжей возрастает роль СМИ (1 курс – 32,4% и 4 курс – 46,5 %).

На основании вышеизложенного можно констатировать тот факт, что глобальность обращения за информацией по вопросам, связанным с репродуктивным здоровьем, к медицинскому персоналу студентов медицинских и педагогического колледжей доказывает необходимость развития педагогических компетенций у медицинских работников, в частности эффективных методов работы с молодежью в рамках охраны репродуктивного здоровья населения. Наблюдаемую отрицательную динамику обращений к медицинским работникам студентов старших курсов педагогического колледжа по вопросам репродуктивного здоровья можно объяснить популярностью получения информации из Интернета и у сверстников, что может сопровождаться иногда получением неверной или неполной информации. Все вышесказанное позволяет говорить о необходимости проведения системной междисциплинарной работы в педагогической среде по созданию программ, позволяющих студентам получать информацию о репродуктивном здоровье из компетентных источников, пользующихся абсолютным доверием молодежи. Вторым по значимости источником информации (40%) были средства массовой

информации, что ставит перед медиками и педагогами задачу сотрудничества со СМИ для предоставления и продвижения достоверной информации о РЗ (Рис. 3.3).

В то же время, опрошенные студенты высказали мнение о том, что среди сверстников данная тема может вызывать неприятие – она не востребована для повседневного разговора и является актуальной только в 13,2%. Отдельно подчеркнем, что общение с друзьями, сверстниками и коллегами по учебе, в целом не несет существенной информационной нагрузки, являясь источником появления различных «сексуальных» мифов и домыслов, например о необходимости использования средств контрацепции, о способах заражения инфекциями, передающимися половым путем, абортах и др.

Третьим по значимости источником информации оказались родители опрошенных – 38,2% в среднем по выборке. Подчеркнем, что согласно полученным данным, девушки обращаются к старшим за информацией в два раза чаще. Эти данные не полностью согласуются с результатами ответа на вопрос «Разговаривали ли с вами родители о репродуктивном здоровье (беременность, половые контакты, контрацепция, ИППП)?». Всего по выборке 70,4% респондентов ответили «да», то есть почти в два раза чаще, чем в ответе на вопрос об источнике информации о репродуктивном здоровье от родителей (38,2%). Так, вели разговоры с родителями 73,0% девушек и лишь 65,0% юношей. Возможно, это связано с устоявшимися традициями обсуждения этих вопросов с матерями и тем, что женщины больше подвержены бремени проблем и традиционно возлагают на себя большую ответственность за репродуктивное здоровье, чем мужчины.

Таким образом, можно предположить, что разговоры родителей о репродуктивном здоровье не отличаются полнотой необходимой подростку информации. Многое в данном вопросе зависит также от возраста, замечено, чем старше респонденты, тем реже они обращаются за родительским советом.

При обсуждении полученных данных можно выделить несколько важных моментов. Независимо от курса обучения и специализации информацию о репродуктивном здоровье студенты узнают от медицинских работников в большинстве случаев (60,0%); отмечен «феномен ножниц» в обращении к медицинским работникам: к 4 курсу у студентов-медиков повышается уровень доверия к медицинским работникам как источнику информации на 21,3%, а у студентов педагогического колледжа он снижается на 15,7% в пользу родителей – на 11,8% и друзей – на 5,8%. Необходимо активно мотивировать родителей к информированию подростков о РЗ, формируя репродуктивную культуру общества.

Для получения достоверной информации в анкете применялись вопросы «на ложь».

Так, интересно сравнить ответы студентов на вопрос «По проблемам здоровья Вы обратитесь...» (Рис. 3.4).

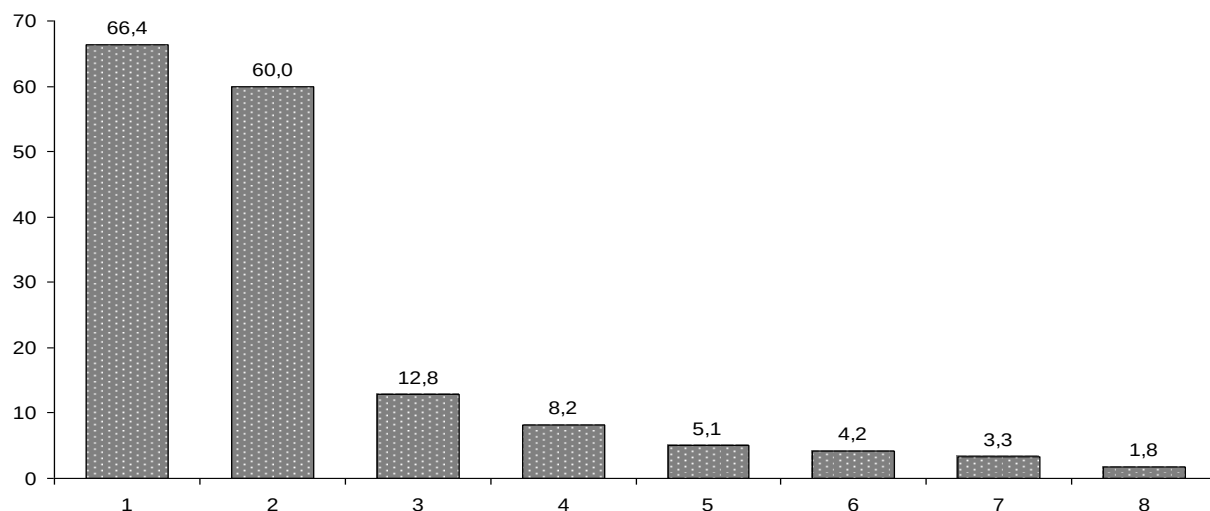


Рис. 3.4. Обращение в случае возникновения проблем со здоровьем (%)

(1) К врачу или медсестре; (2) К одному из родителей; (3) К сверстнику (сверстнице) своего пола; (4) К одному из близких родственников; (5) К одному из педагогов или воспитателей; (6) К одному из других взрослых людей; (7) В психологическую службу; (8) К сверстнику (сверстнице) противоположного пола.

Полученные результаты подтверждают, что на первом месте ответ «к врачу или медсестре», в среднем по выборке 66,4%. Что совпадает с источником получения информации о репродуктивном здоровье. На втором месте обращение к родителям по проблемам здоровья, что на один пункт выше, чем в вопросе об источнике информации о репродуктивном здоровье. А вот за советом к друзьям обратятся по проблемам здоровья 12,8% студентов, примерно столько же выбирают друзей как источник информации (13,2%). Педагоги и воспитатели востребованы по проблемам здоровья у 5,1% опрошенных.

К 4 курсу у студентов педагогического колледжа снижается роль медицинских работников в получении информации о репродуктивном здоровье, но 83,0% учащихся-педагогов обратятся по проблемам здоровья к врачу или медсестре (Таблица П 5.9). Это свидетельствует о низком доверии к взрослым (педагогам и родителям) в вопросах репродуктивного здоровья и выступает дополнительным свидетельством необходимости обучения медицинского персонала навыкам консультирования и проведения профилактической работы с молодежью [271].

Плохо информированны о репродуктивном здоровье 77,3% респондентов, и, как следствие, отсутствие заботы или редкая забота о своем здоровье по данным исследования наиболее характерны для студентов педагогического колледжа (80,9% против студентов

медиков 76,2%)и только 22,7% студентов (из них 19,1% педагоги и 23,3% медики) считают, что молодёжь хорошо информирована о РЗ ($\chi^2 = 15,186$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 2), (Рис. 3.5).

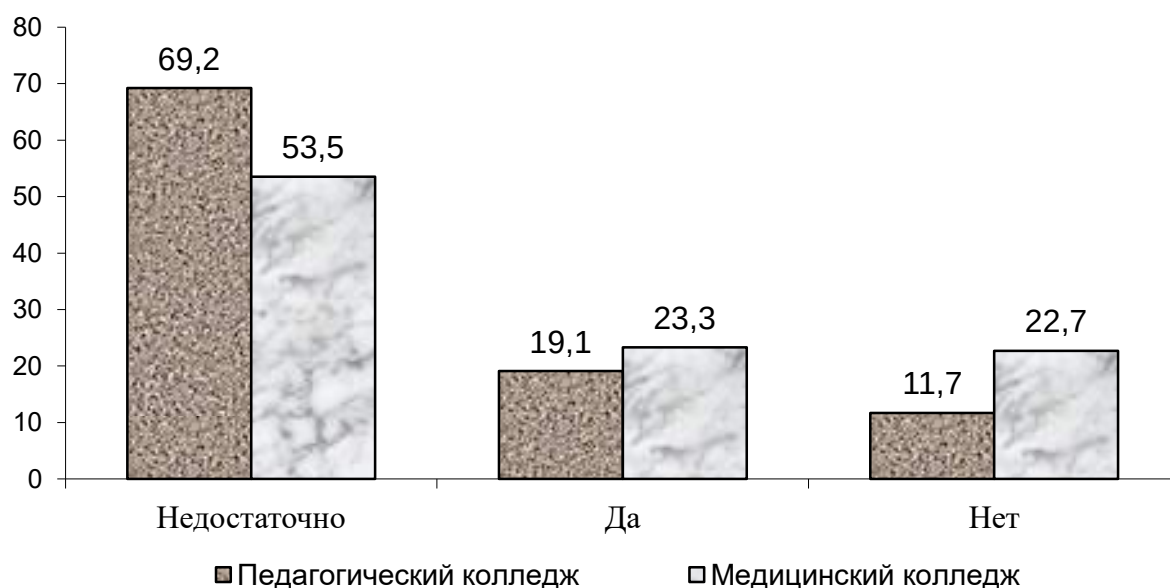


Рис. 3.5. Молодежь в наше время хорошо информирована о репродуктивном здоровье? *
Специальность (%)

Среди студентов 1 курса медицинских колледжей не заботятся или редко заботятся о здоровье 7,3 % респондентов, против 13,7% у педагогов, в то время как среди студентов 4-го курса такое поведение демонстрируют 23,9%, что превышает данный показатель у студентов 4 курса педагогического колледжа (9,1 %) в 2,6 раза. Однако количество студентов педагогического колледжа, которые постоянно заботятся о своем здоровье, остается почти неизменным (1 курс - 17,6%, 4 курс - 20,5%), количество студентов медицинских колледжей, которые постоянно заботятся о своем здоровье достоверно значительно различается: на 1-ом курсе – 27,1%, а на 4 курсе – 8,5% ($\chi^2 = 37,514$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1). Можно предположить, что данный парадокс связан со спецификой обучения в педагогическом колледже, где много времени отводится педагогическим и воспитательным аспектам, влияющим позитивно на модель поведения, а в медицинских колледжах больше специальных дисциплин. Оценка качественных показателей отражает мнение благополучателей, отношение и восприятие охраны репродуктивного здоровья, на что делался акцент в исследовании. Общее наблюдение заключается в том, что чем старше опрошенные учащиеся, тем хуже они заботятся о здоровье. Причину этого феномена следует связать с изменениями поведения, в том числе и репродуктивного, связанного с взрослением, недостатком жизненного опыта.

О том, какое влияние оказывают родители на отношение к здоровью у своих детей можно судить по анализу данных, представленных в Таблице 3.4.

В то же время, было замечено, что в зависимости от общения с родителями на темы здоровья, число тех, кто «заботится о здоровье постоянно» на 14,3% выше, чем в группе, где родители не разговаривали о здоровье (17,7% и 3,4%). Эта тенденция наблюдается у студентов медицинских и педагогических специальностей (26,1% и 21,4%, 11,1% и 15% соответственно).

Таблица 3.4. Забота о здоровье в зависимости от внимания родителей к репродуктивному здоровью (%)

Насколько Вы заботитесь о своём здоровье?	Разговаривали ли с Вами родители о репродуктивном здоровье?		Итого
	Да	Нет	
Не забочусь	5,6	3,4	9,0
Забочусь редко	2,7	1,3	4,0
Забочусь только когда болею	19,1	10,0	29,1
Забочусь периодически	25,6	11,2	36,8
Забочусь постоянно	17,7	3,4	21,1
Итого	70,6	29,4	100,0

Коэффициент корреляции Спирмена: $r_s = 0,146$; $p < 0,001$

Существует статистически значимая зависимость между тем, разговаривали ли родители со студентами о репродуктивном здоровье, и насколько студенты заботятся о своём здоровье ($r_s = 0,146$; $p < 0,001$). То есть, если в семье поддерживается здоровый образ жизни, то и ребёнок будет заботиться о своём репродуктивном здоровье.

Различий в ответах студентов-педагогов и студентов-медиков относительно их заботы о своём здоровье не выявлено: забота о здоровье не зависит от выбранной специальности (Рис. 3.6). О том, что именно вкладывают респонденты в понятие «репродуктивное здоровье», можно судить по анализу ответов на вопрос «Репродуктивное здоровье это...» (Рис.3.7). Большинство респондентов под репродуктивным здоровьем понимают «Отсутствие болезней со стороны органов репродуктивной системы» 52,4%, из них медиков и педагогов соответственно 47,1% и 62,8% и «Способность к воспроизводству потомства» – 50,3%, из них медиков и педагогов 51,2% и 34,0 соответственно %. В ответах студентов педагогического и медицинских колледжей наблюдаем статистически значимые различия ($\chi^2 = 12,270$; $p < 0,001$; $ст. св. = 1$). Треть респондентов указывают на «Состояние полного физического, умственного и социального благополучия» и 14,4% студентов указывают «Удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь».



Рис. 3.6. Забота о здоровье в зависимости от специальности (%)



Рис. 3.7. Определение «репродуктивное здоровье». * Специальность (%)

Для большинства представителей 4 курсов педагогических специальностей залогом репродуктивного здоровья является «отсутствие болезней органов репродуктивной системы». На это указали 73,2% респондента 4 курса, что почти на 14% больше, чем показатель их младших коллег, и на 21% больше, чем у студентов медицинских специальностей (Таблица П 5.4).

Такую картину можно объяснить тем, что студенты-педагоги традиционно связывают здоровье с отсутствием болезней в виду непрофильности с медициной будущей профессии. Следующим по частоте ответом на вопрос «Репродуктивное здоровье это...» был ответ «способность к воспроизводству потомства», где большее количество ответов пришлось на

студентов-медиков (в общем 51,2% что больше, чем у педагогов на 17,2%), которые независимо от курса обучения склонны приписывать репродуктивному здоровью чисто физиологическую функцию – продолжение рода, (Таблица П 5.4). На третьем месте по популярности был ответ: «состояние полного физического, умственного и социального благополучия», причем студенты 1 курсов выбирали этот ответ чаще, чем студенты 4 курсов. Так, студенты педагогического колледжа не зависимо от курса выбрали этот ответ в 39,4% против 28,2% – у студентов медицинского колледжа. Объяснить большую осведомленность об определении репродуктивного здоровья у студентов педагогического колледжа можно специальной подготовкой педагогов и воспитателей педагогического училища по темам репродуктивного здоровья на курсах постдипломного повышения квалификации в Институте развития образования г. Тирасполь, где пилотно были внедрены темы по охране репродуктивного здоровья молодежи (Приложение 8). У студентов-медиков меньшее количество ответов, чем у педагогов на два вопроса о репродуктивном здоровье. Это можно объяснить инерционными процессами получения медицинских знаний и заблуждением, что они не нуждаются в охране репродуктивного здоровья в силу профильности образования. В последствии это может привести к низкой грамотности будущих медицинских работников в области собственного репродуктивного здоровья и опыту рискованного поведения. Учитывая, что именно им предстоит в будущем транслировать знания о репродуктивном здоровье подрастающему поколению, данный фактор усугубляет имеющуюся ситуацию и нуждается в коррекции. Многосторонний анализ ответов по вопросам ИППП и ВИЧ (детализация которых будет представлена ниже) также позволяет нам утверждать, что теоретический уровень знаний педагогов несколько выше по некоторым вопросам, чем у будущих медиков.

Вопросу сексуального удовлетворения и безопасности половой сферы старшекурсники медицинских колледжей уделяют больше внимания – 18,1%, в то время как представители немедицинских специальностей явно игнорируют этот важный аспект репродуктивного здоровья, выбрав его только в 2,4% случаев (Таблица П 5.4). В целом по массиву данных этот показатель на 5% выше у юношей, чем у девушек.

Учитывая допускаемую в исследованиях погрешность и соблюдая принципы гендерного равенства, отмечаем, что наблюдаемая значимость мужского сексуального «эгоизма» подтверждается исследованием, проведенным в 2010 г. психологами Джули Экслейн и Джин Твендж из Университета Кейс Вестерн Резерв и Университета штата в Сан-Диего (опрошены 333 студента колледжа и 437 взрослых). Выяснено, что мужчины более склонны демонстрировать враждебный сексизм, и у последних поколений мужчин

наблюдается рост эгоизма, который связан с сексизмом.

В ответах примерно у трети принявших участие в опросе (32,3%) отмечено, что репродуктивное здоровье выступает основой гармоничного сочетания полного физического, умственного и социального благополучия организма (определение здоровья ВОЗ). Однако следует отметить, что на младших курсах варьирует количество студентов медицинского и немедицинского профиля, выбравших данное определение (33,0% и 46,9% соответственно). Следует отметить, что старшекурсники медицинских и педагогического колледжей реже выбирали данный ответ – 24,6% и 34,1% соответственно (Рис.3.7).

При рассмотрении таблицы сопряженности ответов о РЗ и источниках получения информации видно, что самый большой процент ответов о репродуктивном здоровье сопряжен с информацией, полученной от медицинских работников (Таблица 3.5).

Таблица 3.5. Сопряжённость источников получения информации с суждениями о репродуктивном здоровье, %

Репродуктивное здоровье – это...	От кого Вы узнаете информацию о репродуктивном здоровье?					Итого
	Друзей	Из СМИ	Родителей	Мед. Работников	Педагогов, психологов	
Медицинский колледж						
Отсутствие болезней органов системы репродукции	7,5	19,7	19,7	31,6	9,0	49,3
Способность к воспроизводству потомства	7,5	21,2	22,4	33,7	14,0	54,3
Удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь	4,8	8,1	5,4	10,4	4,5	16,4
Состояние полного физического, умственного и соц. Благополучия	3,9	11,0	11,0	16,7	7,8	29,6
Всего:	13,7	38,8	38,5	59,1	23,3	100,0
Педагогический колледж						
Отсутствие болезней органов системы репродукции	6,7	41,6	25,8	42,7	24,7	66,3
Способность к воспроизводству потомства	3,4	19,1	19,1	27,0	15,7	36,0
Удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь	1,1	2,2	3,4	4,5	3,4	7,9
Состояние полного физического, умственного и соц. Благополучия	4,5	18,0	12,4	29,2	13,5	40,4
Всего:	10,1	52,8	39,3	65,2	39,3	100,0

Для оценки репрезентативности полученных данных стоит обратиться к результатам, полученным российскими социологами. Так, в отчете «Оценка уровня востребованности сексуального образования и знаний о РЗ среди подростков и молодежи» (2013 г., Российская Федерация) приводятся следующие данные: «58% опрошенных верным образом связывают РЗ с понятием «Возможности к воспроизводству и рождению детей», в нашем исследовании – 50,3% (Таблица П 5.4) [272]. Треть (28%) молодых людей рассматривают РЗ как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия», что соответствует понятию здоровья в целом, в нашем исследовании – 32,3%. Всего 12% связывают репродуктивное здоровье с одним из его аспектов – «удовлетворением и безопасной сексуальной жизнью», наш результат – 14,4%. Полученные данные находятся примерно на уровне данных Российской Федерации, что подтверждает схожую информированность подростков в исследованных выборках и позволяет экстраполировать результаты исследования на общую популяцию региона.

Одним из моментов исследовательской работы явилось выявление субъективных оценочных мнений респондентов касательно собственного репродуктивного здоровья. Интерпретация полученных ответов на вопрос «Как Вы оцениваете свое репродуктивное здоровье?» (Таблица П 5.6) позволяет констатировать, что около половины студентов оценивают своё репродуктивное здоровье как хорошее (53,0%), из них педагогов и медиков соответственно 52,5% и 51,7%; 22,9% респондентов считают его отличным из них 24,6% студентов педагогического колледжа и 14,9% студентов медицинского колледжа; 15,1% студентов считают, что их репродуктивное здоровье удовлетворительное из них 15,0% студентов-педагогов и 20,7% студентов-медиков (Рис.3.8).

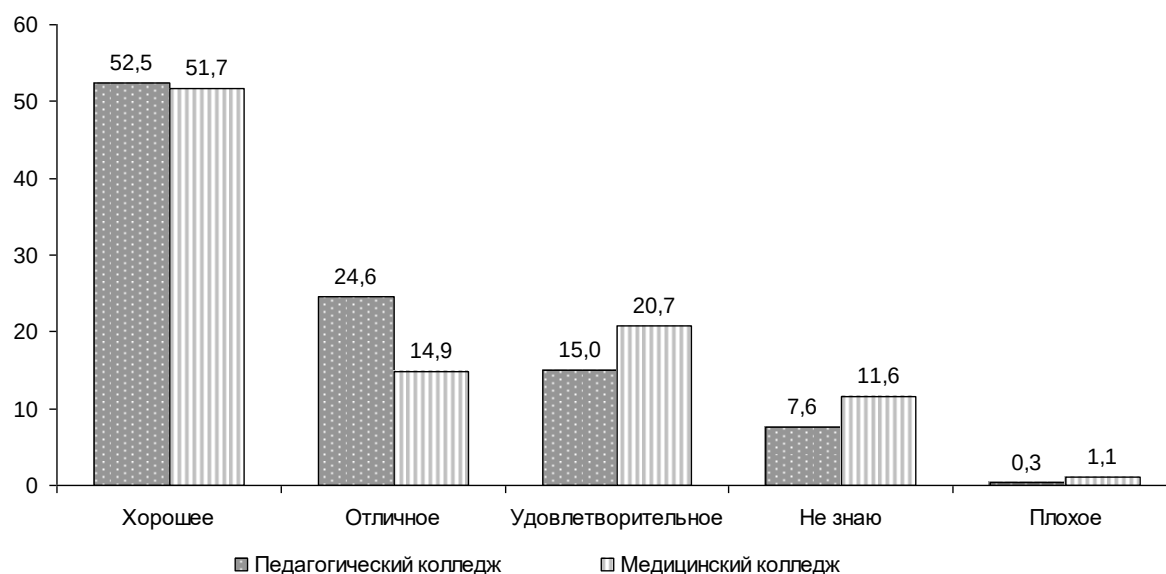


Рис. 3.8. Оценка собственного репродуктивного здоровья (%)

Характерно, что 8,5% студентов не знают о своём репродуктивном здоровье (7,6% медиков и 11,6% педагогов). В основном это студенты первых курсов. При анализе полученных данных наиболее ярко прослеживается статистически значимая тенденция к росту оценки уровня собственного репродуктивного здоровья в зависимости от того, насколько студенты заботятся о своём здоровье.

В большинстве студенты оценивают своё здоровье как хорошее 52,9%, из них 20,8% студентов, кто заботится о своём здоровье периодически (Таблица 3.6) и постоянно против 3,2%, которые не заботятся о своём здоровье ($\chi^2 = 37,247$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 12).

Таблица 3.6. Оценка репродуктивного здоровья в зависимости от заботы о своём здоровье п (%)

Как Вы оцениваете своё репродуктивное здоровье?	Насколько Вы заботитесь о своём здоровье?					Итого
	Не забочусь	Забочусь редко	Забочусь только когда болею	Забочусь периодически	Забочусь постоянно	
Отличное	17 (3,9)	5 (1,2)	16 (3,7)	33 (7,6)	29 (6,7)	100 (23,1)
Хорошее	14 (3,2)	5 (1,2)	69 (15,9)	90 (20,8)	51 (11,8)	229 (52,9)
Удовлетворительное	6 (1,4)	4 (0,9)	25 (5,8)	25 (5,8)	5 (1,2)	65 (15,0)
Не знаю	1 (0,2)	4 (0,9)	14 (3,2)	13 (3,0)	7 (1,6)	39 (9,0)
Итого	38 (8,8)	18 (4,2)	124 (28,6)	161 (37,2)	92 (21,2)	433 (100,0)

Наличие состоявшегося регулярного «полового опыта» соответственно определяет самооценку репродуктивного здоровья у студентов медицинских колледжей по сравнению с педагогическим, что чаще может повышать самооценку РЗ (Таблица 3.1) В исследовании выявлено, что среди старшекурсников-медиков и педагогов встречаются статусы «женат/замужем» (22,0% и 9,1%), «живу в гражданском браке» (7,1% и 4,5%).

Проведенные ранее исследования показали, что среди российской молодежи большинство молодых людей начинают вести половую жизнь в возрасте 17–18 лет [274]. Согласно данным, полученным в нашем исследовании, 53,5% опрошенных указали возраст на момент первого полового акта 17 лет и выше; 15,2% – 14-16 лет (Таблица П 5.19).

Из представленной Таблицы 3.7 видно, что среди представителей 4 курса обрели «семейный статус» 10,5% опрошенных, учитывая и тех, кто состоит в гражданском браке, и тех, кто замужем или женат, в то время как на первом курсе таковых оказалось всего 2,2% (меньше в 5 раз). А вот постоянного друга/подругу имеют примерно одинаковое количество студентов 1 курса (16,6%) и 4 курса (15,4%). Не состоят в близких отношениях к четвертому курсу всех специальностей 15,2% против 40,0% – на первом курсе.

Таблица 3.7. Семейное положение респондентов, n (%)

Семейное положение	1 курс	4 курс	Итого
Замужем или женат	6 (1,3)	35 (7,8)	41 (9,2)
Состою в гражданском браке	4 (0,9)	12 (2,7)	16 (3,6)
Имею постоянную/ого подругу/друга	74 (16,6)	70 (15,4)	144 (32,1)
Не состою в близких отношениях	179 (40,0)	68 (15,2)	247 (55,1)
Итого	263 (58,8)	185 (41,2)	448 (100,0)

Существуют статистически значимые различия в ответах студентов 1 и 4 курсов в зависимости от семейного положения. Студенты 1 курсов в большинстве не состоят в близких отношениях (40,0%) опрошенных, в отличие от студентов 4 курсов (15,2%) ($\chi^2 = 62,562$; $p < 0,001$; $ст. св. = 3$). Таким образом, проводить первичную профилактику проблем репродуктивного здоровья в виде информирования идеально с 1 курса до сексуального дебюта. Существуют статистически значимые различия в ответах студентов 1 и 4 курсов в зависимости от места жительства (Таблица 3.8).

Таблица 3.8. Место жительства респондентов, n (%)

Место жительства	1 курс	4 курс	Итого
Дома с родителями	86 (19,0)	58 (12,8)	144 (31,9)
В общежитии	81 (17,9)	32 (7,1)	113 (25,0)
На квартире	84 (18,6)	56 (12,4)	140 (31,0)
У родственников	13 (2,9)	5 (1,1)	18 (4,0)
Живу отдельно	8 (1,8)	29 (6,4)	37 (8,2)
Итого	272 (60,2)	180 (39,8)	453 (100,0)

Студенты 1 курсов в большинстве живут дома с родителями (19,0%) в отличие от студентов 4 курсов (12,8%). Живут отдельно 1,8% студентов 1 курса и 6,4% студентов 4 курса ($\chi^2 = 30,296$; $p < 0,001$; $ст. св. = 4$).

Немаловажным в процессе изучения информированности студентов явилось исследование оценки уровня собственных знаний об опасностях, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье. Респондентам было предложено оценить свою компетентность по шкале уровня знаний: «высокий», «средний», «низкий» и «не знаю». Следует отметить, что динамика показателя информированности об опасности для здоровья на младших и старших курсах для студентов медицинских и педагогического колледжей значительно варьирует и выше у студентов 4 курса для всех факторов (Таблица 3.9).

Существует статистически значимая зависимость между курсом обучения и информированностью об опасности для здоровья таких факторов, как аддиктивное

поведение ($r_s = -0,199$; $p < 0,001$); ранние сексуальные связи ($r_s = -0,247$; $p < 0,001$); ИППП, ВИЧ-инфекции ($r_s = -0,204$; $p < 0,001$); и сексуальный опыт с партнёром своего пола ($r_s = -0,269$; $p < 0,001$) (Таблица П 5.25)

Таблица 3.9. Различия показателей информированности об опасности для здоровья ряда факторов (%)

Высокий	1 курс, n (%) n ₁ =272	4 курс, n (%) n ₂ =187	χ^2	p
Аддиктивное поведение	154 (57,5)	142 (76,8)	19,407**	0,000
Ранний сексуальный контакт	102 (38,9)	112 (61,9)	27,841**	0,000
ИППП, ВИЧ-инфекции	159 (60,2)	142 (77,6)	22,567**	0,000
Подверженность насилию	100 (38,0)	100 (54,3)	20,537**	0,000
Сексуальный опыт с партнёром своего пола	59 (23,1)	74 (40,9)	33,762**	0,000

Статистический тест – критерий χ^2 Пирсона

** - различия достоверны $p < 0,001$, *см. св. 3*

То есть студенты старших курсов больше информированы о факторах, влияющих негативно на их репродуктивное здоровье. Но было замечено, что студенты 1 курса больше заботятся о своём здоровье, чем студенты старших курсов, что подтверждается статистически значимой зависимостью ($r_s = -0,224$; $p < 0,001$).

Самый низкий результат пришелся на информированность об опасности для здоровья сексуального опыта с партнером своего пола и подверженности насилию.

Если сравнивать представленные результаты в разрезе будущей специализации можно констатировать лучшую информированность будущих медицинских работников о факторе подверженности насилию ($\chi^2 = 15,642$; $p < 0,001$; *см. св. = 3*) (Таблица 3.10).

Таблица 3.10. Различия показателей информированности об опасности для здоровья ряда факторов в зависимости от направления подготовки (%)

Высокий	Медицинский колледж, n (%) n ₁ =272	Педагогический колледж, n (%) n ₂ =187	χ^2	p
Аддиктивное поведение	232 (63,4)	64 (68,1)	2,626	0,453
Ранние сексуальные контакты	170 (47,2)	44 (48,9)	4,487	0,213
ИППП, ВИЧ-инфекции	244 (67,4)	59 (64,1)	6,769	0,080
Подверженность насилию	164 (45,3)	36 (39,6)	15,642**	0,001
Сексуальный опыт с партнёром своего пола	109 (31,0)	24 (26,7)	1,789	0,617

Статистический тест – критерий χ^2 Пирсона

** - различия достоверны $p < 0,001$, *см. св. 3*

Прежде всего отметим основную положительную тенденцию: представители старших курсов более высоко оценивают свои знания об опасностях для здоровья. Хочется верить, что это результат приобретенных за время обучения знаний в области здоровья.

Можно сделать вывод о том, что обучение в медицинских и педагогическом колледжах имеет специфику, но не влияет на отношение к репродуктивному здоровью и информированность о безопасном поведении, что подтверждает низкую эффективность существующей системы формирования безопасного поведения.

Анализируя полученные данные в Таблице 3.11, выделим наиболее высоко оцененные опасности для здоровья. Студенты-педагоги наибольшее количество голосов отдали осведомленности об опасности аддиктивного поведения (68,1%), далее следуют ИППП, ВИЧ-инфекция (64,1%), а у студентов-медиков рейтинг возглавляет осведомленность об ИППП, ВИЧ-инфекции (67,4%), на втором месте аддиктивное поведение (63,4%).

Таблица 3.11. Показатели информированности об опасности для здоровья факторов, у студентов медицинских и педагогического колледжей, (%)

	Всего по всей выборке	Медицинские специальности			Педагогические специальности		
		1 курс	4 курс	Итого	1 курс	4 курс	Итого
Аддиктивного поведения							
Высокий	65,2	35,2	28,1	63,4	26,6	41,5	68,1
Средний	21,1	15,3	6,8	22,1	19,1	3,2	22,3
Низкий	12,2	9,6	3,0	12,6	7,4	2,1	9,6
Не знаю	1,5	1,1	0,8	1,9	0,0	0,0	0,0
Ранних сексуальных контактов							
Высокий	48,2	23,6	23,6	47,2	18,9	30,0	48,9
Средний	34,5	23,3	12,2	35,6	20,0	11,1	31,1
Низкий	11,4	8,6	2,2	10,8	14,4	2,2	16,7
Не знаю	5,9	5,0	1,4	6,4	2,2	1,1	3,3
ИППП, ВИЧ-инфекции							
Высокий	67,2	37,6	29,8	67,4	27,2	37,0	64,1
Средний	19,0	10,8	6,6	17,4	17,4	8,7	26,1
Низкий	10,3	8,8	1,9	10,8	8,7	1,1	9,8
Не знаю	3,5	3,9	0,6	4,4	0,0	0,0	0,0
Подверженность насилию							
Высокий	44,6	24,0	21,3	45,3	14,3	25,3	39,6
Средний	31,9	16,6	11,6	28,2	27,5	19,8	47,3
Низкий	15,8	12,7	4,4	17,1	11,0	1,1	12,0
Не знаю	7,7	7,2	2,2	9,4	1,1	0,0	1,1
Сексуальный опыт с партнёром своего пола							
Высокий	30,4	14,5	16,5	31,0	8,9	17,8	26,7
Средний	27,7	14,5	13,4	27,8	11,1	14,4	25,6
Низкий	20,1	13,1	5,7	18,8	16,7	7,8	24,4
Не знаю	21,8	18,2	4,3	22,4	16,7	6,7	23,3

На это могла повлиять специфика обучения педагогов и важность воспитательных подходов, а также широко развернутые во всех СМИ, антитабачная и антиалкогольная кампании и жесткие законодательные инициативы. Далее у студентов не зависимо от профиля обучения следуют информированность об опасности для здоровья ранних сексуальных контактов, подверженности насилию. Из всех опасностей наименее значимые, исходя из полученных ответов, зафиксированы в области знаний, касающихся подверженности насилию и сексуальных контактов с партнерами своего пола, что статистически значимо ($\chi^2 = 220,086$; $p < 0,001$; ст. св. = 9) (Таблица 3.12).

Таблица 3.12. Сопряженность показателей информированности об опасностях для репродуктивного здоровья факторах между собой (%)

		Аддитивное поведение	Ранние сексуальные контакты	ИППП, ВИЧ-инфекция	Подверженность насилию	Сексуальный опыт с партнером своего пола
Аддитивное поведение	Pearson Chi-Square		201,235**	225,398**	164,779**	73,167**
	Asymp. Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000
	ст. св.		9	9	9	9
Ранние сексуальные контакты	Pearson Chi-Square	201,235**		279,693**	228,079**	123,688**
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000
	ст. св.	9		9	9	9
ИППП, ВИЧ-инфекция	Pearson Chi-Square	225,398**	279,693**		267,508**	127,963**
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000
	ст. св.	9	9		9	9
Подверженность насилию	Pearson Chi-Square	164,779**	228,079**	267,508**		220,086**
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000
	ст. св.	9	9	9		9
Сексуальный опыт с партнером своего пола	Pearson Chi-Square	73,167**	123,688**	127,963**	220,086**	
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	ст. св.	9	9	9	9	

Статистический тест – критерий χ^2 Пирсона

* - различия достоверны $p < 0,01$; ** - различия достоверны $p < 0,001$, ст. св. 9.

Различия в рейтинге информированности об опасных для РЗ факторах достоверно значимы между всеми факторами согласно непараметрическому критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,001$, *ст. св. 9*) (Таблица 3.12). Первым по значимости выступает аддиктивное поведение как фактор, по которому наибольшая осведомленность у респондентов, далее следуют ИППП, ВИЧ-инфекция, а ранние сексуальные контакты только на третьем месте в рейтинге. Это объясняется тем, что данные темы наиболее популярны при проведении профилактических мероприятий как у педагогов, так и у медицинских работников.

Нам представляется важным уделить в рамках обучения больше внимания всем вопросам, в особенности в аспекте домашнего и гендерного насилия. Еще раз подчеркнем, что все сказанное выше – это субъективные оценки, не отражающие реальной картины знаний учащихся, поскольку оценка объективных знаний возможна в случае применения тестовых вопросов, дающих представление об уровне «корректной» информированности респондентов по тем или иным вопросам.

В рамках анкетного опроса было предложено указать свое «согласие» или «несогласие» с набором утверждений, связанных с проблемами ИППП и ВИЧ. Далее, применив процедуру трассировки (сортировка ответов на «верные» и «неверные»), мы построили следующую линейную гистограмму (Рис. 3.9). Сразу отметим, что стаж учебы на объективные знания не оказывает существенного влияния. Средний результат правильных ответов первых курсов составил – 82,1%, четвертых – 82,3%. Незначительно лучшая теоретическая подготовка отмечена у респондентов педагогических колледжей.

При анализе объективных ответов было установлено, что средний уровень правильных ответов составляет 82,6%, в то время как студенты-медики показали более низкий результат, который составил 81,0%. Если детально рассмотреть «грамотность» респондентов в вопросах ИППП и ВИЧ/СПИДа, можно условно получить четыре группы ответов-суждений (Рис. 3.9). Первая группа (доля правильных ответов выше 95%). Сюда вошли следующие суждения: «Делая укол уже кем-то использованной иглой, можно заразиться ВИЧ или гепатитом» и «ИППП (включая ВИЧ) можно заразиться при рукопожатии». Учитывая возможность погрешности «по невнимательности», наблюдается практически абсолютная правильность знаний студентов.

Вторая группа (доля правильных ответов колеблется в диапазоне от 85% до 95%). Ответы на вопросы-суждения «ВИЧ-инфекция бывает только у гомосексуалистов и наркоманов» и «Беременная женщина, инфицированная ИППП (включая ВИЧ), может передать вирус ребенку» показали, что если с первым суждением лучше справились

респонденты педагогического колледжа 97,8% против 93,4%, то со вторым успешнее определились будущие медицинские работники, 91,0% против 82,4%, что является статистически значимым различием ($\chi^2 = 5,631$; $p < 0,05$; $ст. св. = 1$).

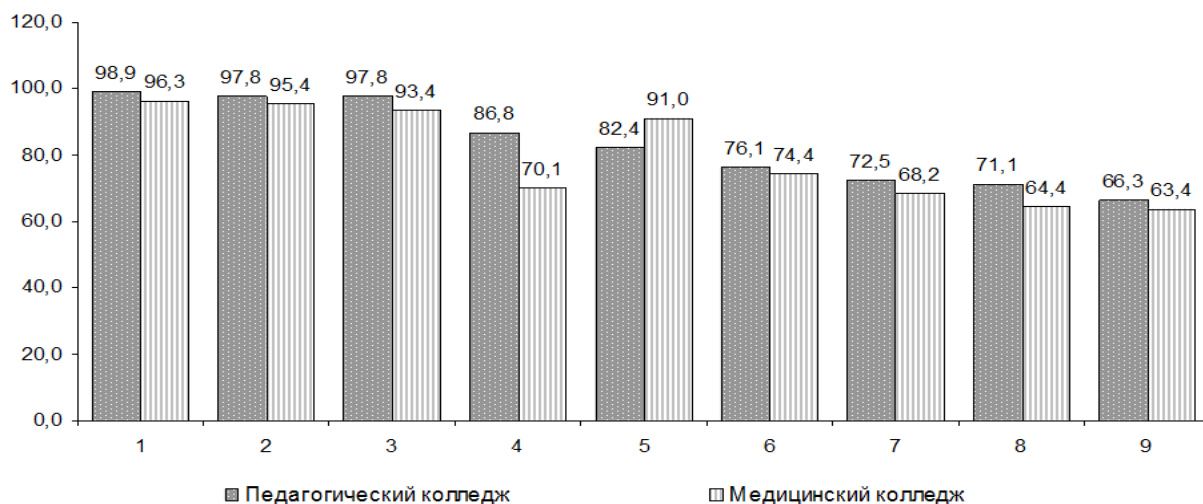


Рис. 3.9. Оценка правильных ответов студентов медицинских и педагогического колледжей на утверждения, связанные с проблемами ИППП и ВИЧ, %

(1) Делая укол уже кем-то использованной иглой можно заразиться ВИЧ или гепатитом; (2) ИППП (включая ВИЧ) можно заразиться при рукопожатии; (3) ВИЧ-инфекция бывает только у гомосексуалистов и наркоманов; (4) ВИЧ – инфекцией можно заразиться, если пользоваться общей посудой с инфицированным; (5) Беременная женщина, инфицированная ИППП (включая ВИЧ) может передать вирус ребенку; (6) Обезопасить себя от ИППП (в том числе ВИЧ) можно, если имеешь одного неинфицированного сексуального партнера, в котором полностью уверен(а); (7) Воздержание от половых отношений полностью оберегает от заражения ИППП, в том числе и ВИЧ; (8) Люди, инфицированные ВИЧ, могут долго сохранять физическую и умственную работоспособность; (9) Обезопасить себя от ВИЧ-инфекции можно, если правильно использовать презерватив при каждом половом акте.

Отдельно подчеркнем, что доля правильных ответов возрастает вместе со сроком обучения, за исключением студентов-педагогов старшего курса в суждении о передаче ВИЧ при беременности ребенку.

Третья группа (правильные ответы в 70–80% случаев). Ответы на вопросы «ВИЧ-инфекцией можно заразиться, если пользоваться общей посудой с инфицированным» и «Обезопасить себя от ИППП (в том числе ВИЧ) можно, если имеешь одного неинфицированного сексуального партнера, в котором полностью уверен(а)» показали, что с первым суждением лучше справились респонденты педагогического колледжа 86,8% и 70,1% соответственно, что является статистически значимым различием ($\chi^2 = 10,346$; $p < 0,01$; $ст. св. = 1$), и со вторым успешнее определились будущие педагоги

76,1% и 74,4% соответственно. Существуют статистически значимые различия в правильных ответах студентов 1 и 4 курсов на утверждение «Обезопасить себя от ИППП (в том числе ВИЧ) можно, если имеешь одного неинфицированного сексуального партнера, в котором полностью уверен(а)»: 78,3% – на первом курсе и 69,7% – на четвертом курсе ($\chi^2 = 4,005$; $p < 0,05$; *ст. св.* = 1); «Воздержание от половых отношений полностью оберегает от заражения ИППП/ВИЧ»: 63,2% – на первом курсе и 77,4% – на четвертом курсе ($\chi^2 = 9,786$; $p < 0,01$; *ст. св.* = 1); и «Люди, инфицированные ВИЧ, могут долго сохранять физическую и умственную работоспособность»: 58,0% – на первом курсе против 71,3% – на четвертом. Данные суждения носят сугубо бытовой характер и вызывают обеспокоенность в связи с обнаруженным низким уровнем знаний четвертой части опрошенных, которые могут столкнуться с определенными трудностями в ситуациях обозначенной специфики.

И четвертая группа – доля правильных ответов в интервале 50–70%. Ответы на вопросы «Люди, инфицированные ВИЧ, могут долго сохранять физическую и умственную работоспособность» и «Обезопасить себя от ВИЧ-инфекции можно, если правильно использовать презерватив при каждом половом акте» показали, что если первое суждение требует детальных знаний, то выглядят тревожными показатели по второму суждению (66,3% студентов педагогического колледжа и 63,4% – медицинских колледжей). Ведь именно презерватив является контрацептивом номер один, доступным и простым в использовании, обеспечивающим наряду с защитой от нежелательной беременности и высокую степень защиты от ряда инфекций, передающихся половым путем.

Из рисунка 3.9 видно, что в среднем студенты педагогических и медицинских специальностей информированы на 71,4% и 74,6% соответственно. То есть специфика медицинского обучения не отражается на уровне знаний студентов.

Не было выявлено никакой закономерности в оценке высокого риска для здоровья ранних сексуальных контактов и места проживания студентов, таким образом проживание с родителями или отдельно не влияет на оценку риска ранних контактов, что предполагает усиление работы с родителями (Таблица 3.13).

При опросе в 2013 г. большой группы московских школьников было установлено, что доля мальчиков, имеющих сексуальный опыт, увеличивается с 5,9 % в седьмом классе до 27,6% – в девятом и до 56,3% в одиннадцатом классе, а доля девушек соответственно с 2,7% до 12,9% и 35,2% [275]. Учитывая более ранний возраст начала сексуальной жизни, возрастает потребность полового воспитания молодежи с раннего подросткового возраста.

Таблица 3.13. Риск ранних сексуальных контактов * Место проживания, n (%)

Место проживания	Риск ранних сексуальных контактов				Итого
	Высокий	Средний	Низкий	Не знаю	
Дома с родителями	65 (14,9)	55 (12,6)	14 (3,2)	6 (1,4)	140 (32,1)
В общежитии	46 (10,6)	37 (8,5)	15 (3,4)	11 (2,5)	109 (25,0)
На квартире	68 (15,6)	42 (9,6)	15 (3,4)	8 (1,8)	133 (30,5)
У родственников	7 (1,6)	9 (2,1)	1 (0,2)	1 (0,2)	18 (4,1)
Живу отдельно	24 (5,5)	8 (1,8)	4 (0,9)	0 (0,0)	36 (8,3)
Всего	210 (48,2)	151 (34,6)	49 (11,2)	26 (6,0)	436 (100,0)

С целью более детальной оценки репрезентативности нашего исследования обратимся к опыту Кластерного исследования по многим показателям (МИКС), проведенного в 2012 г. в Республике Молдова. Согласно МИКС только 36% женщин и 28% мужчин в возрасте 15–24 года из числа опрошенных, обладают комплексными знаниями о путях передачи ВИЧ-инфекции [276]. Используют презерватив с целью защиты от инфекции 49% женщин и 68% мужчин в возрасте 15–24 лет. Анализ МИКС показал, что 58,6% женщин со средним профессиональным образованием используют какой-либо метод контрацепции, в нашем исследовании – 55,6%, что косвенно подтверждает зафиксированные данные. Что касается использования презерватива, то в данном контексте следует отметить, что согласно данным МИКС среди лиц, которые, по их словам, имели больше одного сексуального партнера за последние 12 месяцев, лишь половина женщин (49%) и 68% мужчин в возрасте 15–24 лет предохранялись от инфицирования. Этот показатель косвенно подтверждает зафиксированные данные об использовании опрошенными респондентами презерватива в 40,5% случаев в целях профилактики ИППП (Таблица П 5.21). Как можно увидеть, данные, приведенные МИКС, о наличии знаний относительно ВИЧ/СПИД в Республике Молдова ниже полученных диссертантом. Однако стоит учесть различие методик получения этих коэффициентов. Методология МИКС подразумевала изучение в том числе и знаний молодых людей (независимо от специфики образования) в возрасте 15–24 лет, которые верно определяют способы предотвращения передачи ВИЧ половым путем и которые отрицают распространенные ложные представления о передаче ВИЧ/СПИД. Особенно низкие показатели в данном вопросе зафиксированы у жителей сельской местности и в семьях с низким уровнем благосостояния. Это позволяет сделать вывод, что уровень информированности о ВИЧ-инфекции студентов медицинских и педагогического колледжей значительно выше в сравнении с общим населением Молдовы. Это можно объяснить более компактной гнездовой выборкой нашего исследования. Общий уровень

информированности не зависит от специализации, за исключением знаний о вертикальном пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду.

Согласно самооценке РЗ участниками опроса большинство (75,9%) студентов оценивают его как отличное и хорошее (Приложение 5.6), и, по их мнению, к нарушениям репродуктивного здоровья приводят, в том числе в 39,6% аборт (Таблица П 5.8).

Из общего числа респондентов 40,7% согласились, что «После аборта можно сразу забеременеть повторно», максимально с этим согласились студенты 4 курса педагогического колледжа – 68,4% и 4 курса медицинского – 53,6% (Рис. 3.10).

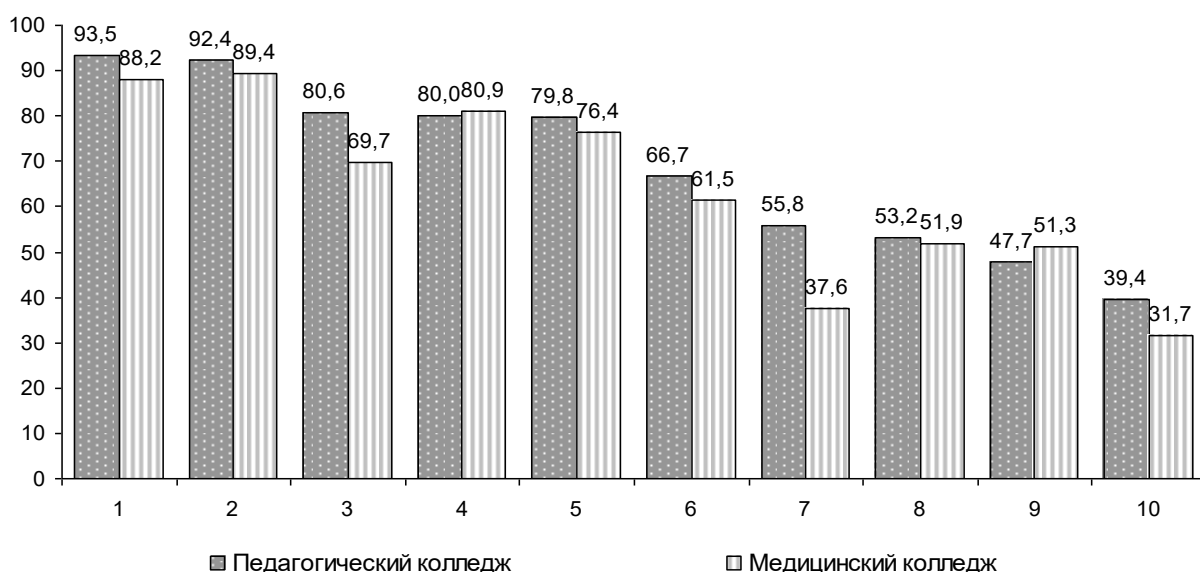


Рис. 3.10. Уровень «правильных» ответов на вопросы-утверждения о разных аспектах репродуктивного здоровья, %

1) ИППП можно заразиться через объятие; (2) Заболевание, передающееся половым путем, может пройти само без специального лечения благодаря общим оздоровительным процедурам; (3) Половой контакт в "безопасные" дни не дает полной уверенности в предохранении от беременности; (4) Незащищенный половой контакт может привести к заражению некоторыми вирусами, которые являются причиной онкологических заболеваний репродуктивных органов; (5) Можно получить ИППП от человека, у которого/ой нет никаких видимых симптомов; (6) Если у человека было заболевание, передаваемое половым путём, он/она не может заразиться снова той же болезнью; (7) После аборта можно сразу забеременеть повторно; (8) Из средств предупреждения беременности только презерватив защищает от заболеваний, передаваемых половым путём; (9) Заболевание, передаваемое половым путем, можно предотвратить даже после подозрительного полового акта специальными мерами профилактики; (10) Аборт является одним из методов предотвращения беременности

Предсказуемо правильно ответили на суждение: «Аборт является одним из методов предотвращения беременности» всего 33,0% по выборке, причем среди 4 курсов 41,9%

правильных ответов у педагогов и 31,7% – у студентов медицинских колледжей (Рис. 3.10). Женщины в этих вопросах оказались более грамотными, в среднем их показатель по данным позициям на 10–15% выше, чем у мужчин.

Только половина опрошенных дали правильные ответы на вопросы по профилактике ИППП «специальные меры профилактики, после подозрительного сексуального контакта» и «использование презерватива» (50,4% и – 51,7% соответственно), что требует включить их в обучение при проведении профилактических мероприятий (Таблица П 5.14).

Представленные данные (Рис. 3.10) позволяют оценить, у студентов каких специальностей процесс передачи знаний осуществляется более эффективно, а анализ позволяет утверждать, что студенты педагогического колледжа чаще, чем медицинского правильно отвечали на утверждение о том, что «Половой контакт в "безопасные" дни не дает полной уверенности в предохранении от беременности» (80,7% и 69,8%).

В среднем студенты обоих колледжей одинаково информированы (63,9% и 68,9% соответственно). Обращает на себя внимание более низкий уровень правильных ответов среди студентов-медиков. На вопрос «Использовали ли Вы или Ваш партнер специальные методы предотвращения беременности при последнем половом акте?» 44,4% респондентов ответили отрицательно, из них 47,3% – студентов медицинских колледжей и 32,1% – педагогического (Таблица П 5.21). Правильно информированы о том, что ИППП можно предотвратить даже после подозрительного полового акта специальными мерами профилактики только половина студентов 4 курсов (54,8% медиков и 56,4% педагогов).

Уровень «правильных» ответов на вопрос-утверждение «Половой контакт в "безопасные" дни не дает полной уверенности в предохранении от беременности» распределился следующим образом: педагогический колледж – 80,6%, медицинский – 69,7%, что статистически значимо ($\chi^2 = 4,307$; $p < 0,05$; $ст. св. = 1$), и с утверждением «После аборта можно сразу забеременеть повторно» также успешнее определились будущие педагоги, 55,8% и 36,7% соответственно, различия статистически значимые ($\chi^2 = 10,291$; $p < 0,01$; $ст. св. = 1$). Правильно ответили на утверждение «Аборт является одним из методов предотвращения беременности» 28,0% студентов первого курса и 40,4% студентов четвертого курса, что является статистически значимым различием ($\chi^2 = 7,512$; $p < 0,01$; $ст. св. = 1$), а на вопрос «Заболевание, передаваемое половым путем, можно предотвратить даже после подозрительного полового акта специальными мерами профилактики» правильно ответили 84,2% студентов первого курса и 76,7% студентов четвертого курса, что является статистически значимым различием

($\chi^2 = 3,877$; $p < 0,05$ *ст. св.* = 1). На вопрос «После аборта можно сразу забеременеть повторно» правильно ответили 28,9% студентов первого курса и 56,8% четверокурсников, что статистически значимо ($\chi^2 = 32,853$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1). Анализ данных результатов подтверждает гипотезу о том, что студенты независимо от профиля обучения одинаково подвержены риску незапланированной беременности, а наличие знаний о репродуктивном здоровье не всегда определяет их поведение.

Большая часть респондентов указала, что безопасный аборт – это проведение процедуры в медицинском учреждении: 62,5% медиков и 58,4% педагогов (Рис. 3.11). Студенты медицинских специальностей отметили «аборт на малых сроках беременности» более безопасным в 22,7% случаев, а педагоги – 13,5%, что является статистически значимым различием ($\chi^2 = 14,031$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1). Медикаментозный аборт считают безопасным 10,3% студентов-медиков и 19,1% педагогов, из них 8,1% студентов первого курса и 17,7% четвертого курса ($\chi^2 = 17,384$; $p < 0,001$; *ст. св.* = 1).

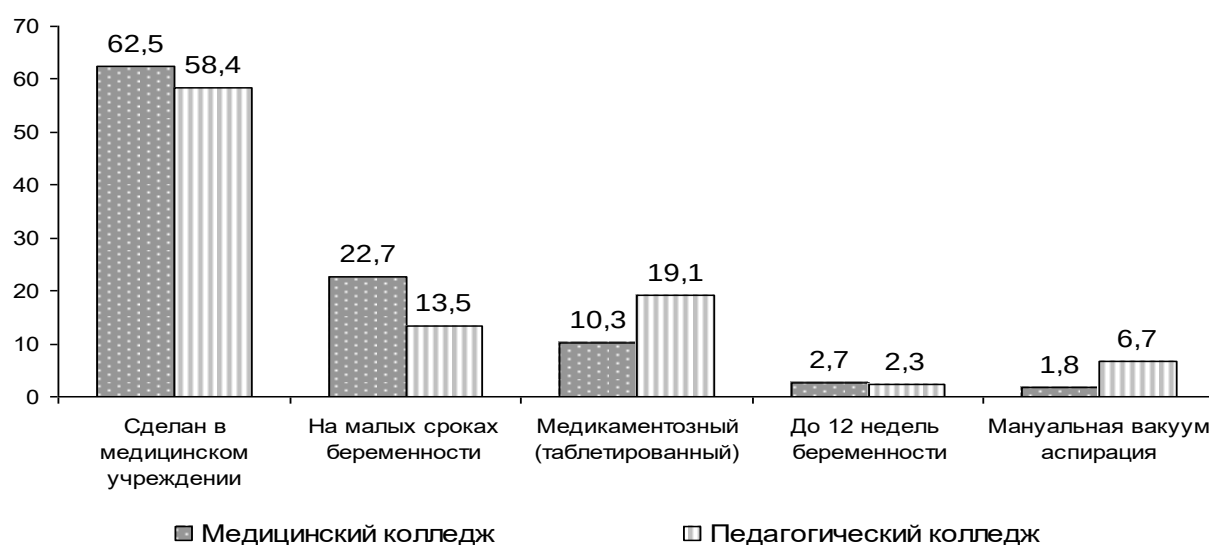


Рис. 3.11. Знания о безопасном аборте, (%)

На малых сроках считают аборт безопасным 16,7% студентов педагогического и 12,7% медицинских колледжей, из них 26,4% – студентов первого курса и 13,7% – студентов четвертого курса ($\chi^2 = 10,125$; $p < 0,01$; *ст. св.* = 1) (Таблица 3.14).

Таким «медицинским» термином, как «мануальная вакуум аспирация», в большей мере оперируют студенты педагоги, считая его безопасным абортом в 6,7% против 1,8% среди студентов медиков ($\chi^2 = 12,324$; $p < 0,05$; *ст. св.* = 1).

Таблица 3.14. Как Вы думаете, что такое безопасный аборт? * Курс, n (%)

	1 курс	4 курс	χ^2	p
Сделан в медицинском учреждении	146 (59,3)	118 (64,6)	1,178	0,278
Медикаментозный (таблетированный)	21 (8,1)	31 (17,7)	17,384**	0,000
Мануальная вакуум аспирация	6 (2,4)	6 (2,9)	0,070	0,791
На малых сроках беременности	65 (26,4)	24 (13,7)	10,125*	0,002
До 12 недель беременности	9 (3,7)	2 (1,1)	2,543	0,111

Статистический тест – критерий χ^2 Пирсона

* - различия достоверны $p < 0,01$; ** - различия достоверны $p < 0,001$.

Каждый второй респондент из тех, кто вступил в половой контакт до 16 лет, осознает безопасность аборта при обращении в медицинское учреждение, а срочность этого обращения – каждый пятый из общего числа опрошенных (на малых сроках). У лиц, позже вступивших в половую связь, расширяются знания об аборте как о процедуре. Они знакомы с понятием медикаментозного аборта уже с 14–16 лет в 18% случаев и вакуумной аспирацией – в 6%. Тем, кому на момент первого полового акта было больше 16 лет, не на много улучшили показатели информированности о безопасных абортах в сравнении с 14–16-летними (Таблица 3.15).

Таблица 3.15. Как Вы думаете, что такое безопасный аборт? *

Ваш возраст на момент первого полового акта, n (%)

Как Вы думаете, что такое безопасный аборт?	Возраст на момент первого полового акта				Итого
	До 13 лет	14–16 лет	17 лет и старше	Не было	
Сделан в медицинском учреждении	1 (0,3)	34 (9,2)	123 (33,3)	78 (21,1)	236 (64,0)
Медикаментозный (таблетированный)	0 (0,0)	10 (2,7)	29 (7,9)	4 (1,1)	43 (11,7)
Мануальная вакуум аспирация	0 (0,0)	3 (0,8)	6 (1,6)	2 (0,5)	11 (3,0)
На малых сроках беременности	1 (0,3)	8 (2,2)	36 (9,8)	25 (6,8)	70 (19,0)
До 12 недель беременности	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,4)	4 (1,1)	9 (2,4)
Итого	2 (0,6)	55 (14,9)	199 (53,9)	113 (30,6)	369 (100,0)

Существует статистически значимая зависимость между возрастом на момент первого полового акта и курсом обучения ($r_s = -0,302$; $p < 0,001$), студенты старших курсов позже

вступали в интимные связи, чем студенты первых курсов.

Кроме того, был изучен пятилетний (2010–2014 гг.) опыт проведения медикаментозного аборта у 124 подростков до 19 лет в Центре репродуктивного здоровья и планирования семьи г. Тирасполь, что позволило выявить ряд особенностей.

Подростки, обратившиеся за процедурой аборта, предпочитают медикаментозный метод, о котором в 72% случаев узнали от медицинских работников, в 8% – из наглядной информации в медицинском учреждении, а основным аргумент в пользу медикаментозного аборта – это отсутствие инвазивного компонента медицинской процедуры и минимальные медицинские вмешательства. Понятие конфиденциальности для девушек старшего подросткового возраста сопряжено с проведением процедуры без присутствия или вмешательства членов семьи или других лиц, для подростков до 17 лет важно присутствие партнера (мама, друг, медицинский работник), качественные услуги по проведению медикаментозного аборта подросткам могут быть оказаны при участии квалифицированной акушерки [99, 277]. В большинстве случаев, по мнению опрошенных, аборт является следствием отсутствия знаний, позволяющих молодежи предотвратить нежелательную беременность. Знания об использовании методов контрацепции являются профилактикой нежелательной беременности, поэтому был сформулирован вопрос «Методы контрацепции, используемые Вами при последнем половом контакте» (Рис. 3.12).

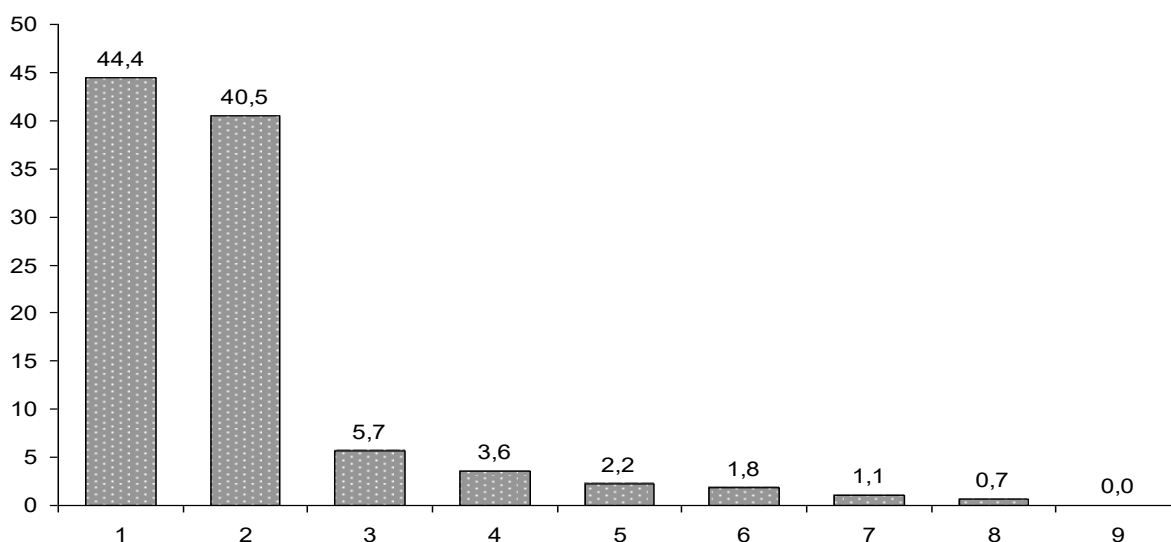


Рис. 3.12. Методы контрацепции, используемые студентами при последнем половом контакте, %

(1) Ни чем не пользовался (лась); (2) Презерватив; (3) Противозачаточные таблетки; (4) Прерванный половой акт; (5) Спираль; (6) «Температурный метод»; (7) Определённые «безопасные» дни; (8) Норплант; (9) Экстренная посткоитальная контрацепция

При обобщении предоставленных данных можно заметить, что почти у каждого второго опрошенного респондента (44,4%) последний сексуальный контакт был незащищенным. У будущих медицинских специалистов эта цифра составляет 47,3%, у будущих педагогов – 32,1%. Об использовании презерватива при последнем сексуальном контакте свидетельствовали 47,2% студентов-педагогов и 38,4% студентов – медиков. Но если сравнить данные семейного положения, то статус «не состою в близких отношениях» отметили 53% респондентов, а на вопрос «Вспомните Ваш последний половой акт...» ответили 61% опрошенных, можно сделать вывод, что 7% респондентов вступали в случайные связи, не считая их «близкими отношениями».

Т. Е. Белокриницкая, Н. И. Золотарева, М. Н. Мочалова (2006 г.), проведя опрос студентов медицинского вуза, показали, что только 36,6% девушек при сексуальном дебюте оказались готовыми к предупреждению нежелательной беременности и ИППП и использовали презерватив, 3,3% – посткоитальные гормональные средства, 1,2% – спермициды, треть опрошенных (33,4%) не использовали современные средства контрацепции [277, 278]. Данное сравнение подтверждает, что чем моложе возраст респондентов, тем более рискованное поведение. В нашем исследовании, где средний возраст респондентов составил 17,5 лет, не использовали средства контрацепции 44,4%, а в сравниваемом исследовании с участием студентов вуза данный показатель 33,4%.

Рассматривая демографические характеристики выборочной совокупности, заметно, что у потенциальных медицинских работников выше доля лиц, состоящих в браке, что может оказывать влияние на процесс контрацепции и защиты половой сферы от ИППП и ВИЧ-инфекции, связанных с ответственным поведением постоянных партнеров. Наличие состоявшегося регулярного «полового опыта» определяет выросшую самооценку репродуктивного здоровья, но не влияет на уровень информированности и безопасное поведение.

Данные, полученные в России в 2011 г., соизмеримы с полученными нами данными: девушки 15–19 лет, не использующие контрацепцию, составили 72%, а самым популярным методом контрацепции явился презерватив, его использовала каждая четвертая женщина репродуктивного возраста. В нашем исследовании 44,4% респондентов не использовали методы предохранения контрацепции, а 40,5% предпочли презерватив (Таблица П 5.21) [274]. Исследование, проведенное в 2011 г. в Вологде, показало, что среди девушек 15–25 лет используют презерватив 39,6% [120]. Низкий уровень использования современных средств контрацепции у подростков в сравнении с более старшими возрастными группами, подтверждает отсутствие у них навыков безопасного поведения.

Ранжирование методов контрацепции дает следующие результаты: в качестве основного метода контрацепции называют презерватив 40,5%, противозачаточные таблетки – 5,7%. Однако использование традиционных методов контрацепции (прерванный половой акт и физиологические методы) отмечают 6,5% опрошенных. В нашем исследовании не зарегистрировано ни одного случая использования методов экстренной контрацепции.

Достаточно высокий уровень самооценки знаний по темам ИППП/ВИЧ, аддиктивного поведения связан с проводимой в последние годы кампанией по профилактике ВИЧ/СПИДа, которая не затрагивала тему репродуктивного здоровья комплексно. Высокие знания об ИППП не повлияли на уровень информированности о предотвращении заражения ИППП, только половина (49,5%) отметила «латексный презерватив», а реально использует барьерный метод 40,5% всего по выборке.

О роли использования презерватива можно судить исходя из анализа взаимосвязи применения презерватива при последнем половом контакте с уровнем знаний о предотвращении заражения ИППП (Таблица 3.16).

Таблица 3.16. Заражение ИППП можно предотвратить, используя...? * Использование презерватива при последнем половом контакте?, п (%)

	Использование презерватива при последнем половом контакте		χ^2	p
	Использовал	Не использовал		
Латексный презерватив	85 (58,6)	129 (44,8)	15,147*	0,002
Воздержание от сексуальных контактов	22 (15,2)	93 (32,3)		
Просвещение молодёжи об ИПП и методах защиты и профилактики	36 (24,8)	93 (30,4)		
Ваш вариант	2 (1,4)	2 (0,7)		

Статистический тест – критерий χ^2 Пирсона;

* - различия достоверны $p < 0,05$; ст.св. 3

** - различия достоверны $p < 0,001$.

Респонденты, которые осведомлены о возможности предотвратить заражение ИППП латексным презервативом, достоверно чаще не используют его при последнем половом акте ($\chi^2 = 15147$; $p < 0,05$; ст. св. = 3), чем подтверждают гипотезу об отсутствии связи между уровнем знаний о рисках для репродуктивном здоровья и репродуктивным поведением.

Рассмотрим отношение респондентов к методам осуществления профилактических программ в сфере здоровья молодежи (Рис. 3.13). Традиционные лекционные занятия

актуальны для половины опрошенных (54,1%). Разница между профилями обучения в данном вопросе составляет 10,0% и выше для педагогического профиля (57,4%). Групповые дискуссии в сфере здоровья в среднем поддерживают 42,2% респондентов. На третьем месте по уровню востребованности среди студентов оказался тренинг – 35,4% с перевесом в пользу студентов-педагогов (40,4% и 30,1% соответственно). В виду редкого использования тренинговой формы работы в процессе обучения большинство опрошенных мало знакомы с данной формой работы. Этот факт подтверждается тотальным применением традиционных лекций в системе профессионального обучения.



Рис.3.13. Рейтинг методов осуществления профилактических программ в сфере здоровья подростков и молодежи, %

Более того, педагогические работники, осуществляющие образовательный процесс как в медицинских, так и в педагогических колледжах, не владеют навыками интерактивных форм работы. Подчеркнем, что тренинг как метод активного социально-педагогического обучения в настоящее время представляет собой один из наиболее эффективных методов. Учитывая тот факт, что наиболее значимой сферой для молодежи является общение со сверстниками, метод тренинга с ведущим-ровесником является наиболее приемлемым и эффективным. Все вышесказанное обосновывает актуальность обучения навыкам интерактивного взаимодействия не только педагогов и медиков, но и подростков.

За проведение тематических мероприятий ратуют 28,2% опрошенных, в большей степени студенты-педагоги (39,4%) в сравнении со студентами-медиками (22,2%). На посещение профильных организаций в вопросе приобретения знаний о репродуктивном здоровье указал каждый пятый из опрошенных студентов (в среднем 22,1%). В то же время

такой объективно-действенный метод закрепления знаний как «модульный контроль в рамках программы обучения» нашел свое отражение в ответах лишь 17,5% студентов. Еще меньше приверженцев обнаружилось у сторонников «ролевых игр». Данный метод поддержали 15,1% студентов медицинских специальностей и 10,6% педагогов.

Полученные данные говорят о позитивном отношении респондентов к осуществлению профилактических программ в сфере здоровья, однако методы их реализации требуют пересмотра и внедрения эффективных практик.

Затрагивая вопрос профилактического обучения, важно рассмотреть выбор тем занятий в данной сфере (Рис. 3.14). Для этого был задан вопрос «Выберите те разделы обучения в сфере сохранения и укрепления здоровья, которые, по Вашему мнению, наиболее важны для подростков и молодежи». Оговоримся, что респондентам был предложен множественный выбор, и в связи с этим разница в ответах медиков и педагогов, превышающая 0,4%, уже имеет статистическую значимость.

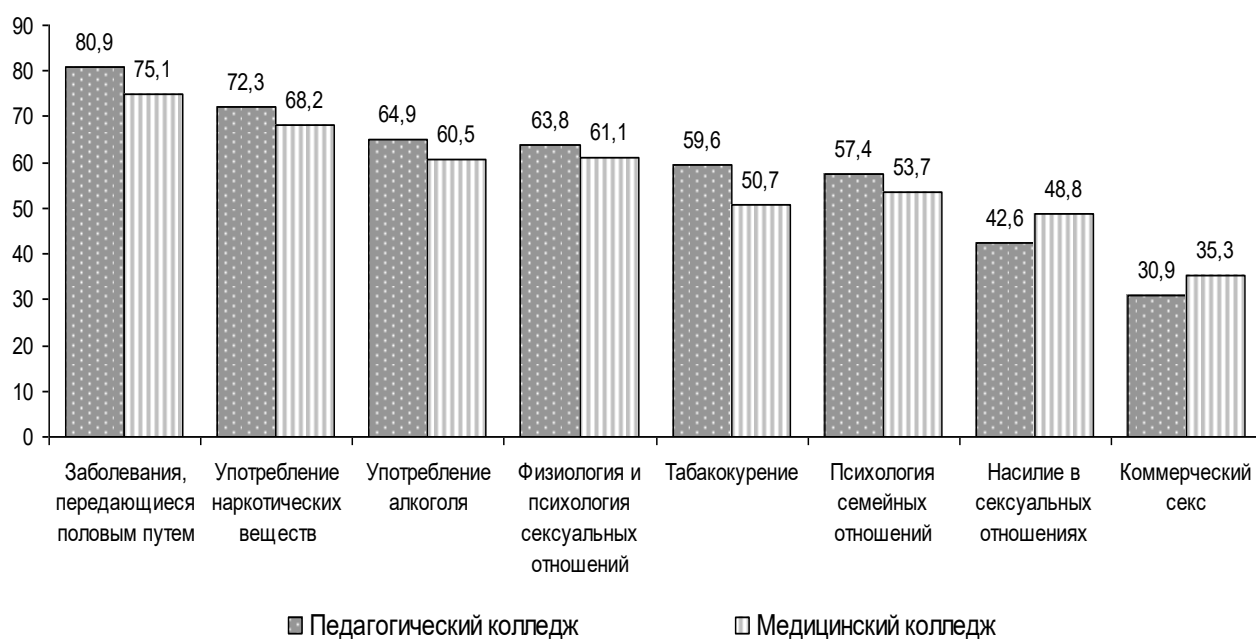


Рис. 3.14. Рейтинг тематики обучения в сфере сохранения и укрепления здоровья, %

Наиболее актуальной тематикой для студентов обоих профилей обучения с небольшим перевесом в сторону педагогической специализации выступает информация об ИППП, так, 81,3% опрошенных выбрали эту тему (Таблица П 5.23). На втором по значимости месте следует «Употребление наркотических веществ» – 73,3% (Таблица П 5.23). Третье место с примерно равными показателями делят между собой тематики

«Физиология и психология сексуальных отношений» (65,8%) и «Употребление алкоголя» 64,9% (Таблица П 5.23). Вопросы, связанные с алкоголем и табакокурением, в большей мере интересуют студентов педагогического профиля обучения. Будущим медикам более актуально изучение таких вопросов, как «сексуальное насилие» (48,8 %) и «коммерческий секс» (35,3%) (Таблица П 5.23).

Важным результатом данного исследования следует считать осознанное проявление необходимости проведения программ, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья с раннего подросткового возраста, а именно, начиная с 10 лет, которое нашло отражение в ответах на вопрос «Укажите возраст, в котором, по вашему мнению, следует начинать проведение программ, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья». Возраст от 10 до 15 лет указали 83,8% респондентов педагогического колледжа, среди студентов-медиков этот процент составил 80,8% (Таблица П 5.3). Среди студентов педагогического колледжа 67,0% поддерживают проведение таких программ с возраста 10–13 лет, а респонденты медицинских колледжей в 53,9% случаев. Кроме того, желание посещать занятия по проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья высказали 80,9% респондентов, 79,8% студентов медицинских колледжей и 85,1% студентов педагогического колледжа (П 5.2).

В конце анкеты еще раз было предложено ответить на вопрос: «Предположим, в Вашем училище стал бы проводиться учебный цикл по проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков. Посещали бы Вы такие занятия?», на что 83,9% респондентов ответили утвердительно независимо от курса обучения (Таблица П 5.22).

Подводя итоги проделанной эмпирической и аналитической работы, можно сформулировать ряд выводов. Прежде всего, подчеркнем, что обнаруженный уровень знаний и самооценка собственного репродуктивного здоровья находятся на недостаточном уровне. Общим положительным моментом можно назвать зафиксированное наличие потребности и мотивации у студентов в получении знаний о правильном репродуктивном поведении. Приведенные выше результаты исследования говорят о том, что уровень знаний студентов педагогического направления по ряду вопросов о репродуктивном здоровье, ИППП, ВИЧ/СПИДе в целом несколько выше, чем у их коллег, специализирующихся по медицинской тематике. Следует обратить внимание на необходимость повышения общего уровня теоретической подготовки педагогического состава в вопросах охраны репродуктивного здоровья и роста уровня доверия студентов, прежде всего к педагогам и воспитателям. Нельзя не оставить без внимания тот факт, что у будущих медиков

обнаружена более высокая осведомленность в вопросе безопасного способа прерывания беременности. Также можно отметить, что, основываясь на уровне своих знаний, представители педагогического направления выше оценивают свой общий уровень репродуктивного здоровья, однако проигрывают в динамике этой оценки в зависимости от стажа обучения. Выделяя отрицательные моменты, стоит отметить общую низкую ответственность в вопросе контрацепции всех опрошенных. У обеих категорий респондентов можно обнаружить небрежность, связанную с контрацепцией и проявляющуюся в меньшей заботе о репродуктивном здоровье. Для представителей педагогического профиля в качестве негативного итога стоит отметить отсутствие связи между понятиями безопасной сексуальной жизни и оценкой отсутствия болезней со стороны репродуктивной системы как составной части репродуктивного здоровья.

В итоге полученные результаты свидетельствуют о необходимости дополнительной мотивации ценностного отношения к репродуктивному здоровью как к личной ценности и важной составляющей здоровья общества. В целом представленные данные могут стать важным инструментом при планировании программ обучения, дающих возможность получения достоверной информации о репродуктивном здоровье, методах его сохранения, алгоритме и тематике консультаций, в том числе по вопросам сексуальных отношений, контрацепции, диагностики и профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа.

Согласно стандартам сексуального образования в Европе реализация сексуального образования полноценно возможна при наличии прямых и косвенных партнерских отношений. К прямым партнерам относятся родители, педагоги, медицинские работники и сами подростки. Данное исследование – это шаг к созданию партнерских отношений с молодежью в вопросах охраны репродуктивного здоровья. Учитывая опыт других государств (Румынии, Армении, Турции), такой как «двухступенчатая стратегия», заключающаяся в правильном выборе темы для привлечения внимания и времени для обсуждения острых вопросов, мы умышленно избегаем термина «сексуальное образование», заменяя его на «репродуктивное просвещение».

Обнаруженные данные подтверждают необходимость и перспективность дальнейшей исследовательской работы в данном направлении.

Просветительские услуги и внедрение обязательных программ по охране здоровья при подготовке специалистов медицинского и педагогического профилей среднего звена могут способствовать более полной информированности и достижению комплаенса с подростками и их приверженности к безопасным формам поведения.

Специфика обучения педагогическим специальностям откладывает отпечаток на большее количество источников получения информации о репродуктивном здоровье, на психологические и духовные аспекты личности, что может определять изменение модели поведения. На данный момент роль педагогов и воспитателей достаточно низкая (4 место в рейтинге), что было выделено как важный резерв донесения информации молодежи.

Родители и СМИ делят между собой второе и третье место, а в идеале роль родителей, семьи должна быть намного выше. В этой связи важно усиление работы с родителями и повышение их информированности и санитарной грамотности как залога формирования здорового образа жизни и культуры репродуктивного поведения.

3.2. Качественная характеристика готовности и мотивации работников систем здравоохранения и просвещения к охране репродуктивного здоровья молодежи

С целью отражения объективной точки зрения в области профилактической и воспитательной работы по вопросу охраны репродуктивного здоровья были опрошены специалисты систем здравоохранения и просвещения, ведущих профилактическую работу (Приложение 4). Данным опросом были охвачены 26 человек (12 работников здравоохранения и 14 – просвещения) для проведения интервью с персоналом разного уровня, участвующих в работе по охране репродуктивного здоровья: руководители из области просвещения; преподаватели, кураторы и воспитатели колледжей; психологи; врачи и акушерки службы репродуктивного здоровья; акушеры-гинекологи и акушерки амбулаторного звена.

Полученная в ходе интервьюирования информация была суммирована, проанализирована и показала следующие результаты.

В целом каждый третий из респондентов, отвечая на вопрос анкеты (Приложение 4), оценивает уровень своей профессиональной и личной удовлетворенности при проведении профилактических мероприятий как недостаточный, поставив 0 баллов, и столько же оценили его как минимальный, поставив 1 балл. Анализируя ответы представителей сектора просвещения, можно отметить, что у половины опрошенных наблюдается недостаточный уровень удовлетворенности своей работой в области профилактики по охране репродуктивного здоровья (оценили его в 0 баллов), а в секторе здравоохранения только двое респондентов поставили отметку «ноль». Представители сектора здравоохранения, объясняя достаточный уровень удовлетворенности и оценив его в 2 балла, поясняют: *«Имея знания и опыт, получаю полное удовлетворение от проводимых мероприятий по профилактике инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ,*

планированию семьи, профилактике абортa и рака репродуктивных органов, коллеги видят во мне компетентного сотрудника и обращаются за помощью. Если найден подход к подросткам, возрастает доверие к нам, задают вопросы после тренинга, у меня появляется чувство необходимости, что ты принес пользу, а значит отдача будет».

Каждый третий респондент, отвечая на вопрос №1 (Приложение 4), определил состояние своей подготовки для работы по охране репродуктивного здоровья молодежи на минимальном уровне с оценкой 1 балл; каждый второй из интервьюируемых считал, что им необходимы очень существенные улучшения в подготовке для достижения хорошего уровня по охране репродуктивного здоровья молодежи, оценив настоящую в 0 баллов.

Оценивая уровень собственных знаний о репродуктивном здоровье подростков, только представители сектора просвещения признавали его недостаточным с оценкой «ноль», утверждая, что *«это деликатная тема, не всегда удобная для разговора, лучше, когда приходят специалисты, но их надо мотивировать, чтобы с интересом приходили и могли ответить на все интересующие подростков вопросы».* В секторе здравоохранения степень своей подготовки по охране репродуктивного здоровья подростков признал достаточным (2 балла) каждый второй и высоким – каждый четвертый. На вопрос №16 (Приложение 4) «Оцените уровень Вашей профилактической деятельности с точки зрения коллег» затруднились ответить или оценили его минимальным больше половины опрошенных, отмечая, что на удовлетворенность профилактической работой влияет мотивация руководства, поощрение и признание важности этой работы, но по словам интервьюируемых: *«Плохо, что руководство не очень приветствует профилактическую работу в учреждениях образования, создают много документальных формальностей», «Более важен учебный процесс и большие тематические мероприятия, об охране репродуктивного здоровья стараемся говорить, особенно с девочками».*

В педагогической среде действующее состояние подготовки педагогических кадров для работы по охране репродуктивного здоровья молодежи (Приложение 4) признали недостаточным больше половины опрошенных, и особенно отмечаем, что самооценка уровня собственных знаний о репродуктивном здоровье признана нуждающейся в некотором или достаточном улучшении, что подтверждается цитатой: *«Когда приходят профессионалы для проведения тренинга по охране репродуктивного здоровья столько важного узнаю для себя и своего здоровья и сразу хочется посетить специалистов Центра репродуктивного здоровья, которые проводят мероприятия».* Наиболее часто опрошенные, отвечая на второй вопрос (Приложение 4) в качестве методов и форм по охране репродуктивного здоровья молодежи отмечают профилактические беседы. Все

опрошенные в комментариях указывают, что проводят профилактические беседы по охране репродуктивного здоровья молодежи 1 раз в месяц (1 час), но считают, что для этого необходимо использовать 2 часа в месяц, один респондент указал, что для данной работы необходимо использовать даже 4 часа в месяц, объясняя это следующим: *«Необходимо, чтобы специалисты рассказывали об особенностях репродуктивного здоровья и его охраны, а таких специально подготовленных профессионалов мало, чтобы охватить всех подростков надо время выделять больше, потому что молодежь не достаточно информирована в этих вопросах»*. Респонденты указывают на следующие темы, которые, по их мнению, необходимо включать в профилактические мероприятия по охране репродуктивного здоровья молодежи, выбор проводился из предложенного списка: наркотики; алкоголь и курение как факторы риска заболеваний; инфекции, передающиеся половым путем и ВИЧ; аборты и планирование семьи; домашнее насилие и насилие в подростковой среде – данные темы все опрошенные предложили включить в перечень занятий, а вот обеспечение безопасной беременности и подготовка к беременности, профилактику рака репродуктивных органов отметил только каждый второй из интервьюируемых, а правильное питание, анорексию и ожирение, психологическое благополучие и депрессии у молодежи, профилактику туберкулеза выбирали еще реже. Рекомендовали дополнить список тем для изучения: «Бесплодие и его профилактика» участники сектора здравоохранение, а «Суицид. Профилактика и влияние социальных сетей» – респонденты сектора просвещения.

На вопрос о готовности проведения профилактических бесед респонденты указывают следующие темы из предложенных, по которым они готовы проводить беседы: наркотики, алкоголь и курение как факторы риска заболеваний; ИППП и ВИЧ. А такие темы, как аборты и планирование семьи, домашнее насилие и насилие в подростковой среде, правильное питание, психологическое благополучие и депрессии у молодежи, анорексия и ожирение, вызывают у многих затруднение и требуют дополнительной подготовки.

Примечательно то, что пропорция выбранной тематики участниками опроса соответствует их готовности вести профилактические беседы.

Обращаем внимание на то, что несмотря на готовность респондентов к проведению профилактических бесед на многие темы все отмечают, что им необходима дополнительная подготовка для проведения мероприятий и не хватает участия компетентных специалистов для освещения специфических тем и профессионалов в узких вопросах репродукции и половому просвещению. Данный вывод подтверждает цитата: *«Для качественной работы надо готовить специально обученные кадры»*. Все респонденты обращают внимание на

недостаточный уровень методического обеспечения работы по охране репродуктивного здоровья молодежи. Все респонденты также отмечают, что для работы по охране репродуктивного здоровья молодежи по перечисленным выше темам у специалистов нет достаточного количества методических материалов. Все респонденты указали на недостаточный уровень осуществления обратной связи с молодежью, о потребностях в информации по охране репродуктивного здоровья.

К специалистам системы здравоохранения помимо студентов за помощью в проведении информационных мероприятий обращаются педагоги, психологи и кураторы.

В комментариях респонденты указывают на следующие препятствия, возникающие при подготовке профилактических бесед: отсутствие методического и технического обеспечения; отсутствие опыта работы. Цитата, подтверждающая резервы для улучшения работы: *«С удовольствием пройдем обучение как у себя в учреждение, так и на курсах повышения квалификации или семинарах».*

Отсутствие технического обеспечения процесса приводит к тому, что чаще всего применяют при работе с молодежью только лекции и беседы, что определяет время, посвященное данной работе. Опрошенные тратят на эту работу 1 час в месяц или меньше, но считают, что в среднем необходимо уделять внимание профилактике проблем здоровья до 5–10 часов в месяц. Минимальный размер морального и материального вознаграждения привели к отсутствию заинтересованности к работе, по мнению опрошенных, а соответственно к низкой мотивации к профилактической работе.

Многие отмечают, что деликатность темы охраны репродуктивного здоровья является барьером для проведения таких занятий с мальчиками и вызывает затруднения у респондентов педагогических специальностей по качественному проведению занятий из-за отсутствия специальной подготовки и компетентности по широкому кругу вопросов, касающихся анатомии и физиологии.

На основании анализа проведенного интервью можно сделать вывод о том, что работа по охране репродуктивного здоровья проводится, существуют отдельные фрагменты междисциплинарного взаимодействия на этапе приглашения для проведения лекций специалистов из медицинских профильных учреждений.

Ниже приведены цитаты из интервью, подтверждающие сильные стороны:

«Я теперь по-другому отношусь к беседам с подростками и ценю важность консультирования, но этому надо специально обучать, особенно игровым приемам, и подростки к нам потом приходят и чувствуешь, что ты необходим и принес пользу».

«Всегда можно надеяться на поддержку более опытных сотрудников, важно, что можно обратиться за помощью в ЦРЗ или к специалистам по ВИЧ/СПИДу».

«Как важно знать молодежи о планировании беременности, контрацепции, приеме фолиевой кислоты до беременности, о том, что вирус папилломы человека (ВПЧ) передается половым путем и может вызвать рак репродуктивных органов...».

«Сначала было тяжело привыкнуть к новой аппаратуре, но теперь это облегчило работу и сохранило время».

Все интервьюируемые выразили пожелания о наличии в учреждениях специальной учебно-методической литературы по формированию ценностного отношения к здоровью. Ниже приведены цитаты из интервью, подтверждающие выявленные резервы для улучшения профилактической работы:

«С удовольствием пройдем обучение как у себя в учреждение, так и на курсах повышения квалификации или семинарах, хотелось бы пособия или материалы».

«Плохо, что профилактическая работа не очень приветствуется, создают много документальных формальностей, и часто проводится для галочки в отчетах».

«Для качественного проведения профилактической работы необходимо большее количество специальной раздаточной литературы (брошюры, плакаты)».

Применив для полученных данных инструмент SWOT-анализа [279], была описана организация профилактических мероприятий в области РЗ, используя анализ внутренних факторов (*Сильные и Слабые стороны*) и, внешних факторов (*Возможности и Угрозы*).

Анализ проведенных интервью выделил следующие *сильные стороны*, имеющейся профилактической и воспитательной работы в области охраны РЗ:

1. Имеется в наличии служба репродуктивного здоровья и ответственные за профилактические мероприятия медицинские работники и незначительное количество специально обученных педагогов и воспитателей.
2. Практикуется совместное проведение мероприятий специалистами по охране репродуктивного здоровья, психологами и педагогами.
3. Для компетентного информирования по охране репродуктивного здоровья налажена взаимопомощь с некоторыми учреждениями просвещения, привлекаются коллеги или профессионалы из других областей.
4. Присутствует готовность персонала к профилактической работе и осознание необходимости актуализации планов в соответствии с потребностями молодежи.

5. Служба репродуктивного здоровья обеспечена современным оснащением для проведения профилактической работы и методическими материалами (видеофильмы и др.)

6. В наличии услуги по планированию семьи и услуги дружественные к молодежи.

Следующий внутренний фактор SWOT-анализа это – *слабые стороны*, выявленные в результате проведенного опроса, требующие улучшения для их развития:

1. Недостаточная мотивация специалистов, потребность в обучении современным профилактическим технологиям (методам и формам профилактической работы) и необходимость непрерывного повышения компетентности медицинского персонала и педагогов по вопросам охраны репродуктивного здоровья путем проведения семинаров, конференций, специальных курсов.

2. Необходимость внедрения научно-обоснованных учебно-методических комплексов с инструментами для эффективного внедрения, направленных на организацию системной образовательно-профилактической работы с молодежью.

3. Отсутствие системы мониторинга и оценки проводимых мероприятий.

Одним из внешних факторов SWOT-анализа являются *возможности* как благоприятные факторы внешней среды, влияющие на рост качества услуг в будущем:

1. Поддержка охраны РЗ на Над-системном уровне (ООН, ВОЗ) [10, 11, 22, 49, 198].

2. Конституция, Закон о Репродуктивном здоровье, приказы, гарантирующие охрану репродуктивного здоровья (РЗ).

3. Концепция духовно-нравственного воспитания молодежи и Примерная программа формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у молодежи, регламентирующие междисциплинарное взаимодействие сектора здравоохранения и просвещения и охрану здоровья молодежи.

4. Возможность привлечения СМИ, неправительственных организаций и фондов для акцентирования внимания к охране РЗ.

5. Возможность непрерывного образования в области охраны РЗ и усиление роли сектора просвещения.

Вторым внешним фактором SWOT-анализа являются угрозы, которые могут привести к снижению качества и востребованности предоставляемых услуг в области охраны РЗ:

1. Отсутствие системного подхода к охране РЗ молодежи.

2. Отсутствие мотивации и низкий уровень культуры подростков.

3. Выпадение уровней вертикального управления системы охраны репродуктивного здоровья вследствие смены политических элит.

При поиске сильных и слабых сторон, угроз и возможностей в процессе составления SWOT-анализа сделаны следующие выводы:

1. Для ликвидации слабых сторон, а именно низкой мотивации персонала к работе по охране РЗ, необходимо обеспечить межведомственное непрерывное повышение уровня знаний с учебно-методическим сопровождением.

2. Необходимо привлечение родителей, молодежи, сектора гражданского общества, СМИ к сотрудничеству в вопросах охраны здоровья для оценки качества проводимых мероприятий и мониторинга прогресса.

Дополнительным аргументом целостной оценки охраны репродуктивного здоровья молодежи можно считать результаты самооценки основных оперативных функций общественного здравоохранения согласно инструменту ВОЗ.

Так, рабочей группой в Приднестровском регионе была проведена самооценка «Программы и политик в отношении охраны сексуального и репродуктивного здоровья» согласно блоку ОФОЗ 4. В. 5. Местные эксперты оценили работу по охране репродуктивного здоровья как достаточную, но требующую дополнительного развития области воздействия на поведенческие, социальные детерминанты здоровья и окружающей среды посредством включенность всего государства и всего общества. Самооценка демонстрирует наличие в Приднестровском регионе платформы по организации межведомственного взаимодействия в области здоровья, понимание необходимости подготовки педагогов в вопросах укрепления здоровья и интеграции воспитания сознательного отношения к здоровью в общий план укрепления потенциала мероприятий по продвижению здорового образа жизни.

В организациях просвещения сексуальное просвещение не включено в учебную программу отдельным курсом и не интегрировано в другой курс со схожими целями. Учреждения образования имеют информацию о контактах специалистов, которые могут провести мероприятия по вопросам профилактики заболеваний репродуктивной системы.

Полученные и проанализированные данные позволили сделать следующий вывод: существует платформа для создания целостной системы межведомственного взаимодействия, способная обеспечить качественную работу по проведению профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья в регионе, однако не координированные действия со стороны всех уровней управления межведомственным взаимодействием, отсутствие научно обоснованных учебно-методических комплексов,

направленных на организацию системной образовательно-профилактической работы с молодежью по укреплению здоровья, разрозненность усилий и отсутствие системной обратной связи с молодежью не приводит к фактическому изменению ситуации и существует необходимость значительного улучшения всех вышеуказанных аспектов.

Таким образом, межведомственное взаимодействие систем здравоохранения и просвещения будет способствовать охране репродуктивного здоровья молодежи, если:

- исходить из теоретических аспектов системного подхода к охране репродуктивного здоровья молодежи с мониторингом процесса и обратной связью;
- организовать многоуровневое межведомственное взаимодействие с целью создания модели интегрального подхода к вопросам охраны репродуктивного здоровья молодежи в учреждениях среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения;
- в процессе обучения молодежи по вопросам охраны здоровья использовать совместно разработанное учебно-методическое сопровождение межведомственного характера.

3.3. Выводы по третьей главе

1. Проведенный опрос студентов медицинских и педагогического колледжей позволил оценить уровень их знаний, отношение к репродуктивному здоровью и поведенческие реакции, на основании которых можно сделать вывод о недостаточно высокой эффективности профилактических мероприятий, проводимых в области репродуктивного здоровья, и являться примером мониторинга качества проводимой профилактической работы и элементом обратной связи с молодежью.

2. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что студенты независимо от курса и профиля обучения одинаково подвержены риску небезопасного репродуктивного поведения, а знания о репродуктивном здоровье не всегда влияют на отношение к репродуктивному здоровью и поведенческие реакции.

3. Охрана сексуально-репродуктивного здоровья не может рассматриваться отдельно, являясь частью компетенции здорового образа жизни; одинаково важно педагогам владеть знаниями об охране сексуально-репродуктивного здоровья и одновременно медицинским работникам прививать современные подходы к обучению молодежи равнозначности компонентов здоровья: физиологического, психологического, социального и духовного.

4. Опрос профессионалов, задействованных в профилактических мероприятиях по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи, проиллюстрировал низкую

готовность и слабую мотивацию работников как сектора здравоохранения, так и сектора просвещения для активного и ответственного внедрения обозначенных мероприятий.

5. SWOT-анализ акцентировал необходимость непрерывного повышения уровня знаний, владения эффективными технологиями по охране здоровья с акцентом на первичную профилактику и обеспечения учебно-методическим сопровождением для мотивации персонала к работе по охране РЗ и создания условий для полноценного межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи.

4. ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ОСНОВ МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

4.1. Платформа для развития модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Для общественного здравоохранения здоровье и развитие молодежи является важным направлением, обеспечивающим сохранность вложенных в раннее развитие инвестиций, а актуальность решения проблемы охраны репродуктивного здоровья определяется текущим демографическим кризисом и неблагоприятными последствиями для будущего региона ВЕЦА. Опираясь на исследования А. В. Решетникова (2010 г.), А. А. Арутюнян (2016 г.), Г. Г. Филипповой (2011 г.), М. Л. Беляевой (2010 г.), В. А. Кулавского (2002 г.), О. Г. Беловой (2013 г.), О. Н. Калачикова (2012 г.), которые с позиции социальных и гуманитарных наук выделяют социально-демографические, медико-социальные и социально-психологические аспекты репродуктивного здоровья молодежи как особой социальной группы, мы пришли к выводу, что для качественного формирования ценностного отношения к репродуктивному здоровью и здоровому образу жизни молодежи необходим интегрированный междисциплинарный подход. Несмотря на усилия медицинской общественности по охране репродуктивного здоровья улучшить показатели, характеризующие репродуктивное здоровье молодежи, рекомендованные международными конвенциями, не удалось в ряде стран региона ВЕЦА, что и привело к поиску пробелов в системе управления охраной репродуктивного здоровья и механизмов их устранения или компенсации в условиях ограничения финансовых и кадровых ресурсов, а также сжатых временных рамок. При этом следует отметить отсутствие у молодежи достаточной мотивации для здорового образа жизни и укрепления репродуктивного здоровья как элемента репродуктивной культуры, формирующей безопасное репродуктивное поведение – элемент первичной профилактики многих проблем в сфере РЗ. Кроме того, неприятие сообществом полового воспитания и сложность его становления в странах ВЕЦА, неэффективная работа по снижению распространения ВИЧ в странах ВЕЦА стимулируют к поиску новых форм профилактической работы по укреплению репродуктивного здоровья молодежи, включенных в оперативную функцию «Укрепление здоровья» общественного здравоохранения [2, 46].

Предваряя описание модели межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья, считаем необходимым отметить, что был применен системный подход, который широко используется в современных

концепциях менеджмента (Глава 2.3). Для апробации, предложенной модели, был выбран Приднестровский регион в виду остроты демографического кризиса.

По данным статистики Приднестровского региона средняя численность населения в 2013 г. составила 507,2 тыс. человек, сократившись за последние 20 лет на 30% [4]; рождаемость в 2013 г. составила 9,5 на 1000 жителей, общая смертность – 13,5. Претерпевает изменения и возрастная структура населения с уменьшением численности детского населения (0 – 17 лет 11 месяце 29 дней), доля которого составляла в 2013 г. 18,3% [4]. К концу 2013 г. распространенность ВИЧ-инфекции в Республике Молдова составляла 129,89 случая на 100 тыс. населения, а в Приднестровском регионе – 463,25. Число аборт у девушек до 20 лет на 1000 родившихся живыми детей в 2011 г. в Республике Молдова составляло 13,2, в Приднестровском регионе – 51,64 (2013 г.); число абортов на 1000 женщин фертильного возраста в Республике Молдова составляет 15, в Приднестровском регионе – 20,25 (2016 г.). С позиций системного подхода, если на выходе системы не достигается желаемый результат, а в системе охраны репродуктивного здоровья получается высокий уровень ИПП\ВИЧ у молодежи, подросткового материнства, незапланированных беременностей и абортов, низкий уровень информированности и, как следствие, низкий уровень репродуктивного и общего здоровья несмотря на все принятые в системе здравоохранения меры, то решение этой проблемы в значительной степени зависит от межведомственного взаимодействия.

Применив методологию системного подхода, была обоснована система межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи как открытая развивающаяся «живая» и целеориентированная С-система (черный ящик) с «входом», представленным связью с Не-системой (Природа и созданные человеком артефакты: ООН, ЮНФПА, ВОЗ, другие государства) и заказом государства на развитие здоровой личности, а также «выходом» из системы – уровнем здоровья молодежи. Управление и связь в С-системе поддерживает взаимодействие двух составляющих: субъекта управления (лица принимающего решение) и объекта управления. Учитывая, что в государстве большое количество компонентов организационной системы, участвующих в принятии решений по охране здоровья и взаимодействующих между собой и с компонентами Не-Системы, для упрощения понимания функционирования системы и разделения полномочий на пути к цели, был впервые применён метод редукции как вычленение на всех этапах Уровней вертикального управления по охране репродуктивного здоровья (Рис. 4.1). Уровни управления по охране репродуктивного здоровья молодежи и модель С-системы являются примером теоретического переноса известных моделей для

выявления потенциальных пробелов в существующих системах и поиска адекватных решений для эффективной профилактической работы по охране репродуктивного здоровья.

Структура уровней управления организациями, созданными людьми (артефактами), и управление живыми организмами однотипны и подразумевают универсальный аналог взаимодействия, когда центр управления взаимодействует через управление и связь императивно для достижения цели с низшими по иерархии уровнями. Вопросы охраны репродуктивного здоровья были рассмотрены спомощью метода дедукции, от общего Над-системного уровня управления охраной репродуктивного здоровья к частному уровню – репродуктивному здоровью подростков и молодежи.

Схема уровней вертикального управления целостной системой межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья представлена пирамидой власти с вершиной, обращенной вниз, составляющей общее количество подростков и молодежи, включая ключевые группы (Рис.4.1). Акцент на вершину пирамиды подчеркивает важность каждого подростка. Основание пирамиды и самое высокое иерархическое положение занимают созданные человеком организации *Над-системного* уровня: ООН, единственная международная организация для обсуждения и согласования дел мирового сообщества в вопросах охраны здоровья, её представителем является ВОЗ, а в вопросах охраны репродуктивного здоровья – ЮНФПА.

Согласно ООН одно из основных прав каждого человека – это обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья, а Европейское региональное бюро ВОЗ, в соответствии с новой европейской политикой здравоохранения Здоровье-2020 и Европейским планом действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения ввело термины «общегосударственный подход» и «принцип участия всего общества» как рекомендуемые в достижении целей общественного здравоохранения. Таким образом, деятельность по охране общественного здоровья согласно рекомендациям Над-системы больше не ограничена системой здравоохранения, а определяет здоровье населения национальным и глобальным приоритетом, что является платформой к межведомственному подходу к вопросам охраны репродуктивного здоровья. Над-система (ООН, ВОЗ) рекомендует государствам эффективные инструменты и сигналы (Конвенция ООН о правах ребенка (1989 г.), материалы МКНР (1994 г.), глобальная стратегия ВОЗ в области РЗ (2004), Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобальном мире (2005 г.) [280] и др., игнорирование которых может иметь негативные последствия для населения. Так, Над-система (ЮНФПА) в 1994 г. (Каирская программа) заявила о необходимости законодательно закрепить принципы охраны РЗ на уровне законодательства стран-

участников. Следующий уровень вертикального управления в схеме представлен Государствами, как одноуровневыми системами, выступающими источником успешных практик и опыта, которые могут быть адаптированы для решения поставленных задач.



Рис.4.1. Уровни вертикального управления по охране репродуктивного здоровья (от уровня Над-системы до потребителя репродуктивных услуг)

Далее в схеме Уровней вертикального управления по охране репродуктивного здоровья следует уровень «Отдельно взятое государство» со своими порядками и главным законом – Конституцией, которая закрепляет социально-экономические, правовые нормы, защиту основных прав и свобод человека, а также взаимоотношения между субъектами на всех уровнях управления. Государство берет на себя ответственность по охране репродуктивного здоровья населения, ратифицировав основные рекомендации Над-системы, и регулирует нормативно-правовыми документами вопросы охраны здоровья населения, в том числе молодежи. Например, в 2001 г. страны ВЕЦА, подписавшие

Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ\СПИДом, признали обязательство, чтобы к 2010 г. 95% молодежи 15–24 лет имели доступ к образованию, информации и услугам, способствующим снижению распространения эпидемии ВИЧ, но в большинстве стран результат не был достигнут в связи с вычленением одной из проблем охраны репродуктивного здоровья – проблемы ВИЧ-инфекции в отрыве от рассмотрения вопроса комплексно как компонента охраны репродуктивного здоровья и здоровья в целом. В Молдове подписаны международные конвенции, связанные с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Международная конференция по народонаселению и развитию, Программа действий Каир-5, Декларация тысячелетия, Декларация ООН о правах ребенка, и Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ\СПИДом.

Логически следующим уровнем управления в отдельно взятом государстве была выделена система *государственного управления*, в задачи которой входит принятие законов, стратегий, концепций развития государства по охране репродуктивного здоровья. Одним из достижений в области охраны СРЗ на национальном уровне в странах ВЕЦА является принятие планов действий, стратегий, а также закона о репродуктивном здоровье, что подкрепляет политические обязательства стран по улучшению репродуктивного здоровья и развития соответствующих прав.

Сектор здравоохранения и просвещения, как субъекты управления в государстве отвечают за самое ценное – за человеческий капитал и занимают четвертый уровень в иерархии управления по охране репродуктивного здоровья. Методологической основой государственного сектора является административно-хозяйственное управление со стороны субъекта управления (руководителя) [281], направленное на максимально быстрое достижение цели. Секторы здравоохранения и просвещения – целеориентированные открытые системы, с одной стороны, а с другой стороны, они могут являться частью более обширной системы межведомственного взаимодействия по охране здоровья молодежи. Здравоохранение, кроме того, самый важный стратегический сектор не только для страны, но и для каждого человека. Государственные секторы при помощи Над-системы могут проводить исследование с целью получения данных о здоровье, благополучие, социальных условиях и поведении подростков. Примером может служить исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», которое проводится в 43 странах и областях более 30 лет (HBSC). Анализ данного исследования дает более полную информацию для корректировки подходов к охране здоровья подростков, но ограничен возрастными рамками 11–15 лет. Изучение этого документа отмечает важность

формирования позитивного поведения в отношении здоровья с учетом гендерных и социальных факторов, это позволяет лицам, формирующим тактическое управление, наращивать масштабы разработки межведомственных мер с целью укрепления здоровья молодого поколения и привлечения подростков к планированию и осуществлению мер по оценке мероприятий. Сектор здравоохранения отвечает за протоколы и стандарты в области СРЗ, на которые ориентируются поставщики услуг, мониторинг качества медицинского обслуживания, включая защиту и укрепление здоровья, профилактику болезней и санитарную грамотность. Анализ отчета Над-системы (ЮНФПА) об обзоре прогресса, достигнутого в улучшении охраны материнства, показывает, что в ряде стран (Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Российская Федерация, Турция, Узбекистан) отсутствуют в полном объеме протоколы и стандарты в области СРЗ, на которые могли ориентироваться поставщики услуг, и мониторинг качества медицинского обслуживания, что является прерогативой сектора здравоохранения. Сектор просвещения – это самый большой канал для передачи информации детям, молодежи, семьям с целью охраны здоровья.

Продолжают иерархию уровней управления *Образовательные учреждения здравоохранения и просвещения*, представленные высшей и средней школой подготовки специалистов секторов, управленческие решения которых ответственны за пересмотр учебных планов для включения инноваций в области охраны РЗ в учебный процесс как профессионального образования, так и непрерывного повышения квалификации, являясь более высоким уровнем вертикального управления по охране репродуктивного здоровья, чем Учреждения системы здравоохранения и просвещения. Их роль не только следовать рекомендациям вышестоящих уровней, но и активно использовать на практике подходы, направленные на охрану репродуктивного здоровья. Одна из главных ролей в реализации достижения всеобщего здоровья отводится общественному здравоохранению как связующему звену в организации межведомственной многокомпонентной работы, результатом которой является предоставление качественных услуг охраны здоровья в системе здравоохранения и за ее пределами.

Таким образом, общественное здравоохранение в идеале должно выступить координатором межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья, выделяя экспертов – тренеров по охране РЗ, и другим приоритетным направлениям. Эксперты ВОЗ отмечают глобальные проблемы здоровья молодежи, на которые ориентирует внимание общественное здравоохранение: употребление табака и алкоголя, психическое здоровье, насилие и травмы, ранняя беременность и роды. Формирование

культуры репродуктивного и сексуального поведения – это первичная профилактика многих проблем в сфере СРЗ. *Непринятие педагогическим сообществом на уровне учреждений просвещения полового просвещения*, трудное становление полового воспитания в странах Восточной Европы стимулирует поиск новых форм профилактической работы, направленной на укрепление репродуктивно-сексуального здоровья – одну из функций общественного здравоохранения. Неравномерность доступности информации по укреплению здоровья и безопасным моделям поведения, низкий уровень осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья и связанных с ним услуг, особенно среди молодежи, выделяется как область, требующая улучшения в междисциплинарном контексте, – следует из обзора Над-системы (ЮНФПА) о прогрессе, а также уточняется, что из 20 стран ВЕЦА, представивших отчеты, лишь в 11 странах обучение в области СРЗ было включено в школьную программу в той или иной форме.

Следующим уровнем управления охраной репродуктивного здоровья (Рис.4.2) является *гражданское общество*, далее *семья* и вершина пирамиды – *подростки и молодежь*, включая ключевые группы, потому что на репродуктивное поведение особо влияет близкий круг: семья, друзья и культура в обществе. Гражданское общество играет ключевую роль в качественном развитии человека на протяжении всей жизни, являясь аналогом заботливой семьи, уделяющей внимание подрастающему поколению, уязвимым группам и группам с особыми потребностями, однако результат усилий проявится лишь в будущем.

Исторически сложилось, что гражданское общество, соперничающее с государством, воспринимается властью не как помощник, а как соперник, оказывающий нежелательное давление на власть и приводящий к противоречию, при котором причина и следствие постоянно меняются ролями: развитие государства зависит от участия гражданского общества в управлении государством, а развитие гражданского общества зависит от поддержки системой государственного управления. Участие гражданского общества как косвенного партнера в вопросах охраны СРЗ отмечено и рекомендовано в Стандартах сексуального образования в Европе. Очень важным моментом профилактической работы как работы с отсроченным долгосрочным эффектом является состояние *«неопределенного эффекта»*, связанного с отсутствием результата своего труда сразу после завершения работы в противовес лечебно-диагностической деятельности медицинских работников, приводящей к быстрому достижению желаемого. В связи с чем команда, занимающаяся охраной и укреплением всех видов здоровья в гражданском обществе, должна быть мотивирована знаниями и специальной подготовкой, с одной стороны, поддержкой данного

труда государством и инструментами мониторинга оценки эффективности, с другой стороны. Подростки как резерв государства должны в равной мере обладать правом на получении информации о сексуально-репродуктивном здоровье, обладать навыками укрепления здоровья и быть вовлеченными в охрану репродуктивного здоровья как прямые партнеры.

Вершина пирамиды Уровней вертикального управления по охране репродуктивного здоровья обращена вниз, на подростка, впитывающего окружающий мир, знания, ценности, копирующего систему социума и семьи, отражая работу всей вертикали управления. Таким образом, используя универсальный принцип управления организационными и биологическими системами, были впервые выделены основные уровни вертикального управления по охране репродуктивного здоровья: от Над-системы (ООН, ВОЗ) – основания пирамиды до вершины – основного капитала государства – молодого поколения как особой медико-социальной группы, определяющей будущее государства.

В вопросах охраны репродуктивного здоровья молодежи уровни доказательности применяемых практик могут быть оценены только по эффективности существующих подходов, так как применять плацебо, рандомизировать или бездействовать не правомочно в данном контексте. Эффективные практики в области охраны СРЗ опираются на индикаторы прогресса, рекомендованные Над-системой. К таким индикаторам относятся: количество родов и абортов у молодых женщин в возрасте до 20 лет, средний возраст вступления в половые связи, процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–29 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ-инфекции и отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ, коэффициент распространенности пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте 15–49 лет. Однако помимо официально анализируемых показателей в странах региона не определена устойчивая система мониторинга эффективности профилактического образования, что одновременно является обратной связью согласно системному подходу, которая бы позволила оценить изменения в знании, отношении и поведении молодежи в сфере репродуктивного здоровья с целью внесения корректировки, что и выделяется обоснованием разработанной модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья, которая включает комплексную оценку эффективности интервенций, используя разработанную нами методологию опроса молодежи согласно анкеты «Охрана репродуктивного здоровья молодежи» (Приложение 1). Учитывая культурный контекст, согласно уровням вертикального управления по охране репродуктивного здоровья были

выделены региональные практики в вопросах охраны репродуктивного здоровья на всех уровнях управления. Опираясь на глобальные принципы управления в живой природе и свойства целеориентированности систем, направленные на благополучие человеческого капитала, можно заключить, что каждый следующий уровень после Над-системного ассимилирует в себе инвариантную базовую составляющую предыдущего уровня и вариативную составляющую своего уровня. Таким образом, цель может быть достигнута при слаженности единого вектора управления охраной репродуктивного здоровья и преемственности стратегического, тактического и оперативного управления.

4.2. Модель межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Методология системного анализа по аналогии с Моделью организационной С-системы (Глава 2.3) позволила нам использовать метод качественного анализа процесса межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья, применив декомпозицию системы по вертикали – уровни вертикального управления по охране репродуктивного здоровья (Рис. 4.1), и по горизонтали – здравоохранение и просвещение как подсистемы.

Рассматриваемая система взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья обладает свойством эмерджентности, то есть общий результат деятельности системы больше суммы результатов секторов здравоохранения и просвещения в отдельности, а также является организационной системой, к которой можно применить «свойство рода» как использование достижений, полученных в других организационных системах этого рода. Свойство целеустремленности предложенной системы, создается управлением и воздействием субъекта управления, который представлен уровнями вертикального управления по охране репродуктивного здоровья, когда следующий за предыдущим уровень по функциям меньше предыдущего, но включает инвариантную, базовую составляющую предыдущих уровней и может повлиять на общий результат – Уровень здоровья и благополучия молодежи. Например, семья как субъект управления может запретить детям и подросткам посещение мероприятий, посвященных охране репродуктивного здоровья, или молодой человек может отвергнуть принципы укрепления здоровья и практиковать небезопасное поведение.

С позиций системного подхода вся работа С-системы межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья направлена на «выход», представляющий собой уровень репродуктивного здоровья

подростков и удовлетворённые потребности молодежи в охране репродуктивного здоровья как личные *цели*, которые объединяются в общую глобальную цель С-системы – достижение желаемых результатов уровня здоровья и благополучия молодежи (Рис. 4.2).

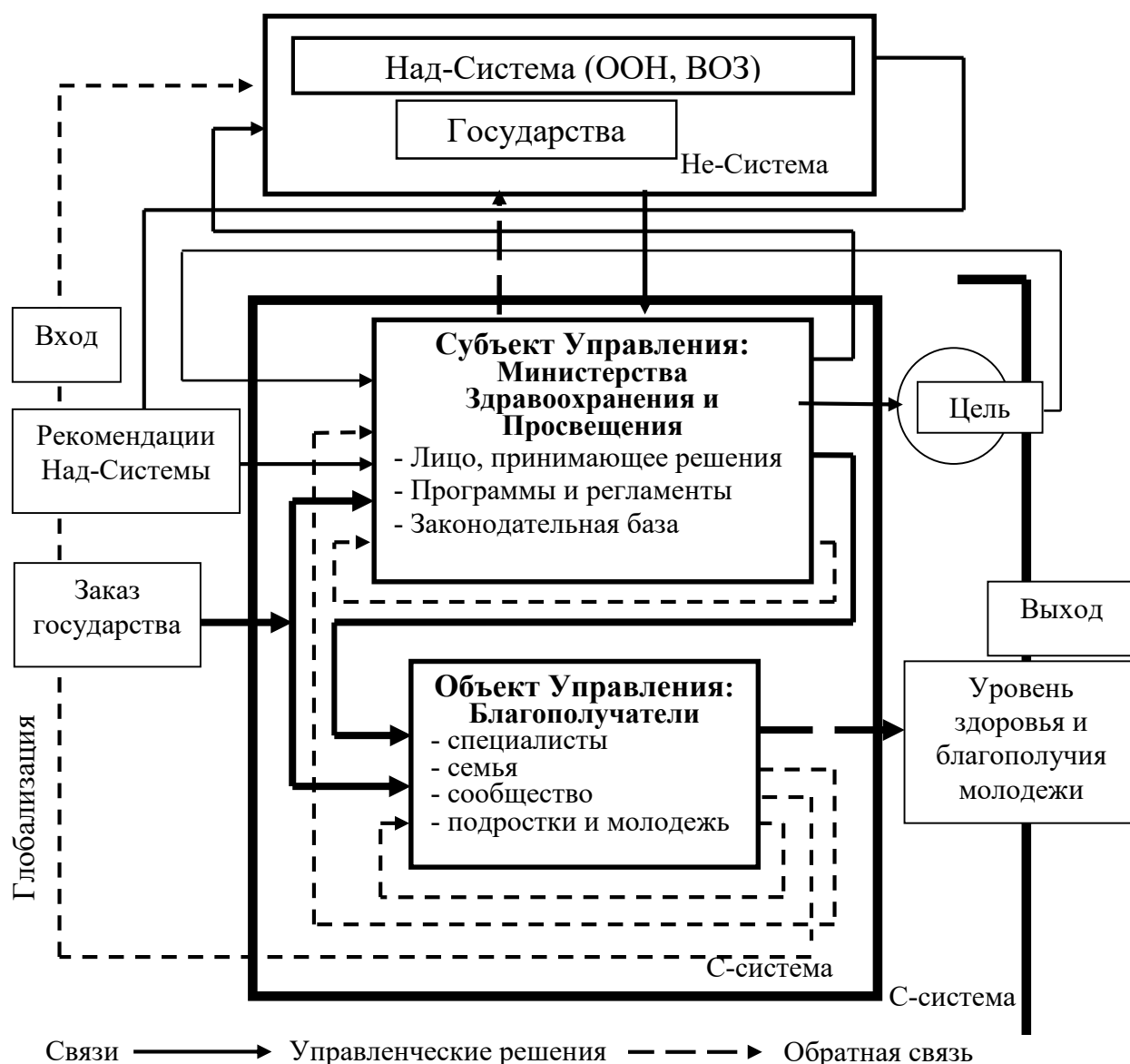


Рис. 4.2 Модель организационной С-Системы межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Источник: по аналогии с Моделью организационной С-системы [260].

С-система Межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья является целеориентированной открытой системой с декомпозицией по вертикали (Уровни управления) и по горизонтали (здравоохранение и просвещение), благополучателями которой является молодежь (Рис. 4.2). Чтобы достигнуть цели, в С-системе имеется обратная связь для корректировки результатов и

изменения параметров для движения к цели. С этой целью, кроме анализа рекомендованных Над-системой показателей, характеризующих здоровье, стоит включить опрос молодежи по разработанной анкете «Охрана репродуктивного здоровья» (Приложение 1). Таким образом, на вход системы поступает информация из внешних источников Над-системы, заказ государства на здоровую и благополучную личность, и ответ от благополучателя и от субъекта управления как обратная связь (Рис.4.2).

В «черном ящике» С-системы находится субъект управления (СУ), претерпевающий декомпозицию согласно Уровням управления описанным выше, и объект управления (ОУ) – «благополучатели» как самый ценный «капитал» государства, и не только подростки, но и семья, на которую нацелены усилия общества, и гражданское общество как катализатор качества и партнер для доступа к подросткам группы риска.

Основной продукцией субъекта управления является управленческое решение (УР). Объясняя, как действует управленческое решение, можно интерпретировать его как результат работы оператора на компьютере. В секторе субъекта управления выделены три составляющие: *Законодательная база* в области охраны репродуктивного здоровья (Конституция, законы, стратегии) как аналог *Оборудования*, подобие неизменяемых аппаратных средств компьютера – жесткая часть системы, самая слабовидоизменяющаяся часть системы управления, далее следуют *Программы и регламенты* с целью разработки и исполнения конкретных управленческих решений (приказы, программы, концепции) как аналог *Программного обеспечения* и третий компонент субъекта управления – это *Лицо, принимающее решение* – аналог *Оператора*, работающего на компьютере, от знаний и умений которого зависит результат работы (Рис. 4.3).

В средней части субъекта управления *Программы и регламенты* (*Программное обеспечение*) в идеале должно быть представлено тактическое управление в виде междисциплинарных концепций, программ, совместных планов, инструментов для реализации планов. И лицо принимающее решение на всех уровнях вертикального взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья влияет на характер управленческого решения по аналогии с компьютером: результаты работы оператора (человека, работающего на компьютере) зависят от его понимания самого устройства компьютера (*Законодательная база*), умения использовать технику (*Программы и регламенты*) и владения современными технологиями и средствами перевода мысли на доступный пониманию язык. На управленческое решение в области охраны репродуктивного здоровья накладывается субъективное воззрение лица, принимающего решение, его знания законодательной базы в области репродуктивного

здоровья, ратифицированных Над-системных документов и рекомендаций Над-системы, его компетентность реализовать заказ государства, применяя межведомственные концепции, программы, приказы, владение современными управленческими технологиями.

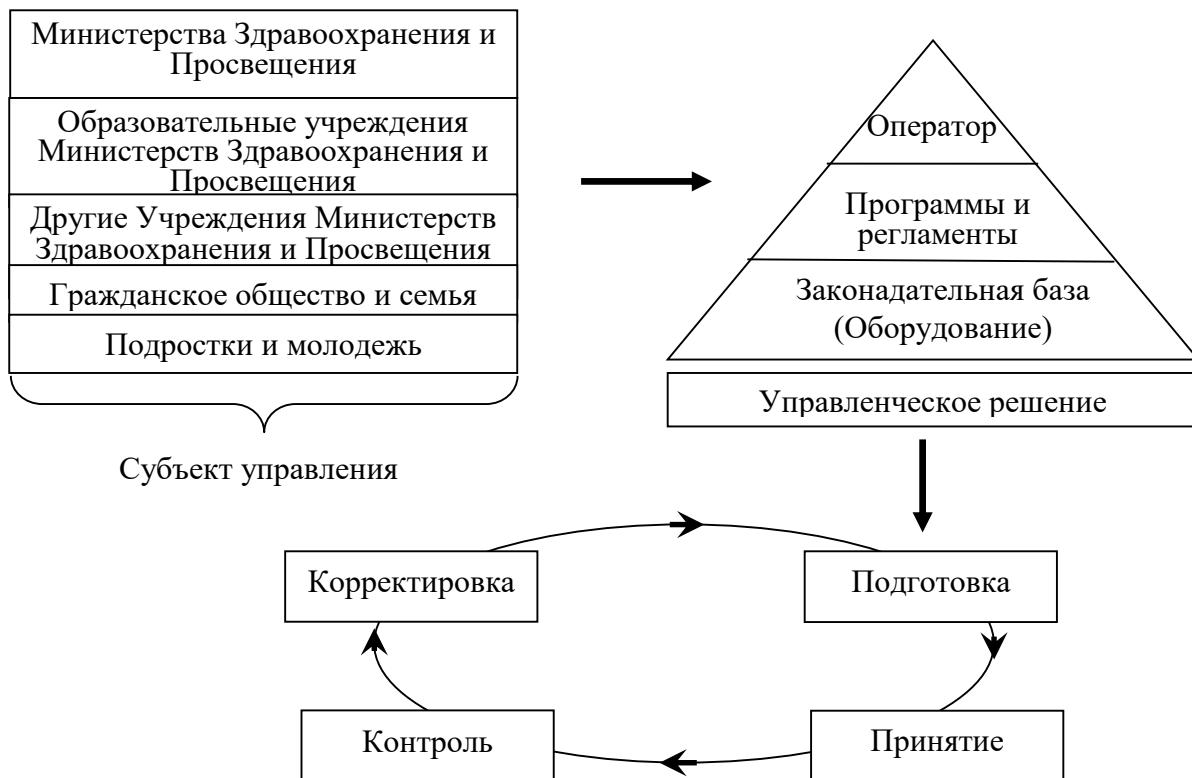


Рис. 4.3. Субъект управления как аналог обработки информации

Таким образом, чем более идеально представлены *Законодательная база в области охраны репродуктивного здоровья и Программы*, тем больше будет адекватного и стабильного в функционально-структурном каркасе управления, и тем меньше возможность вмешательства субъективного фактора лица, принимающего решение, и тем больше надежд на оптимальность принимаемых решений.

Анализируя управленческие дефекты для разного уровня систем (Galpoog I., 1982 г.) применительно к предложенной С-системе, было отмечена довольно знакомая ситуация, когда информация для принятия решений поступает без аргументации, решения принимаются, не опираясь на анализ уже достигнутых результатов, эффективные практики, современные подходы и успешный опыт других стран, формируя управленческую патологию «окно дисплея». Другой пример – «высокооктановый синдром» – это проблема управленческого решения, означающая, что внутренние политические процессы становятся

предметом интенсивного торга, что не приводит к внешним изменениям и новациям даже при принятии решений. Особенность малых государств и территорий – это крайне ограниченный штат сотрудников секторов, и при смене политических элит замена ключевых фигур приводит к «высокооктановому синдрому» и выпадению функций, контролируемых предшественниками в виде формализации уже налаженных практик, смене ориентиров и др. Так, в Приднестровском регионе после смены политической элиты в 2012 г. были свернуты программы специального обучения педагогов эффективным методам и приемам здоровьесберегающего образа жизни, включающего в себя в том числе и просвещение по репродуктивному здоровью. Такая патология управленческого решения как, «Замкнутое колесо» – это неспособность субъектов управления к изменению вектора движения, поскольку принимаемые и реализуемые установки соответствуют сложившимся стереотипам и индивидуальным предпочтениям лица, принимающего решение. Данный тип управленческой патологии объясняет неприятие педагогическим сообществом полового просвещения в учебной среде, а в секторе здравоохранения – формальное отношение к профилактической медицине, замене неэффективных лекций как обязательной части рабочего процесса на эффективные методы работы с молодежью и услуги, дружественные молодежи.

Все вышеназванные «болезни государства» вызваны отсутствием системы между выполнением норм и законов на уровне С-системы (документы, носящие стратегический характер, – законы и стратегии), уровне, предполагающим принятие тактических решений (подзаконные акты, постановления, программы), и уровне непосредственно-оперативных решений (приказы, распоряжения, мониторинг как в письменной, так и в устной форме).

Анализируя работу по охране РЗ в регионе ВЕЦА, можно отметить необходимость улучшения сбора и анализа данных (качественных и количественных), что является общей проблемой для большинства стран, особенно об уровне информированности молодежи, моделях поведения, доступности услуг в области репродуктивного здоровья для молодежи и их соответствия стандартам качества, алгоритмам консультирования по СРЗ.

В виду отсутствия в Приднестровском регионе общей Стратегии в области Репродуктивного Здоровья как междисциплинарного документа по охране репродуктивного здоровья, отсутствует так же система мониторинга и оценки эффективности проведенных профилактических программ по охране репродуктивного здоровья. Модель информирования молодежи в учебных заведениях об охране СРЗ носит спонтанный характер и заключается в приглашении для проведения лекций о СРЗ закрепленных за образовательным учреждением медицинских специалистов амбулаторно-

поликлинической службы или специалистов службы РЗ, Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Центров, дружественных молодежи. Согласно анализу индивидуального интервьюирования специалистов, задействованных в профилактической работе по охране репродуктивного здоровья (Глава 3.2), были обнаружены резервы для улучшения. Так, нет четкого плана проведения профилактических мероприятий с указанием количества времени и содержания тематики, не всегда применяются эффективные методы работы с молодежью, что зависит от уровня подготовки специалиста. Кроме того, отсутствует непрерывное профилактическое образование, призванное отвечать за качество подготовки специалистов и инновации, что минимизирует эффект работы и не ставит всех подростков в равные условия.

М. Л. Беляева (2010 г.), А. Г. Братухин, Е. А. Магазева (2016 г.), И. А. Асеева, Е. Н. Пашенко (2016 г.), О. Ю Милушкина (2011 г.), К. П. Ецко (2014 г.), С. К. Турчак (2013 г.) отмечают, что весь спектр социальных проблем, связанных с репродуктивным здоровьем человека, следует рассматривать с позиций социальных, гуманитарных наук, а не только с биологических и медицинских. Это утверждение и результаты проведенного исследования являются основанием для междисциплинарного взаимодействия областей научных знаний общественного здравоохранения, образования и всего общества.

Обобщив подходы к определению здорового образа жизни, санитарной грамотности, безопасного поведения, было сформулировано следующее определение: *формирование основ охраны репродуктивного здоровья – это привитие значимых для здоровья мировоззренческих установок, навыков сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, безопасного поведения, учитывая благополучие физическое, психологическое, духовное и социальное* [20]. В силу этого формирование профилактического подхода к охране репродуктивного здоровья требует комплексного решения, не ограничивающегося только физическим здоровьем, а включающего гармоничное личностное развитие.

Для обоснования важности получения межведомственных знаний в организации профилактической работы приводим основные компоненты структуры репродуктивного поведения индивида, разработанные совместно со специалистами в области педагогики и психологии (Рис. 4.4). Данная структура репродуктивного поведения представляет собой интерпретацию классического подхода в психологии поведения (А. В. Петровский 2007 г., М. Г. Ярошевский 1996 г.), определение компонентов деятельности и их взаимосвязи при поведенческих реакциях. Репродуктивное поведение рассматривается как внутренняя организация активности, в основе которой лежит противоречие между уже сформированными в конкретный возрастной период понятиями «хорошо-плохо» и «хочу-

надо». Поэтому верхний уровень структуры репродуктивного поведения представлен сформированными базовыми нравственными ценностями (установками). Нравственно-ценностный фундамент является решающим при выборе модели репродуктивного поведения между возникшей потребностью (физиологические: размножение; социальные: общение, забота;) и результатом репродуктивной деятельности.

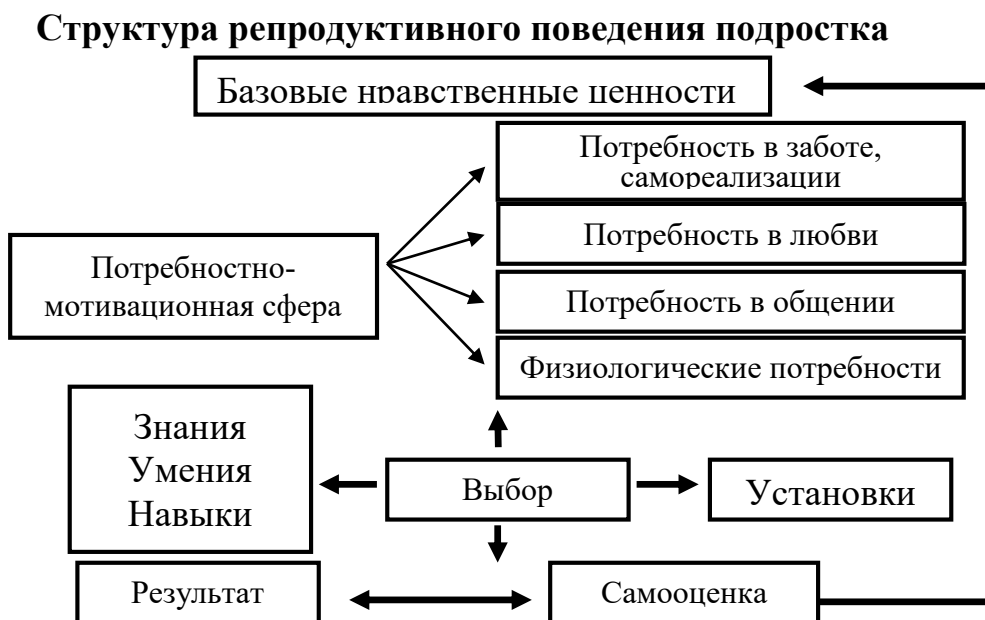


Рис.4.4. Структура репродуктивного поведения подростков

Вместе с тем, учитывая особенности подросткового возраста в части полового созревания, следует отметить, что турбулентность гормональной системы растущего человека зачастую диктует доминанту физиологических потребностей и только глубокая знаниевая составляющая в совокупности с нравственной платформой выступают сдерживающим фактором ранних половых связей и безопасного поведения, формируя репродуктивную культуру.

Кроме сознательной части (опыт, воспитание, знания) существенную роль при выборе модели репродуктивного поведения играют сформированные установки. Установка – неосознанное психологическое состояние, базирующееся на его предшествующем опыте, предрасположенности к определенной активности в определенной ситуации. Установка предваряет и определяет развертывание любой формы деятельности.

Таким образом, результат выбора модели репродуктивного поведения на всех этапах зависит от сформированной нравственной, ценностной, культурной составляющей, определяющей индивидуальный выбор и самооценку (повышенную, пониженную или адекватную) как фактора удовлетворенности за результат. В случае получения результата,

при котором имеющиеся у индивида нравственные установки и совершенные действия не вступают в противоречия с собственными и общественными нравственными ценностями, возникает удовлетворённость от совершения действия и уверенность в правильности собственных действий, что замыкает кольцо представленной структуры репродуктивного поведения.

Используя универсальный принцип управления организационными и биологическими системами, были выделены основные уровни вертикального управления по охране репродуктивного здоровья от Над-системы (ООН, ВОЗ) до вершины пирамиды, основного капитала государства, – молодого поколения как особой медико-социальной группы, определяющей будущее государства. Учитывая культурный контекст, выделены региональные практики в вопросах охраны репродуктивного здоровья на всех уровнях управления и аспекты междисциплинарного взаимодействия в вопросах охраны СРЗ. Модель организационной С-системы была наложена на модель взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья с помощью диагностики патологии системы государственного управления, которая показала наличие «дефектов» в уровнях управления межведомственным взаимодействием.

В исследовании были изучены вопросы междисциплинарного взаимодействия систем просвещения и здравоохранения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, что позволило установить причинные связи между различными системами государственного управления а так же сходства и различия подходов в профилактической работе.

На основании проведенного ретроспективного анализа научно-теоретической литературы, данных проведенного опроса студентов педагогического и медицинских колледжей, результатов интервьюирования была разработана модель межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи, позволяющая решать вопросы формирования у подростков культуры репродуктивно-сексуального поведения, не вызывая при этом отторжение родительского и педагогического сообществ. Вопросы, касающиеся прав человека, достижений медицины, рассматривались в предложенной модели с позиций Над-системного уровня (рисунок 4.5).

Именно Над-системный уровень в лице Фонда в Области Народонаселения ООН впервые заявил о необходимости законодательного закрепления принципов охраны РЗ на уровне стран, планирующих с мировым сообществом достичь всеобщего доступа к информации и услугам в области охраны РЗ. В основе целесообразности предлагаемой модели межведомственного взаимодействия лежат два принципа: 1) получение желаемого

эффекта при минимуме финансовых затрат; 2) получение максимального эффекта при использовании ограниченных кадровых ресурсов.

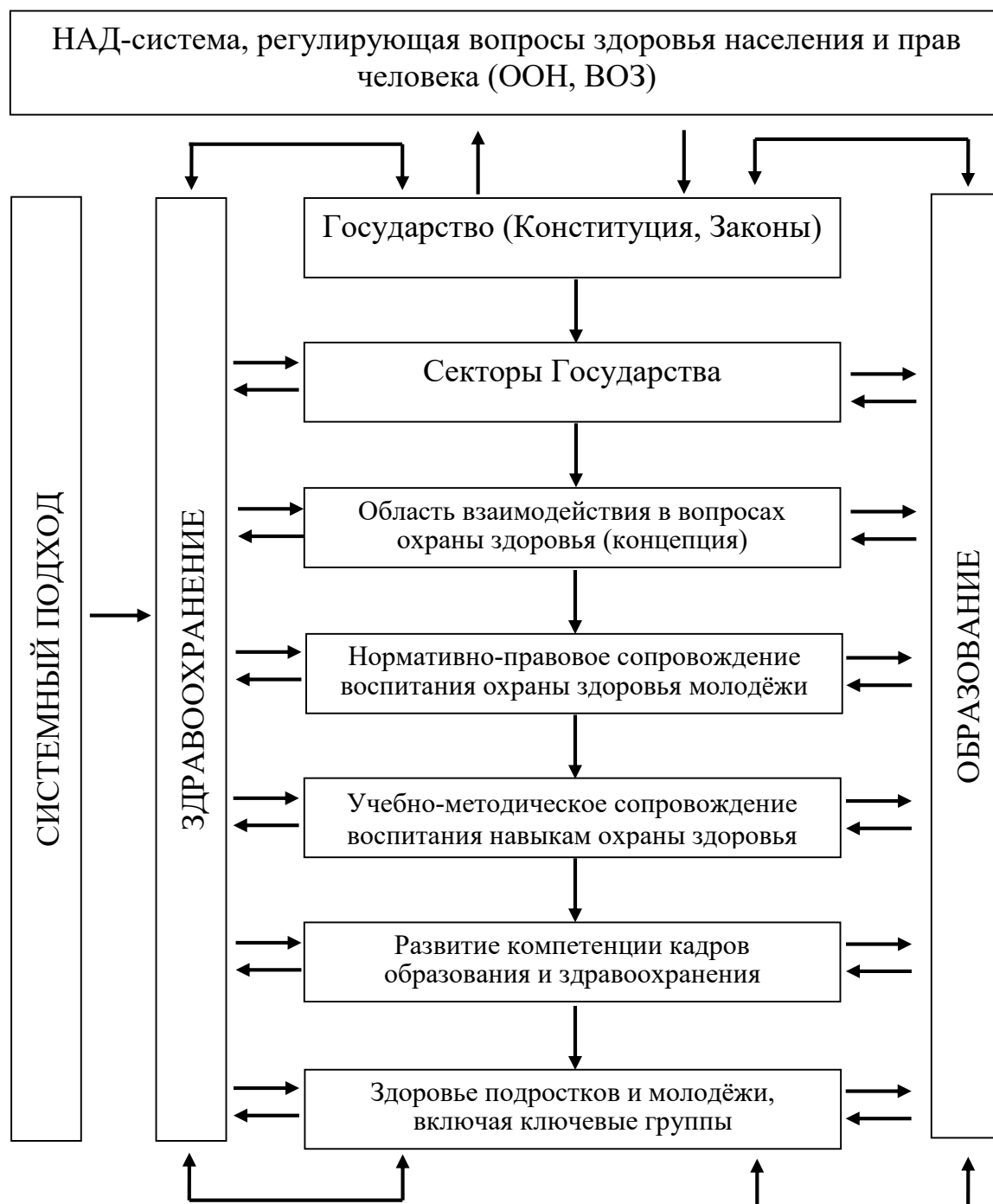


Рисунок 4.5 Модель межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Взаимодействие именно этих секторов государства, ответственных за здоровье нации, а значит за охрану здоровья молодежи, является основой демографической стабильности.

В предложенной модели выделен основной блок межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения с общей частью, представленной вопросами охраны здоровья, в том числе репродуктивного. На рисунке область взаимодействия выделена в отдельный сегмент и представлена:

1. Нормативно-правовым сопровождением воспитания охраны здоровья молодежи;
2. Учебно-методическим сопровождением воспитания навыков охраны здоровья молодежи;
3. Развитием компетенции кадров здравоохранения и просвещения, занимающихся вопросами профилактического образования по охране здоровья молодежи.

Обратная связь и одновременно индикатор качества охраны репродуктивного здоровья молодежи – это анкетирование молодежи по предложенной анкете «Охрана репродуктивного здоровья» и интервьюирование всех задействованных в охране репродуктивного здоровья сторон с целью оценки эффективности проводимой работы, а также выделения аспектов, требующих улучшения. Оценка качественных показателей отражает мнение благополучателей, рассуждения, отношение и восприятие охраны репродуктивного здоровья и дополняя количественные показатели, создает полноту картины.

Все вышеуказанные компоненты, составляющие область межведомственного взаимодействия, построены на основе системного подхода, способного обеспечить качественный и долгосрочный эффект межведомственного взаимодействия.

Результатом деятельности всех компонентов разработанной модели должно стать положительное изменение в репродуктивном поведении подростков и молодежи, в этой связи нижний уровень модели представлен именно этим сектором.

Кроме нормативной базы в области здравоохранения, забота о детях, их воспитание является не только правом, но и обязанностью родителей. Родители как субъект управления семьи, если рассматривать семью как уровень вертикального управления организационными системами, в зависимости от личных качеств могут выступить множителями общих усилий, направленных на укрепление здоровья молодежи, или препятствовать прогрессу, в связи с чем, работа с родителями является важной составной частью предложенной модели межведомственного взаимодействия, что подразумевает работу с родителями как в сегменте Учебно-методического сопровождения воспитания навыков охраны здоровья молодежи через специальные книги информационно-просветительского характера, помогающие родителям повысить уровень грамотности в вопросах охраны здоровья молодежи в контексте не только физического но и духовного,

социального благополучия, так и в сегменте Развития компетенции кадров здравоохранения и образования, подразумевающим подготовку специалистов для работы по охране здоровья не только с молодежью, но и с взрослой аудиторией – родителями, семьей.

Опираясь на результаты исследования, приведенные в главе 3, и методологию Инструмента самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ как апробированную и доказавшую свою эффективность, можно сделать вывод, что предложенная нами модель межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи доказательна и воспроизводима при проведении качественной оценки профилактической работы.

Представленная модель межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи (Рис. 4.6) находится в полном соответствии с целями и задачами Над-системы ООН, принятыми в сентябре 2015 г. как новыми историческими глобальными целями в области устойчивого развития выделившими вопросы охраны репродуктивного здоровья молодежи и соблюдение прав молодежи в центр развития и позволяющими получить положительные результаты личного развития подростка в части сохранения и развития ресурсов собственного здоровья, а это, в свою очередь, способно обеспечить улучшение ситуации, по репродуктивным прогнозам, государства и Над-системы в целом.

Полномасштабная оценка эффективности воздействия на здоровье молодежи должна включать и самооценку, и изучение уровня информированности подростков, и отношение к охране РЗ, что может обеспечить предложенная анкета (Приложение 1). По полученным данным, отраженным в главе 3.1, педагогическую специальность в качестве будущей профессии мужчины выбирают в два раза реже, чем медицинскую. Данный гендерный дисбаланс влияет на охрану репродуктивного здоровья юношей в виду освещения данных тем в основном педагогами женщинами. Репродуктивное просвещение должно основываться на гендерной чувствительности, гарантируя адекватное удовлетворение разных гендерных потребностей. Общий уровень знаний студентов педагогического направления о репродуктивном здоровье (ИППП, ВИЧ/СПИД) в целом несколько выше, чем у их коллег, специализирующихся по медицинской тематике, что подтверждает одинаковую потребность в информации о репродуктивном здоровье независимо от профиля обучения что и выделяет данное исследование среди подобных. Наличие состоявшегося регулярного «полового опыта» определяет выросшую самооценку

репродуктивного здоровья, но не влияет на уровень информированности и безопасное поведение. Достаточно высокие знания о ИППП не повлияли на уровень информированности о предотвращение заражения ИППП, только половина (49,5%) отметили «латексный презерватив», а реально использует барьерный метод 40,5% всего по выборке. Студенты, считающие свое репродуктивное здоровье отличным, составляют по собранным данным 22,9%, постоянно заботятся о своем здоровье в целом только 20,6%, и, как следствие 70,95% считают, что молодежь недостаточно хорошо информирована о репродуктивном здоровье.

На основе проведенного исследования и обобщения информации были выделены аспекты, определяющие *формирование основ охраны репродуктивного здоровья*. Предвидеть влияние всех аспектов, прилагая усилия на опережение, – залог эффективной организации работы по охране репродуктивного здоровья.

Мы отнесли к внешним аспектам, определяющим *формирование основ охраны репродуктивного здоровья молодежи* системную межведомственную работу секторов здравоохранения и просвещения, позитивную модель семьи родителей и компетентность в вопросах охраны здоровья, информированность и вовлеченность педагогов в воспитание здорового образа жизни (стратегия, концепции, программы, пособия, обучение), систематическую и достоверную информацию о СРЗ, предоставляемую СМИ, позитивный пример и влияние друзей позитивное и активное отношение к вопросам охраны СРЗ в гражданском обществе, работу с подростками группы риска. Организация системной работы сектора здравоохранения по охране СРЗ согласно проведенному исследованию, подразумевает следующие аспекты: выделение РЗ как приоритета государственной политики и стратегии развития системы здравоохранения, основанной на мировом опыте и эффективных практиках; делегирование общественному здравоохранению роли координатора Междисциплинарного взаимодействия в вопросах охраны СРЗ; подготовку квалифицированных медицинских работников в вопросах охраны здоровья, в том числе СРЗ и услуг, дружественных молодежи; непрерывное образование в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи; услуги, дружественные молодежи (стандарты качества, алгоритмы СРЗ), Центры, дружественные молодежи, с расширенным пакетом услуг; финансовую доступность услуг и продуктов РЗ и ПС для молодежи; непрерывное управление качеством услуг; обеспечение соблюдения прав личности на репродуктивное и сексуальное здоровье в учреждениях здравоохранения; систему мониторинга достигнутых результатов; управленческие решения, мотивирующие междисциплинарную работу по охране РЗ на всех уровнях.

Выделенные аспекты, определяющие *формирование основ охраны репродуктивного здоровья* подростков и молодежи, помогут определить ориентиры при подготовке программ, направленных на совершенствование охраны СРЗ, являясь индикатором резервов улучшения репродуктивного здоровья.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дополнительной мотивации к осознанию ценности репродуктивного здоровья у молодежи как важной составляющей здоровья общества. Проведенная работа подтверждает актуальность и перспективность дальнейшей исследовательской работы в данном направлении.

4.3. Тестирование модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Методология системного анализа позволила использовать методы качественной оценки системы межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья, применив декомпозицию по вертикали и горизонтали, выделив здравоохранение и просвещение. Учитывая остроту демографического кризиса в Приднестровье, подтвержденную статистическими данными (Глава 1.1), было проведено тестирование предложенной модели на примере данного региона. Еще одним аргументом в пользу системного анализа явилась проводимая с 2005 года работа по охране репродуктивного здоровья населения, показавшая свою эффективность, но не достигшая желаемых результатов в вопросах репродуктивного здоровья молодежи.

Анализ показал, что в Приднестровье сложная социально-экономическая ситуация привела к демографическому кризису. Учитывая демографические вызовы и особую значимость охраны репродуктивного здоровья, были предприняты действия, направленные на стабилизацию ситуации, в том числе и на нормативно-правовом уровне – в сотрудничестве с Над-системными организациями (ООН, ЮНФПА, ВОЗ, МОМ) в вопросах охраны репродуктивного здоровья.

Рассмотрим, как представлены уровни вертикального управления (Рис. 4.1) на примере охраны репродуктивного здоровья в Приднестровском регионе.

Верхний, Над-системный уровень представлен подписанным между центральным офисом Фонда в области народонаселения ООН (ЮНФПА) в Молдове и Министерством Здравоохранения и Социальной Защиты Приднестровского региона соглашением о сотрудничестве по вопросам охраны репродуктивного здоровья (2005 г.). Согласно данному соглашению были проведены оценка потребностей населения в вопросах охраны репродуктивного здоровья и анализ сложившейся ситуации, которые явились основанием

для принятия ряда приоритетных мер в вопросах охраны репродуктивного здоровья и создания службы репродуктивного здоровья и планирования семьи. Далее было сотрудничество государственных учреждений, неправительственных и общественных организаций с ЮНФПА, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН другими международными организациями в вопросах охраны репродуктивного здоровья. Следующий уровень управления – это одноуровневые государства, положительный опыт которых был изучен при проведении системных мероприятий по охране репродуктивного здоровья. Например, был использован опыт Турции [154] – трехуровневый «каскад» при реализации программ обучения медицинских работников вопросам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи. «Каскадный» метод обучения подразумевал: первый уровень – подготовка тренеров-экспертов междисциплинарной команды; второй уровень – подготовка тренеров на местах (врачи, медсестры, педагоги), третий уровень – тренеры «от равного к равному» (медицинские сестры, социальные работники и др.). Изучен успешный опыт Швеции показывающий, что существует разница между целостным понятием в медицине и в уходе, оказываемом средними специалистами (медсестры, Швеция), которые имеют значительную самостоятельность и в своей работе достаточно тесно контактируют с пациентами, учитывая их психологическое и социальное благополучие, а не только физическое[286]. Объяснить это можно тем, что при подготовке врачей в Швеции более 80% содержания обучения вытекает из биологии и естествознания, а в программе медсестер 25% содержимого – это естественные науки и более 50% процентов от поведенческой науки. Пришло время пересмотра академических программ подготовки специалистов среднего звена с включением в большем объеме дисциплин поведенческих наук для соблюдения принципов целостного подхода к здоровью. Так, на реализацию данного принципа, в рамках реализации проекта при поддержке фонда ООН в Области Народонаселения, было нацелено обучение службы Репродуктивного здоровья Приднестровья в рамках которого обучались одновременно врачи и средний медицинский персонал, в том числе навыкам эффективного общения и консультирования, с опорой на права пациента.

Следующий уровень управления представлен Конституцией Приднестровского региона, которая гарантирует основные права и свободы гражданам, в том числе право на охрану здоровья, право на образование. Уровень государственного управления, ответственный за стратегии и законы, регулирующие охрану репродуктивного здоровья на законодательном уровне, был впервые закреплён 16 января 1997 г. в Законе № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан». Учитывая проводимую по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи работу, был принят Закон N 71-3-V ПМР от 16. 05.2012 г.

«Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи», выступающий междисциплинарным документом (Приложение 7). В частности, данный закон устанавливает право на получение достоверной информации о своих правах и обязанностях в области репродуктивного здоровья, о состоянии своего РЗ, в том числе для подростков и молодежи, получение консультативной помощи по планированию семьи; получение услуг по планированию семьи, в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, защиту своих репродуктивных прав независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, возраста и др., гуманное и уважительное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала. Этим законом государство приняло на себя обязательства по охране СРЗ [43].

Следует отметить, что Стратегия в области репродуктивного здоровья как документ междисциплинарного характера и профилактической направленности, который планирует достижение определенных результатов по всем аспектам репродуктивного здоровья и меры для их достижения, отсутствует в Приднестровском регионе.

Министерство Здравоохранения – это следующий по иерархии уровень вертикального управления охраной репродуктивного здоровья. Были изучены основные документы, регулирующие охрану репродуктивного здоровья за пятнадцатилетний период (Приложение 7). В Приднестровском регионе в 2004 году в ответ на сложившуюся ситуацию, когда количество прерываний беременности превышало количество родов, а уровень аборт был 34,8 на 1000 женщин фертильного возраста для упорядочения и контроля над оказанием услуг был издан приказ МЗиСЗ ПМР №466 «О порядке проведения и показаниях к операции искусственного прерывания беременности». Этот документ гарантирует реализацию права на прерывание беременности по желанию в сроке до 12 недель и по социальным и медицинским показаниям – до 22 недель беременности. Услуги по планированию семьи, образовательные программы и санитарное просвещение закрепились в 2005 г. в Приказе МЗиСЗ ПМР «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинической сети» наряду со стандартами оказания перинатальной медицинской помощи и диагностическими и лечебными процедурами в гинекологии. Приказ предусматривал оказание не только акушерско-гинекологической помощи, направленной на профилактику осложнений беременности, родов, но и услуг по планированию семьи, консультированию, санитарному просвещению и, кроме врачей – акушеров-гинекологов, привлекал к профилактической работе средний медицинский персонал больниц, прошедший специальную подготовку. В этом приказе также отражены критерии эффективности работы по планированию семьи – это

абсолютные и относительные показатели числа аборт, в том числе у женщин различных возрастных групп, число женщин, использующих методы контрацепции и др. В 2006 г. в Каменке организован первый Центр репродуктивного здоровья и планирования семьи «Надежда», получены контрацептивы для бесплатной выдачи и определена логистика, при финансовой поддержке ЮНФПА. Приказ «Об организации деятельности женской консультации» (2007 г.) закрепил осуществление услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортов наравне с квалифицированной акушерско-гинекологической помощью женщинам. В том же году Приказом МЗиСЗ ПМР № 206 от 04.04.2007 Об утверждении Правил предоставления платных услуг в государственных организациях здравоохранения, медицинские аборты были внесены в перечень платных медицинских услуг за исключением предусмотренных законодательством медицинских и социальных показаний. Однако подростки до 18 лет бесплатно могут прибегнуть к процедуре аборта только после решения ВКК и предоставления пакета документов, что затрагивает право на конфиденциальность и доступность услуг в области СРЗ.

Служба репродуктивного здоровья была организована в 2008 г. при сотрудничестве с Фондом ООН в области народонаселения и представлена сетью кабинетов в городах и районах и Центром репродуктивного здоровья (ЦРЗ) в городе Тирасполе [43]. Основной задачей ЦРЗиПС, является охрана репродуктивного здоровья населения в виде консультативной и лечебно-диагностической помощи по широкому кругу проблем, связанных с репродуктивным здоровьем, а также формирование репродуктивной культуры в обществе, в единой системе санитарно-гигиенического воспитания населения. Одним из приоритетных направлений деятельности службы является сотрудничество с общественными, некоммерческими организациями в сфере сексуального и репродуктивного здоровья для обеспечения всеобщего доступа к просвещению, информации и услугам в области РЗ, отмечено в Приказе МЗиСЗ ПМР №528 от 30.10.2008 «Об утверждении Положения о кабинете репродуктивного здоровья и планирования семьи, Положения о Центральном кабинете репродуктивного здоровья и планирования семьи». Одним из индикаторов эффективности программ по охране СРЗ выбраны показатель абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста и показатель абортов и родов у девушек 15-19 лет. Результатом работы по охране репродуктивного здоровья в Приднестровском регионе является снижение на 42% числа абортов на 1000 женщин фертильного возраста с 34,8 в 2008 году до 20,25 в 2016 году, что подтверждает эффективность проводимых мероприятий по охране репродуктивного здоровья, возросшую информированность и приверженность к современным методам контрацепции. Одновременно доля абортов,

проводимых у подростков и молодежи остается на прежнем уровне с тенденцией к омоложению до 13 лет [99].

В 2015 г. в контексте расширения пакета услуг репродуктивного здоровья медицинские работники были обучены безопасным методам прерывания беременности и был принят протокол согласно Приказу МЗиСЗ ПМР № 250 от 17.04.15 г. «О проведении искусственного прерывания беременности в безопасных условиях» при поддержке неправительственных и международных организаций.

В 2012 г. подписан Приказ «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», который определяет уровни и порядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Критерии уровня учреждения включают коечную мощность, кадровое обеспечение и квалификацию медицинского персонала, наличие возможностей для круглосуточного оказания медицинской и реанимационной помощи, материально-техническое оснащение. Таким образом, сектор здравоохранения за рассматриваемый период характеризуется значительным развитием услуг в области охраны РЗ.

Следующий уровень представлен образовательными учреждениями здравоохранения и просвещения, которые работают в соответствии с утвержденными программами и в виду отсутствия Стратегии охраны репродуктивного здоровья могут на уровне собственных учреждений вносить изменения в учебный процесс в соответствии с инновациями и современными тенденциями. В 2006 г. при поддержке ЮНФПА проведено первое повышение квалификации по вопросам охраны репродуктивного здоровья и планированию семьи с подготовкой тренеров и привлечением специалистов образовательных учреждений здравоохранения, используя «каскадную модель» по примеру успешного опыта других государств. Позже было обучено 200 медицинских работников районов и городов, силами местных тренеров-экспертов. Эффективность шестидневных теоретико-практических семинаров «Консультирование по охране репродуктивного здоровья, контрацепция, профилактика ИППП\ВИЧ» с использованием современных методов работы со взрослой аудиторией подтверждалась высоким уровнем знаний согласно результатам тестирования до семинара и после, зафиксированным в отчетах. После завершения проекта непрерывное обучение по данной тематике было преостановлено в связи с отсутствием финансирования и системы непрерывного образования. При привлечении новых проектов обучение продолжилось, как, например, при сотрудничестве с Обучающим Центром по Репродуктивному Здоровью г. Кишинев (CIDSR) в рамках проекта SAFF «Повышение использования современных средств контрацепции для предупреждения нежелательной беременности и планирования деторождения в Приднестровье» (2017 г.).

В учебном процессе темам планирования семьи и контрацепции уделено незаслуженно мизерное количество часов как в среднем звене, так и в высшем, что не может не повлиять на уровень информированности об охране репродуктивного здоровья, в которой нуждаются студенты с первого курса. В учреждениях среднего образования действует система, применяемая в общеобразовательных школах, с возможностью освещения тем охраны здоровья в вариативной части учебного процесса с приглашением специалистов здравоохранения. Но есть потребность в методологических пособиях, материалах и специализированном обучении для проведения профилактической работы по охране здоровья, особенно репродуктивного (Глава 3.2).

Далее следует уровень других учреждений здравоохранения и просвещения. На этом уровне согласно приказам и распоряжениям профильных министерств проводится непосредственная работа с молодежью по охране репродуктивного здоровья с одной стороны и оказание услуг по охране репродуктивного здоровья с другой стороны. Государственных закупок продуктов репродуктивного здоровья не проводится, и в отсутствии поддержки международными организациями подростки остаются без доступа к ним. В школах и колледжах по приглашению читаются лекции об охране репродуктивного здоровья закрепленными или приглашенными специалистами, по усмотрению ответственных лиц (кураторы, психологи, организаторы), но данные лекции не стандартизированы и не систематизированы.

Уровень активности гражданского общества (неправительственные организации) по охране репродуктивного здоровья представлен реализуемыми проектами, поддержанными грантами, но по истечению срока проекта и финансирования, как правило, работа прекращается. Существует практика поддержки неправительственного сектора в вопросах охраны здоровья населения на уровне государства по вопросам ВИЧ\СПИДа, потребления психоактивных веществ, жертв домашнего насилия и торговли людьми. В рамках этих проектов осуществлялась работа с Министерством Здравоохранения, лечебными и образовательными учреждениями, средствами массовой информации. Работа с гражданским обществом дает возможность разрабатывать и реализовывать современные подходы к охране репродуктивного здоровья, но не ставит всех подростков в равные условия, так как затрагивает только целевые группы и ограничена рамками проекта. Профилактическая направленность прослеживается в программах предупреждения инфицирования ВИЧ, но эти программы не коррелируют с другими мероприятиями по охране репродуктивного здоровья и ограничены штатными единицами и временем, выделяемым на профилактическую работу.

Семья является ключевой фигурой в охране репродуктивного здоровья, так как половое просвещение – это прерогатива семьи. И от того, насколько высока репродуктивная культура семьи, зависит корректность «сексуального дебюта» подростков, копирующих пример семьи. Работа с родителями проводится традиционными методами (родительские собрания, общешкольные мероприятия), но тема охраны репродуктивного здоровья, как правило, остается без внимания, пока достоянием гласности не станет случай незапланированной беременности, подросткового материнства или ИППП, включая ВИЧ, который инициирует активную работу с родителями.

Мы обнаружили, что обратная связь с молодежью как основным благополучателем на системном уровне отсутствует, что является недостающим звеном предложенной нами Модели межведомственного взаимодействия и мешает налаживанию прямых партнерских отношений с подростками и молодежью. Предложенная анкета «Охрана репродуктивного здоровья» (Приложение 1), протестированная в медицинских и педагогическом колледжах (Глава 3.1), может выступить инструментом оценки эффективности программ по охране репродуктивного здоровья. В результате проведенного исследования в педагогическом и медицинских колледжах, было выявлено, что независимо от профиля обучения студенты одинаково подвержены риску небезопасного поведения и знания о репродуктивном здоровье не всегда влияют на отношение к репродуктивному здоровью, а выбор подростками источников информации о репродуктивном здоровье не однороден, в связи с чем требуется междисциплинарный подход.

Предпринимаемые меры по охране репродуктивного здоровья позволяют обеспечить гражданам возможность получения достоверной информации о своем здоровье, методах его сохранения, профессиональных консультаций по вопросам планирования семьи, контрацепции, охране репродуктивного здоровья мужчин, лечение и профилактику инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ, предоставление услуг безопасных аборт и частично услуг, дружественных молодежи, но охрана репродуктивного здоровья детей и подростков при отсутствии профилактического образования в школах является неиспользованным резервом улучшения здоровья нации.

В становлении службы репродуктивного здоровья и планирования семьи важную роль сыграла предшествующая оценка потребностей населения при участии международных экспертов. Существующая система не обеспечивает в полном объеме финансовую доступность услуг по охране РЗ для уязвимых групп населения (подростки, многодетные семьи и др.). На данный момент не существует государственных закупок продуктов РЗ. Некоторые области охраны РЗ требуют дополнительных усилий для системного, а не

спонтанного характера, связано это с отсутствием единой стратегии по охране репродуктивного здоровья как междисциплинарного документа с четкими индикаторами и сроками их достижения.

В то же время полученные данные, говорят что существует платформа для создания целостной системы межведомственного взаимодействия, способная обеспечить эффективную работу по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи в регионе. Исполнительные ветви власти поддерживают межсекторальное сотрудничество, проводя совместные конференции, учреждая межотраслевые рабочие группы по вопросам охраны здоровья молодежи. Служба репродуктивного здоровья активно сотрудничает с неправительственными организациями в вопросах охраны СРЗ молодежи, в том числе для уязвимых групп, жертв домашнего насилия, торговли людьми и оказывает услуги дружественных молодежи – с расширенный пакет. Оказание методологической и обучающей функции в вопросах охраны РЗ возможно силами группы тренеров, владеющих эффективными навыками преподавания, прошедших специальное обучение. Действует целевая программа по профилактике ВИЧ. Но не удалось значительно улучшить ситуацию и остановить эпидемию ВИЧ, пополняющую ряды подростков и молодежи, живущих с ВИЧ-инфекцией. Это привело к пониманию необходимости освещения тем ВИЧ/СПИД в контексте целостного понимания здорового образа жизни и укрепления СРЗ, что подтвердило и наше исследование. Основанием для развития модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья стали специфическая ситуация демографического кризиса, низкий уровень репродуктивной культуры и репродуктивного здоровья молодежи, система охраны репродуктивного здоровья, не покрывающая всех потребностей молодежи.

Таким образом, проведенный анализ применения модели С-системы и уровней управления по охране репродуктивного здоровья позволил выявить отсутствие важных звеньев в обеспечении системы охраны репродуктивного здоровья молодежи в Приднестровском регионе таких как:

1. Отсутствие Стратегии репродуктивного здоровья, которая бы отражала превентивную ориентацию и обеспечивала междисциплинарное взаимодействие для устойчивого информирования и обучения вопросам репродуктивного здоровья молодежи.
2. Отсутствие инструментов для осуществления вмешательств в области охраны репродуктивного здоровья, включая доступность контрацептивных продуктов.
3. Отсутствие инструментов мониторинга и сбора отзывов молодых людей для оценки эффективности вмешательств.

4.4. Инструменты для внедрения модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Официальная система образования – это использование самого большого канала для передачи информации в распоряжение персонала учебных заведений, подростков, их семей и всего сообщества. Программы по санитарному просвещению, представленные через учебные заведения, могут содействовать укреплению здоровья и формированию репродуктивной культуры в обществе, являясь первичной профилактикой. Образовательные учреждения могут создавать для молодых людей возможность приобретения важных жизненных навыков, способствующих укреплению здоровья, умения делать выбор в пользу здорового образа жизни и придерживаться поведенческих навыков безопасного репродуктивного поведения. Понятие «здоровье» выступает как комплексная характеристика, включающая в себя систему отношений человека к окружающему социуму, к своему организму и к образу жизни. Именно поэтому, формирование ценностного отношения к здоровью предполагает системный подход на основе предложенной модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья как эталонной модели, подразумевающей полный цикл управленческих решений с декомпозицией по вертикали (уровней управления), обратной связью на всех уровнях и оценкой эффективности проводимой работы на основе предложенной анкеты для своевременной корректировки действий. Воспитание ценностного отношения к здоровью у детей и молодежи предполагает активное участие не только медицинских работников, педагогов, родителей, но и социальных служб, инспекции по делам несовершеннолетних, средств массовой информации, общественных организаций и всего общества. Вышеобозначенное свидетельствует о системности как на содержательном и деятельностном, так и на организационном уровнях.

Подробнее остановимся на каждом уровне работы специалистов с молодежью по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни.

Содержательный уровень представлен новыми государственными стандартами образования, которые определяют воспитание здорового образа жизни как приоритетное направление деятельности учебного заведения и запрос государства на следование принципам безопасного и здорового образа жизни». Внеучебная работа, согласованная с учебной, в содержательном компоненте должна решать вопрос формирования базовых национальных ценностей, которые приведены в Концепции воспитания детей и молодежи в ПМР (Указ Президента ПМР №201 от 12.05.2003 г., САЗ 03-20), Концепции духовно-

нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья, утвержденной Коллегией Министерства просвещения ПМР от 26.06.2009 г.. Содержательный уровень работы с молодежью представлен реализацией специальных образовательных программ, которые призваны обеспечить детей и молодежь знаниями и навыками в области сохранения и развития духовного, психологического и физического здоровья. Примерные программы воспитания и социализации обучающихся определяют перечень требований и организационных мероприятий, направленных на воспитание, обучение и развитие ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни [196].

Деятельностный уровень по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни в учебном заведении предполагает организацию целостного пространства развития подростка [282]. Современные формы воспитания здорового поколения должны активно входить в арсенал средств на уроках безопасности жизнедеятельности. Внеурочная работа помогает удовлетворять потребности учащихся в неформальном общении во время традиционных мероприятий и инновационных технологий, таких, например, как социальный театр. Так, помимо уроков, организованное общение с педагогом, медицинским работником и учащимися на интересующие студентов вопросы в более или менее свободной обстановке имеют существенное, а нередко и решающее значение для развития ценности здоровья, навыков укрепления здоровья и формирования репродуктивной культуры. Одна из насущных потребностей молодых людей – это потребность в полной и точной информации о строении и функциях тела человека, половой жизни, безопасном поведении, деторождении. В отсутствии данной информации подростки склонны к неверным решениям и небезопасному поведению. Деятельностный уровень воспитания здоровой молодежи должен быть представлен работой с ближайшим социумом [196]. Деятельностный уровень по вопросам охраны репродуктивного здоровья подразумевает междисциплинарную команду, состоящую из медицинского работника, наделенного знаниями и умением говорить на деликатные темы, и представителя сектора просвещения, который знания трансформирует в навыки безопасного поведения, соединив физическое здоровье с психологическим и социальным. Достигнуть этого можно, обучив команды профессионалов по здоровому образу жизни и укреплению здоровья, владеющих современными формами работы с молодежью и инновационными технологиями.

Организационный уровень воспитания ценностного отношения к здоровью у молодежи предполагает наряду с межведомственным взаимодействием привлечение к работе родителей, общественность, молодежных организаций и движений.

Модель межведомственного взаимодействия здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья (Рис. 4.3) как эталонная модель, предполагает три вида планирования работы: стратегический (стратегии), тактический (законы, концепции) и оперативный (приказы, программы, распоряжения). Однако в реальности мы все больше находим примеры не эталонного, а реактивного управления. Примером реактивного управления является всплеск профилактической работы в тех школах, где незапланированные беременности и аборты у подростков становятся достоянием руководства учебных заведений или подростковый суицид приводит к оперативным действиям, не меняя стратегического долгосрочного подхода к решению проблемы. Ряд законов и принятых концепций, составляющие блок «Нормативно-правовое содержание воспитания по охране репродуктивного здоровья» предложенной нами модели, такие как Закон «Об образовании», Концепция воспитания детей и молодежи в ПМР (Указ Президента ПМР №201 от 12.05.2003 г., САЗ 03-20), Концепция духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья, утвержденная Коллегией Министерства просвещения ПМР от 26.06.2009 г. и Закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи» (2012 г.), предлагают замену реактивного управления на управление тактическое и оперативное и требуют эффективных управленческих решений. Приходим к выводу, что отсутствие в ПМР стратегии репродуктивного здоровья как стратегического планирования подводит к необходимости использовать имеющиеся нормативно-правовые документы для налаживания междисциплинарной работы.

Разработанный Учебно-методический комплекс (УМК) как профилактическая технология выступает в качестве программного сопровождения модели межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья молодежи (УМК). Основой для разработки УМК выступила Концепция Духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья, разработанная известным российским педагогом А. Я. Данилюком, утвержденная Коллегией Министерства Просвещения [283]. Данная Концепция является междисциплинарным документом, который рекомендует организацию образовательных и воспитательных программ в области охраны здоровья молодежи совместными усилиями педагогов, психологов и медицинских работников. Учебно-методический комплекс, разработанный как междисциплинарный документ системы просвещения и здравоохранения, включает в себя: Примерную программу по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у подростков и молодежи в общеобразовательных учреждениях ПМР [267]; учебно-методическое пособие для педагогов и медицинских работников по воспитанию здоровой

молодежи [284]; книгу для родителей «Подросток. 100 вопросов взрослому о здоровье» [285]; Программу повышения квалификации педагогов и медицинских работников по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у подростков и молодежи.

Разработанная «Примерная программа по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у подростков и молодежи в общеобразовательных школах ПМР» (Программа) представляет профилактическую технологию, учитывающую полисубъектность современного процесса воспитания и социализации подростка, т.к. в этом процессе активно участвуют не только традиционные субъекты (семья и школа), но и сектор здравоохранения, общественные организации, СМИ и иные субъекты влияния. Данная Программа применима для старшеклассников и студентов колледжей [267].

Программа по воспитанию ценностного отношения к здоровью представляет собой межведомственный документ, который определяет цели и задачи современной системы образования по воспитанию здорового поколения, межпредметные связи обязательных учебных предметов, позволяющие формировать ценностное отношение к духовному, физическому и социально-психологическому здоровью, содержание работы с подростками и молодежью по воспитанию основ духовного, физического и психологического здоровья; активные формы и виды взаимодействия с учащимися на занятиях, планируемые результаты по формированию здорового образа жизни у детей и молодежи.

Существует несколько уровней организации воспитательной работы по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни: внеучебная воспитательная работа, воспитательная работа с педагогами, воспитательная работа с родителями учащихся.

Уровень внеучебной воспитательной работы, предполагает использование времени на классных часах. Из расчета 34 часа в год куратор может планировать 10 часов – на формирование базовых ценностей духовного здоровья, по 8 часов – формирование ценностей физиологического и психологического здоровья, в резерве остается 8 часов, которые – куратор планирует по своему усмотрению.

Воспитательная работа с педагогами в школе предполагает не только проведение Педагогических советов по вопросам формирования ценностного отношения к здоровью, но и аналогичную работу с педагогическим коллективом. Повышение культуры здоровья педагога – важная часть его просветительской грамотности как по отношению к себе, так и по отношению к учащимся. Семинары, тренинги по охране здоровья позволят педагогу не

только быть внимательнее к собственному здоровью, но и пополнят арсенал педагогических приемов в интерактивной форме для работы в учебном процессе.

Воспитательная работа с родителями учащихся предполагает активное включение родительской общественности в разработку социальных проектов по вопросам духовного, физиологического и психологического здоровья их детей. Родители должны стать активными участниками общегосударственного подхода к охране здоровья молодежи по информированию, организации социальных практик, связанных с посильной помощью детям с особыми потребностями здоровья, и др.

Для качественного и эффективного процесса реализации содержания Программы было разработано «Учебно-методическое пособие по воспитанию здоровой молодежи» – недостающее звено в модели межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья [284]. В пособии приведены детальные планы-конспекты мероприятий по воспитанию базовых ценностей здорового образа жизни. Особое внимание в пособии уделено проведению дискуссий и бесед с подростками и молодежью на темы «Стиль жизни», «Скажи наркотикам – нет!», «Правда и миф о ВИЧ/СПИДе», «Интеграция в общество ВИЧ-инфицированных», «Мальчики и девочки», «Юноши и девушки. Мы разные, но мы вместе», «Слагаемые семейного счастья» и др.

Материалы в пособии представлены широким арсеналом современных технологий профилактической работы, среди которых, кроме традиционных бесед, проведение тренингов, организация социальных проектов, презентаций, философских диспутов и др. Пособие может быть использовано добровольцами молодежных общественных организаций для работы по формированию безопасного поведения молодежи.

Метод основан на модели обучения экспериментом (ролевой игры) с использованием интерактивных методик. Оно включает четыре элемента: непосредственный опыт (деятельность, в которой учащиеся накапливают опыт), размышление об опыте, обобщение и применение извлеченных уроков.

Особо стоит отметить малоизвестную технику – социальный театр. Социальный театр «Мастерская солнца» при ЦРЗиПС города Тирасполя применял театральные методики в обучении, направленном на сохранение здоровья, в том числе профилактику ИППП\ВИЧ, незапланированной беременности. Ребята, обучающие сверстников, создавали целую постановку, сделав ее основным элементом профилактического занятия. Социальный театр повышает уровень информированности как участников, так и зрителей-сверстников. Участники не являются актерами в традиционном понимании, так как они играют особого

рода роли в особых пьесах, цель которых – информировать, воздействовать на отношение и поведение аудитории. Но они и не преподаватели, так как они не учат, как традиционные педагоги. Основная идея социального театра состоит в обучении через опыт: «Скажи мне – я забуду, покажи мне – я запомню, дай мне поучаствовать – и я пойму». Хорошо разработанные постановки, с привлечением актеров местного театра были востребованы на мероприятиях общегородского и местного значения.

Другой высокоинтерактивной методикой является ролевая игра. Хорошая убедительная ролевая игра – это методика, которая может помочь в достижении нескольких основных целей программы обучения в области здоровья. Работая как партнеры, взрослые приобретают навыки, помогающие им в профессиональном развитии, а молодежь получает навыки, необходимые для будущей профессиональной карьеры. Кроме этого, партнерство позитивным образом влияет на сами отношения взрослых и подростков.

Опыт показал, что организованные таким образом занятия бывают более востребованными и эффективными, если молодые люди принимают участие в их планировании, разработке и осуществлении. Участие молодежи в разработке и постановке сценок служит гарантией того, что эти программы будут соответствовать особым потребностям, ценностям и проблемам молодежи и выбранные подходы будут интересными и вовлекут большое количество подростков.

Деятельностный уровень по воспитанию здоровой молодежи в обязательной части должен быть представлен работой с родителями и ближайшим социумом через общественно-полезный труд, поэтому третьим компонентом УМК выступает книга для родителей по разъяснению основных вопросов, касающихся здоровья человека и репродуктивной функции. Взрослые и родители выполняют важнейшую роль в формировании ценностно-смыслового базиса растущей личности. Именно для работы с родителями подростков авторы проекта разработали книгу «Подросток. 100 вопросов взрослому о здоровье» [285]. Книга составлена как ответы на вопросы подростков о базовых ценностях здоровья. Авторы книги придерживаются мнения о том, что слагаемыми здоровья выступают духовное, физическое и психологическое благополучие человека. Вопросы, вошедшие в книгу, были собраны в ходе проведения тренингов и бесед с молодежью, учащимися, а также выявлены в результате проведения опроса студентов медицинских и педагогического колледжей в рамках данного исследования. В книгу вошли не только вопросы подростков, но и их мнение о том, что они понимают под ценностями и смыслами жизни человека.

Пространство образовательного процесса, которое позволяет в урочной деятельности развивать знания и представления учащегося о системе факторов, определяющих связь социального и личного здоровья, а во внеучебной работе – переводить знания в навыки, умения в общественно-полезные продукты, обеспечивает такой уклад студенческой жизни, при котором создаются условия для развития здоровой личности на основе общечеловеческих, национальных и семейных ценностей. Необходимость системного подхода для осуществления мер в области охраны здоровья молодёжи требует создания новых механизмов по организации межведомственного взаимодействия на основе партнерских отношений с подростками и обратной связи с ними, мотивированного межведомственного подхода на всех уровнях управления по охране репродуктивного здоровья молодежи согласно разработанной модели (Рис. 4.5).

Понимая, что законы и программы сами по себе не способны изменить репродуктивные установки и, соответственно, обеспечить правильный выбор поведения подростков, была предпринята попытка разработки программы повышения квалификации для педагогов и медицинского персонала. Разработанная диссертантом программа повышения квалификации в данной области (Приложение 6) предполагает обучение всех вовлеченных в данную работу специалистов специфике современных профилактических технологий, включая проведение тренинговых занятий, знакомство с особенностями подросткового возраста, учет акцентуации характера подростков и др.

Система повышения профессиональных компетенций специалистов, задействованных в работе с молодежью по воспитанию здорового поколения, предполагает обучение формам и методам организации социальных практик. Программа прошла успешную апробацию в государственной системе ГОУ «Институт Развития Образования » (Приложение 8), использовалась на межведомственных семинарах с медицинским персоналом. Повышение квалификации педагогов и медицинского персонала обусловило рост как личной, так и профессиональной мотивации в области охраны репродуктивного здоровья и стало дополнительным социальным эффектом по внедрению модели межведомственного взаимодействия, поскольку абсолютное большинство слушателей отмечают возросший уровень собственных знаний в области вопросов здорового образа жизни, а учитывая их сознательный возраст, можно с уверенностью сказать уверены, что изменения произошли и в сфере их поведения (Приложение 8). По итогам повышения квалификации государство получило около 300 профессионально подготовленных специалистов, способных в современной форме говорить с подростками на сложные и не всегда удобные темы, отработан алгоритм проведения тренингов с привлечением специалистов Службы

репродуктивного здоровья для работы в команде, что повысило грамотность специалистов в области собственного здоровья, в том числе репродуктивное.

В современных условиях эффективный межведомственный воспитательный процесс представляет собой системные и согласованные действия здоровых сил общества и систем образования и здравоохранения. Только в таких условиях образование, которое является важнейшим звеном формирования личности XXI века, может обеспечивать защиту ребенка от агрессивного воздействия негативных проявлений социальной среды через закладку в него внутреннего «фильтра», который складывается из умения строить свою жизнь на основе таких понятий, как информированность и осознанный выбор, безопасность, права человека, укрепление здоровья.

4.5. Выводы по четвертой главе

1. Модель С-системы и теория уровней управления могут служить инструментами для теоретического трансфера и применения для идентификации соответствия конкретных областей человеческой деятельности общепринятым стандартам.
2. В основу предлагаемой модели межведомственного взаимодействия был положен принцип получения желаемого эффекта при минимуме затрат и при максимальном использовании существующих кадровых ресурсов.
3. Тестирование модели межведомственного взаимодействия сектора здравоохранения и просвещения в конкретном регионе показало отсутствие таких ключевых элементов, как Стратегия репродуктивного здоровья, которая бы отражала профилактическую направленность и междисциплинарный компонент охраны репродуктивного здоровья с учетом непрерывного образования по охране репродуктивного здоровья; инструменты для внедрения охранных мероприятий в соответствии с законодательством, включая финансовую доступность и закупку контрацептивных продуктов; инструменты для мониторинга и обратной связи с молодежью и оценки эффективности проводимых мероприятий.
4. Разработанная модель междисциплинарного взаимодействия сект здравоохранения и просвещения по вопросам охраны репродуктивного здоровья на этапе подготовки специалистов в сложившейся ситуации представляется временным адекватным механизмом для принятия управленческих решений тактического и оперативного типа в конкретном контексте.

ОБЩИЕ ВЫВОодЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ОБЩИЕ ВЫВОодЫ

1. Проведен научно-методологический контент-анализ существующих подходов к охране репродуктивного здоровья, который показал, что молодёжь на современном этапе характеризуется высокорискованным поведением: увеличение числа ранних сексуальных дебютов, промискуитет, низкий уровень использования контрацепции. Резервом улучшения ситуации являются доступ молодых людей к профилактическому образованию в области репродуктивного здоровья, оценка его эффективности, повышение уровня репродуктивной культуры общества, применение системного подхода и межведомственного взаимодействия для достижения физического, психического и социального благополучия молодежи [20, 196].

2. Исследована и оценена эффективность профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья методом опроса студентов медицинских и педагогического колледжей, которая позволила выявить общие тенденции относительно знаний, самооценки и специфические особенности: главным источником информации о репродуктивном здоровье остаются медицинские работники; отмечен феномен «ножниц», демонстрирующий снижение роли медицинских работников у старшекурсников-педагогов и увеличение доверия к медицинским работникам у студентов-медиков 4 курса ($p < 0,001$, *ст. св. 1*); студенты-медики по результатам самооценки лучше информированы о репродуктивном здоровье, чем студенты-педагоги ($p < 0,001$, *ст. св. 2*); не зависимо от профиля обучения у старшекурсников сексуальный дебют был позже ($p < 0,001$), при этом студенты старших курсов больше информированы о факторах, негативно влияющих на здоровье ($p < 0,001$, *ст. св. 3*); стаж учебы и профиль обучения не влияет на объективные знания студентов о репродуктивном здоровье; в то же время на ряд вопросов студенты-педагоги дали больше правильных ответов ($p < 0,001$, *ст. св. 1*); выявлена прямая зависимость заботы о здоровье с беседами с родителями о репродуктивном здоровье ($p < 0,001$); наблюдается отсутствие связи между уровнем знаний о репродуктивном здоровье и рисках для репродуктивного здоровья и репродуктивным поведением ($p < 0,05$) [230, 271].

3. Неоднозначный уровень знаний об охране здоровья, в частности репродуктивного, неадекватная оценка факторов риска, небезопасное сексуальное и репродуктивное поведение, а также неудовлетворённые потребности в услугах по охране репродуктивного здоровья молодёжи являются отражением дефектов системы и результатом низкой эффективности мероприятий, проводимых по охране репродуктивного здоровья молодёжи.

Несмотря на выявленные в процессе исследования указания на низкую готовность и слабую мотивацию профессионалов секторов здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья на актуальном этапе существует платформа и возможности для консолидации усилий по охране репродуктивного здоровья молодёжи [287].

4. Учитывая, что медицинские работники стабильно остаются основным источником информации о репродуктивном здоровье для молодёжи (60%), с целью повышения эффективности запланированных профилактических мероприятий следует оказать поддержку медицинским работникам в вопросах развития навыков передачи информации и обучения эффективным технологиям по охране здоровья. Для укрепления роли педагогов и родителей в охране репродуктивного здоровья молодёжи необходимым условием является повышение их грамотности в вопросах здоровья, факторов риска и безопасного сексуального и репродуктивного поведения [46].

5. На основе модели С-системы и схемы Уровней управления разработана модель взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, что в сложившейся ситуации может стать оптимальным временным механизмом для принятия управленческих решений тактического и оперативного типа в конкретном контексте [289].

6. Значимая научная проблема, решенная актуальным исследованием состоит в выявлении платформы и разработке модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи, что позволило разработать инструменты для практического внедрения данного взаимодействия на уровне учреждений среднего профессионального образования [289].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для системы здравоохранения:

1. Для усиления функции общественного здравоохранения по охране репродуктивного здоровья рекомендуется включение профилактического раздела «Здоровье» в программы подготовки специалистов для других секторов, в частности для сектора просвещения, с атрибуцией роли по координации межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья учреждениям и организациям сектора здравоохранения на основе системного подхода с учетом Уровней управления.

2. Для эффективной работы по охране здоровья молодежи рекомендуется направить усилия внутри системы здравоохранения на подготовку специалистов среднего звена, владеющих навыками психологии и педагогики, для профилактической работы и оказания услуг, дружественных молодежи, на обучение алгоритмам консультирования в области

сексуально-репродуктивного здоровья с акцентом не только на биологическое, но и на психическое и социальное благополучие молодых людей.

II. Для системы просвещения:

1. Институту образования рекомендуется осуществлять обучение педагогического коллектива, в том числе педагогов, психологов, кураторов, эффективным методикам охраны здоровья и повышения уровня информированности подростков о здоровом образе жизни, разрабатывать и реализовывать новые адекватные методы профилактической работы исходя из адресных рекомендаций для сектора просвещения согласно социальным институтам и группам, формирующим установку на охрану и ценностное отношение к репродуктивному здоровью у подростков и молодежи.

2. Педагогическим коллективам колледжей (в частности, медицинских и педагогических) в своей деятельности по охране репродуктивного здоровья молодежи рекомендуется использовать методы социологических исследований, позволяющие периодически оценивать уровень самооценки здоровья, степень информированности и отношение молодежи к репродуктивному здоровью, что позволит судить об эффективности проводимых образовательных и воспитательных профилактических мероприятий по охране здоровья с дальнейшим внедрением данного метода оценки.

3. Для качественного формирования ценностного отношения к репродуктивному здоровью и здоровому образу жизни, а также репродуктивных мотивов и установок на здоровую семью организаторам воспитательной работы в системе профессионального образования рекомендуется планировать:

- системную внеучебную воспитательную работу с подростками и молодежью по формированию базовых ценностей физического, духовного и социального здоровья;
- внедрение междисциплинарных модулей повышения квалификации кадров в области охраны здоровья, включая репродуктивное здоровье молодежи, для медицинских работников, работников сферы просвещения, психологов, социальных ассистентов;
- проведение специальной межведомственной работы с педагогами, воспитателями, психологами, повышающей санитарную грамотность как по отношению к себе, так и по отношению к учащимся, пополняющей арсенал педагогических приемов в интерактивной форме для работы по охране здоровья;
- проведение работы с родителями и активное вовлечение родительской общественности в разработку социальных проектов по вопросам здоровья их детей.

III. Для межведомственного применения систем здравоохранения и просвещения:

1. Для внедрения в практику модели межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья рекомендуется использование целостного учебно-методического комплекса, состоящего из следующих компонентов: Примерной программы формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у учащихся; Учебно-методического пособия по воспитанию здоровой молодежи; Программы повышения квалификации педагогов и медицинских работников в области здоровьесбережения; книги для родителей «Подросток. 100 вопросов взрослому о здоровье».

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Лысяк Д. С. Репродуктивное здоровье женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатном периоде. Дис. док. мед. наук. Благовещенск, 2016. 251 с.
2. Инструмент самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. ЕРБ ВОЗ, 2015. 137 с.
3. Уильямсон Нэнси и др. Материнство в детстве. Народонаселение мира в 2013 году. Доклад Отдела информации и внешних связей ЮНФПА. Издание ЮНФПА, 138 с.
4. «Здоровье населения Приднестровья и деятельность учреждений здравоохранения в 2013 году». Статистический сборник. Тирасполь: МЗ ПМР, 2014. 183 с.
5. Cesnocova N. Numărul populației stabile în Republica Moldova la 1 ianuarie 2016, în profil teritorial, pe medii, sexe și grupe de vîrstă. Chișinău, 2016. <http://www.statistica.md/уч.php?l=ro&idc=168&id=5156> (дата обращения 12.07.2016).
6. Щербакова Е. М. Евразийский демографический барометр. Демографическая ситуация в странах СНГ, 2012 год. В: Демоскоп Weekly, 2013, № 571-572, с. 1-29. <http://demoscope.ru/weekly/2013/0571/barometer571.pdf> (дата обращения 8.03.2015).
7. Макгинн Т. и др. Убежище от бури. Народонаселение мира в 2015 году. Программа преобразований в интересах женщин и девочек в мире, подверженном кризисам. Издание ЮНФПА, 2015. 154 с.
8. Negruța A. Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2015. Chișinău, 2016. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ru&idc=168&id=5221> (дата обращения 12.07.2016).
9. Межведомственное практическое руководство по охране репродуктивного здоровья в гуманитарных ситуациях. Австралия: AusAID, 2010. 234 с.
10. Организация Объединенных Наций. Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир 5-13 сентября 1994 года. Нью-Йорк: 1995. 198 с.
11. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в достижения международных целей и задач в области развития. ВОЗ, Женева, 2004. 34 с.
12. Сурмач М. Ю. Репродуктивное здоровье и поведение молодежи: медико-социологический анализ Автореф. дис. д-ра. мед. наук. Минск, 2015. 48 с.
13. UNICEF. Moldova. TERMS OF REFERENCE Specialist in Adolescents health communication (consultancy), Chișinău, 2016. https://www.unicef.org/moldova/TOR_International_Consultant_C4SC.pdf (дата обращения 14.11.2016).
14. Usatîi A. Strategies to sustain and scale up quality health care services for adolescents in the Republic of Moldova. В: STUDYLIB, 2014. <http://studylib.net/doc/5518495/strategies-to-sustain-and-scale-up-quality-health> (дата обращения 14.12.2015).

15. UNICEF. Healthy generation Scaling-up Youth Friendly Health Services in Moldova. Health for Youth Association, in collaboration with UNICEF, 2014. 56 с. http://www.particip.gov.md/public/documente/140/ro_2152_Proiect-Generatie-sanatoasa-eng.doc (дата обращения 14.11.2015).
16. Сметанин В. Н. Роль поведенческих факторов в формировании репродуктивного здоровья подростков. В: Научные итоги года: достижения, проекты, гипотезы, 2013, №3. <http://cyberleninka.ru/article/n/rol-povedencheskih-faktorov-v-formirovanii-reproduktivnogo-zdorovya-podrostkov> (дата обращения 14.02.2016).
17. Постановление Правительства Республики Молдова № 806 от 6.10.14. Об утверждении Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД и инфекций, передающихся половым путем, на 2014-2015. В: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 10.10.2014, Nr. 297-309 статья № 850. <http://lex.justice.md/ru/354938/> (дата обращения 2.02.2016).
18. Portela A. и др. Работа с отдельными лицами, семьями и сообществами в целях улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных. «Обеспечение безопасной беременности» Репродуктивное здоровье и исследования. Женева: ВОЗ, 2005, 75 с.
19. Закон о правах ребенка № 338-XIII от 15.12.94. В: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 02.03.1995, № 13, статья № 127.
20. Ецко К., Чебан О., Зарбаилова Н. Взаимодействие здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки специалистов. В: Buletin de Perinatologie, revistă științifico-practică, Republica Moldova, Chișinău, 2014, № 4(64), с. 31-34.
21. Закон Республики Молдова о репродуктивном здоровье № 138 от 15.06.2012. В: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 28.09.2012, № 205-207, статья 673.
22. ЮНЭСКО. Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Обзор нормативной базы и существующей практики, 2013. Москва: ООО «Верди», 2013. 110 с.
23. Авесентьева М. В. Принятие управленческих решений в здравоохранении на основе клинико-экономического анализа. В: Экономика здравоохранения, Москва, 2003. № 2 (9), с. 44-48.
24. Щенина О. Г. Молодежная политика: Диалог с молодежью или монолог власти? В: Россия: тенденции и перспективы развития, ежегодник, вып. 6., часть 2, 2011, с. 181-186.

25. Laakkonen Н. Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков: возможности, которые позволят молодым людям полностью реализовать свой потенциал. В: Entre Nous, 2014, № 80, с. 3.
26. ВОЗ. Международная классификация функционирования, жизнедеятельности и ограничения здоровья детей и подростков. Москва, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/12/9789244547328_rus.pdf?ua=1 (дата обращения 5.09.2016).
27. ООН. Конвенция о правах ребенка. Источник: Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, 44 сессия, Дополнение № 49, 1989 г., стр. 230–239. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml (дата обращения 12.12.2015).
28. Рахимбаева Д. К. и др. Современные проблемы оказания медико-психологических услуг молодежи. В: Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей, 2010, № 2, с. 9-11.
29. Решетников А. В. Социология медицины. Руководство. М.: «ГЭОТАР-М», 2010. 863 с.
30. Кормакова В. Н., Куличенко Е. И. Педагогическая стратегия становлений валеологической культуры личности. В: Сборник международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. Молодежь и научно-технический прогресс. Белгород: ООО «Айкью», 2011, с. 43-48.
31. Арутюнян А. А. Медико-социальная группа как предмет изучения в социологии медицины. Дис. канд. мед. наук социологии медицины. Волгоград, 2016. 190 с.
32. Бердяев Н. А. Самопознание. Москва: АСТ, 2011. 447 с.
33. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. Руководство для врачей. 2-е изд. Москва: Медицина, 2001. 287 с.
34. Подольский В. В. Психосоматическая характеристика состояния здоровья женщин фертильного возраста с бесплодием, сопровождающимся нарушениями вегетативного гомеостаза. В: Международный научно-практический журнал «Репродуктивное здоровье, Восточная Европа. 2016, том 6 № 2, с. 178-185.
35. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб: Питер, 2010. 272 с.
36. Мотков О. И. Личность и психика. Сущность, структура и развитие. Самара: ИД «Бахрах-М», 2008. 160 с.
37. Лисовский В. Т. Социология молодежи. Учебное пособие. СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 1996. 361 с.

38. Блауберг И. В., Юдин Э. Г. Бесконфликтные социальные взаимодействия В: Социально-гуманитарные знания, 2000. № 6, с. 267-274.
39. Филиппова Г. Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. В: Медицинская психология в России: электронный научный журнал, 2011, № 6. http://medpsy.ru/mpri/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer05.php (дата обращения 30.01.2015).
40. UNFPA, UNESCO, WHO. The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes. UNFPA, New York, 2015. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluationWEB4.pdf> (дата обращения 14.06.2016).
41. Беляева М. Л. Культура репродуктивного поведения в контексте междисциплинарного синтеза: монография. Екатеринбург: Уральский ГПУ, 2010. 176 с.
42. Братухин А. Г., Магазева Е. А. Индивидуальная профилактика негативного воздействия средовых и личностных факторов в репродуктивном здоровье медицинских работников. Омск, 2016. <file:///C:/Users/User/Desktop/НЗ%20%20ноябрь%202016/25331.pdf> (дата обращения 6.12.2016).
43. Чебан О., Зарбаилова Н., Ецко К. Особенности становления службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Приднестровье. В: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Кишинев, 2016, № 3(67), с. 122-125.
44. ЮНФПА. Годовой отчет 2015. Для людей, планеты и процветания. ЮНФПА, 2015. <http://www.unfpa.org/annual-report#!/Section504> (дата обращения 6.08.2016).
45. Грин М., Джоши Ш., Роблес О. Дело выбора, а не случая. Народонаселение мира в 2012 году. Доклад Отдела информации и внешних связей Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения. Издание ООН, 2012. 142 с.
46. Чебан О., Зарбаилова Н., Ецко К. Место и роль молодёжи как особой социальной группы в части репродуктивного потенциала государства в контексте демографической ситуации. В: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Кишинев, 2016, № 1(65), с. 50-56.
47. Ньюпорт С. Обзор достижений в области охраны материнства в странах Восточной Европы и Центральной Азии. ЮНФПА: Региональное отделение ЮНФПА для ВЕЦА, второе издание, 2010. 176 с.
48. Гетц А.-М. и др. Кто несет ответственность перед женщинами. Прогресс женщин мира 2008/2009. Гендер и подотчетность. UNIFEM для СНГ, 2009. 160 с.

49. ООН. Исторические новые глобальные цели, принятые Организацией Объединенных Наций. UNFPA, 2015. <http://www.unfpa.org/news/historic-new-global-goals-unanimously-adopted-united-nations> (дата обращения 10.06.2016).
50. ООН. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Резолюция 70/1 принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года. ООН, 2015. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=R (дата обращения 22.07.2016).
51. Бабатунде О. Молодежь на пути к Целям устойчивого развития 2030. ЮНФПА, 9 августа 2016. <http://unfpa.by/ru/news/novosti-yunfpa-v-mire/molodezh-na-puti-k-tselyam-ustoychivogo-razvitiya-2030/> (дата обращения 10.12.2016).
52. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 2. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. 81 с.
53. Кулавский В. А., Даутова Л. А. Медико-социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья. В: Мать и дитя: материалы IV Российского Форума. М., 2002. Ч.1, с. 50–52.
54. Таенкова И. О., Таенкова А. А., Троценко О. Е. Профилактика распространения ИППП\ВИЧ-инфекции и потребления психоактивных веществ среди подростков и молодежи – дополнительный резерв в сохранении репродуктивного потенциала. В: Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2016, № 4, с. 12-17.
55. Савченко О. А., Вейних П. А., Бережной В. Г. Формирование мотивации к здоровому образу жизни, сохранению и укреплению здоровья на этапе получения профессионального образования. В: Здоровье населения и среда обитания. 2015, № 2 (263), с. 33-35.
56. WHO. Проекты глобальных стратегий сектора здравоохранения. Инфекции передаваемые половым путем, 2016-2021 гг. ВОЗ, 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-ru.pdf?ua=1&ua=1 (дата обращения 01.08.16).
57. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков. Руководство для врачей. СПб: ИКФ «Фолиант», 2000. 574 с.
58. Бивол Г., Буздуган Т., Гылка Б. и др. Репродуктивное здоровье, практическое пособие для семейных врачей и медицинских сестер. Кишинев: Gunives, 2005. 209 с.
59. Николаева Е. И. Предсказания детства: возможен ли прогноз здоровья взрослого, основанный на изучении данных развития ребенка (на примере лонгитюдных исследований). В: Медицинская психология в России: эл. науч. журнал, 2016, № 2(37). http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2016_2_37/nomer09.php (дата обращения 12.08.2016).

60. Айламазян Э. К. и др. Акушерство: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1200 с.
61. Чебан В.І. Репродуктивне здоров'я населення та розробка системи медико-соціальної профілактики порушень його формування. Автореф. дис. д-ра мед. Київ, 2004. 36 с.
62. Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 592 с.
63. Ajuwon A. J., Olaleye A., Faromoku B. et al. Sexual behavior and experience of sexual coercion among secondary school students in three states in North Eastern Nigeria. BMC Public Health, 2006. Vol, 310. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764888/> (дата обращения 08.01.2016).
64. Осипова Г. В., Рязанцева С. В. Демографические перспективы России. М.: Экон-информ, 2008. 906 с.
65. Всемирная Организация Здравоохранения. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором тысячелетии. ВОЗ, Женева, 2014. http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf (дата обращения 27.06.2014).
66. ВОЗ. Подростки: риски для здоровья и их пути решения. В: Центр СМИ, Информационный бюллетень № 345, май 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru/> (дата обращения 10.10.2016).
67. Горбач Н. А. и др. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов. В: Здравоохранение Российской Федерации, 2007, № 2, с. 43-46.
68. Fleming M, Towey K. Delivering culturally effective health care to adolescents. Chicago (IL): American Medical Association 2001, 106 с. [https://depts.washington.edu/uwleah/sites/default/files/seminarFiles/culturallyeffectivecare%20AMA%20\(3\).pdf](https://depts.washington.edu/uwleah/sites/default/files/seminarFiles/culturallyeffectivecare%20AMA%20(3).pdf) (дата обращения 18.12.2014).
69. Горбач Н. А., Бакшеева С. Л., Жарова А. В. Проблема оценки здоровья, как человеческого потенциала. В: КиберЛенинка, Здоровье - основа человеческого потенциала, 2011, том 6, № 1, с. 17-18. <http://cyberleninka.ru/article/n/problema-otsenki-zdorovya-kak-osnovy-chelovecheskogo-potentsiala> (дата обращения 18.12.2014).
70. Римашевская Н. М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России. В: Вестник Российской акад. наук, 2004, том 74, № 3, с. 209-218.
71. Филькина О. М. и др. Сравнительная характеристика нарушений здоровья подростков 15-17 лет, обучающихся в различных условиях. ФГУ «Ивановский НИИМиД им. В. Н. Городкова». В: Medline.ru, Эпидемиология, ноябрь 2009, Том 10, ст. 20, с. 468-477. <http://www.medline.ru/public/art/tom10/art020pdf.phtml> (дата обращения 27.06.2014).

72. Медведева Е. И. Современная молодежь Подмосквья: отношение к здоровью и здоровому образу жизни Интернет конф. В: Федеральный Образовательный Портал ЭСМ, 2010. http://ecsocman.hse.ru/text/33373245/#_ftnref4 (дата обращения 08.01.2016).
73. ВОЗ. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. HBSC: Международный отчет по результатам исследования, проведенного в 2013-2014 гг. ВОЗ, 2016. 295 с. <file:///C:/Users/User/Desktop/Диссерт/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report-ru.pdf> (дата обращения 30.12.2016).
74. Всемирная Организация Здравоохранения. 10 фактов о здоровье подростков. ВОЗ, Информационный бюллетень № 384, июнь 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ru/> (дата обращения 15.09.2016).
75. Zarbailova Natalia, Esin Ayşegül, Ceban Oxana, Etco C. What about the current status of most at risk adolescents in Republic of Moldova. În: Buletin de Perinatologie, revistă științifico-practică, Republica Moldova, Chișinău, 2014, № 4(64) с.11-15.
76. Всемирная Организация Здравоохранения. Неинфекционные заболевания. ВОЗ, Информационный бюллетень № 355, январь 2015 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru> (дата обращения 8.01.2016).
77. Lazdane G. Взаимосвязь неинфекционных заболеваний и сексуального и репродуктивного здоровья. В: Entre Nous, Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, Европейское региональное бюро ВОЗ, Copenhagen 2012, № 75, с. 10-11.
78. Ящук А. Г., Иванова К. Н. Факторы образа жизни, влияющие на репродуктивное здоровье современных девочек-подростков в йоддефицитном регионе Республики Башкортостан. В: Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2014, № 5, с. 10-16.
79. Белова О. Г. Социологические характеристики репродуктивного поведения молодежи. В: Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2013, № 2, с. 59-65.
80. Лисицын Ю. П. Здоровый образ жизни. История и современность. М.: НИИ истории медицины РАМН, 2012. 136 с.
81. Vissers D., Devoogdt N., Gebruers N. Overweight in adolescents: differences per type of education. Does one size fit all? In: J. Nutr. Education, 2010, Vol. 40 (2), p. 65-71.
82. Elguina S. I., Ouchakova G. A. Reproductive potential of girls - teenagers of nowadays in Kemerovo. In: Eur. J. Contracp. Reprod. Health Care, 2002, Vol. 7, Suppl. L, p. 69.
83. Манухин И. Б., Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 272 с. (с. 94-102).

84. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. 2002. М.: Издательство Института Социологии РАН. 240 с. <http://www.isras.ru/publ.html?id=742> (дата обращения 16.11.2014).
85. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков. М.: Медицина, 2000. 360 с.
86. Kakaria N., Boswell H. B., Zurawin R. K. The use of Mikronized Progesterone for Dysfunctional Uterine Bleeding in Adolescent Females In: J. Pediatr. Adolesc. Gynecol., 2006, Vol. 15, N 3, p. 183-190.
87. Turcan L., Zepca V., Gitu L. Autoaprecierea starii de Sanatate in randul elevilor din Republica Moldova. In: Buletin de Perinatogie. Republica Moldova, Chisinau, 2016, № 3 (71), p. 46-50.
88. Currie C. et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1 (дата обращения 15.08.2016).
89. Баранов А. Н. и др. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. Архангельск: Изд-во АГМА, 1997. 177 с.
90. Лукина Н. А. и др. Репродуктивные установки и сексуальное поведение девочек-подростков крупного промышленного региона. В: Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России: Сборник науч. тр. V Всероссийской научно-практической конференции. СПб., 2003, с. 149–151.
91. Несвячёная Л. А. и др. Репродуктивное здоровье детей и девушек-подростков в Приморском крае. В: Сб. науч. тр. Дальневосточной регион. науч.-практ. конф. Хабаровск: ДВГМУ, 2004, с. 21–22.
92. Khomasuridze T., Seyidov T., Vasileva-Blazev M. Сексуальное и репродуктивное здоровье среди подростков и молодежи Восточной Европы и Центральной Азии. В: Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, Entre Nous, 2014, № 80, с. 12-14.
93. Беда Ю. В. Современные резервы сохранения репродуктивного здоровья. В: Всероссийская научно-практическая конференция. Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья: Сборник тезисов. М., 2009, с. 336.
94. Куликов А. М., Кротин П. Н., Панова О. В. Участие педиатра в охране репродуктивного здоровья детей и подростков. В: Фарматека, 2011, № 6. www.medvestnik.ru/library/article/8094 (дата обращения 14.02.2016).
95. Уварова Е. В. Современное решение проблемы незапланированной беременности у юных женщин. Аборты у подростков. Проблемы и пути их решения: Тезисы для лекции.

- М.: Открытые медицинские коммуникации, 2015. <http://openmedcom.ru/lections/243> (дата обращения 22.02.2016).
96. Андерсон К. и др. Доказательства говорят сами за себя: Десять фактов об абортах. Ipas, Российская Ассоциация «Народонаселение и Развитие», 2011. 56 с.
97. Committee on Ethics. Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology. American College of Obstetricians and gynecology, Second edition. Washington, 2007, Number 390, 110: 1479-87. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Ethical-Decision-Making-in-Obstetrics-and-Gynecology> (дата обращения 20.02.2015).
98. Безопасный аборт: рекомендации для системы здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2013. 125 с.
99. Чебан О. С., Зарбаилова Н. К Особенности проведения медикаментозного аборта у подростков. В: Вісник Вінницького Національного Медичного Університету, Науковий, рецензуємий журнал, 2016. № 1 ч.1 (т. 20), с. 68-71.
100. Дэвид Генри П. Рождённые нежеланными, 35 лет спустя: Пражское исследование, Проблемы репродуктивного здоровья. В: Аборты: здоровье женщин и государственная политика. Декабрь 2008, с. 32-42.
101. Olin Su-Chin Serene et al. Can Postpartum Depression Be Managed in Pediatric Primary Care. In: Journal of Women's Health. November 2015, ahead of print. doi:10.1089/jwh.2015.5438 <http://online.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jwh.2015.5438> (дата обращения 04.02.2016).
102. Porozhanova V. et al. Perinatalni rezultati pri nepulnoletni maiki. Akusherstvo I Ginekologia. 1995, Vol. 34(3), p. 12-14.
103. Островская Е. А., Психосоциальные аспекты адаптации юных матерей. В: Репродуктивное здоровье детей и подростков, М., 2009, № 5, с. 78-89.
104. Брюхина Е. В., Мазная Е. Ю., Рыбалова Л. Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте. В: Мать и дитя: материалы II Рос. Форума. М., 2000, с. 21–22.
105. Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Лебедева М. Г. Аборт – проблема национальной безопасности страны. В: Охрана репродуктивного здоровья будущее России: материалы Всерос. конф. с международным участием. Белгород: БГУ, 2010, с. 165-167.
106. Гуркин Ю. А., Суслопаров Л. А., Островская Е. А. Основы ювенильного акушерства. СПб.: Фолиант, 2001. 352 с.
107. Хамошина М. Б., Кайгородова Л. А. Медицинские и социальные аспекты подростковой беременности в Приморском крае. В: Дальневосточный мед. журнал,

- 2001, № 2, с. 22–27. <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=64751> (дата обращения 11.11.2015).
108. Невярович Н. Е., Михайлова Н. Ф. Проституция как проявление переживания острых и долговременных психологических последствий сексуального насилия. В: Насилие и пренебрежение по отношению к детям: профилактика, выявление, вмешательство: Материалы научного симпозиума. СПб.: Изд. СПб. ун-та, 2009, с. 69-71.
109. Breslau N. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. In: Archives of General Psychiatry, 55, pp. 626-632. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672053> (дата обращения 9.10.2015).
110. Азарных Т. Д. Сексуальное насилие и его психологические последствия. В: Материалы II Международной заочной научно-практической конференции «Отклоняющееся поведение человека в современном мире: проблемы и решения». Владимир: Владимирский Государственный Университет, 2011, с. 48-51. <file:///C:/Users/User/Desktop/deviatio2011.pdf> (дата обращения 12.12.2015).
111. Avery L. Что такое неинфекционные заболевания? Как они связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем, и как с ними бороться? В: Entre Nous, Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. Европейское региональное бюро ВОЗ, Copenhagen, 2012, No 75, с. 6-9.
112. Maistrenco G. Cobaleanu Z. Damaschin L. Sanatatea copiilor-indicator al sanatatii colectivitatilelor. In: Sanatate publica, Economie si Management in Medicină, revista stiintifico-practica, Chisinau, 2009 № 4(31), с. 18-21.
113. Хвастунова Е. П. Медико-социальная адаптация подростков с умственной отсталостью. Автореф. дис. канд. социол. наук. Волгоград, 2015. 19 с.
114. Радзинский В. Е. и др. Девушки-подростки РФ: Современные тенденции формирования репродуктивного капитала (Обзор литературы) В: КиберЛенинка, СМЖ (Томск), 2010, № 4-2, том 25, с. 9-14. <http://cyberleninka.ru/article/n/devushki-podrostki-rf-sovremennye-tendentsii-formirovaniya-reproduktivnogo-potentsiala-obzor-literatury> (дата обращения: 14.02.2016).
115. Кротин П. Н., Куликов А. М., Кожуховская Т. Ю. Клиники, дружественные к молодежи. Руководство для врачей и организаторов здрав. СПб.: МАПО, 2006. 60 с.
116. Герасимова Л. И. и др. Особенности репродуктивного здоровья девушек-студенток. Медико-социальные и медико-организационные факторы риска. В: Современные проблемы науки и образования, 2015, № 6; <http://www.scienceeducation.ru/ru/article/view?id=23320> (дата обращения 14.02.2016).

117. Баранов А. А. и др. Союз педиатров России: этапы развития и роль в охране здоровья детей (к 80-летию Всесоюзного общества детских врачей – Союза педиатров России). В: Российский педиатрический журнал, 2008, № 1, с. 5-10.
118. Etco C., Maximenco E., Banarel I. Program de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova, Chișinău: Primex-com, 2012, 147 p.
119. Архангельский В. Н. и др. Демографическое поведение и его детерминация. М.: ТЕИС, 2005. 352 с.
120. Калачиков О. Н. Регулирование репродуктивного поведения населения: состояние и проблемы. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 129 с.
121. Морозова И. С. и др. Проблемы профилактики абортного поведения молодежи. В: Вестник Кемеровского государственного университета, 2015, № 4-1 (64), с. 90-94.
122. Рыбаковский Л. Л., Калмыкова Н. М., Архангельский В. М. Демография; Учебник для высших учебных заведений. Москва, 2003. <http://rybakovsky.ru/uchebnik2.html> (дата обращения 6.07.2015).
123. Ильясов Ф. Н. О репродуктивном поведении и не только (продолжение дискуссии). В: Мониторинг общественного мнения: эконом. и социал. перемены, 2013, № 4, с. 173-180. http://ecsocman.hse.ru/data/2015/05/14/1251197194/2013_116_15_II%60yasov.pdf (дата обращения 12.12.2015).
124. Шелехов И. Л., Скрипачева Е. Н., Репродуктивное поведение российских женщин. В: Вестник Томского государственного педагогического ун-та. «Педагогика и психология», 2009, № 2 (80), с. 104-106.
125. Жупиева Е. И. К проблеме изучения репродуктивного здоровья студенток. В: Elibrary.ru, Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии, 2013, № 28, с. 161-165. <http://elibrary.ru/item.asp?id=19096668> (дата обращения 30.01.2016).
126. Ильясов Ф. Н. Потребность в детях и репродуктивное поведение. В: Мониторинг общественного мнения, 2013, № 1, с. 168-177.
127. Васильева В. В. Психофизиология женской репродукции. Батайск: Батайское книжное изд-во, 2005. 208 с.
128. Бодрова В. В. Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России. В: Социология семьи, 2005, с. 96-102.
129. Лещенко О. Я. Образовательные программы профилактики нарушений репродуктивного здоровья и формирования репродуктивной и сексуальной культуры современной молодежи (обзор литературы) В: Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2012, № 2 (84). Часть 2, с. 168-172.

130. Рыжова Н. К., Борисова З. К. Репродуктивные установки и сексуальное поведение подростковой популяции. В: КиберЛенинка, Медицинский альманах, 2009, № 4. <http://cyberleninka.ru/article/n/reproduktivnye-ustanovki-i-seksualnoe-povedenie-podrostkovoy-populyatsii#ixzz48jIz8NMR> (дата обращения 15.05.2016).
131. Столярчук Л. И. и др. Физиологические и педагогические основы формирования репродуктивной культуры обучающейся молодёжи. В: Современные проблемы науки и образования, 2015, № 4. www.science-education.ru/article/view?id=21371 (дата обращения 10.10.2015).
132. Драгич О. А. и др. Особенности поведенческой активности молодежи студенческого возраста. В: Современные проблемы науки и образования, 2016, № 1. www.science-education.ru/article/view?id=24083 (дата обращения 10.10.2015).
133. Таюнова О. А. Рождаемость и репродуктивное поведение населения Самарской области. Автореф. дис. канд. эконом. наук. М., 2006. 24 с.
134. Антонов А. И., Медков В. М. Социология семьи: Учебное пособие. М.: Изд-во Международного университета бизнеса и управления ("Братья Карич"), 1996. 304 с.
135. Михайличенко С. И. Криминологический анализ репродуктивного поведения и отношения к проблеме небезопасного аборта среди студенток г. Чита. В: Вестник, 2011, № 12, с. 43-48.
136. Кулаков В. И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины. В: Акушерство и гинекология, 2007, № 5, с. 19-22.
137. Красникова М. Б., Трубина Т. Б. Факторы, влияющие на сексуальное поведение и репродуктивное здоровье девочек-подростков. В: Казанский медицинский журнал, 2010 г. т. 91, № 1, с. 94-96.
138. Морозова И. С. и др. К проблеме детерминации репродуктивного поведения молодежи. В: Вектор науки Тольяттинского государственного университета, 2014, № 1(27), с. 130-134. http://edu.tltsu.ru/sites/sites_content/site3456/html/media93799/27%20Morozova.pdf (дата обращения 15.05.2016).
139. Польша Н. С., Бердник О. В., Добрянская О. В. Подходы к формированию гендерориентированных программ в области охраны детей и подростков. В: КиберЛенинка, ENVIRONMENT & HEALTH, 2015, № 2, с. 20-23. <http://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-formirovaniyu-genderorientovannyh-programm-v-oblasti-ohrany-zdorovya-detey-i-podrostkov> (дата обращения 2.02.2016).
140. Тукачева Ю. С. Методологические проблемы гендерного подхода. В: КиберЛенинка. Сборник конф. НИЦ «Социосфера», 2011, № 20, с. 10-16.

- <http://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskie-problemy-gendernogo-podhoda> (дата обращения 12.11.2015).
141. Рикардо К., Фабио В. Институт Промундо. Привлечение мужчин и мальчиков к обеспечению гендерного равенства и охране здоровья населения. Всеобщее руководство к действию. ЮНФПА, 2008. 212 с.
142. Уварова Е. В. Детская и подростковая гинекология: рук. для врачей. М.: Литтерра, 2009. 375 с.
143. Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health. A report on a workshop of the UNFPA in collaboration with the Population Council, 1-3 May, 2002. New York, 2002. 37 p.
144. Аккузина О. П., Смирнова Н. П., Борисова Н. В. Просвещение молодежи – решающий фактор сохранения репродуктивного здоровья населения. В: Матер. X Всерос. науч. форума «Мать и дитя». М., 2009, с. 484-485.
145. Bayley J., Brown K., Wallace L. Teenagers and emergency contraception in the UK: a focus group study of salient beliefs using concepts from the Theory of Planned Behaviour. Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2009, Vol. 14 (3), p. 196–206.
146. Foster, Leah N. et al. Do Educational Seminars for the HPV Vaccine Improve Attitudes Toward and Likelihood of Vaccination? [12B]. Obstetrics & Gynecology: May 2016. http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/05001/Do_Educational_Seminars_for_the_HPV_Vaccine.65.aspx (дата обращения 5.11.2016).
147. Штемберг А. С. Социальный стресс и психологическое состояние населения России. Часть 2. Суициды как основной индикатор и последствие соц.-псих. кризиса общества. В: Пространство и Время, 2014, № 3 (17). <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyy-stress-i-psihologicheskoe-sostoyanie-naseleniya-rossii-chast-2-1-rossiya-na-rubezhe-hh-i-xxi-vv-suitsidy-kak-osnovnoy-indikator-i> (дата обращения 14.05.2016).
148. Дехтерева Л. В. Емельянова Д. С. Москаленко А. С. Проблема суицида среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Астрахань 2012. 103 с.
149. Zepca V. s. a. Particularitatile compartamentului violent si autoagresiv in randul elevilor claselor liceale din mun. Chisinau. In: Buletin de Perinatogie. Republica Moldova, Chisinau, 2016, № 3 (71), p. 61-64.
150. Дикке Г. Б. Репродуктивное поведение молодежи: выбор контрацепции, отвечающий жизненным приоритетам. В: ОМК, М., 2016. <https://openmedcom.ru/lections/555> (дата обращения 24.10.2016).
151. Немцов А. В., Шельгин К. В. Потребление алкоголя в России: 1956–2012 гг. В: Librari.ru, Вопросы наркологии, 2014. № 5, с. 3-12.

152. Чухрова М. Г. и др. Девиантное поведение в некоторых молодежных субкультурах. В: Международный научный журнал «Мир науки, культуры, образования», 2011, № 6 (31), с. 292–295. file:///C:/Users/User/Downloads/Jur31_2.pdf (дата обращения 12.11.2015).
153. Гордеева С. С. Формирование установок на потребление алкоголя у подростков: социологический анализ. Дис. канд. социол. наук. Пермь, 2015. 156 с. <http://www.twirpx.com/file/1999760/> (дата обращения 16.08.2016).
154. Леви Э., Йенсен Л. Партнерство с мужчинами как способ покончить с гендерным насилием. Успешная практика стран Восточной Европы и Средней Азии, Региональный офис ЮНФПА по странам Восточной Европы и Средней Азии, 2009. 98 с.
155. Нукушева С. Г., под редакцией член-кор. РАМН В.З. Кучеренко. Научные основы совершенствования управления системой охраны репродуктивного здоровья женщин Казахстана. Автореф. дис. д-ра. мед. наук. Алматы, 2005, 52 с.
156. Асеева И. А., Пащенко Е. Н. Проблемы вмешательства в репродукцию человека: социологический анализ. В: Вестник института социологии, сентябрь 2014, № 3 (10), с. 12-33. <file:///D:/флэшка%20%2027.06.16/Аборт%20библиография/Асеева%20И.А.,%20Пащенко%20Е.Н.%20Проблемы%20вмешательства%20в%20репродукцию%20человек a.pdf> (дата обращения 12.02.2016).
157. Бебнева Т. Н., Дикке Г. Б. Отвечая потребностям подростков. В тренде – пролонгированная контрацепция, в фокусе – качество консультирования. В: Фарматека, 2014, № 12, с. 22-27.
158. Дикке Г. Б., Ерофеева Л. В. Особенности репродуктивного поведения молодежи. В: Акушерство и гинекология. 2013, № 12, с. 96–101. <http://www.aig-journal.ru/ru/archive/edition/9319> (дата обращения 14.01.2016.).
159. Raine T. R., Foster-Rosales A., Upadhyay U.D., et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. In: Obstet. Gynecol, 2011, № 117, с. 363–71.
160. Fleming K. L., Sokoloff A., Raine T. R. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. In: Contraception, 2010, № 82 (2), с. 178–82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20654760> (дата обращения 5.01.2016).
161. Рахматулина М. Р. Инфекции, передаваемые половым путем, у несовершеннолетних: современный взгляд на проблему. В: Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2006, с. 40-49.
162. Здоровье–2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Copenhagen: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. 224 с.

163. Всемирная Организация Здравоохранения. Интегрированное ведение болезней детского возраста. ВОЗ, 2016. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/mci/ru/ (дата обращения 18.09.2016).
164. Филонова О. В. Проблемы школьного образования в вопросах репродуктивного здоровья. В: Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения, Российский ГПУ им. А.И. Герцена, 2011, № 1, том 6, с. 72-73.
165. Wells M. I. Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. Journal of Community Health, 2010, p. 189-199. http://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1207/S15327655JCHN1704_1?scroll=top&needAccess=true (дата обращения 24.03.2015).
166. Супрун Н. Г. Ценностно-смысловая детерминация научного познания: опыт гносеологического анализа. Автореф. дис. канд. филос. наук. Магнитогорск, 2010. 31 с. <http://www.dissercat.com/content/tsennostno-smyslovaya-determinatsiya-nauchnogo-poznaniya-opyt-gnoseologicheskogo-analiza> (дата обращения 11.04.2016).
167. Романовская Т. Б. Объективность науки и человеческая субъективность или в чем состоит человеческое измерение науки. М.: Едиториал УРСС, 2001. 208 с.
168. Бурцев В. А. Формирование положительного ценностного отношения подростков к здоровью и здоровому образу жизни на основе спортизации физического воспитания. Автореф. дис. канд. пед. наук. Чебоксары, 2007 г. 25 с. <http://www.dissercat.com/content/formirovanie-polozhitelnogo-tsennostnogo-otnosheniya-podrostkov-k-zdorovyu-i-zdorovomu-obrazu#ixzz4Co6s8Syyg> (дата обращения 20.06.2016).
169. Нефедова А. С. Сахарова Н. А. Формирование ценностного отношения к здоровью как психолого-педагогическая проблема. В: Педагогика, «Молодой ученый», 2014, № 13 (72), с. 274-276.
170. Кузнецова Е. Г. К вопросу о формировании ценностных ориентаций подростков. В: Вестник ОГУ, 2011, № 2 (121), с. 198-204. <file:///C:/Users/User/Downloads/k-voprosu-formirovaniya-tsennostnyh-orientatsiy-podrostkov-1.pdf> (дата обращения 14.02.2015).
171. Зайцева Н.В., Устинова О.Ю. Медико-профилактические технологии для задач управления риском нарушений здоровья населения, ассоциированных с воздействием факторов среды обитания. В: Фундаментальные исследования, 2014, № 10-4, с. 665-670.
172. Лучанинова В. Н., Цветкова М. М., Мостовая И. Д. О Системе формирования здоровья у детей и подростков. В: Современные проблемы науки и образования, 2016, № 4, <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24969> (дата обращения 9.09.2016).

173. Таенкова А. А. Репродуктивное поведение и пути его оптимизация у молодежи Хабаровского края. Дис. канд. мед. наук. СПб., 2004. 174 с. <http://medical-diss.com/docreader/248822/d?#?page=1> (дата обращения 14.05.2016).
174. Lotova I. P., Orehova E. Y. Theory and practice of developing of professional role play competence of future teachers in the University. Raleigh, North Carolina, USA: Lulu Press, 2015. 177 p.
<https://books.google.md/books?id=yYfRCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=ru#v=onepage&q&f=false> (дата обращения 28.06.2016).
175. Турчак С. К. Духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья как условие смягчения социально-экономических вызовов государства. В: Довгирдовские чтения IV: тенденции духовно-нравственного развития современного общества: сб. матер., Минск, 2013, с. 32.
176. Крыжановская Л. М. Психолого-педагогическая реабилитация подростков: пособие для психологов и педагогов. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2008. 123 с.
177. Потапова Е. В. Психологическое сопровождение личности в особых условиях жизнедеятельности (на примере детей, больных сколиозом). Дис. канд. психол. наук. Красноярск, 2010. 216 с. <http://www.dissercat.com/content/psikhologicheskoe-soprovozhdenie-lichnosti-v-osobykh-usloviyakh-zhiznedeyatelnosti> (дата обращения 28.06.2016).
178. Обухова Л. Ф. Детская психология. Теории, факты, проблемы. М.: Тривола, 1995. 198 с.
179. Аллахярова С. А., Пириева Э. А. Факторы отклоняющегося поведения подростков. В: Материалы II Международной заочной научно-практической конференции «Отклоняющееся поведение человека в современном мире: проблемы и решения». Владимир, 2011, с. 60-63. <file:///C:/Users/User/Desktop/deviatio2011.pdf> (дата обращения 13.12.2015).
180. Акола Н. Е. и др. Алгоритмы консультирования подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. Пособие для врачей и среднего мед. персонала. Фонд ООН в области народонаселения. Минск: Альтиора – живые краски, 2011, 178 с.
181. Синагатуллин И. М. Глобальное образование как парадигма нового века. В: Педагогика. Науч.-теор. жур. Рос. академии образования. Москва, 2012, № 3, с.14-19.
182. Ерошенков И. Н. Культурно-воспитательная деятельность среди детей и подростков: Учебное пособие для студентов вузов. М.: ВЛАДОС, 2004. 221 с.
<http://www.twirpx.com/file/1115278/> (дата обращения 6.06.2016).

183. Новгородова А. В. «Всё во имя человека, для блага человека» – как от лозунгов перейти к действиям? В: ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика. Научная библиотека КиберЛенинка. 2016, № 4, с. 41-63. <http://cyberleninka.ru/article/n/vsyo-vo-imya-cheloveka-dlya-bлага-cheloveka-kak-ot-lozungov-pereyti-k-deystviyam#ixzz4LCscRUJQ> (дата обращения 24.09.2016).
184. Николаев А. Г. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья и образа жизни подростков. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2004. 23 с.
185. ООН. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. ООН. Published by the United Nations Department of Public Information DPI/993-10663-January 1991-2M Reprint-DPI/993-April 1992-2M. 21 с.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/0360795R.pdf> (дата обращения 9.01.2016).
186. Альбицкий В. Ю, Устинова Н. В., Антонова Е. В. Наукометрический анализ диссертационных исследований по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», относящихся к детскому населению. В: Проблемы социальной гигиены и история медицины, ДГБУ, 2014, №1, с.24-29.
187. Журавлева И. В. Репродуктивное здоровье подростков и половое просвещение. В: Социология здоровья и медицины, 2004, с. 133-141.
<http://ecsocman.hse.ru/data/936/847/1217/016.ZHURAVLEVA.pdf> (дата обращения 12.01.2014).
188. Аккузина О. П., Смирнова Н. П., Борисова Н. В. Просвещение молодежи – решающий фактор сохранения репродуктивного здоровья населения. В: Матер. X Всерос. науч. форума «Мать и дитя», 2009, с. 484-485.
189. The Charter for health promotion in the globalized world. Bangkok, 2005.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_Russian%20version.pdf (дата обращения 3.06.2016).
190. Коршевер Н. Г., Сидельников С. А. Меры медицинского характера и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения. Саратов, 2016. <file:///E:/2016%20%20библиогр.качества%20охраны%20здоровья.pdf> (дата обращения 3.09.2016).
191. Поднебесная Э. И. Педагогические аспекты формирования социального здоровья подростков. Автореф. дис. канд. пед. наук. Рязань: РГУ, 2010. 20 с.
192. Гущина Т. Н. Педагогическое сопровождение развития субъектности обучающего. В: Науч.-теор. журнал Росс. академии образования. Педагогика, 2012, № 2, с. 50-57.

193. Организация Объединенных Наций. Венская декларация и программа действий, принятая на Всемирной конференции по правам человека. Вена, 1993. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/viendec93.shtml (дата обращения 22.03.2016).
194. Пекинская декларация, принятая четвертой Всемирной конференцией по положению женщин. Пекин, 4–15 сентября 1995. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/womdecl.shtml (дата обращения 22.03.2016).
195. МПА ЕврАзЭС. Законодательство стран СНГ. Постановление Межпарламентской Ассамблеи Евразийского Экономического Сообщества от 13 мая 2009 года № 10-14. МПА, 2009. http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=29042 (дата обращения 28.03.2016).
196. Чебан О. С. Организация системного подхода к формированию ценностного отношения к здоровью у молодежи Приднестровья. В: Вестник науки Приднестровья, Научно-методический журнал, Тирасполь, 2011, № 1, с. 106-114.
197. Оттавская хартия по укреплению здоровья. Первая международная конференция по укреплению здоровья. Оттава, 21 ноября 1986. (WHO/HPR/HEP/95.1) (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.p (дата обращения 2.04.2015).
198. ВОЗ. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ, документ EUR/RC62/12 Rev.1. Мальта, 10-13 сентября 2012. 52 с.
199. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, принятый резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml (дата обращения 22.03.2016).
200. United Nations Children's Fund. Основные обязательства в отношении детей в ходе гуманитарных акций. UNICEF, май 2010. 68 с. http://www.unicef.org/ceecis/1120955_UNICEF_brochure_bat.pdf (дата обращения 4.04.2016).
201. Ерофеева Л. В. Неиспользованный резерв в защите репродуктивного здоровья или «План 5В». В: Фарматека, 2014, № 12. <http://www.pharmateca.ru/ru/archive/article/30018> (дата обращения 27.04.2016).
202. Cottingham J. et al. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. Bull World Health Organ. 2010; 88: 551–55. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-063412/en/> (дата обращения 27.04.2016).

203. Закон Кыргызской Республики о репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации. [Принят 10 августа 2007 г.] http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=18263 (дата обращения 1.11.2016).
204. Закон об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи, принятый Парламентом Республики Молдова 24 мая 2001 г., № 185, ред. от 24 июля 2003 г. <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312794&lang=2> (дата обращения 22.08.2015).
205. Закон Республики Таджикистан о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах, принятый Высшим Собранием Республики Таджикистан в 2002 г. <http://www.mmk.tj/ru/legislation/legislation-base/2002/> (дата обращения 22.12.2015).
206. Закон Республики Армения о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах человека, принятый 11 декабря 2002 г., ред. от 21 марта 2012 г. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=rus> (дата обращения 22.01.2016).
207. Закон Республики Азербайджан об обеспечении гендерного (мужского и женского) равенства, 2006 г., принятый 10 октября 2006 г. (ред. от 21 декабря 2010 г.). http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=14452 (дата обращения 22.03.2016).
208. Закон Азербайджанской Республики об охране здоровья населения, принятый 25 июля 1997 г. (ред. от 1 мая 2012 г.). http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=5809 (дата обращения 22.03.2016).
209. Федеральный закон № 38-ФЗ от 30 марта 1995 года «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» Ред. ФЗ № 122 от 22 августа 2004. <http://www.hivpolicy.ru/documents/index.php?id=739&page=870> (дата обращения 27.03.2016).
210. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 595 «О мерах по развитию охраны репродуктивного здоровья граждан и оказанию услуг по планированию семьи», изданный 28 октября 2009 г. МЗ Республики Казахстан. http://adilet.zan.kz/rus/archive/docs/V090005873_/28.10.2009 (дата обращения 22.04.2016).
211. Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и Министерство образования и науки Российской Федерации, письмо NN0100/8129-05-32, АС-1270/06, 2005. <http://prospekt45.ru/uploads/kfiles/files/19.pdf> (дата обращения 12.12.2015).

212. ЮНЭЙДС. Руководство по показателям мониторинга и оценки национальных программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи. ЮНЭЙДС. 84 с.
213. Морозова О. и др. Мониторинг и оценка программ и проектов: Практическое пособие. Киев: Оранта, 2008. 142 с.
214. Тельчик А. Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт. Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. К.: К.І.С., 2008. 192 с. https://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_ukr_druk.pdf (дата обращения 8.11.2015).
215. Balakireva O. Assessment of the number of most-at-risk children and young people in the age group of 10–19 years / UNICEF, UISR after O. Yaremenko. K., 2011. 48 p. <http://knowledge.org.ua/wpdm-package/otsenka-chislennosti-detej-i-molodezhi-vozhrastnoj-gruppy-10-19-let-otnosyashhihsya-k-gruppam-riska/> (дата посещения 14.11.2016).
216. Балакірева О. М. і др. Оцінка рівня існуючих знань, ставлення та практик щодо лікування, догляду та підтримки дітей з ВІЛ інфекцією: монографія. К.: ПЦ «Фоліант», 2010, 160 с. <http://knowledge.org.ua/wpdm-package/otsenka-urovnya-sushhestvuyushhih-znanij-otnoshenie-i-praktik-po-lecheniya-uhoda-i-podderzhki-detej-s-vich-infektsiej/?wpdmdl=9488> (дата обращения 6.11.2016).
217. ЮНЭЙДС. Профилактика ВИЧ среди молодежи в Сфере Образования. Экспертная Группа Агентства ООН по профилактике ВИЧ. Краткое руководство. UNFPA, 2008. 8 с.
218. Национальная стратегия в области репродуктивного здоровья, утвержденная Постановлением Правительства Республики Молдова № 913 от 26.08.2005. В: Monitorul Oficial, 09.09.2005, № 119/122. <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=327497&lang=2> (дата обращения 15.11.2015).
219. Закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан №265-І. В: Ведомости Олий Мажлиса Республики Узбекистан № 9 1996. Ташкент, 1996. http://www.lex.uz/pages/GetAct.aspx?lact_id=41329 (дата обращения 2.05.2016).
220. Azerbaijan Repot NCPI. Copyright. 2013-2014 UNAIDS, p. 33. <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/Azerbaijan%20NCPI%202013.pdf> (дата обращения 7.06.15).
221. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека». [Принят Федеральным Собранием Российской Федерации 30 марта 1995 г. (ред. от 18.07.2011 г.).] <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=117095> (дата обращения 13.04.2015).

222. Сухих Г. Т. и др. Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан в РФ. В: Акушерство и гинекология. Научно-практический журнал, 2010, № 5, с. 3-5.
223. Байсеркин Б. С. и др. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Республики Казахстан, Алматы, 2014. 42с. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KAZ_narrative_report_2015.pdf (дата обращения 22.07.15).
224. Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения № 193-IV от 18.09.2009. Глава 17. Охрана репродуктивных прав человека. (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016). http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065 (дата обращения 8.06.2016).
225. Закон Республики Армения об образовании ЗР-297 от 20.05.1999. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1494&lang=rus> (дата обращения 8.05.2016).
226. Приказ МЗ Республики Беларусь от 23.12.2004 № 288 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической службы Республики Беларусь». Минск, 2004. <http://pravo.levonevsky.org/bazaby11/republic31/text453.htm> (дата обращения 4.05.2016).
227. Акола Н. Е. и др. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: Пособие для врачей и среднего медицинского персонала. Минск, 2006. 241 с.
228. Закон Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» Беларусь, 2012. http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=49056 (дата обращения 4.05.2016).
229. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1260 об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008–2016 годы. Республика Казахстан, 2007. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P070001260> (дата обращения 15.07.2016).
230. Чебан О. С., Зарбаилова Н.К. Вопросы охраны репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки кадров здравоохранения. В: Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья. Материалы II Всероссийской науч.-практ. конф. 26 мая 2017 года. Новосибирск: Сибмедиздат, 2017, с. 174-176.
231. Bobokhodjjeva L. et al. Политика в отношении подростков и молодёжи: официальные заявления 6 стран. В: Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, Entre Nous, 2014, № 80, с. 10-12.

232. Kempers J, Ketting E, Lesco G. Cost analysis and exploratory cost-effectiveness of youth-friendly sexual and reproductive health services in the Republic of Moldova. MC Health Serv Res. 2014; 14: 316. Epub 2014 Jul 21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4118647/> (дата обращения 7.07.2016).
233. Постановление Парламента Республики Молдова № 257 от 05.12.2008 об утверждении Стратегии национальной системы перенаправления для предоставления защиты и помощи жертвам и потенциальным жертвам торговли людьми на 2009–2012 годы. В: Monitorul Oficial, 2009, Nr. 27-29, статья № 66.
234. Оборочану Ион и др. Торговля людьми и равенство полов в Молдове: дополнительные нормативные акты. Миссия ОБСЕ в Молдове. Ch.: «Elena-V.I.», 2009. 249 р.
235. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2014 года № 396 «Об утверждении Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года» Республика Казахстан, ИПС Эділет, 2014. https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premier_ministr_rk/hozyaystvennaya_deyatelnost/id-P1400000396/ (дата обращения 7.11.2015).
236. ЮНЕСКО. Международное техническое руководство по половому просвещению. ЮНЭСКО, 2009. 123 с. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf> (дата обращения 22.07.2015).
237. Слободчиков В. И., Абраменкова В. В. Экспертиза одной из программ полового воспитания. В: Профессиональное объединение врачей сексологов. Межрегиональная общественная организация, 2016. <http://www.doctors-sexologists.ru/ekspertizy/74-ekspertiza-odnoj-iz-programm-polovogo-vospitaniya.html> (дата обращения 12.10.2016).
238. Экспертная Группа Агентства ООН по профилактике ВИЧ. Программы в сфере здравоохранения, направленные на предотвращение распространения ВИЧ среди молодежи. Краткое руководство. UNFPA, 2008. 8 с.
239. ЮНФПА. Инвестирование в молодежь – путь к ускоренному развитию. Итоговый документ региональной конференции стран ВЕЦА. Стамбул, 2011. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/news/2011/RegionalYouthConferenceDocument.pdf> (дата обращения 2.02.2016).
240. Республика Узбекистан. Национальный доклад о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом для ССГА ООН. ЮНЭЙДС, 2012. <http://files.unaids.org/ru/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file,68552,ru..pdf> (дата обращения 2.02.2016).

241. Коллинз Л, Дуп Э. Профилактика ВИЧ и нежелательной беременности: стратегический план 2011–2015гг. Межведомственная целевая группа по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и их детей. ВОЗ, 2012. 107 с.
242. Программа по формированию навыков здорового образа жизни у подростков «Все, что тебя касается». Фонд «Здоровье и развитие». М., 2011 г. http://www.fzr.ru/programs/vsyo_chno_tebya_kasaetsya.html (дата обращения 11.11.2016).
243. Зарбаилова Н. Руководство по развитию услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами, в неправительственных организациях из Республики Молдова, работающих с людьми, живущими с ВИЧ, и людьми, употребляющими психоактивные вещества. Кишинев: UNFPA Country Office in the Republic of Moldova, 2014. 98 с.
244. Талалаев К. А. Стандартизированный подход к работе общественных организаций в сфере сексуального и репродуктивного здоровья: Методическое пособие. Кишинёв: Initiativa Pozitiva, 2015. 24 с.
245. ЮНЭЙДС. Страновые отчеты о прогрессе за 2012 г. ЮНЭЙДС, 2014. <http://www.unaids.org/ru/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries> (дата обращения 11.16.2015).
246. Абаев А. М. Здоровьесберегающий подход к изучению и формированию образовательной среды. В: Педагогика. Научно-теоретический журнал Российской академии образования, 2012, № 3, с. 37-41.
247. Дармодехин С. В. О разработке современной стратегии воспитания и социализации детей. В: Педагогика, 2012, № 3, с 41-49.
248. Рудюк А. В. Состояние здоровья и функциональных систем организма детей школьного возраста, проживающих в промышленных городах Свердловской области. Автореф. дис. канд. биол. наук. М., 2005. 21 с.
249. Попович Л. и др. Системы здравоохранения: время перемен. Российская Федерация: Обзор системы здравоохранения 2011. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, том 13, № 7, 2011. 251 с.
250. Филлипова Т. Ю. Внедрение холистической модели охраны репродуктивного здоровья в учебный процесс последипломного образования населения В: Матер. X Всерос. науч. форума «Мать и дитя». М., 2009, с. 523.
251. ЮНЭСКО. Повышение эффективности профилактических программ для подростков и молодежи в странах Восточной Европы и Центральной Азии. В: Материалы рег. конф.

- по профилактике ВИЧ и формированию здорового образа жизни в образовательной среде. Казахстан, Алматы, 2011. М.: ООО «БЭСТ-Принт», 2011. 117 с.
252. Европейское региональное бюро ВОЗ и ФЦПСЗ. Стандарты сексуального образования в Европе. Рамочный документ для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения. Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения. Кельн, 2010. 85 с.
253. Рузавин Г. И. Методология научного исследования: Учеб. пособие для вузов. М.: Юнити-Дана, 1999. 317 с.
254. Богданов А. А. Тектология. Всеобщая организационная наука. М.: Экономика, 1989, Кн.1. 304 с.
255. Bertalanffy L. General System Theory. Foundations, Development, Applications. University of Alberta Edmonton, Canada. New York: George Braziller, 1969. 289 с.
256. Винер Н. Кибернетика или управление и связь в животном и машине. Пер. с англ. И.В. Соловьева и Г.Н. Поварова; Под ред. Г.Н. Поварова. 2-е изд. М.: Наука; Главная редакция изданий для зарубежных стран, 1983. 344 с.
257. Сидоров С. В. Правила реализации системного подхода в управлении развивающейся школой. В: Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение», 2010, № 2. http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2010/2/Sidorov_Systematic_Approach/ (дата обращения 14.08.2016).
258. Фатхундинов Р. А. Инновационный менеджмент. 6-е изд. СПб.: Питер, 2011. 448 с.
259. Моисеев Н. Н. Математические задачи системного анализа: Учебное пособие. М.: Наука, Главная редакция физико-математической литературы, 1981. 488 с.
260. Куриц С. Я., Воробьев В. П. Болезни государства. Диагностика патологий системы государственного управления и конституционного права: 2-е изд., испр. и доп. М.: Национальное обозрение, 2010. 504 с.
261. Galnoor I. Steering the Policy. Tel-Aviv, 1982. P. 296.
262. Розанов В. А. Психология управления. Учеб. пособие. М.: ЗАО Бизнес-школа «Интел-синтез», 2009. 175 с.
263. Daron Acemoglu, James A. Robinson. Why nations fail the origins of Power, Prosperity, and Poverty. Пер с англ. Литвинова Д., Миронова П., Сановича С. М.: АСТ, 2016. 693 с.
264. Розов М. А. Когнитивные исследования: проблема развития. В: Механизмы развития знания, Выпуск 3. М.: Институт психологии РАН, 2009, с. 34-55. <http://emag.iis.ru/arc/infosoc/emag.nsf/BPA/7d81ab67150df0f9c32578760045ee60> (дата обращения 10.05.2015).

265. Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. М.: Добросвет, 1998. 149 с.
266. Кокрен У. Методы выборочного исследования. Пер. с англ. И. М. Сониной; под редакцией А. Г. Волкова. М.: Статистика, 1976. 86 с.
267. Данилюк А. Я, Макарова М. Я., Турчак С. К., Чебан О. С. Примерная программа формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у учащихся 5–11 классов в организациях общего образования ПМР. Тирасполь: Полиграфист, 2010. 92 с.
268. Всемирная Организация Здравоохранения. Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным. ВОЗ Европейское региональное бюро, 2013. 102 с.
269. ВОЗ. Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным. Обеспечение Безопасной Беременности. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. 155 с.
270. Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ-60 лет в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ. Copenhagen: Denmark, Scherfigsvej 8, 2010. 70 с.
271. Чебан О. С. Проблемы информированности молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. В: Buletin de Perinatologie. Chişinău, 2016, № 3 (71), с. 68-72.
272. Высшая школа экономики, фонд «Фокус-Медия». Оценка уровня востребованности сексуального образования и знаний о репродуктивном здоровье среди подростков и молодежи. СПб.: ФОКУС-МЕДИА, 2013.
http://www.lenoblspid.ru/news24/postid/own_news/914 (дата обращения 10.06.2015).
273. Gevorgyan R., Schmidt E., et al. (2011). "Does Russia need sex education? The views of stakeholders in three Russian regions." Sex Education, 2011, 11(02): 213-226.
274. Росстат. Репродуктивное здоровье населения России 2011: резюме отчета. Федеральная служба государственной статистики, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и др. Сентябрь, 2012. 60 с.
275. Советова Н. П., Иванова О. А. Практика регионального управления реализацией приоритетных направлений национального проекта «Здоровье». Закономерности и тенденции формирования системы финансово-кредитных отношений: Коллективная монография. Уфа: Аэтерна, 2016. 166 с.

276. UNICEF. Monitoring the situation of children and women Multiple indicator cluster survey republic of Moldova, 2012. UNICEF Moldova 2014. 30 с.
277. Ецко К. П., Зарбаилова Н., Чебан О. Что важнее для подростков: знания об аборте или отношение к использованию контрацепции? Тезисы II науч.-практич. конф. с междунар. уч. «Национальный и международный. опыт охраны репродуктивного здоровья детей и подростков» В: Репродуктивное здоровье детей и подростков. Москва, 2016, № 3, с. 23-24.
278. Спиридонова Н. В., Казакова А. В., Комарова М. В. Особенности сексуального поведения девочек-подростков в среднеспециальных образовательных учреждениях города Самары. В: Системный анализ и управление в биомедицинских системах, 2015, том 14, № 1, с. 169-172. <http://www.pharmateca.ru/ru/archive/article/31723> (дата обращения 18.01.2016).
279. Соловьёв В. В. Развитие инициативы сотрудников и повышение индивидуального мастерства. В: Современные проблемы науки и образования. Элект. журнал, 2015, № 2-1. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17935> (дата обращения 18.01.2026).
280. Международная группа экспертов. Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире. Шестая Глобальная конфер. по укреплению здоровья. Таиланд, Бангкок, 2005. <file:///E:/Хартия%20здоровья%20Тайланд.pdf> (дата обращения 23.08.2016).
281. Балацкий Е. В. Элементы экономики государственного сектора. М.: Капитал страны. 2013. 159 с.
282. Милушкина О. Ю. Динамика состояния здоровья детей и санитарно-эпидемиологическое благополучие детских учреждений Российской Федерации. В: Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», М., 2011 (18), № 2. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/282/30/lang,ru/> (дата обращения 12.12.2016).
283. Данилюк А. Я., Макарова М. Я., Турчак С. К. Концепция духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья. Тирасполь: Полиграфист, 2009. 48 с.
284. Турчак С. К., Чебан О. С. Дениченко О.П. Учебно-методическое пособие по воспитанию молодежи Приднестровья для классных руководителей 5-11 классов общеобразовательных школ и кураторов системы НПО/СПО. Тирасполь: Полиграфист, 2017. 388 с.
285. Турчак С. К., Чебан О. С. Подросток. 100 вопросов взрослому о здоровье. Книга для родителей, Тирасполь: Полиграфист, 2017. 112 с.

286. Strandberg E. L. Ingvar Ovhed, Lars Borgquist and Susan Wilhelmsson. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study, BMC Family Practice 2007 8:8 DOI: 10.1186/1471-2296-8-8 © Strandberg et al. 2007.
287. Чебан О. С. Оценка готовности и мотивации персонала системы здравоохранения и просвещения проводить мероприятия по охране репродуктивного здоровья молодежи. В: Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья. Матер. II Всероссийской науч.-практич. Конф. 26 мая 2017 года. Новосибирск: Сибмедиздат, 2017, с. 171-173.
288. Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020. Aprobata prin Hotărârea Guvernului nr.1032 din 20 decembrie 2013. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27.12.2013, Nr. 304-310. 2013. 240 c.
289. Zarbailov N., Ceban O., Etco L., Ciocanu M., Ețco C. Modelul de interacțiune a domeniilor de sănătate și educație în ocrotirea sănătății reproductive a tinerilor. În: Revista de Științe ale Sănătății din Moldova: Moldovan Journal of Health Sciences Chișinău, 2017, № 3, c. 86-97. ISSN 2345-1467.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета «Охрана репродуктивного здоровья молодежи»

№ анкеты

Дата

Уважаемые респонденты, нам очень важно знать Ваше мнение по вопросам охраны репродуктивного здоровья молодежи. Мы гарантируем полную конфиденциальность опроса. Для получения объективных результатов всем участникам опроса необходимо как можно точнее ответить на вопросы анкеты.

Чтобы ответить на вопрос анкеты достаточно внимательно прочитать предложенные варианты ответов и отметить «галочкой» тот вариант, который соответствует вашему мнению, или вписать свой вариант ответа в свободной строке.

Блок I – самооценка здоровья, репродуктивного здоровья

1. Оцените уровень своей информированности об опасности для здоровья (один ответ по строке)

№ п/п	Информированность об опасности	Уровень опасности			
		Высокий	Средний	Низкий	Не знаю
1.	Аддитивное поведение (табакокурение, алкогольная и наркотическая зависимость)	1	2	3	4
2.	Ранний сексуальный контакт	1	2	3	4
3.	ИППП (инфекции, передающиеся половым путем), ВИЧ-инфекция	1	2	3	4
4.	Подверженность насилию	1	2	3	4
5.	Сексуальный опыт с партнером своего пола	1	2	3	4

2. Предположим, в Вашем колледже стал бы проводиться учебный цикл по проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья. Посещали бы Вы такие занятия?

1. Нет;
2. Да;
3. Зависит от разных причин (впишите, от каких именно)

3. Укажите возраст, в котором, по Вашему мнению, следует начинать проведение программ, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья (выберите один ответ)

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1. 10 лет | 5. 14 лет; |
| 2. 11 лет | 6. 15 лет; |
| 3. 12 лет | 7. 16 лет; |
| 4. 13 лет | 8. 17 лет и старше. |

4. По Вашему мнению, репродуктивное здоровье – это
(возможно несколько ответов)

1. Отсутствие болезней со стороны органов репродуктивной системы;
2. Способность к воспроизводству потомства;
3. Удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь;
4. Состояние полного физического, умственного и социального благополучия.

5. Насколько Вы заботитесь о своем здоровье в целом? (выберите один ответ)

1. Не забочусь;
2. Забочусь редко;
3. Забочусь только когда болею;
4. Забочусь периодически;
5. Забочусь постоянно.

6. Как Вы оцениваете свое репродуктивное здоровье? (выберите один ответ)

1. Плохое;
2. Удовлетворительное;
3. Хорошее;
4. Отличное;
5. Не знаю.

7. По Вашему мнению, репродуктивное здоровье зависит от ...

(возможны несколько ответов)

1. Семейного положения;
2. Физического состояния;
3. Психоэмоционального состояния;
4. Материальных благ;
5. Социального статуса;
6. Уровня информированности
7. Другое (впишите) _____

8. Какие причины могут привести к нарушениям репродуктивного здоровья?

(возможны несколько ответов)

1. Раннее начало половой жизни;
2. Инфекции, передающиеся половым путем;
3. Воздержание;
4. Несоблюдение правил гигиены;
5. Аборты (прерывание беременности);
6. Сексуальный опыт с партнером своего пола;
7. Подверженность насилию;
8. Другое *(впишите)* _____

9. Представьте, что Вам срочно понадобились какие-то сведения по проблемам здоровья. Вы обратитесь ... *(возможны несколько ответов)*

1. К сверстнику (сверстнице) своего пола;
2. К сверстнику (сверстнице) противоположного пола;
3. К одному из родителей *(укажите, к кому)* _____;
4. К одному из близких родственников *(укажите, к кому)* _____;
5. К одному из других взрослых людей;
6. К одному из педагогов или воспитателей;
7. К врачу или медсестре;
8. В психологическую службу.

10. Что, по Вашему мнению, составляет психологическое здоровье? *(выберите один ответ)*

1. Счастье в личной или семейной жизни;
2. Успех в профессиональной деятельности;
3. Умение общаться;
4. Социальное положение;
5. Другое *(впишите)* _____

Блок II – информированность о репродуктивном здоровье

11. От кого Вы узнаете информацию о репродуктивном здоровье?

(возможны несколько ответов)

1. Друзей;
2. Из СМИ;
3. Родителей;
4. Медицинских работников;

5. Педагогов и воспитателей;

6. Другое (впишите) _____

12. Разговаривали с вами родители о репродуктивном здоровье (беременности, половых контактах, предохранении, ИППП)?

1. Да;

2. Нет;

3. Ваш вариант (впишите) _____

13. Как Вы считаете, молодежь в наше время хорошо информирована о репродуктивном здоровье?

1. Да;

2. Нет;

3. Недостаточно;

4. Ваш вариант (впишите) _____

14. Какие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) Вы знаете? (впишите)

15. Вопрос о безопасных сексуальных контактах. Согласны ли Вы с приведенными ниже утверждениями? (один ответ по строке)

№ п/п	Утверждение	Согласен(на)	Не согласен(на)
1.	Из средств предупреждения беременности только презерватив защищает от заболеваний, передаваемых половым путем	1	2
2.	Если у человека было заболевание, передаваемое половым путем, он/она не может заразиться снова той же болезнью	1	2
3.	Аборт является одним из методов предотвращения беременности	1	2
4.	Заболевание, передающееся половым путем, может пройти само, без специального лечения, благодаря общим оздоровительным процедурам	1	2
5.	ИППП можно заразиться через объятие	1	2
6.	Половой контакт в «безопасные» дни не дает полной уверенности в предохранении от беременности	1	2
7.	Можно получить ИППП от человека, у которого/ой нет никаких видимых симптомов	1	2

8.	Заболевание, передаваемое половым путем, можно предотвратить даже после подозрительного полового акта специальными мерами профилактики	1	2
9.	Незащищенный половой контакт может привести к заражению некоторыми вирусами, которые являются причиной онкологических заболеваний репродуктивных органов	1	2
10.	После аборта можно сразу забеременеть повторно	1	2

16. Выкажите свое согласие или несогласие с несколькими высказываниями о проблеме ИППП, ВИЧ/СПИДа (один ответ по строке)

№ п/п	Высказывание	Согласен (на)	Не согласен (на)
1.	Беременная женщина, инфицированная ИППП (включая ВИЧ), может передать вирус ребенку	1	2
2.	ИППП (включая ВИЧ) можно заразиться при рукопожатии	1	2
3.	Делая укол уже кем-то использованной иглой, можно заразиться вирусами ВИЧ или гепатитом	1	2
4.	ВИЧ-инфекция бывает только у гомосексуалистов и наркоманов	1	2
5.	ВИЧ-инфекцией можно заразиться, если пользоваться общей посудой с инфицированным	1	2
6.	Воздержание от половых отношений полностью гарантирует защиту от заражения ИППП (в том числе ВИЧ)	1	2
7.	Обезопасить себя от ИППП (в том числе ВИЧ) можно, если имеешь одного неинфицированного сексуального партнера, в котором полностью уверен(а)	1	2
8.	Люди, инфицированные ВИЧ, могут долго сохранять физическую и умственную работоспособность	1	2
9.	Обезопасить себя от ВИЧ-инфекции можно, если правильно использовать презерватив при каждом половом акте	1	2

17. Заражение ИППП можно предотвратить, используя ...

(выберите один ответ)

1. Латексный презерватив;
2. Воздержание от сексуальных контактов;
3. Просвещение молодежи об ИППП и методах защиты и профилактики;
4. Ваш вариант *(впишите)* _____

18. При наличии риска заражения ИППП как можно предотвратить развитие болезни? (выберите один ответ)

1. Выжидать, надеясь, что все обойдется;
2. Начать лечиться самостоятельно;
3. Обратиться за советом к сверстникам;
4. Обратиться в медицинское учреждение;
5. Ваш вариант *(впишите)* _____

19. Как Вы думаете, что такое безопасный аборт? (выберите один ответ)

1. Сделанный в медицинском учреждении;
2. Медикаментозный (таблетированный);
3. Мануальная вакуум аспирация;
4. На малых сроках беременности;
5. До 12 недель беременности.

Блок III – отношение к репродуктивному здоровью

20. Укажите свой возраст на момент первого полового акта

1. До 13 лет;
2. 14 – 16 лет;
3. 17 лет и старше;
4. Другое *(впишите)* _____

21. Вспомните Ваш последний половой акт. Использовали ли Вы и Ваш партнер, специальные способы предотвращения беременности? Если да, то какие? (выберите один ответ)

1. Ничем не пользовался (лась);
2. Презерватив;
3. Противозачаточные таблетки;
4. Спираль;
5. Норплант;
6. Экстренная посткоитальная контрацепция;

7. Прерванный половой акт;
8. Определенные «безопасные» дни;
9. «Температурный метод».

22. Если бы у Вашего друга выявили ИППП, то Вы ...

1. Больше не общались с ним;
2. Поддержал (а) бы его;
3. Не знаю, как поступить в данной ситуации;
4. Ваш вариант (*впишите*) _____

23. Предположим, в Вашем училище стал бы проводиться учебный цикл по проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков.

Посещали бы Вы такие занятия?

1. Нет;
2. Да;
3. Зависит от разных причин (*впишите, от каких именно*) _____

24. Выберите те разделы обучения в сфере сохранения и укрепления здоровья, которые, по Вашему мнению, наиболее важны для подростков и молодежи ...
(возможны несколько ответов)

1. Табакокурения;
2. Употребление алкоголя;
3. Употребление наркотических веществ;
4. Заболевания, передающиеся половым путем;
5. Физиология и психология сексуальных отношений;
6. Психология семейных отношений;
7. Насилие в сексуальных отношениях;
8. Коммерческий секс;
9. Другие (*впишите*) _____

25. Существует много методов осуществления профилактических программ в сфере здоровья подростков и молодежи. Выберите из приведенного ниже списка те, которые, по Вашему мнению, могут быть наиболее действенны (возможны несколько ответов)

1. Лекционные занятия;
2. Проведение тематических мероприятий;
3. Групповые дискуссии;
4. Ролевые игры;
5. Посещение профильных организаций;

6. Тренинги;
7. Модули по репродуктивному здоровью, включенные в программу обучения колледжа;
8. Другие методы (*впишите, какие именно*) _____

Социально-демографические характеристики

26. Ваш пол:

1. Мужской;
2. Женский.

27. Возраст, полных лет: (впишите) _____

28. Курс обучения:

1. 1 курс;
2. 4 курс.

29. Вы проживаете?

1. Дома, с родителями;
2. В общежитии;
3. На квартире;
4. У родственников;
5. Живу отдельно.

30. До начала учебы Вы проживали?

1. Город;
2. Село.

31. Ваше семейное положение?

1. Замужем или женат;
2. Состою в гражданском браке;
3. Имею постоянную/ого подругу/друга;
4. Не состою в близких отношениях.

32. Ваши пожелания, мнения по охране репродуктивного здоровья молодежи

Благодарим Вас за участие в опросе!

Информированное согласие
(Форма для информирования)

Комитет по этике исследований

Утверждено на заседании от 31.03.2014, №25/15

Дата:

1. Название исследования.

«Взаимодействие систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи»

Протокол исследования _____ (версия и дата)

2. Приглашаем Вас принять участие в научном исследовании

3. В чем состоит цель данного исследования?

Мы ставим перед собой цель изучить вопросы охраны репродуктивного здоровья молодежи, узнать о существующих у подростков и молодых людей проблемах в области репродуктивного здоровья и консолидировать усилия просвещения и здравоохранения для повышения информированности молодежи в данной области.

Предмет исследования – пробелы в области охраны репродуктивного здоровья молодежи и механизмы их устранения.

3. Причины выбора / Почему я выбран (а)?

Вы приглашены для участия в данном исследовании, так как являетесь представителем целевой группы – молодежи.

4. Обязательное участие / действительно ли необходимо участвовать?

Ваше участие в этом исследовании является добровольным, и вы можете выйти из исследования в любое время без объяснения причин выхода. Ваш выход из исследования никоим образом не повлияет на Ваше право на дальнейшее медицинское обслуживание. Любая предоставленная Вами информация (в том числе личного и медицинского характера) будет конфиденциальной и рассматриваться исключительно лицами, контролирующими исследование, комитетом по этике исследований, контролирующими органами в области науки.

Полученные в процессе исследования данные (в результате заполнения анонимных анкет) будут использованы для проведения научного анализа и аргументации вмешательств по охране репродуктивного здоровья молодежи, а также для публикации статей в научных журналах.

5. Проведение исследования / Что случится со мной, если я буду участвовать?

Если Вы дадите согласие на участие в исследовании, Вас попросят заполнить анонимную анкету. В дальнейшем Вы можете стать участником обучающих мероприятий на тему охраны репродуктивного здоровья молодежи. Вы также можете обратиться за медицинской помощью в Центр Репродуктивного Здоровья ГУ «РЦМиР», г. Тирасполь, ул. Свердлова 84, тел. + 373 533 73 141

6. Затраты и выгоды / Какие затраты я понесу в результате участия в исследовании?

Исследование и обучение будет проводиться по месту Вашей учебы и не потребует никаких расходов с Вашей стороны.

7. Обязанности респондента / Что я должен делать?

Вам предстоит максимально искренне ответить на все вопросы анкеты и в дальнейшем принять участие в обучающих мероприятиях.

8. Альтернативы / Какая альтернатива существует?

Вы можете отказаться от участия в исследовании.

9. Недостатки и риски участия / Какие недостатки и риски участия возможны?

Участие в данном исследовании не имеет никаких недостатков и не содержит никаких рисков. В случае, если у Вас появятся вопросы Вы можете адресовать их исследователю.

10. Компенсация в случае вреда

Не предусмотрено каких-либо компенсаций.

11. Преимущества участия / Каковы потенциальные выгоды от участия?

Участие в данном исследовании позволит Вам быть информированным о своем репродуктивном здоровье и своевременно идентифицировать имеющиеся проблемы. Со всеми вопросами Вы сможете обратиться к высокопрофессиональному специалисту-врачу и/или получить медицинскую консультацию и необходимые услуги в Центре Репродуктивного Здоровья ГУ «РЦМиР», г. Тирасполь, ул. Свердлова 84, тел. + 373 533 73 141.

12. Появление новой соответствующей информации / Что произойдет, если появится новая полезная информация?

Вы можете сообщить о новой полезной информации исследователю по телефонам: +373 77 78 03 64; + 373 533 73 141 или на адрес электронной почты oksana.ceban@mail.ru

13. Безопасность / Мое участие в этом исследовании будет конфиденциально?

Анкета для заполнения в ходе исследования анонимна, Вам не следует указывать свое имя. За надлежащее сохранение информации несет ответственность исследователь, выполняющий диссертационную работу. Доступ к данным будут иметь лица, проводящие

исследование, специалист в области информационных технологий, комитет по этике исследований, контролирующие органы в области науки.

14. Окончание исследования / Что произойдёт в конце исследования?

По результатам исследования будет оформлена диссертационная работа в области Медицины с доступом для широкой публики в Интернете.

15. Организация и финансирование исследования / Кто организует и финансирует исследование?

Организует и финансирует исследование исследователь д-р Оксана Сергеевна Чебан.

16. Утверждение исследования / Кто утвердил исследование?

Исследование утверждено Комитетом по этике исследований ОУ Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану.

17. Контакты:

С вопросами и проблемами обращайтесь к д-ру Оксане Сергеевне Чебан, тел +373 77 78 03 64, электронная почта oksana.ceban@mail.ru

Участнику будет предоставлена копия данного формуляра.

Приложение 3

Информированное согласие (Форма для согласия)

Комитет по этике исследований
Утверждено на заседании от 31.03.2014, №25/15

1. Название исследования: «Взаимодействие систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи »
2. Имя и адрес центра проведения исследования _____
3. Фамилия/Имя участника исследования: _____
4. Дата рождения участника исследования: _____
5. Когда применимо: Фамилия/Имя законного представителя (свидетеля) участника исследования: _____

6. Заявление: Я, нижеподписавшийся, _____ подтверждаю, что:

(Фамилия, имя)

– Я прочел(ла) и понял(а) информированное согласие _____ (номер версии и дата).
– Я знаю, что мое участие в этом исследовании является добровольным и что я могу выйти из исследования в любое время без объяснения причин выхода.

– Я согласен(на) при заполнении вопросника ответить на деликатные вопросы, касающиеся моего репродуктивного здоровья и здоровья в целом *(об использовании методов контрацепции, инфекциях, передающихся половым путем, включая ВИЧ, употреблении наркотиков)*.

– Я знаю, что мой выход из исследования никоим образом не повлияет на мое право на дальнейшее медицинское обслуживание.

– Я понимаю, что моя персональная информация (в том числе медицинского характера) может рассматриваться в качестве конфиденциальной лицами контролирующими исследование, комитетом по этике исследований, контролирующими органами в этой области.

Согласен(на) принять участие в исследовании «Взаимодействие систем здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи ».

Фамилия участника исследований (или законного представителя)

Подпись участника исследования (или его законного представителя)

Дата:

Когда применимо: тип отношений между законным представителем и участником исследования

Лицо, получившее информированное согласие

Анкета

**«Готовность и мотивация работников систем здравоохранения и просвещения к
охране репродуктивного здоровья молодежи»**

Укажите, пожалуйста, о себе следующие данные:

Место работы _____

Должность _____

Общий стаж работы _____

Стаж работы в данном учреждении _____

№ п/п	вопрос	3	2	1	0	комментарии
1	Оцените состояние подготовки персонала для работы по охране репродуктивного здоровья и здоровья молодежи	3	2	1	0	
2	Какие методы и формы Вы применяете в работе по охране репродуктивного здоровья и здоровья молодежи?					
3	Укажите, достаточно ли времени выделяется для работы по охране репродуктивного здоровья и здоровья молодежи?	3	2	1	0	
4	В комментариях укажите, сколько раз Вы проводите профилактические беседы по охране РЗ молодежи?	в день ____ раз; в неделю ____ раз; в месяц ____ раз;				
5	Укажите, сколько необходимо времени для работы по охране репродуктивного здоровья и здоровья молодежи в день, неделю, месяц?	в день ____ часов; в неделю ____ часов; в месяц ____ часов;				

6	Оцените уровень собственных знаний о репродуктивном здоровье подростков	3	2	1	0	
7	В комментариях подчеркните, какие темы, Вы считаете, необходимо включать в профилактические мероприятия по охране репродуктивного здоровья молодежи	1. Наркотики; 2. Алкоголь и курение как факторы риска заболеваний; 3. Инфекции, передающиеся половым путем и ВИЧ; 4. Аборты и планирование семьи; 5. Домашнее насилие и насилие в подростковой среде; 6. Психическое благополучие и депрессии у молодежи; 7. Обеспечение безопасной беременности и подготовка к беременности; 8. Профилактика рака репродуктивных органов; 9. Вакцинация и профилактика туберкулеза; 10. Анорексия и ожирение; 11. Укажите свой вариант _____ _____				
8	По каким из указанных в вопросе №7 темам Вы готовы проводить профилактические беседы					
9	Укажите в комментариях, по каким темам Вам необходимо дополнительное обучение, в том числе с привлечением смежных специалистов (медиков, психологов, педагогов)					
10	Оцените уровень осуществления обратной связи с молодежью о потребностях в информации по охране репродуктивного здоровья с целью контроля качества	3	2	1	0	
11	Оцените уровень методического обеспечения работы по охране репродуктивного здоровья молодежи	3	2	1	0	

12	По каким из перечисленных тем в вопросе №7 у Вас есть достаточное количество методических материалов?					
13	Подчеркните в комментариях, кто из перечисленных категорий обращался к Вам за помощью в проведении профилактических мероприятий, включая образовательные, опишите?	1. Медработники; 2. Классные руководители; 3. Преподаватели (учителя); 4. Воспитатели; 5. Психологи; 6. Руководители;				
14	Укажите в комментариях, какие препятствия и проблемы возникают у Вас при подготовке и проведении профилактических бесед по охране РЗ молодежи?					
15	Оцените уровень профессиональной и личной удовлетворенности при проведении профилактических мероприятий по охране РЗ молодежи. Прокомментируйте	3	2	1	0	
16	Оцените уровень Вашей профилактической деятельности с точки зрения коллег. Прокомментируйте	3	2	1	0	
17	Укажите предложения, для того чтобы охрана репродуктивного здоровья стала важной и значимой для медицинских работников и работников системы просвещения					
18	Укажите, на что, по Вашему мнению, необходимо еще обратить внимание для усовершенствования качества профилактической работы с молодежью по охране репродуктивного здоровья					

Анкетирование проводится с целью отражения честной точки зрения специалистов систем здравоохранения и просвещения, занимающихся профилактической и воспитательной работой в области охраны репродуктивного здоровья.

Данным опросом мы предполагаем охватить все группы работников здравоохранения и просвещения, участвующие в работе по охране репродуктивного здоровья и профилактической работе с молодежью (врачи, акушерки и медицинские сестры ЦРЗиПС,

специалисты службы репродуктивного здоровья, школьные медсестры, педагоги, воспитатели, психологи, руководители организаций общего образования, медицинских и педагогического колледжей, родители обучающихся).

Очень важно, чтобы респонденты были уверены в том, что полученная информация будет храниться и использоваться с соблюдением конфиденциальности, в связи с чем следует довести до сведения участвующих в опросе, что их фамилии и инициативы не будут упоминаться ни в каких отчетах, и о них не станет известно руководству. Задавать вопросы предполагается без присутствия посторонних лиц и в подходящем для этого месте. Комментарии к ответам будут записаны в том виде, в каком они прозвучали, не стараясь обобщить высказанную точку зрения. Записанные реальные слова помогают правильно изложить высказывание. Все комментарии будут заключены в кавычки. Если опрашиваемый отказывается ответить на какой-либо вопрос, исследователю стоит сделать пометку и перейти к следующему вопросу.

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА

Таблица П 5.1

Результаты сравнительного анализа показателей информированности об опасности для здоровья факторов на 1 и 4 курсах медицинских и педагогических специальностей

Уровень информированности	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<i>Аддитивного поведения</i>														
Высокий	296	65,2	129	57,6	103	72,5	232	63,4	25	50,0	39	88,7	64	68,1
Средний	102	21,1	56	25,0	25	17,6	81	22,1	18	36,0	3	6,8	21	22,3
Низкий	54	12,2	35	15,6	11	7,8	45	12,6	7	14,0	2	4,5	9	9,6
Не знаю	7	1,5	4	1,8	3	2,1	7	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого	459	100,0	224	100,0	142	100,0	366	100,0	50	100,0	44	100,0	94	100,0
<i>Ранних сексуальных контактов</i>														
Высокий	214	48,2	85	39,0	85	59,9	170	47,2	17	34,0	27	67,5	44	48,9
Средний	156	34,5	84	38,5	44	31,0	128	35,6	18	36,0	10	25,0	28	31,1
Низкий	54	11,4	31	14,2	8	5,6	39	10,8	13	26,0	2	5,0	15	16,7
Не знаю	26	5,9	18	8,3	5	3,5	23	6,4	2	4,0	1	2,5	3	3,3
Итого	450	100,0	218	100,0	142	100,0	360	100,0	50	100,0	40	100,0	90	100,0
<i>ИППП, ВИЧ-инфекции</i>														
Высокий	303	67,2	136	61,5	108	76,6	244	67,4	25	51,0	34	79,1	59	64,1
Средний	87	19,0	39	17,6	24	17,0	63	17,4	16	32,7	8	18,6	24	26,1
Низкий	48	10,3	32	14,5	7	5,0	39	10,8	8	16,3	1	2,3	9	9,8
Не знаю	16	3,5	14	6,3	2	1,4	16	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого	454	100,0	221	99,9	141	100,0	362	100,0	49	100,0	43	100,0	92	100,0

Продолжение таблицы П 5.1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Подверженность насилию														
Высокий	200	44,6	87	39,7	77	53,8	164	45,3	13	26,5	23	54,8	36	39,6
Средний	145	31,9	60	27,4	42	29,4	102	28,2	25	51,0	18	42,9	43	47,3
Низкий	73	15,8	46	21,0	16	11,2	62	17,1	10	20,5	1	2,3	11	12,0
Не знаю	35	7,7	26	11,9	8	5,6	34	9,4	1	2,0	0	0,0	1	1,1
Итого	453	100,0	219	100,0	143	100,0	362	100,0	49	100,0	42	100,0	91	100,0
Сексуальный опыт с партнёром своего пола														
Высокий	133	30,4	51	24,1	58	41,4	109	31,0	8	16,7	16	38,1	24	26,7
Средний	121	27,7	51	24,1	47	33,6	98	27,8	10	20,8	13	31,0	23	25,6
Низкий	88	20,1	46	21,7	20	14,3	66	18,8	15	31,3	7	16,7	22	24,4
Не знаю	100,0	21,8	64	30,1	15	10,7	79	22,4	15	31,2	6	14,2	21	23,3
Итого	442	100,0	212	100,0	140	100,0	352	100,0	48	100,0	42	100,0	90	100,0

Таблица П 5.2

Анализ желания студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей посещать дисциплины учебного цикла по проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Нет	61	13,3	35	15,8	17	12,1	52	14,4	5	10,0	4	9,1	9	9,6
Да	369	80,9	173	77,9	116	82,9	289	79,8	44	88,0	36	81,8	80	85,1
Зависит от разных причин	26	5,8	14	6,3	7	5,0	21	5,8	1	2,0	4	9,1	5	5,3
Итого	456	100,0	222	100,0	140	100,0	362	100,0	50	100,0	44	100,0	94	100,0

Таблица П 5.3

Анализ мнений студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей о возрасте, с которого следует начинать проведение программ, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
10 лет	74	16,2	38	16,9	21	14,6	59	16,2	4	8,0	11	25,0	15	16,0
11 лет	35	7,4	13	5,8	13	9	26	7,1	8	16,0	1	2,3	9	9,6
12 лет	92	19,7	37	16,4	34	23,6	71	19,5	13	26,0	8	18,2	21	22,3
13 лет	62	13,3	22	9,8	22	15,3	44	12,1	13	26,0	5	11,4	18	19,1
14 лет	56	12,2	28	12,4	14	9,7	42	11,5	7	14,0	7	15,9	14	14,9
15 лет	70	15,1	38	16,9	19	13,2	57	15,6	4	8,0	9	20,5	13	13,8
16 лет	38	9,0	23	11,6	13	9	36	9,9	1	2,0	1	2,3	2	2,1
17 лет и старше	32	7,1	22	10,2	8	5,6	30	8,1	0	0,0	2	4,4	2	2,2
Итого	459	100,0	221	100,0	144	100,0	365	100,0	50	100,0	44	100,0	94	100,0

Таблица П 5.4

Информированность студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей о репродуктивном здоровье

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Отсутствие болезней со стороны органов репродуктивной системы	231	52,4	100,0	47,8	72	52,2	172	47,1	29	59,2	30	73,2	59	62,8
Способность к воспроизводству потомства	219	50,3	109	52,2	78	56,5	187	51,2	21	42,9	11	26,8	32	34,0
Удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь	63	14,4	31	14,8	25	18,1	56	15,3	6	12,2	1	2,4	7	7,4
Состояние полного физического, умственного и социального благополучия	140	32,3	69	33,0	34	24,6	103	28,2	23	46,9	14	34,1	37	39,4
Итого	653	149,4	309	147,8	209	151,4	518	141,8	79	161,2	56	136,5	135	143,6

возможны несколько вариантов ответов

Таблица П 5.5

Насколько Вы заботитесь о своём здоровье в целом? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Не забочусь	41	9,0	5	2,3	32	22,5	37	10,2	0	0,0	4	9,1	4	4,3
Забочусь редко	20	3,9	11	5,0	2	1,4	13	3,6	7	13,7	0	0,0	7	7,5
Забочусь только когда болею	135	29,2	65	29,4	42	29,6	107	29,5	14	27,5	14	31,8	28	29,7
Забочусь периодически	172	37,3	80	36,2	54	38,0	134	36,9	21	41,2	17	38,6	38	40,4
Забочусь постоянно	89	20,6	60	27,1	12	8,5	72	19,8	9	17,6	8	20,5	17	18,1
Итого	457	100,0	221	100,0	142	100,0	363	100,0	51	100,0	43	100,0	94	100,0

Таблица П 5.6

Как Вы оцениваете своё репродуктивное здоровье? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Плохое	2	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,3	1	2	0	0,0	1	1,1
Удовлетворительное	71	15,1	28	12,7	25	18,8	53	15,0	15	29,4	3	8,3	18	20,7
Хорошее	231	53,0	119	53,8	67	50,4	186	52,5	23	45,1	22	61,1	45	51,7
Отличное	100,0	22,9	51	23,0	36	27,1	87	24,6	5	9,8	8	22,2	13	14,9
Не знаю	37	8,5	22	10,0	5	3,7	27	7,6	7	13,7	3	8,4	10	11,6
Итого	441	100,0	221	100,0	133	100,0	354	100,0	51	100,0	36	100,0	87	100,0

Таблица II 5.7

От каких факторов зависит репродуктивное здоровье? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Семейного положения	121	27,5	50	23,1	50	36,8	100,0	27,4	13	26	8	19,5	21	22,3
Физического состояния	301	67,5	140	64,8	92	67,6	232	63,6	39	78	30	73,2	69	73,4
Психо-эмоционального состояния	198	44,9	78	36,1	82	60,3	160	43,8	21	42	17	41,5	38	40,4
Материальных благ	25	5,7	5	2,3	17	12,5	22	6,0	3	6	0	0,0	3	3,2
Социального статуса	14	3,2	6	2,8	5	3,7	11	3,0	3	6	0	0,0	3	3,2
Уровня информированности	59	13,3	23	10,6	14	10,3	37	10,1	13	26	9	22	22	23,4
Другое	19	4,3	16	7,4	1	0,7	17	4,7	0	0	2	4,9	2	2,1
Итого	737	166,4	318	147,1	261	191,9	579	158,6	92	184	66	161,1	158	168

возможны несколько вариантов ответов

Таблица II 5.8

**Мнение студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей
относительно причин, которые могут привести к нарушениям репродуктивного здоровья**

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Раннее начало половой жизни	233	51,3	113	50,2	73	50,7	186	51,0	26	52,0	21	56,8	47	50,0
Инфекции передающиеся половым путём	312	68,4	127	56,4	118	81,9	245	67,1	37	74,0	30	81,1	67	71,3
Воздержание	51	11,1	13	5,8	31	21,5	44	12,1	3	6,0	4	10,8	7	7,4
Несоблюдение правил гигиены	205	44,9	95	42,2	64	44,4	159	43,6	29	58,0	17	45,9	46	48,9
Аборты (прерывание беременности)	183	39,6	91	40,4	56	38,9	147	40,3	21	42,0	15	40,5	36	38,3
Сексуальный опыт с партнёром своего пола	17	3,8	9	4,0	5	3,5	14	3,8	2	4,0	1	2,7	3	3,2
Подверженность насилию	48	10,7	26	11,6	15	10,4	41	11,2	5	10,0	2	5,4	7	7,4
Итого	1049	229,8	474	210,6	362	251,3	836	229,1	123	246	90	243,2	213	226,5

возможны несколько вариантов ответов

Таблица II 5.9

По проблемам здоровья Вы обратитесь...? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
К сверстнику (сверстнице) своего пола	58	12,8	29	12,9	19	13,6	48	13,2	4	7,8	6	14,0	10	10,6
К сверстнику (сверстнице) противоположного пола	8	1,8	2	0,9	4	2,9	6	1,6	1	2,0	1	2,3	2	2,1
К одному из родителей	275	60,0	146	64,9	65	46,4	211	57,8	37	72,5	27	62,8	64	68,1
К одному из близких родственников	37	8,2	18	8,0	8	5,7	26	7,1	8	15,7	3	7,0	11	11,7
К одному из других взрослых людей	19	4,2	13	5,8	5	3,6	18	4,9	1	2,0	0	0,0	1	1,1
К одному из педагогов или воспитателей	23	5,1	7	3,1	8	5,7	15	4,1	2	3,9	6	14,0	8	8,5
К врачу или медсестре	304	66,4	135	60,0	91	65,0	226	61,9	42	82,4	36	83,7	78	83,0
В психологическую службу	18	3,3	9	4,0	5	3,6	14	3,8	3	5,9	1	2,3	4	4,3
Итого	742	161,8	359	159,6	205	146,5	564	154,4	98	192,2	80	186,1	178	189,4

возможны несколько вариантов ответов

Таблица П 5.10

Что, по Вашему мнению, составляет психологическое здоровье? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
Счастье в личной или семейной жизни	362	81,3	170	79,1	118	86,1	288	81,8	42	82,4	32	76,2	74	79,6
Успех в профессиональной деятельности	19	4,3	10	4,7	6	4,4	16	4,5	2	3,9	1	2,4	3	3,2
Умение общаться	37	8,2	24	11,2	5	3,6	29	8,2	5	9,8	3	7,1	8	8,6
Социальное положение	8	1,8	1	0,5	5	3,6	6	1,7	2	3,9	0	0,0	2	2,2
Другое	19	4,4	10	4,5	3	2,3	13	3,8	0	0,0	6	14,3	6	6,4
Итого	445	100,0	215	100,0	137	100,0	352	100,0	51	100,0	42	100,0	93	100,0

Таблица П 5.11

Разговаривали ли с Вами родители о репродуктивном здоровье? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
Да	320	70,4	159	71,0	91	65,5	250	68,9	36	70,6	34	81,0	70	75,3
Нет	123	26,9	56	25,0	46	33,1	102	28,1	14	27,4	7	16,7	21	22,6
Не помню	13	2,7	9	4,0	2	1,4	11	3,0	1	2,0	1	2,3	2	2,1
Итого	456	100,0	224	100,0	139	100,0	363	100,0	51	100,0	42	100,0	93	100,0

Таблица П 5.12

От кого Вы узнали информацию о репродуктивном здоровье? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Друзей	61	13,2	32	14,4	19	13,4	51	14,0	4	7,8	6	13,6	10	10,6
Из СМИ	186	40,0	72	32,4	66	46,5	138	37,8	25	49,0	23	52,3	48	51,1
Родителей	174	38,2	88	39,6	51	35,9	139	38,1	16	31,4	19	43,2	35	37,2
Медицинских работников	276	60,0	112	50,5	102	71,8	214	58,6	37	72,5	25	56,8	62	66,0
Педагогов и воспитателей	122	26,5	47	21,2	38	26,8	85	23,3	19	37,3	18	40,9	37	39,4
Другое	10	2,2	5	2,3	1	0,7	6	1,6	3	5,9	1	2,3	4	4,3
Итого	829	180,1	356	160,4	277	195,1	633	173,4	104	203,9	92	209,1	196	208,6

возможны несколько вариантов ответов

Таблица П 5.13

Как Вы считаете, молодежь в наше время хорошо информирована о репродуктивном здоровье? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Да	103	22,7	55	24,7	30	21,1	85	23,3	9	17,6	9	20,5	18	19,1
Нет	94	20,5	45	20,2	38	26,8	83	22,7	6	11,8	5	11,4	11	11,7
Не достаточно	262	56,8	123	55,1	74	52,1	197	53,5	36	70,6	29	68,3	65	69,2
Итого	459	100,0	223	100,0	142	100,0	365	100,0	51	100,0	43	100,0	94	100,0

Таблица П 5.14

Результаты сравнительного анализа ответов студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогических колледжей на утверждения...

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<i>Из средств предупреждения беременности только презерватив защищает от заболеваний, передаваемых половым путём</i>														
Согласен(на)	231	51,7	104	48,8	77	56,6	181	51,9	26	51,0	24	55,8	50	53,2
Не согласен(на)	212	48,3	109	51,2	59	43,4	168	48,1	25	49,0	19	44,2	44	46,8
Итого	443	100,0	213	100,0	136	100,0	349	100,0	51	100,0	43	100,0	94	100,0
<i>Если у человека было заболевание, передаваемое половым путём, он/она не может заразиться снова той же болезнью</i>														
Согласен(на)	161	37,0	78	37,9	53	39,6	131	38,5	13	26,5	17	41,5	30	33,3
Не согласен(на)	269	63,0	128	62,1	81	60,4	209	61,5	36	73,5	24	58,5	60	66,7
Итого	430	100,0	206	100,0	134	100,0	340	100,0	49	100,0	41	100,0	90	100,0
<i>Аборт является одним из методов предотвращения беременности</i>														
Согласен(на)	303	67,0	161	73,5	85	60,3	246	68,3	32	62,7	25	58,1	57	60,6
Не согласен(на)	151	33,0	58	26,5	56	39,7	114	31,7	19	37,3	18	41,9	37	39,4
Итого	454	100,0	219	100,0	141	100,0	360	100,0	51	100,0	43	100,0	94	100,0
<i>Заболевание, передающееся половым путем, может пройти само, без специального лечения, благодаря общим оздоровительным процедурам</i>														
Согласен(на)	45	9,7	27	12,4	11	7,8	38	10,6	5	10,0	2	4,8	7	7,6
Не согласен(на)	406	90,3	191	87,6	130	92,2	321	89,4	45	90,0	40	95,2	85	92,4
Итого	451	100,0	218	100,0	141	100,0	359	100,0	50	100,0	42	100,0	92	100,0
<i>ИППП можно заразиться через объятие</i>														
Согласен(на)	46	10,8	19	9,3	21	15,4	40	11,8	2	4,0	4	9,5	6	6,5
Не согласен(на)	386	89,2	185	90,7	115	84,6	300	88,2	48	96,0	38	90,5	86	93,5
Итого	432	100,0	204	100,0	136	100,0	340	100,0	50	100,0	42	100,0	92	100,0

Продолжение таблицы П 5.14

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	$\frac{1}{3}$	14
<i>Половой контакт в "безопасные" дни не дает полной уверенности в предохранении от беременности</i>														
Согласен(на)	307	71,9	136	68,3	96	71,6	232	69,7	40	80,0	35	81,4	75	80,6
Не согласен(на)	119	28,1	63	31,7	38	28,4	101	30,3	10	20,0	8	18,6	18	19,4
Итого	426	100,0	199	100,0	134	100,0	333	100,0	50	100,0	43	100,0	93	100,0
<i>Можно получить ИППП от человека, у которого/ой нет никаких видимых симптомов</i>														
Согласен(на)	336	76,7	153	73,6	112	80,6	265	76,4	40	80,0	31	79,5	71	79,8
Не согласен(на)	100,0	23,3	55	26,4	27	19,4	82	23,6	10	20,0	8	20,5	18	20,2
Итого	436	100,0	208	100,0	139	100,0	347	100,0	50	100,0	39	100,0	89	100,0
<i>Заболевание, передаваемое половым путем можно предотвратить даже после подозрительного полового акта специальными мерами профилактики</i>														
Согласен(на)	214	50,4	99	49,0	74	54,8	173	51,3	19	40,4	22	56,4	41	47,7
Не согласен(на)	209	49,6	103	51,0	61	45,2	164	48,7	28	59,6	17	43,6	45	52,3
Итого	423	100,0	202	100,0	135	100,0	337	100,0	47	100,0	39	100,0	86	100,0
<i>Незащищенный половой контакт может привести к заражению некоторыми вирусами, которые являются причиной онкологических заболеваний репродуктивных органов</i>														
Согласен(на)	355	80,9	179	85,6	104	73,8	283	80,9	38	76,0	34	85,0	72	80,0
Не согласен(на)	85	19,1	30	14,4	37	26,2	67	19,1	12	24,0	6	15,0	18	20,0
Итого	440	100,0	209	100,0	141	100,0	350	100,0	50	100,0	40	100,0	90	100,0
<i>После аборта можно сразу забеременеть повторно</i>														
Согласен(на)	175	40,7	53	26,5	74	53,6	127	37,6	22	45,8	26	68,4	48	55,8
Не согласен(на)	249	59,3	147	73,5	64	46,4	211	62,4	26	54,2	12	31,6	38	44,2
Итого	424	100,0	200	100,0	138	100,0	338	100,0	48	100,0	38	100,0	86	100,0

Серым цветом выделены правильные ответы

Таблица II 5.15

Результаты сравнительного анализа ответов студентов 1 и 4 курсов медицинских и педагогического колледжей на высказывания...

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<i>Беременная женщина, инфицированная ИППП (включая ВИЧ), может передать вирус ребенку</i>														
Согласен(на)	406	89,1	198	89,6	133	93,7	331	91,2	45	90,0	30	71,4	75	81,5
Не согласен(на)	49	10,9	23	10,4	9	6,3	32	8,8	5	10,0	12	28,6	17	18,5
Итого	455	100,0	221	100,0	142	100,0	363	100,0	50	100,0	42	100,0	92	100,0
<i>ИППП (включая ВИЧ) можно заразиться при рукопожатии</i>														
Согласен(на)	19	4,3	11	5,1	5	3,6	16	4,5	1	2,0	2	4,7	3	3,2
Не согласен(на)	428	95,7	206	94,9	132	96,4	338	95,5	49	98,0	41	95,3	90	96,8
Итого	447	100,0	217	100,0	137	100,0	354	100,0	50	100,0	43	100,0	93	100,0
<i>Делая укол уже кем-то использованной иглой, можно заразиться ВИЧ или вирусом гепатита</i>														
Согласен(на)	438	96,9	209	95,9	137	97,2	346	96,4	50	100,0	42	97,7	92	98,9
Не согласен(на)	14	3,1	9	4,1	4	2,8	13	3,6	0	0,0	1	2,3	1	1,1
Итого	452	100,0	218	100,0	141	100,0	359	100,0	50	100,0	43	100,0	93	100,0
<i>ВИЧ-инфекция бывает только у гомосексуалистов и наркоманов</i>														
Согласен(на)	26	5,9	17	7,8	6	4,3	23	6,4	2	4,1	1	2,3	3	3,3
Не согласен(на)	423	94,1	201	92,2	133	95,7	334	93,6	47	95,9	42	97,7	89	96,7
Итого	449	100,0	218	100,0	139	100,0	357	100,0	49	100,0	43	100,0	92	100,0
<i>ВИЧ-инфекцией можно заразиться, если пользоваться общей посудой с инфицированным</i>														
Согласен(на)	119	26,6	67	31,3	39	27,9	106	29,9	5	10,0	8	19,0	13	14,1
Не согласен(на)	327	73,4	147	68,7	101	72,1	248	70,1	45	90,0	34	81,0	79	85,9
Итого	446	100,0	214	100,0	140	100,0	354	100,0	50	100,0	42	100,0	92	100,0

Продолжение таблицы П 5.15

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<i>Воздержание от половых отношений полностью гарантирует защиту от заражения ИППП, в том числе и ВИЧ</i>														
Согласен(на)	135	30,9	75	36,2	35	25,9	110	32,2	20	40,8	5	11,9	25	27,5
Не согласен(на)	298	69,1	132	63,8	100,0	74,1	232	67,8	29	59,2	37	88,1	66	72,5
Итого	433	100,0	207	100,0	135	100,0	342	100,0	49	100,0	42	100,0	91	100,0
<i>Обезопасить себя от ИППП (в том числе ВИЧ) можно, если иметь одного неинфицированного сексуального партнера, в котором полностью уверен(а)</i>														
Согласен(на)	325	74,8	164	78,1	93	68,9	257	74,5	38	79,2	30	73,2	68	76,4
Не согласен(на)	109	25,2	46	21,9	42	31,1	88	25,5	10	20,8	11	26,8	21	23,6
Итого	434	100,0	210	100,0	135	100,0	345	100,0	48	100,0	41	100,0	89	100,0
<i>Люди, инфицированные ВИЧ, могут долго сохранять физическую и умственную работоспособность</i>														
Согласен(на)	272	63,3	112	54,1	96	72,2	208	61,2	36	73,5	28	66,7	64	70,3
Не согласен(на)	159	36,7	95	45,9	37	27,8	132	38,8	13	26,5	14	33,3	27	29,7
Итого	431	100,0	207	100,0	133	100,0	340	100,0	49	100,0	42	100,0	91	100,0
<i>Обезопасить себя от ВИЧ-инфекции можно, если правильно использовать презерватив при каждом половом акте</i>														
Согласен(на)	278	64,1	129	62,3	89	65,9	218	63,7	30	61,2	30	73,2	60	66,7
Не согласен(на)	154	35,9	78	37,7	46	34,1	124	36,3	19	38,8	11	26,8	30	33,3
Итого	432	100,0	207	100,0	135	100,0	342	100,0	49	100,0	41	100,0	90	100,0

Серым цветом выделены правильные ответы

Таблица П 5.16

Заражение ИППП можно предотвратить, используя? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Латексный презерватив	219	49,5	89	41,8	83	61,5	172	49,4	26	53,1	21	48,8	47	51,1
Воздержание от сексуальных контактов	115	26,5	73	34,3	23	17,0	96	27,6	12	24,5	7	16,3	19	20,7
Просвещение молодежи от ИППП и методах защиты и профилактики	102	23,1	47	22,1	29	21,5	76	21,8	11	22,4	15	34,9	26	28,2
Ваш вариант	4	0,9	4	1,8	0	0,0	4	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого	440	100,0	213	100,0	135	100,0	348	99,9	49	100,0	43	100,0	92	100,0

Таблица П 5.17

При наличии риска заражения ИППП как можно предотвратить развитие болезни? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Выжидать, надеясь, что все обойдется	8	2,0	7	3,5	1	0,8	8	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Начать лечиться самостоятельно	25	6,3	10	5,0	14	11,0	24	7,3	0	0,0	1	4,5	1	1,4
Обратиться за советом к сверстникам	15	3,8	9	4,5	6	4,7	15	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Обратиться в медицинское учреждение	352	87,9	175	87,0	106	83,5	281	85,7	50	100,0,0	21	95,5	71	98,6
Итого	400	100,0	201	100,0	127	100,0	328	100,0	50	100,0	22	100,0	72	100,0

Таблица П 5.18

Как Вы думаете, что такое безопасный аборт? * Курс * Специальность

	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Сделан в медицинском учреждении	264	61,4	123	60,0	89	66,4	212	62,5	28	59,6	24	57,1	52	58,4
Медикаментозный (таблетированный)	52	12,3	13	6,3	22	16,4	35	10,3	7	14,9	10	23,8	17	19,1
Мануальная вакуум аспирация	12	2,6	2	1,0	4	3,0	6	1,8	5	10,6	1	2,4	6	6,7
На малых сроках беременности	89	21,1	60	29,3	17	12,7	77	22,7	5	10,6	7	16,7	12	13,5
До 12 недель беременности	11	2,6	7	3,4	2	1,5	9	2,7	2	4,3	0	0,0	2	2,3
Итого	428	100,0	205	100,0	134	100,0	339	100,0	47	100,0	42	100,0	89	100,0

Таблица П 5.19

Укажите свой возраст на момент первого полового акта? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
До 13 лет	2	0,5	2	1,1	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14-16 лет	63	15,2	27	14,9	23	16,7	50	15,7	5	11,1	8	21,6	13	15,9
17 лет и старше	214	53,5	72	39,8	102	73,9	174	54,5	18	40,0	22	59,5	40	48,8
Не было	122	30,8	80	44,2	13	9,4	93	29,2	22	48,9	7	18,9	29	35,3
Итого	401	100,0	181	100,0	138	100,0	319	100,0	45	100,0	37	100,0	82	100,0

Таблица П 5.20

Если бы у Вашего друга выявили ИППП, то ВЫ? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Больше не общался бы с ним	32	8,2	13	7,8	15	12,0	28	9,6	3	6,1	1	2,4	4	4,4
Поддержал бы его	273	71,9	118	70,7	87	69,6	205	70,2	30	61,2	38	90,5	68	74,7
Не знаю, как поступить в данной ситуации	69	17,5	32	19,2	19	15,2	51	17,5	15	30,6	3	7,1	18	19,8
Ваш вариант	9	2,4	4	2,3	4	3,2	8	2,7	1	2,1	0	0,0	1	1,1
Итого	383	100,0	167	100,0	125	100,0	292	100,0	49	100,0	42	100,0	91	100,0

Таблица П 5.21

Вспомните Ваш последний половой акт. Использовали ли вы и ваш партнер специальные способы предотвращения беременности? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ни чем не пользовался (лась)	124	44,4	51	50,4	56	44,8	107	47,3	10	43,5	7	23,3	17	32,1
Презерватив	113	40,5	40	39,6	48	38,4	88	38,9	8	34,8	17	56,7	25	47,2
Противозачаточные таблетки	16	5,7	3	3,0	8	6,4	11	4,9	1	4,3	4	13,3	5	9,4
Спираль	6	2,2	2	2,0	3	2,4	5	2,2	0	0,0	1	3,3	1	1,9
Норплант	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	3,8
Экстренная посткоитальная контрацепция	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Прерванный половой акт	10	3,6	3	3,0	6	4,8	9	4,0	0	0,0	1	3,4	1	1,9
Определённые «безопасные» дни	3	1,1	0	0,0	1	0,8	1	0,4	2	8,7	0	0,0	2	3,7
«Температурный метод»	5	1,8	2	2,0	3	2,4	5	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого	279	100,0	101	100,0	125	100,0	226	100,0	23	100,0	30	100,0	53	100,0

Таблица П 5.22

Предположим, в Вашем училище стал бы проводиться учебный цикл по проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков. Посещали бы Вы такие занятия? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	N	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
Нет	42	9,8	20	9,8	15	10,9	35	10,2	4	8,0	3	7,3	7	7,7
Да	365	83,9	174	84,9	112	81,2	286	83,4	44	88,0	35	85,4	79	86,8
Зависит от разных причин (впишите, от каких именно)	27	6,3	11	5,3	11	7,9	22	6,4	2	4,0	3	7,3	5	5,5
Итого	434	100,0	205	100,0	138	100,0	343	100,0	50	100,0	41	100,0	91	100,0

Таблица П 5.23

Выберите те разделы обучения в сфере сохранения и укрепления здоровья, которые, по Вашему мнению, наиболее важны для подростков и молодежи ... * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
Табакокурение	241	55,5	108	52,7	77	55,8	185	50,7	30	61,2	26	63,4	56	59,6
Употребление алкоголя	282	64,9	138	67,3	83	60,1	221	60,5	31	63,3	30	73,2	61	64,9
Употребление наркотических веществ	317	73,3	146	71,2	103	74,6	249	68,2	35	71,4	33	80,5	68	72,3
Заболевания, передающиеся половым путем	350	81,3	159	77,6	115	83,3	274	75,1	41	83,7	35	85,4	76	80,9
Физиология и психология сексуальных отношений	283	65,8	132	64,4	91	65,9	223	61,1	32	65,3	28	68,3	60	63,8
Психология семейных отношений	250	58,3	108	52,7	88	63,8	196	53,7	29	59,2	25	61,0	54	57,4
Насилие в сексуальных отношениях	218	50,1	109	53,2	69	50,0	178	48,8	22	44,9	18	43,9	40	42,6
Коммерческий секс	158	35,6	79	38,5	50	36,2	129	35,3	20	40,8	9	22,0	29	30,9
Итого	2099	484,8	979	477,6	676	489,7	1655	453,4	240	489,8	204	497,7	444	472,4

Таблица П 5.24

Профилактические программы, которые могут быть наиболее действенны? * Курс * Специальность

Вариант ответа	Итого		Медицинский колледж						Педагогический колледж					
			1 курс		4 курс		Итого		1 курс		4 курс		Итого	
	п	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%	п	%
Лекционные занятия	228	54,1	103	53,1	71	53,0	174	47,7	33	64,7	21	53,8	54	57,4
Проведение тематических мероприятий	118	28,2	38	19,6	43	32,1	81	22,2	23	45,1	14	35,9	37	39,4
Групповые дискуссии	178	42,2	70	36,1	74	55,2	144	39,5	22	43,1	12	30,8	34	36,2
Ролевые игры	65	14,8	30	15,5	25	18,7	55	15,1	7	13,7	3	7,7	10	10,6
Посещение профильных организаций	92	22,1	41	21,1	28	20,9	69	18,9	13	25,5	10	25,6	23	24,5
Тренинг	148	35,4	59	30,4	51	38,1	110	30,1	11	21,6	27	69,2	38	40,4
Модули по репродуктивному здоровью, включенные в программу обучения	72	17,5	39	20,1	22	16,4	61	16,7	6	11,8	5	12,8	11	11,7
Итого	901	214,3	380	195,9	314	234,4	694	190,2	115	225,5	92	235,8	207	220,2

возможны несколько вариантов ответов

Таблица П 5.25

Корреляция

		Курс Обучения	Аддиктивное поведение	Ранний сексуальный контакт	ИППП, ВИЧ- инфекция	Подверженность насилию	Сексуальный опыт с партнёром своего пола
Курс Обучения	Correlation Coefficient	1	-0,199**	-0,247**	-0,204**	-0,202**	-0,269**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	459	453	443	447	447	436
Аддиктивное поведение	Correlation Coefficient	-0,199**	1	0,547**	0,575**	0,493**	0,360**
	Sig. (2-tailed)	0,000	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	453	453	440	445	444	434
Ранний сексуальный контакт	Correlation Coefficient	-0,247**	0,547**	1	0,566**	0,490**	0,409**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	.	0,000	0,000	0,000
	N	443	440	443	436	436	426
ИППП, ВИЧ-инфекция	Correlation Coefficient	-0,204**	0,575**	0,566**	1	0,618**	0,457**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	.	0,000	0,000
	N	447	445	436	447	442	429
Подверженность насилию	Correlation Coefficient	-0,202**	0,493**	0,490**	0,618**	1	0,571**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	.	0,000
	N	447	444	436	442	447	431
Сексуальный опыт с партнёром своего пола	Correlation Coefficient	-0,269**	0,360**	0,409**	0,457**	0,571**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	436	434	426	429	431	436

**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-хвостатые).

Программа тематических курсов повышения квалификации

«Воспитание ценностного отношения к базовым видам здоровья у детей и молодежи»

Учебная программа тематических курсов повышения квалификации «Воспитание ценностного отношения к базовым видам здоровья у детей и молодежи» составлена в соответствии с Базисным учебным планом руководителей, педагогов и специалистов организаций и учреждений системы просвещения в ГОУ «ПГИРО», Концепцией духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья, принятой на заседании Коллегии Министерства просвещения (приказ МП от 21.07.2009 года №800) [282], Примерной программой формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у учащихся 5–11 классов в общеобразовательных школах ПМР [267].

Предназначена для курсов повышения квалификации специалистов организаций общего образования системы просвещения в области воспитания: классных руководителей, организаторов досуговой деятельности, психологов, средних медицинских работников и других специалистов.

Данная Программа раскрывает теоретические положения и методические рекомендации по организации целостного пространства духовно-нравственного развития подрастающего поколения в вопросах духовного, физического и социально-психологического здоровья учащихся организаций образования. Изменившиеся социально-экономические условия и новые приоритеты образовательных парадигм обуславливают объективную необходимость для организации и полноценного функционирования такого образовательного процесса, где присутствует межведомственное взаимодействие многих социальных субъектов: организаций образования, семьи, учреждений сектора здравоохранения, общественных организаций, детско-юношеских движений, учреждений дополнительного образования, культуры и спорта, Министерства внутренних дел.

Задачи программы:

- совершенствование психолого-педагогической компетентности специалистов организаций образования системы просвещения в области воспитания на основе современных достижений психологии и педагогики и психолого-педагогического аспекта действующих законодательных и нормативных документов об образовании;
- углубление знаний о современных формах и методах воспитательной работы с учащимися организаций образования;

Программа рассчитана на 40 часов. Учебно-тематический план см. в Приложении №1

Слушатели курсов повышения квалификации должны знать:

- цель и задачи духовно-нравственного воспитания детей и молодежи;
- особенности воспитания ценностного отношения к здоровью у подростков и молодежи;
- содержание деятельности организации образования по укреплению духовного здоровья учащихся;
- содержание воспитания по формированию ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни у подрастающего поколения в организации образования;
- содержание воспитания по формированию социально-психологического здоровья у подрастающего поколения в организации образования;
- планируемые результаты деятельности организации образования по воспитанию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у подростков и молодежи.

Содержание программы:

Модуль 1. Цель и задачи духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья.

Анализ ситуации по качеству здоровья и уровню преступности в детской и молодежной среде. Задачи духовно-нравственного воспитания у детей и молодежи (Приднестровья) в области формирования личностной, социальной и семейной культуры.

Модуль 2. Особенности воспитания ценностного отношения к здоровью у подростков и молодежи.

Виды здоровья: духовное, физиологическое и социально-психологическое. Понятие «здоровый образ жизни». Организация охраны жизни и здоровья учащихся организации образования в межведомственном взаимодействии с медицинскими работниками и УВД.

Модуль 3. Содержание деятельности организации образования по укреплению духовного здоровья учащихся.

Задачи воспитания духовного здоровья учащихся в организации образования. Ценностные основы духовного здоровья учащихся. Примерные формы и методы воспитательной работы с учащимися, их родителями и педагогами организации образования в контексте формирования духовного здоровья. Межведомственное взаимодействие по формированию духовного здоровья с медицинскими работниками.

Модуль 4. Содержание воспитания по формированию ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни у подрастающего поколения в организации образования.

Задачи воспитания ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни. Ценностные основы физиологического здоровья и здорового образа жизни учащихся. Примерные формы и методы воспитательной работы с учащимися, их родителями и педагогами организации образования в контексте формирования ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни. Межведомственное взаимодействие по формированию ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни у учащихся с медицинскими работниками.

Модуль 5. Содержание воспитания по формированию социально-психологического здоровья у подрастающего поколения в организации образования.

Задачи воспитания ценностного отношения к социально-психологическому здоровью. Ценностные основы социально-психологического здоровья. Примерные формы и методы воспитательной работы с учащимися, их родителями и педагогами организации образования в контексте формирования ценностного отношения к социально-психологическому здоровью. Межведомственное взаимодействие по формированию ценностного отношения к социально-психологическому здоровью у учащихся с психологическими службами организации образования и здравоохранения.

Модуль 6. Планируемые результаты деятельности организации образования по воспитанию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у подростков и молодежи.

По каждому из направлений воспитания здорового образа жизни у подростков и молодежи в организации образования могут быть достигнуты следующие воспитательные результаты:

- Формирование ценностного отношения к духовному здоровью: представление о здоровье как базовой нравственной ценности; потребность мотивировать свои поступки на основе нравственного выбора; представление о влиянии нравственности человека на состояние его здоровья и здоровья окружающих его людей; понимание «силы слова»; неприятие антикультуры и антиценностей; потребность нравственного образца в поведении.
- Формирование ценностного отношения к физиологическому здоровью и здоровому образу жизни: ценностное отношение к своему здоровью, здоровью близких и окружающих людей; личный опыт здоровьесберегающей деятельности, укрепления здоровья; представления о роли физической культуры и двигательной активности и правильного питания для здоровья человека; знания о возможном негативном влиянии социальных

детерминант, небезопасного репродуктивного поведения, рисков для здоровья; позитивного отношения к материнству и отцовству, привитие репродуктивной культуры;.

➤ Формирование ценностного отношения к социально-психологическому здоровью: представления о взаимной обусловленности физического, социального и психического здоровья человека, о важности нравственности в сохранении здоровья человека; представление о структурных компонентах личности, ее целостности; о профилактике домашнего насилия, трафике; навыки противодействия манипуляции сознанием, сектантству; опыт самореализации в различных видах творческой деятельности, формирование потребности и умения выражать себя в доступных видах творчества; мотивация к реализации эстетических ценностей в пространстве школы и семьи; умение выстраивать конструктивные отношения с другими людьми; поддержка и доверие к людям, обществу и государству; умение социального позитивного восприятия действительности.

Данная программа в дальнейшем нашла отражение в проведении (в течение 2012–2013 гг.) спецкурсов и семинаров-тренингов на курсах повышения квалификации специалистов по воспитанию: воспитателей Глинойской специальной (коррекционной) школы-интерната для детей сирот, воспитателей летних оздоровительных площадок организаций общего образования, заместителей руководителя по воспитательной работе, психологов организаций общего и профессионального образования, воспитателей групп продленного дня, воспитателей МОУ «СОШ-И-детский дом для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» с. Попенки, классных руководителей, организаторов досуга, социальных педагогов, кураторов и воспитателей общежитий ОПО.

Общий охват людей на обозначенных выше мероприятиях – 249 человек.

К Примерной программе формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у учащихся 5 – 11 классов в организациях общего образования ПМР [267] разработано «Учебно-методическое пособие по воспитанию молодежи Приднестровья» для классных руководителей 5 – 11 классов общеобразовательной школы, кураторов системы НПО/СПО [284].

В соответствии с Программой данное пособие является основой для проведения классных часов с подростками и молодежью по вопросам формирования ценностного отношения к духовному, физическому и социально-психологическому здоровью. Данное учебно-методическое пособие выступает практико-ориентированной основой для разработки и реализации специалистами в области воспитания и здравоохранения внеучебной воспитательной работы в организациях образования для более полного

достижения результатов по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у учащихся.

Учебно-тематический план программы тематических курсов повышение квалификации «Воспитание ценностного отношения к базовым видам здоровья у детей и молодежи»

№ п/п	Наименование учебных модулей и тем	Количество часов		
		Лекц.	Прак.	Всего
I	Цель и задачи духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья	2	-	2
II	Особенности воспитания ценностного отношения к здоровью у подростков и молодежи	4	-	4
2.1	Виды здоровья: духовное, физиологическое и социально-психологическое здоровье. Понятие «здоровый образ жизни».	2	-	2
2.2	Организация охраны жизни и здоровья учащихся Организаций Образования (ОО) в межведомственном взаимодействии с УВД	2	-	2
III	Содержание деятельности ОО по укреплению духовного здоровья учащихся	4	4	8
3.1	Задачи воспитания духовного здоровья учащихся в ОО. Ценностные основы духовного здоровья учащихся	2	-	2
3.2	Примерные формы и методы воспитательной работы ОО с учащимися, педагогами и родителями в контексте формирования духовного здоровья	2	2	4
3.3	Межведомственное взаимодействие по формированию духовного здоровья	-	2	2
IV	Содержание воспитания по формированию ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни у подрастающего поколения в ОО	4	4	8
4.1	Задачи воспитания ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни. Ценностные основы физиологического здоровья и	2	-	2

	здорового образа жизни учащихся; укрепление здоровья в том числе СРЗ.			
4.2	Примерные формы и методы воспитательной работы ОО с учащимися, педагогами и родителями в контексте формирования ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни.	2	2	4
4.3	Межведомственное взаимодействие секторов здравоохранения и просвещение по формированию ценностного отношения к физическому здоровью и здоровому образу жизни у учащихся.	-	2	2
V	Содержание воспитания по формированию социально-психологического здоровья у подрастающего поколения в ОО	4	4	8
5.1	Задачи воспитания ценностного отношения к социально-психологическому здоровью. Ценностные основы социально-психологического здоровья	2	-	2
5.2	Примерные формы и методы воспитательной работы ОО с учащимися, педагогами и родителями в контексте формирования ценностного отношения к социально-психологическому здоровью.	2	2	4
5.3	Межведомственное взаимодействие по формированию ценностного отношения к социально-психологическому здоровью у учащихся с психологическими службами ОО	-	2	2
VI	Планируемые результаты деятельности ОО по воспитанию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у подростков и молодежи	2	-	2
VII	Квалификационная аттестация	-	8	8
	ИТОГО:	20	20	40

Приложение 7

Перечень основных документов, устанавливающих и регламентирующих охрану репродуктивного здоровья в Приднестровском регионе за период с 2004 по 2015 г.

1. 2004 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 466 от 13.08.2004 «О порядке проведения и показаниях к операции искусственного прерывания беременности».
2. 2005 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 20 от 18.01.2005 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинической сети».
<http://www.minzdravpmr.org/node/211> (дата обращения 12.02.2016).
3. 2006 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 300 от 06.07.2006 «О порядке распределения и учета контрацептивов».
4. 2007 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 206 от 04.04.2007 «Об утверждении Правил предоставления платных услуг в государственных организациях здравоохранения».
<http://zakon-pmr.com/DetailDoc.aspx?document=57633> (дата обращения 12.02.2016).
5. 2007 г. Приказ МЗиСЗ ПМР №407 от 18.07.2007 «Об организации деятельности женской консультации».
6. 2008 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 528 от 30.10.2008 «Об утверждении Положения о кабинете репродуктивного здоровья и планирования семьи, Положения о Центральном кабинете репродуктивного здоровья и планирования семьи».
7. 2008 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 560 от 21.11.2008 «О порядке распределения и учета контрацептивов».
8. 2008 г. Приказ МЗиСЗ ПМР № 636 от 26.12.2008 «Об организации Центра Репродуктивного здоровья и планирования семьи».
9. 2012 г. Закон N 71-3-V ПМР от 16. 05.2012 «Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи». <http://www.minzdravpmr.org/node/213> (дата обращения 18.06.2015).
10. 2012г. Приказ МЗ ПМР №317 от 15.06.2012 «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».
<http://www.minzdravpmr.org/node/1104> (дата обращения 18.06.2015).
11. 2015 г. Приказ МЗ ПМР №250 от 17.04.2015 «О проведении искусственного прерывания беременности в безопасных условиях». <http://www.avort.md/wp-content/uploads/2015/05/Prikaz-o-provedenii-isk-prerivania.pdf> (дата обращения 18.10.2015).

Акты внедрения

Министерул Едукаций ал РМН
ИНСТИТУЦИЯ ДЕ СТАТ ДЕ ЫНВЭЦЭМЫНТ
А ЫНВЭЦЭМЫНТУЛУЙ ПРОФЕСИОНАЛ
СУПЛИМЕНТАР «ИНСТИТУТУЛ ДЕ ДЕЗВОЛТАРЕ
А ЫНВЭЦЭМЫНТУЛУЙ ШИ ПЕРФЕКЦИОНАРЕ
КАДРЕЛОР»



Міністерство освіти ПМР
ДЕРЖАВНИЙ ОСВІТНІЙ ЗАКЛАД
ДОДАТКОВОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
«ІНСТИТУТ РОЗВИТКУ ОСВІТИ І
ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ»

Министерство просвещения ПМР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ»

MD-3300 г. Тирасполь, ул. Каховская, 17, email: pgiro@idknet.com
т/факс 0(533) 4-75-26, р/с 2182240000113071

03.05.2014 № 01-13/336

на № _____ от _____

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

1. **Тема внедрения результатов:** Взаимодействие здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки специалистов.
2. **Кем и когда предложена к разработке и внедрению:** О. Чебан, К. Ецко, Н. Зарбаилова 2013.
3. **Место внедрения результатов:** условиях Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт развития образования и повышения квалификации»
4. **Количество охваченных результатами:** студенты – 175, повышение квалификации педагогов – 171,
5. **Результаты внедрения:**

Настоящим подтверждаем, что результаты диссертационного исследования Чебан Оксаны Сергеевны на тему: «Взаимодействие здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки специалистов» были успешно внедрены в условиях Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт развития образования и повышения квалификации» в период с 2010 по 2011 годы, в частности:

- 15 сентября 2010г. в рамках проведения КПК воспитателей Глинойской специальной (коррекционной) школы-интерната для детей сирот был проведен спецкурс «*Мифы и реальности о ВИЧ/СПИДе*» Данный спецкурс прослушали 26 человек.
- 21 сентября 2010г. в рамках проведения КПК воспитатели Глинойской специальной (коррекционной) школы-интерната для детей сирот был проведен спецсеминар «*Формирование у учащихся ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни*» В данном спецсеминаре приняли участие 26 человек.
- 20 декабря 2010г. в рамках проведения КПК психологов ООО и ОПО был проведен семинар-тренинг «*Личностное развитие подростков и связанные с ним риски*». В данном спецсеминаре приняли участие 17 слушателей КПК и 12 представителей ученического самоуправления ОПО НИО/СПО г. Тирасполь.
- 01 марта 2011г. в рамках проведения тематических КПК воспитателей летних оздоровительных площадок организаций общего образования был проведен спецкурс «*Формирования ценностного отношения к здоровью у воспитанников*». Данный спецкурс прослушали 24 человека.
- 23 марта 2011 г. в рамках проведения КПК заместителей руководителя по ВР организаций ООО и ОПО был проведен семинар-тренинг «*Формирование ценностного*

отношения к здоровью у учащихся». В данном спецсеминаре приняли участие 20 человек.

- 18 апреля 2011 г. в рамках проведения КПК воспитателей группы продленного дня проведен семинар *«Особенности воспитания и социализации детей»*. В данном семинаре приняли участие 24 человек.
- 08 июня 2011 г. в рамках проведения КПК воспитателей МОУ «СОШ-И-детский дом для детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей» с. Попенки был проведен семинар-тренинг *«Формирование ценностного отношения к здоровью у учащихся»*. В данном спецсеминаре приняли участие 22 человека.

Были проведены семинары-тренинги по проблеме формирования ценностного отношения к здоровью с представителями ученического самоуправления организаций общего и профессионального образования:

- 28 октября 2010 г. был проведен семинар-тренинг для представителей ученического самоуправления ООО Дубоссарского управления народного образования *«Личностное развитие и связанные с ним риски»*. В данном спецсеминаре приняли участие 30 человек.
- 10 марта 2011 г. был проведен семинар-тренинг для представителей ученического самоуправления ООО УНО г. Тирасполь, организаций НПО/СПО городов Бендеры, Слободзея, Днестровск *«Личностное развитие и связанные с ним риски»*. В данном спецсеминаре приняли участие 20 человек.
- 13 апреля 2011 г. был проведен семинар-тренинг для представителей ученического самоуправления ООО УНО г. Рыбница и Рыбницкого района, организаций НПО/СПО городов Каменка, Рыбница, Дубоссары, Григориопольского района *«Личностное развитие и связанные с ним риски»*. В данном спецсеминаре приняли участие 28 человек.

Общий охват людей на обозначенных выше мероприятиях 249 человек.

6. **Эффективность внедрения.** Благодаря программе повышения квалификации для педагогов с участием медицинского персонала Центра репродуктивного здоровья и планирования семьи ГУ «РЦМиР» по работе с подростками по охране здоровья улучшен уровень компетентности педагогических работников по проведению системных профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Они активно используют в своей работе разработанные в ходе диссертационного исследования межведомственную программу. Улучшились знания и навыки у представителей ученического самоуправления о профилактике заболеваний собственной репродуктивной функции, в контексте духовного, психологического и социального компонентов, а также повысилась грамотность в области проведения просветительских мероприятий по роду своей деятельности.

Отмечаем, что результаты проведенного исследования обладают высокой актуальностью, представляют большой практический интерес для эффективной организации просветительской работы специалистов в области воспитания по работе с подростками и молодежью Приднестровья, направленной на профилактику социально-опасных заболеваний и позволяющей улучшить состояние здоровья населения.

Ректор ГОУ ДПО «ИРОиПК»



В.С. Земляков



**Центр инновационных образовательных
и социальных программ Приднестровья
Образовательный центр «Развитие»**

Лицензия №0022479 от 23.09.2015

В Диссертационный совет
Государственного учреждения
«Государственный университет медицины и фармации
им. Николае Тестемициану»
Специальность 331.03 «Социальная медицина и менеджмент»

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

14.04.2017

№ 43

Настоящим подтверждаем, что результаты диссертационного исследования Чебан Оксаны Сергеевны на тему: «Взаимодействие здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки специалистов» обладают высокой актуальностью, представляют большой практический интерес для эффективной организации просветительской работы педагогов, направленной на профилактику заболеваний и позволяющих улучшить состояние здоровья населения.

Программа повышения квалификации для педагогов по работе с подростками по охране здоровья, разработанная Оксаной Сергеевной была успешно внедрена в систему повышения квалификации педагогов и руководителей организаций образования Образовательного Центра «Развитие» НП «Центр инновационных образовательных и социальных программ Приднестровья». Так, 24-25 февраля, 31 марта – 1 апреля 2017 года состоялось повышение квалификации по теме «Особенности планирования и организации воспитательной работы по охране здоровья молодежи в контексте реализации новых образовательных стандартов». На данных курсах приняли участие 57 педагогов и руководителей организаций образования. Применение программы по воспитанию ценностного отношения к здоровью, учебно-методического пособия для педагогов по охране здоровья молодежи и книги для родителей о здоровье подростков «100 вопросов взрослому о здоровье» помогает руководителям и педагогам реализовывать на системной основе профилактическую работу с подростками и молодежью.

Директор Образовательного центра «Развитие»,
кандидат педагогических наук, доцент


С.К. Турчак

3300, г. Тирасполь, пер. Труда 7, оф. 305; www.ciesp.md; e-mail: info@ciesp.md; тел. 777-12136

МИНИСТЕРУЛ ОКРОТИРИЙ СЭНЭТЭЦИЙ АЛ
РЕПУБЛИЧИЙ МОЛДОВЕНЕШТ НИСТРЕНЕ

ИНСТИТУЦИЕ ДЕ ЫНВЭЦЭМЫНТ ДЕ СТАТ
КОЛЕЖИУЛ ДЕ МЕДИЦИНЭ
Л. А. ТАРАСЕВИЧ ДИН ОР. ТИРАСПОЛ



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПРИДНІСТРОВСЬКОЇ МОЛДАВСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ

ДЕРЖАВНИЙ ОСВІТНІЙ ЗАКЛАД
ТИРАСПОЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ ІМ.
Л. О. ТАРАСЕВИЧА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИДНЕСТРОВСКОЙ
МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТИРАСПОЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМ. Л. А.
ТАРАСЕВИЧА»

MD-3300, ПМР, г. Тирасполь, ул. К. Маркса 1-Б, тел./факс (533) 9-46-26
Р/с 2187290007330118 в ЗАО «Приднестровский Сбербанк» г. Тирасполь, кор. счет № 20210000094 ф/к № 0200026677,
e-mail: tirmed@idknet.com, веб-сайт: <http://tirmedcollege.com/>

21.04.2014 № 01-12/122

На № _____ от _____

В Диссертационный совет
Государственного учреждения
«Государственный университет
медицины и фармации
им. Николае Тестемициану»
Специальность 331.03
«Социальная медицина и
менеджмент»

Справка о внедрении

1. **Тема внедрения результатов:** Взаимодействие здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки специалистов.
2. **Кем и когда предложена к разработке и внедрению:** О. Чебан, К. Ецко, Н. Зарбаилова 2013.
3. **Место внедрения результатов:** Государственное образовательное учреждение «Тираспольский медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича» г. Тирасполь.
4. **Количество охваченных результатами:** студенты – 625, повышение квалификации медицинских работников – 95, педагогов медицинского колледжа – 55, анкетированы – 175 студентов.
5. **Результаты внедрения:** Проведено анкетирование студентов в период март-июнь 2014 года по разработанной авторами анкете «Охрана репродуктивного здоровья молодежи»; Проведены тренинги для студентов на темы: «Подростковый возраст и связанные с ним риски». «Охрана репродуктивного здоровья. Инфекции, передающиеся половым путем. Правда и мифы о ВИЧ/СПИД» (профилактика, симптомы, превентивное лечение ИППП); «Ценностное отношение к репродуктивному здоровью Стиль жизни. Планирование семьи. Контрацепция»; «Материнство и отцовство. Обеспечение безопасной беременности. Подготовка к беременности»; «Охрана репродуктивного здоровья. Дерево проблем. Безопасный аборт (права пациента, ответственность двоих). Контрацепция»; «Юноши и девушки. Мы разные, но мы вместе. Гендер, а не пол. Гендерное насилие. Торговля людьми» «Охрана репродуктивного здоровья. Услуги дружественные к молодежи. Консультирование по вопросам контрацепции» 22.05.2014, 26.05.2014, 30.05.14, 2.06.14, 21.06.2014, 18.04.2015, 25.04.2015, 16.05.2015, 30.05.2015, 28.04.2016, 29.04.2016, 18.05.2016, 8.02.2017, 13.02.2017, 7.03.2017, 15.03.2017, 4.04.2017.

Для слушателей курсов усовершенствования повышения квалификации медицинских работников среднего звена Приднестровья, в рамках повышения квалификации на базе Государственного образовательного учреждения «Тираспольский медицинский колледж им.

Л.А. Тарасевича» и «Центра репродуктивного здоровья и планирования семьи» при ГУ «РЦМиР» теоретико-практические занятия по теме «Охрана репродуктивного здоровья. Планирование семьи. Контрацепция. Услуги дружественные молодежи. Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП, ВИЧ/СПИД. Скрининг на рак шейки матки, профилактика рака шейки матки. Безопасные аборты. Консультирование и современные подходы работы с молодежью» 23.03.2014, 30.05.2014, 24.04.2014, 25.04.2014, 17.04.2015, 18.04.2015, 23.10.2015, 24.10.2015, 5.05.2016, 6.05.2016, 10.11.2016, 11.11.2016, 19.04.2017, 20.04.2017.

Научно-практические семинары, тематические круглые столы для педагогов. «Современные подходы к охране здоровья молодежи. Духовно-нравственное воспитание, как залог здорового образа жизни и ценностное отношение к здоровью. Охрана репродуктивного здоровья молодежи» 26.05.2014, 1.12.2015, 25.11.2016, 13.02.2017.

6. Эффективность внедрения: Улучшились знания и навыки студентов об охране сексуально-репродуктивного здоровья, о профилактике заболеваний передающихся половым путем, методах контрацепции, планирование семьи и повысилась грамотность студентов в области проведения информационной работы (мероприятий) по роду своей профессиональной деятельности. Благодаря программе повышения квалификации для педагогов и медицинского персонала в работе с подростками по охране здоровья улучшен уровень компетентности медицинских и педагогических работников по проведению системных профилактических мероприятий в контексте охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Они активно используют в своей работе разработанные в ходе диссертационного исследования межведомственную программу «Воспитание ценностного отношения к базовым видам здоровья у детей и молодежи Приднестровья», учебно-методическое пособие по охране здоровья молодежи, книгу для родителей о здоровье подростков, анкету «Охрана репродуктивного здоровья молодежи» для мониторинга эффективности и коррекции проводимой работы, «Анкету для индивидуального интервьюирования работников системы здравоохранения и просвещения» с целью самооценки качества профилактической работы по охране репродуктивного здоровья. Системная работа по базовым видам здоровья улучшила духовно-нравственное развитие, репродуктивную культуру, ценностное отношение к здоровью молодежи.

Директор ГОУ «Тираспольский медицинский
колледж им. Л.А. Тарасевича»,
кандидат педагогических наук



Н.Ф. Миколишин



REPUBLICA MOLDOVA

Agencia de Stat pentru
Proprietatea Intelectuala

CERTIFICAT
DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR
DREPTULUI DE AUTOR ȘI DREPTURILOR CONEXE

SERIA OȘ NR. 5667
DIN 12.07.2017

Eliberat în temeiul Legii nr.139/2010 privind dreptul de autor
și drepturile conexe, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul
de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor și drepturile conexe



Director General

CHIȘINĂU

Seria: OȘ (operă științifică)

Numărul de înregistrare: 5667

Data înregistrării: 20.06.2017

Numărul cererii: 411

Denumirea obiectului: „INTERACȚIUNEA DOMENIILOR DE SĂNĂTATE
ȘI EDUCAȚIE PENTRU PROTEJAREA SĂNĂTĂȚII
REPRODUCTIVE A TINERILOR ÎN CADRUL
PREGĂTIRII SPECIALIȘTILOR”

Autori:

Zarbailov Natalia **IDNP:** 0982001886273

Ceban Oxana **IDNP:** 2009005029649

Ețco Constantin **IDNP:** 0961510548045

Ciocanu Mihail **IDNP:** 0981403013650

Ețco Ludmila **IDNP:** 0962712885664

Titularul drepturilor patrimoniale:

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "NICOLAE TESTEMIȚANU"
din Republica Moldova **IDNO:** 1007600000794

L.S.



Sef Directie Drept de Autor



ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Нижеподписавшийся, заявляю под личную ответственность, что материалы, представленные в диссертации, являются результатом личных научных исследований и разработок. Осознаю, что в противном случае буду нести ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Чебан Оксана

Подпись

Число

Резюме
Персональная информация:
Имя, Фамилия

Оксана Чебан



Адрес

работа: ул. Свердлова, 84, каб. 4,
MD-3300, Тирасоль, Республика Молдова

дом: ул. Ленина, 7, кв. 49, MD-3300,
Тирасполь, Республика Молдова

Телефон

(+373) 777 80364 (моб.); (+373) 533-73141 (дом.);
(+373) 60792967 (моб)

Электронная почта

oksana.ceban@mail.ru

Гражданство

Республика Молдова

Дата рождения

Пол – женский, 22.06.1968, Одесса

Место работы

Государственное учреждение «Республиканский Центр
Матери и Ребёнка»; Приднестровский Государственный
Университете им. Т. Г. Шевченко

Профессиональный опыт

1993–2007

Врач – акушер-гинеколог

2007 – настоящее время

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии

2008 – настоящее время

Заведующая Центром репродуктивного здоровья и
планирования семьи ГУ «РЦМиР»

Сентябрь, 2010 – 2011

Консультант ПРООН в рамках проекта «Совместная
комплексная программа развития местных сообществ»

2014 – 2017

Местный координатор проекта SAAF «Улучшение качества
обслуживания при прерывании беременности»

Образование и обучение

1986 – 1992

Государственный медицинский университет имени Николая
Тестемицану, Республика Молдова, Лечебный факультет

1992 – 1993

Интернатура, акушерство и гинекология, квалификация врача
акушера-гинеколога, Тирасполь.

2002 – 2004

Межрегиональная Академия Управления персоналом
(Украина), Менеджмент организаций, учет и аудит

2013 – 2017

Докторантура, Общественное Учреждение Государственный
Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану

1998

Повышение квалификации, клиническое акушерство и
антенатальная охрана плода, Кишинев

Сентябрь, 2006

Методологический тренинг для тренеров по вопросам
планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья
UNFPA, Каменка

Сентябрь, 2009

Форум, «Мать и дитя», Москва

Июнь, 2010

«Углубленный Тренинг для тренеров по Репродуктивному
здоровью» UNFPA, Кишинев

Сентябрь, 2011

Форум, «Мать и дитя», Москва

Ноябрь, 2011

Тренинг, «Скрининг на рак шейки матки» UNFPA, Тирасполь

2013

Курс «Летняя школа здоровья подростков», Кишинев

	2014	Региональный курс «Разработка и внедрение клинических руководств в области сексуального и репродуктивного здоровья», Кишинев
	2014	Тренинг «Активное участие системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в восточной Европе и Центральной Азии», Белград
	2015	«Современные методы диагностики и лечения заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы. Кольпоскопия», Москва
Область научной деятельности		I Национальная Конференция по здоровью подростков с международным участием (Кишинев, 2014); Научно-практическая конференция с международным участием «Современные аспекты сохранения и восстановления здоровья женщин», Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова (Винница, 2016); Национальная конференция с международным участием «Охрана здоровья – приоритет общественного здравоохранения», (Оргеев, 2016); II Национальная Конференция по здоровью подростков с международным участием «Повышение жизнестойкости – здоровое развитие в условиях риска», (Кишинев, 2016).
Публикации		Результаты исследования опубликованы в 11 работах, в том числе 6 статьях в национальных рецензируемых журналах, в 3 международных изданиях, из общего числа 2 статьи без соавторов.
Методическая деятельность		
	2009-2010	Координатор исследования «Приемлемость медикаментозного прерывания беременности в сроке до 63 дней аменореи в ПМР» Gynuity Health Project (Тирасполь)
	2009	Член рабочей группы «Междисциплинарное взаимодействие по вопросам домашнего насилия и торговли людьми».
	2012-2018	Член аттестационной комиссии по специальности акушерство и гинекология, Тирасполь. Член рабочей группы по адаптации протоколов «Безопасное прерывание беременности», «Скрининг на рак шейки матки», «Ведение физиологической беременности».
Личные качества		
Родной язык		Русский
Дополнительные языки		Английский B1, Украинский B2
Владение компьютером		Владею Microsoft Word, Power Point, Excell, SPSS
Членство в сообществах		
2007 – настоящее время		Член ассоциации акушеров-гинекологов Молдовы
1996 – настоящее время		Член ассоциации акушеров-гинекологов Приднестровья