

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.1: 616

СУРМАЧ
МАРИНА ЮРЬЕВНА

**МЕДИЦИНСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЁЖИ БЕЛАРУСИ**

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение

Минск, 2007

Работа выполнена в УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Тищенко Евгений Михайлович,**
доктор медицинских наук, профессор,
УО «Гродненский государственный
медицинский университет», профессор кафедры
общественного здоровья и здравоохранения

Официальные оппоненты: **Вальчук Эдуард Антонович,**
доктор медицинских наук, профессор,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», заведующий
кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения

Вильчук Константин Устинович,
кандидат медицинских наук, доцент,
ГУ «Республиканский научно-практический
центр «Мать и дитя», директор

Оппонирующая организация: УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»

Защита состоится « 29 » ноября 2007 года в 14.00 на заседании совета по
защите диссертаций К 03.18.02 при УО «Белорусский государственный
медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83,
ауд. 10 .

Телефон учёного секретаря: (8-017)-200-89-65

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский
государственный медицинский университет».

Автореферат разослан « 25 » _____ октября _____ 2007 г.

Учёный секретарь совета по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук, доцент

И.Н. Мороз

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Актуальность исследования проблемы репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси обусловлена комплексом факторов, в числе которых: демографические (неблагоприятные показатели воспроизводства), медицинские (неблагоприятная динамика заболеваемости детей и молодёжи), поведенческие. Недостаточная профилактическая ориентированность молодёжи, распространённость в молодёжной среде опасных для здоровья форм поведения затрудняют реализацию репродуктивных прав даже в условиях правового социально ориентированного государства с развитой системой здравоохранения, каковым является Беларусь.

Решение проблемы репродуктивного потенциала молодёжи возможно при помощи комплексного взаимодействия ряда социальных институтов, среди которых здравоохранение, как созданная обществом и государством структура, призванная сохранять и укреплять здоровье населения, является ведущим. Тем не менее, медико-организационные меры по повышению репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси пока недостаточно эффективны. Необходимо исследование репродуктивного потенциала в медицинском и поведенческом аспектах, результаты которого позволят определить медико-организационные возможности его позитивного изменения.

Связь работы с научными программами (проектами) и темами

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (УО «ГрГМУ») в рамках научных тем «Медико-социологические аспекты репродуктивного здоровья молодёжи Республики Беларусь» (№ госрегистрации 20061493, сроки выполнения: 01.04.2006–01.05.2009) и «Самосохранительное поведение молодёжи Беларуси как регулятор позитивного изменения репродуктивного потенциала» (№ 20071540, 01.04.2007–31.03.2009, грант Б07М–160 Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований).

Цель исследования: оценить репродуктивный потенциал молодёжи Беларуси в медицинском и поведенческом аспектах и определить медико-организационные возможности его позитивного изменения.

Задачи исследования:

1. Дать оценку поведенческим и медицинским факторам, формирующим репродуктивный потенциал молодёжи, и выделить группы медико-поведенческого риска.
2. Выявить резерв позитивного демографического сдвига и рассчитать экономический эффект от его реализации.

3. Оценить результативность медицинского информирования как важнейшего компонента медико-организационного механизма, направленного на укрепление репродуктивного здоровья молодёжи.

4. Обосновать критерии социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи, составляющие основу медико-организационной модели регулирования репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси.

Объект исследования: молодёжь, проживающая в Беларуси (15-29 лет),
предмет: медицинские и поведенческие факторы, формирующие репродуктивный потенциал молодёжи Беларуси, и медико-организационные механизмы их коррекции. Выбор объекта исследования обусловлен тем, что молодёжь является наиболее важной с демографической точки зрения категорией населения. При определении возрастных границ использованы юридические, демографические критерии и критерии ВОЗ. Выбор предмета обусловлен актуальностью исследования репродуктивного потенциала молодёжи и необходимостью поиска наиболее эффективных медико-организационных путей его позитивного изменения.

Положения, выносимые на защиту:

1. На основании комплексной оценки медицинских и поведенческих факторов, формирующих репродуктивный потенциал молодёжи Беларуси, определены направления регулирования репродуктивного потенциала и выделены группы медико-поведенческого риска.

2. Предложенный коэффициент запланированности первой беременности может рассматриваться как один из наиболее важных критериев результативности системы здравоохранения в стимулировании рождаемости.

3. Разработана новая методика оценки результативности медицинского информирования в обеспечении медико-гигиенической грамотности молодёжи в сфере репродуктивного здоровья, основанная на определении коэффициента информационной востребованности здравоохранения и уровня положительной информированности молодёжи (полной и частичной) в сфере репродуктивного здоровья в целом (интегральный показатель медицинской грамотности) и в отдельных его областях (уровни положительной информированности). Результаты оценки определяют содержание направленного медико-гигиенического обучения, необходимого для обеспечения реализации установок самосохранительного поведения молодёжи.

4. Впервые обоснованы критерии социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи, положенные в основу медико-организационной модели регулирования репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси.

Личный вклад соискателя

Все основные научные результаты, изложенные в диссертации, автором получены лично. В статьях [9-А; 10-А; 15-А], написанных без соавторов, диссертанту принадлежит выделение существующих методологических подходов к решению задач формирования репродуктивного потенциала молодёжи и разработка методики исследования и оценки факторов, его формирующих. В статьях [6-А; 7-А; 8-А; 14-А; 16-А], написанных без соавторов, а также в публикациях [20-А; 21-А; 22-А; 28-А; 29-А; 30-А; 33-А] соискателю принадлежит обоснование медико-организационных мер по регулированию репродуктивного потенциала молодёжи. В публикациях [24-А; 26-А] ей принадлежит выделение групп медико-поведенческого риска. В статьях и публикациях [1-А; 2-А; 12-А; 27-А], написанных без соавторов, диссертанту принадлежат разработка и результаты апробации методики исследования и оценки медико-гигиенической грамотности молодёжи в сфере репродуктивного здоровья. В статьях [3-А; 4-А; 13-А], написанных в соавторстве и без соавторов, а также в публикациях [17-А; 19-А; 37-А] соискателю принадлежит обоснование принципов организации и содержания медико-гигиенического обучения молодёжи в сфере репродуктивного здоровья. В статьях [9-А; 11-А], публикациях [35-А; 36-А] соискателю принадлежит обоснование медико-организационных возможностей стимулирования рождаемости. В статье [5-А] совместно с Сурмачем А.В. обоснованы медико-организационные меры по предотвращению гендерного (домашнего) насилия. В статье [11-А], публикациях [18-А; 23-А; 25-А; 31-А; 32-А; 34-А; 38-А] диссертанту принадлежит обоснование приоритета социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи, разработка критериев её оценки и способов её повышения.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования доложены соискателем и обсуждены на 20 научных конференциях, из которых 9 проходили за пределами РБ: на III Международной конференции «ТехноОбраз 2001», Гродно, 2001; на областной конференции, посвящённой 200-летию службы управления здравоохранением Гродненщины, Гродно, 2002; на III Международной конференции «Здоровье студенческой молодёжи: достижения науки и практики на современном этапе», Минск, 2002; II Всероссийском социологическом конгрессе, Москва, 2003; республиканской конференции «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (МКНР), Минск, 2003; IX Республиканской конференции студентов и аспирантов Республики Беларусь, Гродно, 2004; республиканской конференции, посвящённой 40-летию медико-профилактического факультета Белорусского государственного медицинского университета, Минск, 2004; X

Республиканской конференции по истории медицины и здравоохранения, Минск, 2004; Международных конференциях студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов-04», «Ломоносов-05», «Ломоносов-06», Москва, 2004, 2005, 2006; II Всероссийской конференции «Сорокинские чтения. Будущее России: стратегии развития», Москва, 2005; Международной конференции «Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике ИППП», Гродно, 2005; Всероссийском социологическом конгрессе «Глобализация и социальные изменения в современной России», Москва, 2006; 2-й международной конференции «Донозоология-2006: Проблемы диагностики и коррекции состояния здоровья в напряжённой экологической среде обитания», Санкт-Петербург, 2006; V Республиканском съезде организаторов здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 2006; 3-й республиканской конференции «Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и ИППП», Минск, 2006; VIII съезде педиатров Республики Беларусь, Минск, 2006; заседании Исследовательского Комитета Российского общества социологов (ИК РОС) «Социология здоровья и здравоохранения», членом которого является автор работы, проходившем 25.05.2006 г. в Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова (Президент ИК РОС – академик РАМН А.В. Решетников); интернет-конференции «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности», 2007 г. (ИК РОС, Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент», Государственный университет – Высшая школа экономики, Институт социологии РАН).

Опубликованность результатов исследования

По теме диссертации представлено 38 работ, в числе которых 12 статей в научных журналах, включенных в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований. В числе других публикаций 3 статьи в научных журналах, 1 статья в рецензируемом сборнике, 20 материалов и тезисов различных конференций, 2 самостоятельных рецензируемых издания, не являющихся монографиями. Без соавторов опубликовано 35 работ.

Структура и объём диссертации

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, заключения, библиографического списка и приложений. Основная часть включает 5 глав и 18 разделов. Каждая глава завершена выводами. Объём диссертации – 200 страниц; в том числе: 8 приложений на 45 страницах, библиографический список (362 наименования) на 37 страницах, 22 рисунка и 14 таблиц на 22 страницах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

В первой главе «Социально-медицинская характеристика репродуктивного здоровья молодёжи (Аналитический обзор литературы)» раскрыты особенности охраны репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси, выделены методологические подходы к решению задач формирования репродуктивного потенциала, охарактеризовано его состояние. Выявлено, что поведенческие факторы, формирующие репродуктивный потенциал, чётко не определены. Нет методик объективной оценки результативности медицинского информирования. Отсутствуют критерии социальной результативности деятельности системы здравоохранения по охране репродуктивного здоровья молодёжи.

Во второй главе обоснованы материалы и методы исследования. Молодёжь рассмотрена как юридическая, демографическая и медицинская категория. Дана характеристика методов, использованных в диссертации: социологических (консультант – доктор социологических наук, профессор, член-корреспондент НАН РБ А.Н. Данилов); медицинской статистики; экономической оценки эффекта от повышения рождаемости. Для анализа данных применены методы описательной статистики, оценки достоверности (критерии t Student, χ^2 Yates), отношения шансов (ОШ). Для определения достоверности и степени влияния факторов использованы факторный, дисперсионный анализ.

В качестве *источников информации* использованы *выкопировочные бланки и анкеты*. Выкопировочные бланки включали: общие сведения (номера бланка и первичных медицинских документов, дата и место сбора данных); сведения медико-социального характера (20 пунктов, среди которых: возраст, срок беременности при постановке на учёт, наличие прегравидарной подготовки и проч.); информация о течении беременности (22 пункта); сведения о соматическом статусе (28 пунктов), о течении родов и раннего послеродового периода (28 пунктов), о протекании послеродового периода (8 пунктов), о состоянии плода и здоровье новорожденного (20 пунктов). Данные выкопировывались из форм 111/у Индивидуальная карта беременной и родильницы, 113/у – Обменная карта, часть «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о роженице». Социологическому опросу предшествовало пилотажное исследование, которое позволило оптимизировать анкеты: повысить доступность для респондентов, сбалансировать смысловые блоки вопросов по объёму и с учётом фазности опроса, уточнить альтернативы; выделить особенности анкет для страт. Анкеты разрабатывались отдельно для каждой из страт и включали от 48 до 54 вопросов.

Для определения *объёма выборочной совокупности* использовались рекомендации Института Геллапа (США), согласно которым при объёме 1500

человек ошибка репрезентативности выборочного исследования минимальна (2–3%); а также данные академика РАМН А.В. Решетникова, согласно которым объём выборочной совокупности при проведении медико-социологического мониторинга должен соответствовать не менее 1200 единиц наблюдения.

Конструирование выборочной совокупности осуществлялось поэтапно (таблица 1). На *первом этапе* определены признаки стратификации, примененные при формировании групп (страт) выборочной совокупности для социологического опроса. Стратифицирование позволило анализировать каждую страту и сравнивать страты между собой; обеспечило учёт психологической несовместимости: опрос каждой страты проводился раздельно. Основным признаком стратификации являлся гендерный признак, дополнительными – возрастной (страты 15-19, 20-24 и 25-29 лет) и признак реализации (исходов) репродуктивного потенциала (страты «беременность-роды», «бесплодие (привычное невынашивание беременности)», «прерывание беременности»). Объём страт рассчитан исходя из соотношения между мужчинами и женщинами молодого возраста, соотношения между абортами и родами и распространённости бесплодия и привычного невынашивания беременности. На *втором этапе* проведено районирование, при котором учитывалось распределение молодёжи по административным областям. В каждой из областей (за исключением страты «бесплодие») случайным бесповторным отбором определялись: один областной центр, один город с численностью населения 50 тыс. чел. и более, находящийся в областном подчинении (для Минской области – два таких города), три города (посёлка городского типа) с численностью населения менее 50 тыс.чел. и два - четыре района, где сбор материала выполнялся в сельских населённых пунктах; отдельно выделен г. Минск.

Таблица 1 – Модель выборочной совокупности молодёжи 15-29 лет ($n=3060$)

Административно-территориальный регион Беларуси	Количество опрошенных		
	женщины	мужчины	оба пола
Могилёвская область	183	191	374
Гродненская область	172	180	352
Гомельская область	230	236	466
Брестская область	213	224	437
Витебская область	205	210	415
Минская область	215	226	441
г. Минск	282	293	575
Итого	1500	1560	3060

Опрос женщин проведен в организациях здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь; опрос мужчин - преимущественно на терапевтических участках территориальных поликлиник (в том числе детских), в участковых врачебных амбулаториях и участковых больницах; 28% мужчин

были опрошены в учреждениях здравоохранения вооружённых сил, в травматологических и хирургических отделениях стационаров, противотуберкулёзном и дермато-венерологических диспансерах, стоматологических поликлиниках, на станциях переливания крови.

Для углубленного исследования медицинских факторов, формирующих репродуктивный потенциал, была сформирована районированная выборочная совокупность женщин 15-24 лет, реализующих репродуктивную функцию посредством рождения ребёнка (беременные/родильницы, $n=2022$), сведения о которых получены выкопировкой данных из первичной медицинской документации (в организациях здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь беременным и родильницам).

Для оценки медико-гигиенической грамотности изучались знания молодёжи в таких областях репродуктивного здоровья, как: контрацепция, прерывание беременности, ИППП/ВИЧ, прегравидарная подготовка, основы сексологии и основы генетики. Ответы на вопросы тестового типа оценивались по принципу трёхпунктной системы: «Знания достаточные» (коэффициент 1); «Знания недостаточные» (коэффициент 0,5); «Знаний нет или неверно» (коэффициент 0). Трёхпунктная система позволяет получить только ориентировочную характеристику уровня знаний; тем не менее, она даёт возможность учесть вклад частично положительно информированных посредством присвоенного им коэффициента. При последующем использовании не исключается применение более подробных шкал и коэффициентов. Для оценки уровня информированности в молодёжной среде в сфере репродуктивного здоровья, введены показатели: *уровень положительной информированности* (УПИ, на 100 опрошенных) – характеризует уровень положительно информированных (с коэффициентом 1), с учётом уровня частично положительно информированных (с коэффициентом 0,5) в данной конкретной области репродуктивного здоровья респондентов и *интегральный показатель медицинской грамотности* (ИПГ, на 100 опрошенных) - уровень положительно информированных (с коэффициентом 1), с учётом уровня частично положительно информированных (с коэффициентом 0,5) в сфере репродуктивного здоровья в целом. Максимальное значение УПИ и ИПГ совокупности – 100 на 100 опрошенных; при оценке полученных значений использована трёхинтервальная шкала: неудовлетворительный уровень (0–33,3), средний (33,4–66,6), высокий уровень знаний (66,7–100).

Методика расчёта экономического эффекта от повышения рождаемости получена путем адаптации к современным условиям Беларуси методики определения дохода (экономического эффекта) от сохранения жизни ребёнка. Доход (экономический эффект) от дополнительно рождённой жизни равен:

$$Д = \frac{ВВП}{Р} \times Тр - \frac{[ФСЗН \times Тн + (Бно + Бфк) \times Тср + Бобр \times Тобр]}{Н} - СЗ \times Тср,$$

где: Д – доход, полученный государством от дополнительно рождённой жизни,
 ВВП – валовый внутренний продукт,
 Р – экономически активное население,
 Тр – средняя длительность трудового периода,
 ФСЗН – расходы Фонда социальной защиты Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь на трансферты населению,
 Тн – средняя длительность нетрудового периода,
 Бно – расходы государственного бюджета на национальную оборону, правоохранительную деятельность и обеспечение внутренней безопасности,
 Бфк – расходы государственного бюджета на физическую культуру, спорт, культуру и средства массовой информации,
 Тср – средняя продолжительность предстоящей жизни,
 Бобр – расходы государства на образование,
 Тобр – средняя длительность периода получения образования,
 Н – численность населения,
 СЗ – минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя.

В третьей главе «Медицинские аспекты репродуктивного потенциала молодёжи» на основании анализа первичной медицинской документации беременных и родильниц 15-24 лет выявлено, что не имеют патологии 5,8±0,52 женщин на 100 беременных и родильниц; соматической патологии - 17,8±0,9 на 100 беременных. Следует отметить низкий уровень показателей, управляемых медико-организационными мерами: врождённые аномалии развития (22,0±3,2 случаев на 1000 новорожденных), распространённость внутричерепных родовых травм новорожденных (одна внутричерепная родовая травма на 2049 новорожденных). Высока распространённость гестозов (40,5±1,1 случаев на 100 беременных) и угрозы невынашивания беременности (51,5±0,1 случаев на 100 беременных). Охват беременных 15–24 лет прегравидарной подготовкой в городе выше, чем в селе, и составляет 56,8±1,1 и 19,5±1,9 случаев на 100 беременных (p<0,001). Выявлена недостаточная (43,1%) полнота прегравидарной подготовки (доля женщин, прошедших полную подготовку, среди всех охваченных). Регистрируется высокая распространённость ИППП у беременных 15-24 лет (14,8±0,8 случаев на 100 беременных), что подтверждает недостаточную результативность прегравидарного обследования.

Дисперсионным анализом подтверждено, что наличие прегравидарной подготовки влияет на благоприятное значение ряда показателей: своевременность постановки на учёт по беременности (F=65,76; p<0,001),

регулярность наблюдений ($F=18,28$; $p<0,001$), частота вредных привычек ($F=13,18$; $p<0,001$), искусственное прерывание первой беременности ($F=21,99$; $p<0,001$), выявление во время беременности ИППП ($F=13,65$; $p<0,001$). В группе беременных (родильниц) с полной прегравидарной подготовкой, в сравнении беременными (родильницами), не прошедшими прегравидарную подготовку, отмечается более высокий (41,9%) удельный вес новорожденных с I группой здоровья ($\chi^2\text{Yates}=4,2$, $p<0,05$). В то же время, по таким управляемым медико-организационными мерами показателям, как распространённость анемий и патологии щитовидной железы, различия между женщинами с полной прегравидарной подготовкой и с отсутствием прегравидарной подготовки незначимы, влияние наличия прегравидарной подготовки на частоту указанной патологии отсутствует ($p>0,05$). Среди неохваченных прегравидарной подготовкой беременных (родильниц) почти 15,9% имеют в анамнезе искусственное прерывание первой беременности, что требует их 100% охвата прегравидарной подготовкой. Тем не менее, в группе беременных (родильниц) с полной прегравидарной подготовкой удельный вес имеющих искусственное прерывание беременности в анамнезе ниже, и составляет 8,9% ($\chi^2\text{Yates}=12,9$, $p=0,003$). Данные свидетельствуют о недостаточной результативности прегравидарной подготовки в регулировании репродуктивного потенциала молодых женщин.

Обнаружено, что недостаточный уровень репродуктивного потенциала определён рядом поведенческих факторов: распространённостью вредных привычек (12,0±0,7 случаев на 100 беременных), отсутствием у каждой пятой жительницы города и каждой шестой жительницы села грудного вскармливания к 6-8 неделе после родов, наличием беременностей у женщин, не достигших 18-летнего возраста к моменту наступления беременности.

У 6,2% беременных (родильниц), не достигших 18 лет к моменту зачатия - юных беременных (родильниц), выявлено неудовлетворительное состояние как акушерского и соматического, так и медико-социального статуса и поведения. Среди них, по сравнению с 18-24-летними беременными (родильницами), в 2 раза выше доля безработных (18,3%), в 2-3 раза – незамужних (54,8%), в 3 раза выше частота вредных привычек (32,5±4,2 случаев на 100 беременных), в 2-3 раза - несвоевременная постановка на учёт по беременности (38,0±4,3 на 100), в 4 раза чаще отмечается нерегулярное наблюдение (30,9±4,1 случаев на 100 юных беременных). Это позволяет отнести юных беременных к группе не только высокого акушерского, но и поведенческого риска, нуждающейся в наблюдении психолога, психотерапевта. В группе работающих юных беременных выше удельный вес (70,8%) вставших на учёт по беременности в сроке беременности менее 12 недель ($\chi^2=39,4$, $p<0,001$), ниже удельный вес женщин (13%), имеющих вредные привычки

($\chi^2=54,7$, $p<0,001$), ниже доля женщин (25%) имеющих аномалии родовой деятельности ($\chi^2=11,4$, $p<0,001$), ниже удельный вес родильниц (4,2%), имеющих послеродовые воспалительные осложнения ($\chi^2=73,1$, $p<0,001$).

При анализе влияния на репродуктивный потенциал беременных 15-24 лет такого фактора, как принадлежность к учащимся (получающим во время беременности базовое, среднее общее, профессионально-техническое, среднее специальное либо высшее образование стационарной формы обучения), выявлено, что риск возникновения ранних гестозов (ОШ=2,15, $p<0,001$) и патологии лактации (ОШ=1,35, $p<0,05$) выше среди беременных при наличии данного фактора, чем среди беременных без него. Таким образом, учащиеся являются группой риска по ранним гестозам ($F=22,2$, $p<0,001$) и патологии лактации ($F=4,9$, $p<0,05$).

В четвёртой главе «Поведенческие аспекты репродуктивного потенциала молодёжи», основанной на анализе данных социологического опроса, установлено, что поведенческими факторами, определяющими недостаточный уровень репродуктивного потенциала молодёжи, являются:

1). Низкие репродуктивные установки: установка на ожидаемое количество детей в семье составляет $1,66\pm 0,02$, на идеальное число детей (идеальная репродуктивная установка, ИРУ) $2,24\pm 0,02$ ($M\pm m$, $p<0,05$). 2). Неадекватное репродуктивное поведение: почти 40,5% опрошенных, имевших беременность в анамнезе, оценивали свою первую беременность как нежеланную и (или) незапланированную; около 55,7% респонденток указали на наличие в анамнезе искусственного прерывания беременности; среди женщин, искусственно прерывающих беременность, 66,1% планировали деторождение в последующем, однако не сохраняли данную беременность. 3). Неадекватное поведение молодёжи как потребителя услуг медицинского назначения в сфере репродуктивного здоровья: нерегистрируемая (скрытая) распространённость ИППП (нрИППП) составляет $122\pm 6,1$ случая на 1000 лиц 15-29 лет, имеющих опыт половых отношений, поскольку в 34,9% случаев из 100 имеющие клинические симптомы ИППП выбирают самолечение или бездействие; б) наличие криминальных прерываний беременности ($4,66\pm 1,15$ на 1000 опрошенных); в) низкая обращаемость с профилактической целью: 51,3% респондентов-мужчин ответили, что не проходили профилактический осмотр у уролога, тем не менее, каждый пятый из неосмотренных испытывает затруднения медицинского характера в сфере репродуктивного здоровья.

Выявлено, что при наличии клинических симптомов ИППП стратегию самолечения предпочитают 20,8% женщин, искусственно прерывающих беременность ($\chi^2\text{Yates}=9,73$, $p=0,0018$), в результате чего уровень нрИППП среди них выше, и составляет $167\pm 14,9$ случаев на 1000. Стратегию бездействия предпочитают 25,9% мужчин ($\chi^2\text{Yates}=9,8$, $p=0,0018$). Доля мужчин 15-29 лет

(40,7%), выбирающих неадекватное поведение при наличии симптомов ИППП, выше, чем среди женщин (31,7%), ($\chi^2_{Yates}=7,86$, $p=0,005$). Максимальная нРИППП отмечается у девушек 15-19 лет ($169\pm 17,7$ случаев на 1000 обследованных). Наибольшая доля лиц, выбирающих неадекватное поведение при наличии симптомов ИППП (каждый второй) выявлена среди респондентов-мужчин 15-19 лет. Девушки, не достигшие 18 лет, составляют более 70% среди криминально прерывавших беременность женщин.

Адекватную стратегию «консультация врача по диагностике и лечению» при наличии симптомов ИППП предпочитают 73,6% женщин, ориентированных на рождение ребёнка ($\chi^2_{Yates}=39,0$, $p<0,001$). Среди женщин в возрасте 20-24 года, ориентированных на рождение ребенка, отмечаются наиболее низкий уровень нРИППП ($55,2\pm 11,2$ случаев на 1000 опрошенных) и удельный вес лиц, выбирающих неадекватное поведение (19,9%).

Доступность информации о наличии услуг медицинского назначения в области репродуктивного здоровья, медико-гигиенических сведений, своевременной консультации специалиста оценивается лицами 15-29 лет как недостаточная. Каждый пятый респондент-мужчина считает недоступной консультацию уролога, 39,1% - сексолога; 28,7% - психолога, 55,3% - генетика. Для 69% опрошенных женщин недоступна консультация сексолога, для 68,9% - генетика, более половины женщин оценивают консультацию психолога как недоступную. Около 80% мужчин нуждаются в медицинской помощи по планированию семьи, однако наиболее востребованы организационные формы, требующие специализации услуг мужскому населению, действующие же оцениваются как наименее предпочитаемые. Почти 82% женщин 15–29 лет, имевших беременность или бесплодие, указывают на наличие тех или иных недостатков в работе организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь.

Выявлено, что ИРУ у женщин 15-24 лет, имеющих в анамнезе нежеланную и незапланированную первую беременность ($2,1\pm 0,03$), ниже, чем ИРУ женщин ($2,27\pm 0,03$), первая беременность которых являлась желанной и/или запланированной ($p<0,05$). Фактор, состоящий из переменных «исход первой беременности, семейное положение и запланированность первой беременности», определяет значение ИРУ на 38,4% ($F=50,7$, $p<0,001$); фактор «возраст наступления первой беременности и возраст женщины в момент опроса» определяет ИРУ на 15,6% ($F=13,2$, $p<0,001$); фактор «проживание и занятость» значим на 12,5% ($F=8,8$, $p<0,05$); фактор «бесплодие-невынашивание в анамнезе» объясняет 10% значения ИРУ ($F=9,1$, $p<0,05$). Медико-гигиенический фактор (возраст женщины при наступлении первой беременности, запланированность первой беременности, её исход) вместе с семейным положением определяют более 64% ($F=71,1$, $p<0,001$) значения

репродуктивной установки на рождение 3 и более детей (т.е. высокой ИРУ).

Глава 5 обозначает **медико-организационные возможности позитивного изменения репродуктивного потенциала**. Определено, что установки молодых женщин на идеальное число детей в семье возрастают при увеличении степени желанности и планируемости их первой беременности. Данный процесс характеризует *коэффициент запланированности первой беременности (КЗПБ)* - частота первых беременностей, оцениваемых женщинами как желанные и/или запланированные, в общем числе первых беременностей. По данным опроса, КЗПБ составляет $59,5 \pm 1,4$ на 100 первых беременностей. При его возрастании до 100 желанных и/или запланированных беременностей на 100 первых беременностей и реализации возросших вследствие этого репродуктивных установок, увеличение коэффициента рождаемости составит 5‰, что эквивалентно доходу государства не менее 32403 млрд. рублей (по данным 2006 года), который пополнится предотвращением ущерба от аборт.

Результаты апробации методики оценки результативности медицинского информирования показали, что молодёжь более всего информирована о необходимости осуществления прегравидарной подготовки (УПИ $77,0 \pm 0,6$ на 100 опрошенных) и в области основ генетики (УПИ $=52,7 \pm 0,9$ на 100 опрошенных), менее информирована в области сексологии (УПИ $=38,7 \pm 0,9$ на 100 опрошенных), контрацепции (УПИ женщин $38,4 \pm 1,3$ на 100 опрошенных), ИППП/ВИЧ ($32,08 \pm 0,8$ на 100 опрошенных). Наименьший уровень информированности выявлен в отношении прерывания беременности: сроков и особенностей осуществления, последствий (УПИ $=21,9 \pm 0,7$ на 100 опрошенных). ИПГ молодёжи в области репродуктивного здоровья увеличивается с возрастом (от $33,0 \pm 1,5$ на 100 опрошенных для группы 15–19 лет, до $55,9 \pm 2,5$ на 100 опрошенных у 25–29 летних) и жизненным опытом, что подтверждается наиболее высокими значениями ИПГ ($60,1 \pm 3,1$ на 100 опрошенных) женщин с бесплодием ($p < 0,05$). *Коэффициент информационной востребованности системы здравоохранения* (уровень информационной востребованности молодёжью системы здравоохранения) равен $31,5 \pm 0,8$ на 100 опрошенных, наиболее высокий - у женщин с бесплодием ($54,4 \pm 3,1$ на 100), наиболее низкий - у мужчин ($18,3 \pm 0,9$ на 100).

В условиях демографического кризиса в сфере охраны репродуктивного здоровья особенно важен социальный результат: рост репродуктивных установок, устранение неадекватных моделей поведения. Для оценки социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи нами предложены *критерии социальной результативности: макросоциальные и микросоциальные*.

Макросоциальные критерии позволяют оценить социальный результат

деятельности системы здравоохранения на уровне республики и региона. К ним отнесены: 1 - КЗПБ: является наиболее важным в условиях демографического кризиса, поскольку его рост составляет резерв позитивного демографического сдвига, равен $59,5 \pm 1,4$ на 100 первых беременностей, должен достигать 100, 2 - ИПГ молодёжи: составляет $47,3 \pm 1,3$ на 100 опрошенных, должен быть не менее 66,6, 3 - обращаемость молодёжи за медицинской помощью (с профилактической целью, неадекватные модели поведения молодёжи как потребителя услуг медицинского назначения); 4 - нрИППП (должна стремиться к 0), 5 - удельный вес беременностей у юных (должны отсутствовать), 6- КИВЗ ($31,5 \pm 0,8$ на 100 опрошенных, должен быть равен 100 на 100).

Микросоциальные критерии позволяют оценить деятельность отдельной организации здравоохранения. Это: охват молодых женщин прегравидарной подготовкой ($56,8 \pm 1,1$ на 100 женщин, должен достигать 100 на 100) и её полнота (43,1%, должна достигать 100%); охват молодых женщин реабилитацией после искусственного прерывания беременности и её полнота, удовлетворённость молодых потребителей услугами медицинского назначения.

Критерии положены в основу медико-организационной модели регулирования репродуктивного потенциала (рисунок 1), представляющей собой схему медико-социологического мониторинга факторов, формирующих репродуктивный потенциал, и социальной результативности системы здравоохранения по его регулированию, позволяющего разрабатывать, внедрять и контролировать профилактические медико-социальные программы. *Объекты регулирования* - факторы, формирующие репродуктивный потенциал, и предлагаемые критерии социальной результативности. Регулирующие решения направлены на молодёжь, социальный институт семьи, деятельность социальных институтов, организаций и физических лиц, прямо или косвенно влияющих на процессы формирования репродуктивного потенциала. *Регулирующие субъекты* представлены тремя уровнями: 1) *оперативный*: организации здравоохранения, обеспечивающие первичную медико-санитарную помощь, задача на этапе мониторинга - получение первичной информации и её начальная обработка, на этапе реализации управленческих решений - непосредственная работа с молодёжью как в системе здравоохранения, так и вне её (посредством вовлечения организационно-исполнительных действий органов управления на местах, мобилизации ресурсов системы образования, общественных организаций, средств массовой информации). Исполнителями могут являться специалисты с высшим сестринским образованием. 2) *Тактический уровень*: отделы общественного здоровья Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, кафедры общественного здоровья и здравоохранения в сотрудничестве с профильными кафедрами. Задачи: координация, контроль первого уровня, анализ

информации, её оценка на уровне административной единицы и региона; «быстрое реагирование» при выявлении отклонений от показателей контроля, разработка регулирующих мер, научно-методологическая и методическая деятельность. 3) Формирование республиканского банка данных, окончательная оценка и прогноз осуществляются на *стратегическом уровне* (отдел общественного здоровья республиканского ЦГЭиОЗ, ведущие кафедры под руководством Министерства здравоохранения); задача - совместно с другими социальными институтами (образование, законодательная власть) разрабатывать управленческие решения, направленные на регулирование репродуктивного потенциала на республиканском уровне.

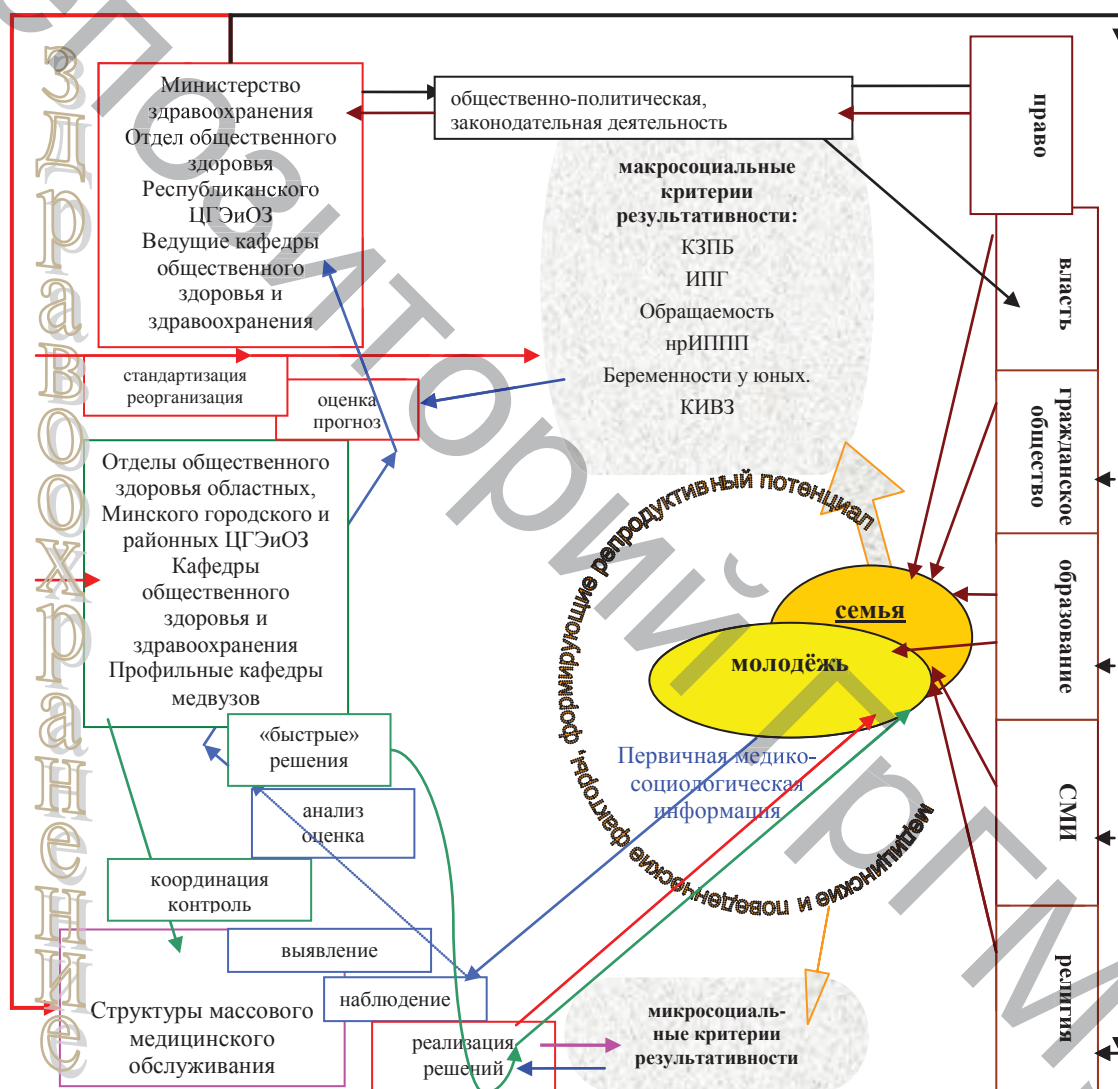


Рисунок 1 – Медико-организационная модель регулирования репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты

I. Комплексная оценка репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси показала, что его уровень определён рядом факторов:

1) медицинских: не имеют патологии $5,8 \pm 0,52$ на 100 беременных/родильниц 15-24 лет, недостаточна результативность прегравидарной подготовки;

2) поведенческих: наличие беременностей у женщин, не достигших 18 лет (составляют 6,2% среди беременных 15-24 лет); частота искусственных прерываний беременности (среди опрошенных 15-24 лет достигает $55,7 \pm 1,3$ на 100); низкие репродуктивные установки (среднее планируемое число детей равно $1,66 \pm 0,02$, $p < 0,05$); неадекватное репродуктивное поведение (коэффициент запланированности первой беременности составляет $59,5 \pm 1,4$ на 100 первых беременностей) и поведение молодёжи как потребителя медицинской помощи (частота случаев самолечения или бездействия при наличии симптомов ИППП составляет $34,9 \pm 1,5$ на 100 опрошенных, отмечавших наличие клинических симптомов ИППП в анамнезе) [6-А; 7-А; 10-А; 14-А; 27-А].

Группами медико-поведенческого риска являются: женщины 15-24 лет, искусственно прерывающие беременность; мужчины 15-29 лет; лица 15-19 лет, имеющие опыт половых отношений. Женщины в возрасте 20 лет и старше, настроенные на деторождение, являются группой, проявляющей наибольшую готовность к сотрудничеству с системой здравоохранения [24-А; 26-А].

Медико-организационные меры по регулированию репродуктивного потенциала, особенно актуальные для села, следует направить на: а) повышение результативности прегравидарной подготовки в оптимизации прегравидарного здоровья женщин 15-24 лет, б) предотвращение наступления беременности у подростков и разработку для них адресных программ ведения беременности и родов, в) повышение доступности медицинской помощи для групп медико-поведенческого риска, г) популяризацию информации об услугах медицинского назначения [1-А; 3-А; 8-А; 16-А; 20-А; 21-А; 22-А; 28-А; 29-А; 30-А; 33-А].

II. Установки молодых женщин на идеальное число детей в семье возрастают от $2,1 \pm 0,03$ до $2,27 \pm 0,03$ при увеличении степени планируемости первой беременности ($p < 0,05$). При достижении коэффициентом запланированности первой беременности у молодых женщин значения 100 на 100 случаев и реализации возросших вследствие этого репродуктивных установок, увеличение коэффициента рождаемости составит 5%, что эквивалентно доходу государства не менее 32403 млрд. рублей (на 2006 год), дополненному предотвращённым ущербом от аборт [9-А; 11-А; 35-А; 36-А].

III. Предложенная методика оценки результативности медицинского информирования позволяет выявить и количественно охарактеризовать уровень востребованности молодёжью системы здравоохранения как источника знаний в сфере репродуктивного здоровья (коэффициент информационной востребованности здравоохранения КИВЗ, составляет $31,5 \pm 0,8$ на 100 опрошенных) и уровень распространённости в молодёжной среде

положительной информированности в сфере репродуктивного здоровья в целом и в отдельных его областях, с учётом вклада частично положительно информированных (интегральный показатель медицинской грамотности (ИПГ), уровни положительной информированности, УПИ) [12-А].

Информированность молодёжи об основах прегравидарной подготовки наиболее высокая (УПИ=77,0±0,6 на 100 опрошенных), следовательно, самосохранительные установки по отношению к планированию беременности сформированы. Реализовать их не позволяют недостаточные знания о контрацепции (УПИ 38,4±1,3 на 100), ИППП/ВИЧ (УПИ 32,8±0,8 на 100), прерывании беременности (УПИ 21,9±0,7 на 100) и низкий КИВЗ. ИПГ зависит от возраста и жизненного опыта: неудовлетворителен у 15-19-летних (33,0±1,5 на 100) и достигает среднего уровня в 20-29 лет (55,9±2,5 на 100), максимален у женщин с бесплодием (60,1±3,1 на 100), у них же максимален КИВЗ (54,4±3,1 на 100). Значения показателей свидетельствуют о недостаточной результативности медицинского информирования как направления первичной профилактики, цель которого - обеспечить медико-гигиеническую грамотность молодёжи в сфере репродуктивного здоровья, и о востребованности направленного медико-гигиенического обучения, базируемого на результатах оценки уровня знаний [2-А; 4-А; 13-А; 17-А; 19-А].

IV. Повышение эффективности деятельности системы здравоохранения по регулированию репродуктивного потенциала молодёжи возможно за счёт увеличения социальной результативности, оценка которой может быть основана на расчёте предложенных макро- и микросоциальных критериев, представленных в медико-организационной модели регулирования репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси - механизме действий, позволяющих разрабатывать и контролировать профилактические программы коррекции поведения и охраны репродуктивного здоровья молодёжи [5-А; 11-А; 15-А; 18-А; 23-А; 25-А; 31-А; 34-А].

Рекомендации по практическому использованию

Результаты могут быть использованы для повышения результативности медицинского информирования и прегравидарной подготовки молодёжи (медико-гигиеническое обучение с применением разработанных автором методики и источника внедрено в женских консультациях Гродненской и Брестской областей, Гродненском областном Центре гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья) [37-А]; в до- и последиplomной подготовке специалистов с высшим медицинским и высшим сестринским образованием (результаты внедрены в учебный процесс на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения УО «ГрГМУ», Белорусской медицинской академии последиplomного образования) [38-А].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в научных журналах, включенных в Перечень научных изданий Республики Беларусь

для опубликования результатов диссертационных исследований

1 -А. Сурмач, М.Ю. Формирование репродуктивной культуры подрастающего поколения как метод медико-социальной профилактики заболеваний половой системы / М.Ю. Сурмач // Соц.- пед. работа. – 2002. - № 2. – С.24-34.

2 -А. Сурмач, М.Ю. Подходы к формированию репродуктивной грамотности населения / М.Ю. Сурмач // Медицина. – 2002. - № 4. - С.32-34.

3 -А. Сурмач, М.Ю. Особенности формирования мотивации к здоровой репродукции и безопасному сексуальному поведению у студенческой молодёжи / М.Ю. Сурмач // Мед. новости. – 2003. - № 8. – С.42-44.

4 -А. Сурмач, А.В. Гендерные аспекты прав человека в социально-педагогической работе / А.В. Сурмач, М.Ю. Сурмач // Соц.- пед. работа. – 2003. - № 4 (38). – С. 29-41.

5 -А. Сурмач, М.Ю. О возможностях системы здравоохранения в предотвращении и устранении последствий гендерного насилия: Обзор современных медико-социальных проблем / М.Ю. Сурмач, А.В. Сурмач // Мед. новости. – 2003. - № 10. – С. 53-58.

6 -А. Сурмач, М.Ю. Оценка женщинами фертильного возраста проблем репродуктивного здоровья / М.Ю. Сурмач // Журнал ГрГМУ. – 2003. - № 4. – С. 70–72.

7 -А. Сурмач, М.Ю. Ценностные установки студенческой молодёжи по проблемам семьи и гендерных отношений / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2004. - № 3. – С. 86–89.

8 -А. Сурмач, М.Ю. Медицинское обслуживание молодых женщин с осложнённым акушерско-гинекологическим анамнезом / М.Ю. Сурмач // Вопр. организации и информатизации здр-я. – 2006. - № 2. – С. 47–51.

9 -А. Сурмач, М.Ю. Медико-социологический анализ как средство разработки способов воздействия на демографические процессы и состояние репродуктивного потенциала молодёжи Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач // Мед. новости. – 2007. - № 2. – Т. 2. – С. 35-39.

10 -А. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки / М.Ю. Сурмач // Мед. новости. – 2007. - № 3. – С. 40-45.

11 -А. Сурмач, М.Ю. Социальная эффективность здравоохранения: возможности управления (на примере охраны репродуктивного здоровья

молодёжи) / М.Ю. Сурмач // Вопр. организации и информатизации здр-я. – 2007. - № 2. – С. 31–38.

12 -А. Сурмач, М.Ю. Методика и результаты изучения медико-гигиенической грамотности молодёжи в вопросах репродукции / М.Ю. Сурмач // Вопр. организации и информатизации здр-я. – 2007. - № 3. – С. 46–50.

Статьи в рецензируемых научных журналах и сборниках научных статей

13 -А. Сурмач, М.Ю. Социально-педагогические принципы работы с молодёжной аудиторией по продвижению здорового образа жизни в области репродукции / М.Ю. Сурмач // Соц.- пед. работа. – 2005. - № 3 (49). – С. 18–21.

14 -А. Сурмач, М.Ю. Гендерные стереотипы в Беларуси: мнение студенческой молодёжи / М.Ю. Сурмач // Социол. иссл-я. – 2005. – № 10. – С. 135–138. – [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://ecsosman.edu.ru>. – Дата доступа: 15.05.2007.

15 -А. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2006. - № 1. – С. 73–80.

16 -А. Сурмач, М.Ю. Особенности медико-психологической реабилитации при искусственном прерывании беременности / М.Ю. Сурмач // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей. – Минск, 2006. – Вып. 8. – С. 240-243.

Материалы научных конференций и ресурсы удалённого доступа

17 -А. Сурмач, М.Ю. Комплексный подход к формированию репродуктивной культуры населения / М.Ю. Сурмач // ТехноОбраз 2001: Технологии непрерывного образования и саморазвития личности: материалы III междунар. научн. конф., Гродно, 15-16 мая 2001 г. / Белор. академия образов-я, ГрГУ им. Я. Купалы, С.-Петербургский ун-т педагогич. мастерства; отв. ред. В.П. Тарантей. – Гродно, 2001. – Раздел 7. – С. 256-257.

18 -А. Сурмач, М.Ю. Интегральный подход к решению медико-социальных проблем репродукции / М.Ю. Сурмач // 200 лет государственной службе управления здравоохранением Гродненщины: материалы научно-практической конференции, Гродно, ГрГМУ, 5–7 мая 2002 г. / Упр-е здр-я Гродн. облисполкома, ГрГМУ; редкол.: Е.М. Тищенко (отв. ред.). – Гродно, 2002. – С. 170-172.

19 -А. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье студентов: особенности формирования мотивации к здоровому образу жизни / М.Ю. Сурмач // Здоровье студенческой молодёжи: достижения науки и практики на современном этапе: материалы III Международной научно-практической конференции, Минск, БГПУ им. М. Танка, 9–10 декабря 2002 г. / Мин-во образов-я РБ, БГПУ им. М.Танка. – Минск, 2002. – С. 173–174.

20 -А. Сурмач, М.Ю. Медико-социологическое осмысление проблем профилактического здравоохранения / М.Ю. Сурмач // Актуальные проблемы охраны здоровья, окружающей среды и подготовки кадров для профилактического здравоохранения Республики Беларусь: материалы респ. научно-практ. конф., посвящ. 40-летию мед.-проф. фак. БГМУ, Минск, 29–30 апр. 2004 г. / Мин-во здр-я РБ, БГМУ; под ред. В.И. Ключеновича. – Минск, 2004. – Часть 2. – С. 307–309.

21 -А. Сурмач, М.Ю. Исторический взгляд на планирование семьи в Республике Беларусь / М.Ю. Сурмач // Материалы X Республиканской конференции по истории медицины и здравоохранения, Минск, 9–10 сент. 2004 г. / Мин-во здр-я РБ, Бел. научн. об-во историков мед-ны и фармации, Бел. Ассоциация социал-гигиенистов и орг-ров здр-я; редкол.: Змачинская Н.Ф. [и др.]. – Минск, 2004. – С. 138–140.

22 -А. Сурмач, М.Ю. Проблемы реформирования системы охраны репродуктивного здоровья в Беларуси / М.Ю. Сурмач // Россия и социальные изменения в современном мире: материалы Междунар. науч. конф. «Ломоносов-2004»: Сборник статей молодых учёных, Москва, 6 июня 2004 г. / МГУ им. М.В. Ломоносова, РоСА; ред. кол.: В.И. Добренёв [и др.]. – М., 2004. – С. 152–158.

23 -А. Сурмач, М.Ю. Репродуктивный потенциал молодёжи как предмет медико-социологического изучения / М.Ю. Сурмач // Материалы XI Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов», Москва, 12–15 апреля 2004 г. / Евразийская студенческая ассоц., Российский Союз студентов, Студенческий Союз МГУ им. М.В. Ломоносова. – Выпуск 13. – М., 2004. – С. 381–382.

24 -А. Сурмач, М.Ю. Негативные поведенческие факторы здоровья подростков группы акушерского риска / М.Ю. Сурмач // Сорокинские чтения. Будущее России: стратегии развития: материалы II Всероссийск. научн. конф., Москва, 14–15 дек. 2005 г. / МГУ им. М.В. Ломоносова, социол. фак. – [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.socio.msu.ru>. – Дата доступа: 15.05.2007.

25 -А. Сурмач, М.Ю. Исследование проблем репродуктивного здоровья молодёжи в Республике Беларусь: медико-социологический аспект / М.Ю. Сурмач // Будущее России: стратегии развития: материалы Междунар. науч. конф. «Ломоносов-2005»: Сборник статей аспирантов, Москва, 12-15 апреля 2005 г. / МГУ им. М.В. Ломоносова, РоСА; редкол.: В.И. Добренёв [и др.]. – М., 2005. – С. 482–486.

26 -А. Сурмач, М.Ю. Нерегистрируемая распространённость ИППП и установки по отношению к медицинской помощи в среде девочек-подростков, прерывающих беременность / М.Ю. Сурмач // Современные подходы к

диагностике, лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путём: материалы Междунар. научно-практ. конф., Гродно, 14–15 июня 2005 г. / М-во здр-я РБ, ГрГМУ. – Рецепт. – 2005. – Приложение. – С. 64–66.

27 -А. Сурмач, М.Ю. Медицинская информированность, поведенческие установки и самооценка здоровья подростков группы акушерского риска / М.Ю. Сурмач // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здр-я РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и орг-ров здр-я; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] - Минск, 2006. – С. 306–309.

28 -А. Сурмач, М.Ю. Проблемы медицинской профилактики женского бесплодия / М.Ю. Сурмач // «Донозоология-2006»: Проблемы диагностики и коррекции состояния здоровья в напряжённой экологической среде обитания: материалы 2-й междунар. научн. конф., посвящ. 80-летию со дня рожд. акад. РАМН проф. Г.И. Сидоренко, С.-Петербург, 18-19 окт. 2006 г. / С.-Петербургский ин-т экологии и здоровья, С.-Петербургская професс. ассоциация мед. работников, Военно-мед. академия им. С.М. Кирова; под общ. ред. проф. Захарченко М.П. – С.-Петербург, 2006. – С. 411–413.

29 -А. Сурмач, М.Ю. Профилактика ИППП как обязательный компонент прегравидарной подготовки / М.Ю. Сурмач // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем: материалы 3-й научно-практ. республ. конф., Минск 19-20 окт. 2006 г. / Мин-во здр-я РБ, РЦГЭиОЗ. – Минск, 2006. – С. 203–205.

30 -А. Сурмач, М.Ю. Формирование позитивного самосохранительного поведения как фактор повышения уровня репродуктивного здоровья / М.Ю. Сурмач // Здоровая мать – здоровый ребёнок: материалы VIII съезда педиатров РБ, Минск, 23–24 нояб. 2006 г. / Мин-во здр-я РБ, Респ. науч.-практ. центр «Мать и дитя»; редкол.: Жарко В.И. [и др.]. – Минск, 2006. – С. 424-428.

31 -А. Сурмач, М.Ю. Социальная эффективность как основной показатель деятельности здравоохранения по формированию репродуктивного здоровья молодёжи / М.Ю. Сурмач // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности: Интернет-конференция, 16 апреля – 4 июня 2007 г. / Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов, Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент», Государственный университет – Высшая школа экономики, Институт социологии РАН. – [Электронный ресурс]. – 2007. – Режим доступа: <http://ecsocman.edu.ru/db/msg/305643.html>. – Дата доступа: 15.05. 2007.

Тезисы докладов научных конференций

32 -А. Сурмач, М.Ю. Медико-социологическое исследование в разработке концепции регионального общественного объединения / М.Ю. Сурмач // II Всероссийский социологический конгресс «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы»: тезисы докладов и выступлений, Москва, 30 сент. – 2 окт. 2003 г.: в 3 т. / МГУ им. М.В. Ломоносова, Ин-т соц.-полит. иссл. РАН, Ин-т социологии РАН, МГСУ; редсовет: В.А. Садовничий [и др.], редкол.: Ю.П. Аверин [и др.]. – М., 2003. – Т. 3. – С. 31-32.

33 -А. Сурмач, М.Ю. Репродуктивные права и гендерные диспропорции глазами студентов / М.Ю. Сурмач // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы Респ. науч.-практ. конф., Минск, 27- 29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С. 156-159.

34 -А. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье молодёжи в социологическом аспекте / М.Ю. Сурмач // «НИРС-2004»: IX Респ. науч. конф. студ. и аспирантов РБ: Тезисы докладов, Гродно, 26-27 мая 2004 г. / Мин-во образов. РБ, ГрГУ им. Я. Купалы, ГрГМУ, ГГАУ; под ред. А.И.Жука. – Гродно, 2004. – Ч. 4. – С. 170–171.

35 -А. Сурмач, М.Ю. Влияние проблем, связанных с бесплодием, на формирование и реализацию репродуктивных установок молодых женщин / М.Ю. Сурмач // Всероссийский социологический конгресс «Глобализация и социальные изменения в современной России»: тезисы докладов и выступлений, Москва, 3–5 окт. 2006 г.: в 16 т. / МГУ им. М.В. Ломоносова, RoSA; редсовет: В.А. Садовничий [и др.], редкол.: Ю.П. Аверин [и др.]. – М., 2006. – Т. 5. – С. 164–167.

36 -А. Сурмач, М.Ю. Степень участия мужчин в решении проблем, связанных с рождением ребёнка, как показатель реализации гендерного равенства / М.Ю. Сурмач // XIII Междунар. научн. конф. студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов»: Сборник тезисов, Москва, 12 – 15 апреля 2006 г. / Мин-во образования и науки РФ, МГУ им. М.В. Ломоносова, Евразийская студенческая ассоциация, Содружество студ. и молод. орг-ций России. – М., 2006. – С. 412–413.

Рецензируемые самостоятельные издания, не являющиеся монографиями

37 -А. Сурмач, М.Ю. Ожидание материнства / М.Ю. Сурмач. – Минск: Белорусская энциклопедия им. П.Бровки. – 2004. – 287 с.

38 -А. Сурмач, М.Ю. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие для студентов факультета медицинских сестёр с высшим образованием / М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 284 с.

РЕЗЮМЕ

Сурмач Марина Юрьевна

Медицинские и поведенческие аспекты репродуктивного потенциала
молодёжи Беларуси

Ключевые слова: молодёжь, репродуктивный потенциал, репродуктивные установки, медицинское информирование, медико-гигиеническая грамотность, медико-поведенческий риск, социальная результативность системы здравоохранения.

Цель работы: оценить репродуктивный потенциал молодёжи Беларуси в медицинском и поведенческом аспектах и определить медико-организационные возможности его позитивного изменения.

Методы исследования: социологические; медицинской статистики; расчёта экономического эффекта от повышения рождаемости. Разработана методика оценки медико-гигиенической грамотности молодёжи в области репродуктивного здоровья.

Полученные результаты, их новизна, применение:

Впервые осуществлена комплексная оценка медицинских и поведенческих факторов, формирующих репродуктивный потенциал молодёжи Беларуси, определены направления его регулирования, и выделены группы медико-поведенческого риска. Впервые выявлены и экономически оценены резервы возрастания репродуктивных установок женщин 15-24 лет, определяемые процессом планирования первой беременности. Апробирована методика оценки результативности медицинского информирования в обеспечении медико-гигиенической грамотности молодёжи в сфере репродуктивного здоровья, результаты которой определяют содержание направленного медико-гигиенического обучения. Впервые обоснованы критерии социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи, положенные в основу медико-организационной модели регулирования репродуктивного потенциала молодёжи Беларуси.

Результаты используются для повышения результативности медицинского информирования и прегравидарной подготовки в работе женских консультаций, Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья; при до- и последиplomной подготовке специалистов с высшим медицинским и высшим сестринским образованием.

РЭЗІЮМЭ

Сурмач Марына Юр'еўна

Медыцынскія і паводзінскія аспекты рэпрадуктыўнага патэнцыялу
моладзі Беларусі

Ключавыя словы: моладзь, рэпрадуктыўны патэнцыял, рэпрадуктыўныя ўстаноўкі, медыцынскае інфармаванне, медыка-гігіенічная пісьменнасць, медыка-паводзінская рызыка, сацыяльная рэзультатыўнасць сістэмы аховы здароўя.

Мэта работы: ацаніць рэпрадуктыўны патэнцыял моладзі Беларусі ў медыцынскім і паводзінскім аспектах і вызначыць медыка-арганізацыйныя магчымасці яго пазітыўнага змянення.

Метады даследавання: сацыялагічныя, медыцынскай статыстыкі, разліку эканамічнага ефекту ад павышэння нараджальнасці. Распрацавана метадыка ацэнкі медыка-гігіенічнай пісьменнасці моладзі ў галіне рэпрадуктыўнага здароўя.

Атрыманыя вынікі, іх навізна, прымяненне:

Упершыню ажыццёўлена комплексная ацэнка медыцынскіх і паводзінскіх фактараў, фармуючых рэпрадуктыўны патэнцыял моладзі Беларусі, вызначаны напрамкі яго рэгулявання, і вылучаны групы медыка-паводзінскай рызыкі. Упершыню выяўлены і эканамічна ацэнены рэзервы ўзрастання рэпрадуктыўных устаноў жанчын 15-24 гадоў, вызначаемыя працэсам планавання першай цяжарнасці. Апрабіравана метадыка ацэнкі рэзультатыўнасці медыцынскага інфармавання ў забеспячэнні медыка-гігіенічнай пісьменнасці моладзі ў сферы рэпрадуктыўнага здароўя, вынікі якой вызначаюць змест праграм накіраванага медыка-гігіенічнага навучання. Упершыню абаснаваны крытэрыі сацыяльнай рэзультатыўнасці сістэмы аховы здароўя ў сферы аховы рэпрадуктыўнага здароўя моладзі, пакладзеныя ў аснову медыка-арганізацыйнай мадэлі рэгулявання рэпрадуктыўнага патэнцыялу моладзі Беларусі.

Вынікі выкарыстоўваюцца для павышэння рэзультатыўнасці медыцынскага інфармавання і перадгравідарнай падрыхтоўкі ў рабоце жаночых кансультацый, Цэнтра гігіены, эпідэміялогіі і грамадскага здароўя; пры да- і паслядыпломнай падрыхтоўцы спецыялістаў з вышэйшай медыцынскай і вышэйшай сястрынскай адукацыяй.

SUMMARY

Surmach Maryna Yurievna

Medical and Behavioral Aspects of Belarusian Youth Reproductive Potential

Key words: youth, reproductive potential, reproductive objectives, medical information, medical-hygiene literacy, medical-behavioral risk, health protection system social efficiency.

Main objective of the work: to evaluate medical and behavioral aspects of Belarusian youth reproductive potential and to determine medical-organizational potentialities for its positive change.

Methods of investigation: sociological, medical statistics, estimation of economic efficiency from birth rate growth methods. Methods of evaluation of youth medical-hygiene literacy in the field of reproductive health have been elaborated.

Results obtained, their novelty and application:

For the first time multilateral evaluation of forming Belarusian youth reproductive potential medical and behavioral factors has been effectuated, directions of its regulation have been revealed, and medical-behavioral risk groups determined. For the first time reserves for 15 – 24 aged women reproductive objectives increase determined by the process of the first pregnancy planning have been revealed and economically appraised. Methods of evaluation of medical information efficiency in ensuring of youth medical-hygiene literacy in the field of reproductive health have been approved, results to be used to determine the content of directed medical-hygiene training. For the first time criteria of health protection system social efficiency in the issue of youth reproductive health have been substantiated forming the base for medical-organizational model of Belarusian youth reproductive potential regulation.

The results have been implemented for increase of medical information and preconception preparation efficiency in the work of prenatal clinics, Center for Hygiene, Epidemiology and Public Health, as well as in pre- and post-diploma preparation of specialists with higher medical and medical sisters education.

Научное издание

Сурмач Марина Юрьевна

**МЕДИЦИНСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЁЖИ БЕЛАРУСИ**

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение

Сдано в набор 15.10.2007. Подписано в печать 22.10.2007.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Печать RISO.
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,48. Тираж 110 экз. Заказ 101 п.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004. Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.

Отпечатано на ризографе в издательском отделе
учреждения образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.