

УДК 614.2:613.861.9-053.7-084

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(на примере охраны репродуктивного здоровья
молодежи)

М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рассмотрена концепция первичности социальной эффективности системы здравоохранения как фактора, определяющего экономическую эффективность, и как категории общественного прогресса. Введено понятие социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи, предложена методика её оценки по удовлетворённости потребителей медицинской помощью (в шести аспектах по пяти направлениям), «качеству» рождений, поведению молодёжи при потреблении услуг медицинского назначения, медико-гигиенической грамотности молодёжи.

Ключевые слова: социальная эффективность, система здравоохранения, охрана репродуктивного здоровья, удовлетворённость медицинской помощью, медико-гигиеническая грамотность, поведение при потреблении услуг медицинского назначения.

The priority conception of social efficiency of public health as a factor determining economical efficiency and as a category of social progress has been studied. The concept of social effectiveness of public health in the field of reproductive health protection of young people has been introduced, the technique of its assessment by satisfaction of users with medical service (in six aspects by five approaches), the «quality» of birth, behaviour of young people while seeking medical aid, medicohygienic literacy of young people has been proposed.

Key words: social efficiency, public health, reproductive health protection, satisfaction with medical care, medicohygienic literacy, behavior while seeking medical aid.

Здравоохранение относится к отраслям социальной сферы. Тем не менее, длительное время роль системы здравоохранения в охране здоровья населения рассматривалась с узко клинической точки зрения. Институциональные изменения последних десятилетий явились причиной трансформирования научных взглядов на понятие индивидуального и общественного здоровья от категорий клинических, исходящих из принципа «противоположности нездоровью», к категориям медико-социальным, проистекающим из принципа наивысшей социальной ценности качества жизни, обусловленного биологическим и социальным единством здоровья. Причины столь радикального перехода, вероятно, кроются в подсознательной сути сопротивления общества тому факту, что количественное превышение нездоровья над здоровьем становится социальной «нормой», противоречащей человеческой природе.

Парадигма результативности системы здравоохранения, длительно базировавшаяся на приоритете медико-экономического результата, также вынуждена модифицироваться. Постепенное осознание обществом и профессионалами здравоохранения того факта, что роль общественного института здравоохранения состоит не только в восстановлении здоровья (выявлять и лечить больных, осуществлять мониторинг факторов риска и разрабатывать механизмы по предотвращению их воздействия на население), но и в том, чтобы вли-

ять на здоровьесформирующие социальные сферы, – причина медленного, но облигатного процесса, ведущего к признанию первичности социальной эффективности (и, следовательно, социальной результативности) системы здравоохранения. Если ранее социальная эффективность системы здравоохранения рассматривалась только в качестве следствия медицинской и экономической эффективности медико-организационных, профилактических и лечебных мероприятий, то в настоящее время правомочно утверждать, что социальная эффективность системы здравоохранения является достаточно обособленным фактором, способным влиять на медицинскую и экономическую эффективность.

Охрана здоровья матери и ребёнка в Беларуси имеет лучшие результаты в СНГ, отражая высокую медицинскую эффективность отрасли [18]. Реорганизационные мероприятия позволили значительно снизить младенческую и материнскую смертность, способствовали рациональному использованию ресурсов. Тем не менее, состояние репродуктивного здоровья населения Беларуси, и в том числе наиболее важной, с позиций демографической безопасности, его группы – молодёжи, можно охарактеризовать как кризисное [14, 24]. Несмотря на наметившуюся тенденцию изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни [23], самосохранительные установки молодёжи по отношению к репродуктив-

ному здоровью пока недостаточно сформированы [25, 26, 29]. В последние годы наметились положительные сдвиги в динамике показателей рождаемости, брачности и разводимости [10]; тем не менее, за период времени, прошедший после переписи населения, ожидаемого роста рождаемости пока не наблюдается [33]. Согласно полученным данным [28], среднее планируемое (ожидаемое) молодыми людьми количество детей в семье составляет 164-168 детей на 200 родителей (100 молодых пар). Реализация идеальных установок (224 ребёнка на 200 родителей) позволила бы увеличить рождаемость на 1 ребёнка на каждую молодую пару; однако даже эти числа значительно ниже демографических критериев эффективного воспроизводства. Прогнозная численность населения Беларуси к 2030 году составит 8 млн. 765 тыс. чел. [22]. Особенно быстрые темпы депопуляционных изменений прогнозируются для сельского населения [11]. Положение усугубляют полученные в последние годы тревожные тенденции роста в разрыве значений показателей младенческой смертности и смертности детей первых пяти лет жизни между городским и сельским населением [5].

Высокие медицинская и экономическая эффективность системы здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья контрастирует с недостаточной социальной эффективностью, несмотря на то, что ожидаемый социальный эффект должен соответствовать медико-экономическому. Рост потребности населения в медицинском обслуживании приводит к увеличению расходов на систему здравоохранения, но не всегда – к должному увеличению её эффективности [31, 32]. Корни данного противоречия кроются в недооценке многоаспектности социальной роли системы здравоохранения, недостаточном учёте взаимосвязи общественного института здравоохранения с деятельностью других социальных институтов, и недостаточной реализации данного взаимодействия в формировании здоровья молодёжи.

Социальная эффективность системы здравоохранения может выступать в качестве основной категории общественного прогресса, обусловленной успешным институциональным взаимодействием системы здравоохранения с другими социальными институтами, и прямо пропорциональной её социальной приемлемости.

Расширение сферы влияния неизбежно связано с расширением сферы ответственности. Тем не менее, современное видение системы здравоохранения исходит из того, что здравоохранение не только способно, но и должно влиять на управляемые социальные сферы. Оценка вклада системы здравоохранения в формирование здоровья общества достигает 35% объёма определяющих здоровья факторов [31]. Особенно важной представляется роль системы здравоохранения в отношении формирования репродуктивного здоровья, социальную обусловленность которого подчёркивают результаты исследований последних десятилетий.

Логично утверждать, что повышение социальной эффективности системы здравоохранения, в том числе в сфере охраны репродуктивного здоровья, может быть достигнуто за счёт обеспечения высокого качества медицинской помощи. Фундаментальной функцией руководителя здравоохранения становится контроль качества медицинской деятельности [8; 20]. В то же время, в рамках идеологии всеобщего управления качеством (TQM), под качеством медицинских услуг понимается не столько достижение уровня каких-либо их частных характеристик, сколько *соответствие услуг нуждам и ожиданиям потребителей* [12]. Следовательно, оценка качества медицинской деятельности невозможна без данных социального маркетинга. Отсутствие достаточного медико-социологического контроля, характерное для последних десятилетий, привело к тому, что в настоящее время здравоохранение Беларуси, ориентируясь, прежде всего, на медицинскую результативность, получает лишь запоздалую информацию от потребителей услуг медицинского назначения в виде негативных показателей общественного здоровья. При наличии объективной потребности молодёжи в услугах медицинского назначения социальной нормой являются неадекватные модели поведения при потреблении медицинской помощи (самолечение, бездействие, отсутствие посещений с профилактической целью). Исследования мнения населения свидетельствуют о высоком уровне неудовлетворительных субъективных оценок доступности медицинской помощи, её качества, и об отрицательной оценке пациентами отношений врач-пациент [1, 27, 30].

Как известно [3, 9], социальная эффективность отражает результат деятельности системы здравоохранения по укреплению здоровья населения, измеряемый по снижению инвалидности, росту продолжительности жизни, повышению рождаемости, и оцениваемый, применительно к репродуктивному здоровью, по методикам оценки стоимости сохранённой жизни и экономического эффекта от снижения частоты аборт [34, с. 846]. Социальная эффективность напрямую связана с качеством медицинского обслуживания и удовлетворением потребностей населения в услугах медицинского назначения, и может быть оценена также как соотношение числа случаев удовлетворённости пациентов медицинской помощью к общему числу оцениваемых случаев.

Удовлетворённость пациентов – ключевой индикатор социальной эффективности системы здравоохранения. Она отражает социальную приемлемость системы здравоохранения и влияет на здоровье населения [6]. Оценивая удовлетворённость пациентов, многие авторы рассматривают отдельные характеристики медицинской помощи. Базовой является классификация, предложенная J. Wage, включающая 8 измерений: межличностные взаимоотношения врача и пациента, квалификация врача, удобство и своевременность предоставления

помощи, стоимость услуг, медицинская результативность, непрерывность, комфортабельность учреждений, обеспеченность персоналом и оборудованием [19].

Несмотря на важность данного индикатора, очевидно, что измерение удовлетворённости пациентов не может выступать единственным критерием социальной эффективности системы здравоохранения, так как большинство из измерений, характеризующих медицинскую помощь, связаны с её доступностью, и нередко оказывается, что субъективная оценка низкой доступности, высказываемая потребителями медицинских услуг, обусловлена недостаточной активностью самих пациентов, что особенно актуально в отношении молодёжи. Разграничение сфер – «где заканчивается проблема доступности и начинается сфера самосохранительной активности», – сложная проблема [17]. Следовательно, вместе с оценкой удовлетворённости потребителей (которая может рассматриваться как субъективный критерий), необходима и *оценка поведения потребителей по отношению к услугам медицинского назначения* (являющегося объективным показателем).

Разработанная методика оценки социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи основана на сопоставлении и сравнительном анализе данных репрезентативного республиканского социологического опроса молодёжи и данных медико-статистического исследования, включающего выкопировку и анализ сведений первичной медицинской документации; то есть представляет собой аналитическое исследование объективной и субъективной оценки качества медицинской помощи в сфере охраны репродуктивного здоровья.

В оценку включены следующие факторы, формирующие социальную результативность системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи: 1) удовлетворённость потребителей (молодёжи) медицинской помощью; 2) «качество» рождений; 3) поведение молодёжи при потреблении услуг медицинского назначения; 4) медико-гигиеническая грамотность молодёжи в сфере репродуктивного здоровья.

Для оценки *удовлетворённости молодёжи медицинской помощью в сфере охраны репродуктивного здоровья* исследуются шесть аспектов: организационный, коммуникативный, квалификационный, информационный, стоимостный, этический. Оценка в каждом аспекте производится на основе комплексного анализа: а) результатов самооценки потребителями удовлетворённости аспектом, б) результатов субъективной оценки потребителями недостатков, в) результатов субъективной оценки доступности медицинской помощи, г) установок и поведения потребителей по отношению к теневому и легальному рынку медицинской помощи, д) неудовлетворённых потребностей в услугах медицинского назначения в сфере охраны репродуктивного здоровья.

«Качество» рождений – условное понятие, характеризующее степень осознанности поведения молодёжи по отношению к беременности, оканчивающейся родами. Одновременно «качество» рождений – основной показатель результативности системы здравоохранения по созданию оптимальных условий для воспроизводства. Оценка «качества рождений», согласно предложенной методике, производится посредством сопоставления данных медицинской документации и социологических данных при помощи расчёта показателей, свидетельствующих о качестве преемственной подготовки пар (охват, полнота подготовки) и показателя, характеризующего репродуктивное поведение молодёжи – коэффициента запланированности беременностей (частоты запланированных беременностей среди всех беременностей, наступивших в данной группе населения).

Поведение молодёжи при потреблении услуг медицинского назначения рассматривается с трёх позиций:

1) потребление медицинской помощи с лечебно-диагностической целью – оценивается по наличию или отсутствию пассивных (бездеятельность) и алогичных типов поведения (самолечение, криминальные варианты), приводящих к появлению нерегистрируемой распространённости патологических состояний. Может быть оценено на примере моделей поведения молодёжи при наличии клинических симптомов ИППП и при незапланированной беременности, являющихся наиболее частыми причинами обращения пациентов данной возрастной категории за медицинской помощью в сфере охраны репродуктивного здоровья;

2) потребление медицинской помощи с профилактической целью – оценивается по доле посещений с профилактической целью, а также по востребованности системы здравоохранения как информационного источника в областях, имеющих отношение к формированию и охране здоровья;

3) потребление медицинской помощи с целью реабилитации: социальный эффект можно считать полным при сочетании отсутствия пассивного типа взаимодействия со стороны пациентов и выполнения стандартов медицинской помощи со стороны системы здравоохранения.

Медико-гигиеническая грамотность молодёжи наиболее адекватно характеризует результативность профилактической деятельности системы здравоохранения, несмотря на то, что для обеспечения её высокого уровня необходимо комплексное взаимодействие целого ряда общественных институтов. Основой первичной медицинской профилактики в любой области является знание населением факторов риска и его реализация посредством профилактически направленного поведения. Важность медико-гигиенической грамотности населения как фактора, рекомендованного ВОЗ в качестве одного из критериев, используемых для оценки общественного здоровья, – критерия, его формирующего, признана. Уровень медико-гиги-

нической грамотности населения также может служить индикатором эффективности работы профилактического компонента системы здравоохранения. Тем не менее, унифицированных методик исследования, оценки, а также чётких механизмов практического применения результатов изучения уровня медико-гигиенической грамотности населения, в том числе медико-гигиенической грамотности в сфере репродуктивного здоровья пока не существует. Данные проводимых в Беларуси и России исследований медицинской информированности основываются, преимущественно, на самооценке молодёжью уровня знаний в тех или иных сферах [2, 7, 13], в том числе на самооценке знаний в области репродуктивного здоровья [4, 14, 16, 21]. В то же время, зачастую самооценка информированности и объективная оценка грамотности не совпадают, а в некоторых случаях даже прямо противоположны [26, 29]. Согласно методике национального мониторинга в области ВИЧ/СПИД [15], уровень информированности населения в области ВИЧ определяется как доля лиц, правильно указавших все пути передачи ВИЧ-инфекции. Однако данная методика не может быть применена для оценки уровня медико-гигиенической грамотности населения в области репродуктивного здоровья, поскольку рассматривает только один аспект репродукции и не учитывает частично правильные ответы респондентов.

Для оценки медико-гигиенической грамотности молодёжи в сфере репродуктивного здоровья нами разработан и апробирован опросник, включающий вопросы тестового типа, позволяющие оценить знания молодёжи в следующих областях репродуктивного здоровья: контрацепция, прерывание беременности, ИППП/ВИЧ, прегравидарная (преконцептивная) 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).

На основании результатов апробации методики оценки социальной эффективности системы здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья выделены критерии макро- и микросоциальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи (таблица 1), которые дополняют существующие показатели оценки социальной эффективности, и могут быть использованы для оперативного и стратегического управления системой здравоохранения.

Социальная результативность системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи является недостаточной. Необходим республиканский комплексный мониторинг репродуктивного здоровья молодёжи, основанный на принципе неразрывности медицинских и социальных данных, и разработка по его результатам мер по повышению социальной эффективности системы здравоохранения.

Таблица 1 – Критерии социальной результативности системы здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодёжи

Критерии социальной результативности	
макросоциальные	микросоциальные
1. Коэффициент запланированности первой беременности.	1. Эффективность прегравидарной подготовки: 1) охват молодых женщин; 2) полнота подготовки; 3) выявляемость ИППП у молодых женщин во время обследований в связи с беременностью и планируемыми родами. 2. Удовлетворённость молодёжи как потребителя услуг медицинского назначения (аспекты: организационный, коммуникативный, этический, стоимостный, квалификационный, информационно-профилактический). 3. Охват молодых женщин реабилитацией после прерывания беременности любой этиологии; полнота реабилитации.
2. Интегральный показатель медико-гигиенической (медицинской) грамотности молодёжи (отдельно - подростков).	
3. Обращаемость молодёжи за медицинской помощью в сфере охраны репродуктивного здоровья, в том числе: - процент профилактических посещений; - распространённость неадекватного поведения.	
4. Нерегистрируемая распространённость клинических симптомов ИППП среди молодёжи.	
5. Удельный вес беременностей у женщин, не достигших 18 лет.	
6. Коэффициент информационной востребованности системы здравоохранения как источника знаний молодёжи в сфере репродуктивного здоровья.	

Литература

1. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси / С.И. Антипова, Е.В. Горячева // Медицинские новости. – 2005. – № 2. – С. 54–56.
2. Белов, В.Б. Уровень образования и самооценка здоровья населением / В.Б. Белов // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 14–19.
3. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. – Минск: БЕЛМАПО, 2003. – 381 с.
4. Вареник, А.А. Репродуктивное поведение и информированность современных подростков по вопросам репродуктивного здоровья / А.А. Вареник, Н.П. Жукова // 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. 171–172.
5. Гулицкая, Н.И. Медико-демографические проблемы здоровья сельского населения Республики Беларусь / Н.И. Гулицкая, Л.Н. Ломать // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 27–32.
6. Ефименко, С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С.А. Ефименко // Социология медицины. – 2006. – № 1. – С. 9–14.
7. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлева. – М.: Изд-во ИС РАН, 2002. – 240 с.
8. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П. Щепин [и др.] // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 3–6.
9. Инструкция по применению методики расчёта эффективности медицинских технологий в здравоохранении: утв. Министерством здравоохранения Респ. Беларусь 31.12.2003. – Минск, 2003. – 23 с.
10. Калинина, Т.В. О демографической безопасности Республики Беларусь / Т.В. Калинина // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С. 183–186.
11. Лихачёв, Н.Е. Демографические проблемы современного Белорусского села: социологический анализ / Н.Е. Лихачёв // 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. 22–24.
12. Лукашев, А.М. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз / А.М. Лукашев, А.С. Акопян, Ю.В. Шиленко; под ред. Н.Ф. Герасименко. – М.: Изд-во «Оверлей», 2001. – 96 с.
13. Медик, В.А. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье / В.А. Медик, А.М. Осипов. – М.: Логос, 2003. – 200 с.
14. Можейко, Л.Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф. Можейко, М.В. Буйко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – № 4. – С. 50–52.
15. Мониторинг и оценка в области ВИЧ/СПИД / С.И. Бруцкая [и др.]; под общ. ред. М.И. Римжи. – Минск: Тесей, 2006. – 176 с.
16. Мороз, И.Н. Некоторые медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья мужчин / И.Н. Мороз, Л.П. Плахотя // 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. 145–146.
17. Назарова, И.Б. Доступные системы здравоохранения (медицинской помощи) и самоохранный активность граждан / И.Б. Назарова // Социология медицины. – 2006. – № 2. – С. 43–53.
18. Пересада, О.А. Направления улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения материнской смертности в Республике Беларусь / О.А. Пересада // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С. 15–18.
19. Предикторы удовлетворённости потребителей услугами первичного здравоохранения / Н.Л. Русина [и др.] // Социология медицины. – 2006. – № 2. – С. 24–31.
20. Решетников, А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, Л.М. Астафьев // Социология медицины. – 2005. – № 1 (6). – С. 32–38.
21. Севковская, З.А. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение молодёжи Беларуси: сборник / З.А. Севковская, Д.Г. Ротман, Т.И. Гапличник. – Минск: «Юнипак», 2000. – 40 с.
22. Современные тенденции и прогноз демографической ситуации и воспроизводства населения в Республике Беларусь / Л.Н. Ломать [и др.] // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С. 174–176.
23. Современные тенденции изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни / А.С. Секач [и др.] // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С. 290–293.
24. Состояние здоровья молодёжи по данным социально-гигиенического мониторинга / Яковлева М.В. [и др.] // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С. 334–336.
25. Социально-поведенческие факторы, влияющие на распространение венерических болезней среди подростков / П.Д. Гуляй [и др.] // Медицинские новости. – 2004. – № 12. – С. 57–58.
26. 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. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С. 306–309.
27. Сурмач, М.Ю. Медицинское обслуживание молодых женщин с осложнённым акушерско-гинекологическим анамнезом / М.Ю. Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 2. – С. 47–51.
28. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2006. – № 1. – С. 73–80.
29. Сурмач, М.Ю. Особенности формирования мотивации к здоровой репродукции и безопасному сексуальному поведению у студенческой молодёжи / М.Ю. Сурмач // Медицинские новости. – 2003. – № 8. – С. 42–44.
30. Сурмач, М.Ю. Оценка женщинами фертильного возраста проблем репродуктивного здоровья / М.Ю. Сурмач // Журнал ГрГМУ. – 2003. – № 4. – С. 70–72.
31. Шарабчиев, Ю.Т. Новая парадигма здравоохранения: причины, обуславливающие необходимость смены парадигмы / Ю.Т. Шарабчиев // Медицинские новости. – 2005. – № 3. – С. 11–22.
32. Шарабчиев, Ю.Т. Общественное здоровье: роль социально-экономических факторов, финансирования здравоохранения, благосостояния / Ю.Т. Шарабчиев // Медицинские новости. – 2004. – № 8. – С. 58–68.
33. Шахотько, Л.П. Демографическое развитие Республики Беларусь в годы после переписи 1999 г. и проблемы безопасности / Л.П. Шахотько // 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. 133–136.
34. Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / В.К. Юрьев, Г.И. Куценко. – С.-Петербург: ООО «Издательство «Петрополис», 2000. – 914 с.

Поступила 04.01.07