

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УДК 614.2:612.663–053.7:305

СУРМАЧ
Марина Юрьевна

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЁЖИ:
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

по специальностям 14.02.05 – социология медицины
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Минск 2015

Научная работа выполнена в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Официальные оппоненты: **Глушанко Василий Семёнович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Войтович Татьяна Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2-й кафедрой детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кечина Евгения Аркадьевна, доктор социологических наук, профессор, профессор кафедры социологии УО «Белорусский государственный университет»

Оппонирующая организация: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Защита состоится «03» марта 2015 года в 13.00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.15.05 при ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» по адресу: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3; тел. 290-98-15; e-mail: sovet@belmapo.by.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Автореферат разослан «22» января 2015 г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций
кандидат медицинских наук, доцент



М.В. Щавелева

ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь наряду с благоприятной динамикой младенческой и материнской смертности, показателей рождаемости сохраняется отрицательный естественный прирост, регистрируется тенденция «постарения» рождений [Калинина Т.В. и соавт., 2008], неблагоприятны тенденции показателей брачности [Бурова С.Н., 2010]. Численность подростков только с 2008 по 2012 гг. сократилась на 23,3%, их доля в структуре населения снизилась с 8,1% в 2000 г. до 5,8% в 2012 г. [Глинская Т.Н. и соавт., 2011], что сопровождалось ростом показателей первичной, общей заболеваемости, отсутствием положительной динамики в патологической поражённости, распределении по группам здоровья [Антипова С.И., 2010; Пиневиц Д.Л. и соавт., 2011]. Сложившаяся к середине 2000-х гг. повозрастная структура населения предполагала безусловное снижение рождаемости при отсутствии действенных мер [Глушанко В.С., 2007; Новик И.И., 2009].

Научно обосновано, что экономические и медико-организационные меры демографической направленности необходимо сочетать с целевыми медико-социальными мерами [Щавелева М.В., Вальчук Э.А., 2011; Злотников А.Г., 2010; Ростовцев В.Н., 2009]. В республике реализуются Национальная программа демографической безопасности, Национальный план действий по улучшению положения детей и охране их прав. В то же время пока недостаточно изучена динамика репродуктивных установок молодёжи, отсутствуют доказательные данные о возможностях стимулирования их роста. Не в полной мере разработанными остаются вопросы обоснования направленных мер формирования здоровьесберегающего поведения молодёжи, повышения связанного со здоровьем качества жизни (КЖСЗ) подростков. Недостаточно эффективно внедряется индивидуальный подход к первичной профилактике [Ростовцев В.Н., 2012], отсутствуют методы, позволяющие в условиях скрининга распределить подростков на целевые группы риска с учётом социального компонента. Необходимы новые методологические подходы, и они видятся в общественной миссии социологии [Решетников А.В., 2002; Шавель С.А., 2010].

В современных условиях изучение здоровья неразрывно с оценкой качества жизни [Ростовцев В.Н., 2012; Кучма В.Р., Шубочкина Е.И. и соавт., 2013; Naughton M.J., 2010], требует анализа ценностей, мотивов, потребностей индивидов в зеркале культурных и социальных факторов [Ротман Д.Г., Данилов А.Н. и соавт., 2009; Евелькин Г.М., Баранова Е.В., 2009]. Обоснование мер коррекции репродуктивного поведения возможно исключительно посредством медико-социологического изучения молодёжного социума [Журавлёва И.В., 2010; Ротман Д.Г. и соавт., 2013]. В педиатрической практике именно изучение

качества жизни в его взаимосвязи с состоянием здоровья в последние годы рассматривается как приоритет [Бахадова Е.В., 2009; Белоусов Д.Ю., 2008; Паренкова И.А., 2011; Trojanowska A., 2009].

Организация медицинской помощи подросткам в Беларуси отвечает современным принципам выделения отдельных служб [Богдан Е.Л., 2010; Неверо Е.Г., 2010]: так, согласно Приказу МЗ РБ «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья» № 343 от 04.04.2011, утверждены типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодёжи), Положение о Республиканском информационно-методическом ресурсном центре. С появлением новых служб возникла необходимость разработки основанных на качественных показателях методик оценки их деятельности, методов повышения эффективности [Ткачёва Е.И., 2010; Жарко В.И., 2012]. Обоснование качественных показателей требует уточнения данных о факторах риска здоровья подростков, уровне их КЖСЗ, что пока затруднено из-за отсутствия на территории СНГ соответствующих методик. Валидация иноязычных опросников возможна, вместе с тем процедура затратна из-за необходимости анализа условий социальной среды, культурных факторов. Ни одна из известных методик оценки КЖСЗ не учитывает связи качества жизни и репродуктивного потенциала.

Диссертационная работа является первой в Беларуси, выполненной по специальности социология медицины и развивающей данное новое научное направление для обоснования мер по укреплению репродуктивного здоровья, повышению связанного со здоровьем качества жизни подростков и молодёжи, росту рождаемости.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами (проектами), темами

Работа выполнена в УО «Гродненский государственный медицинский университет» в рамках финансируемой темы НИР «Самосохранительное поведение молодёжи Беларуси как регулятор позитивного изменения репродуктивного потенциала» (№ гос. регистрации 20071540, сроки выполнения 01.04.2007 г. – 31.03.2009 г., грант Б07М–160 БрФФИ), инициативной темы НИР «Медико-социологические аспекты репродуктивного здоровья молодёжи РБ» (№ гос. регистрации 20061493, сроки выполнения 01.04.2006 г. – 01.05.2009 г.), инициативной темы НИР «Здоровье 15-18-летних подростков: медико-социологический анализ» (№ гос. регистрации 20130885,

сроки выполнения 01.01.2013 г. – 31.12.2014 г.). Соответствует приоритетным направлениям фундаментальных и прикладных научных исследований на 2011-2015 гг., согласно постановлениям Совета Министров РБ № 585 от 19.04.2010, № 201 от 12.08.2010: п. 4.2 «новые технологии профилактики», п. 4.3 «здоровье матери и ребёнка», п. 11.3 «социокультурные процессы в белорусском обществе, прогноз и моделирование динамики», п. 13 «научное обеспечение повышения уровня национальной безопасности».

Цель и задачи исследования

Цель: обосновать и внедрить социально эффективные меры по укреплению репродуктивного здоровья молодёжи, повышению связанного со здоровьем качества жизни подростков, увеличению рождаемости.

Задачи:

1. Установить динамику репродуктивных установок молодёжи с 2004-2006 по 2010-2011 гг.

2. Выявить медико-социальные факторы, обуславливающие неблагоприятный репродуктивный выбор (аборт) при первой беременности у женщин, не достигших возраста 25 лет, уточнить их уровень в молодёжной среде, возможности коррекции.

3. Охарактеризовать отношение молодёжи к семье и детям как к ценности, брачно-семейные установки, выявить динамику коэффициента запланированности первой беременности. Установить факторы семьи, влияющие на формирование репродуктивных установок подростков.

4. Изучить состояние и динамику поведенческих (отношения к здоровью как к ценности, рисков здоровью) и медико-организационных (медицинской активности, удовлетворённости доступностью медицинской помощи) факторов репродуктивного здоровья молодёжи, обосновать пути оптимизации.

5. Установить особенности здоровьесформирующей функции семьи в отношении поведенческих факторов риска репродуктивного здоровья подростка, с учётом которых разработать метод оценки и оценить КЖСЗ 15-18-летних подростков, определить меры по улучшению.

6. Научно обосновать действия по повышению эффективности и качественные показатели оценки деятельности центров, дружественных подросткам (центров здоровья подростков и молодёжи). Рассчитать социальный и экономический эффект внедрения результатов.

Объект исследования: молодёжь, проживающая в Республике Беларусь (15-24 года). *Предмет исследования:* репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение молодёжи; связанное со здоровьем качество жизни 15-18-летних подростков; медико-организационные технологии охраны здоровья подростков и молодёжи.

Научная новизна

1. Впервые выявлена динамика репродуктивных установок молодёжи 15-24 лет за период с 2004 по 2011 гг., отражающая эффект мер по обеспечению демографической безопасности. Установлены факторы семьи, значимые для формирования репродуктивных установок и здоровьесберегающего поведения подростков, изучены тенденции изменения коэффициента запланированности первой беременности, наступившей до достижения женщиной возраста 25 лет. Уточнены медико-социальные факторы, предрасполагающие к выбору искусственного прерывания первой беременности у молодых женщин Беларуси, выявлен их уровень в молодёжном социуме.

2. Обоснован новый метод оценки связанного со здоровьем качества жизни 15-18-летних подростков (ручной и электронный варианты), позволяющий получить индивидуальную программу профилактики с учётом социального фактора, применимый на индивидуальном и групповом уровнях для повышения эффективности консультирования и межведомственного взаимодействия в охране репродуктивного здоровья, а также в комплексной оценке здоровья подростков. Проведена оценка КЖСЗ 15-18-летних подростков по данным выборочной совокупности, репрезентативно отражающей республиканскую.

3. На основании медико-социологической характеристики поведенческих и медико-организационных факторов репродуктивного здоровья молодёжи аргументированы меры повышения социальной эффективности и качественные показатели оценки деятельности центров, дружественных подросткам. Разработаны показатели оценки деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни подростков и молодёжи.

Положения, выносимые на защиту

1. На фоне отражающих результат мер по обеспечению демографической безопасности положительной динамики репродуктивных установок молодёжи 15-24 лет на планируемое количество детей в семье (с $1,66 \pm 0,01$ до $1,87 \pm 0,016$) и сокращения разрыва между установками на планируемое и на идеальное количество детей, установки на идеальное количество детей в семье сохраняются на уровне $(2,24 \pm 0,01) - (2,249 \pm 0,017)$ ребёнка, что недостаточно для обеспечения перехода к простому, и далее – к расширенному воспроизводству населения.

2. Риск выбора искусственного прерывания первой беременности в молодёжной среде невысок. Предрасполагающими факторами, меры коррекции которых приведут к дальнейшему снижению уровня аборт, являются небезопасное начало половой жизни, рискованное поведение по отношению к

здоровью, насилие в отношениях с партнёром и/или в семье родителей.

3. Для обеспечения роста репродуктивных установок молодёжи результативны меры по дополнительной поддержке семей с двумя и более детьми до достижения ими 18 лет, в связи с влиянием наличия родных братьев/сестёр на репродуктивные установки подростка; по увеличению уровня планируемости первой беременности, в связи с его влиянием на репродуктивные установки молодых женщин и с негативной динамикой коэффициента запланированности первой беременности; по укреплению установок молодёжи на традиционный брак, в связи с популярностью других форм брачно-семейных отношений и негативным влиянием фактора отсутствия постоянного партнёра на репродуктивный выбор при первой беременности.

4. Для коррекции поведенческого риска необходимо увеличить доступность консультативной помощи специалистов, андрологической помощи для лиц 19-24 лет, обеспечить контроль организации диспансеризации подростков в части полноты и охвата, соответствие организации психологической помощи подросткам их потребностям; осуществить меры организационно-управленческой оптимизации (унификация юридического статуса с включением в Номенклатуру организаций здравоохранения, планирование трёхуровневой сети для равной доступности потребителям, введение качественных индикаторов оценки деятельности, маркетинговые мероприятия) деятельности центров здоровья подростков и молодёжи.

5. Метод оценки связанного со здоровьем качества жизни (КЖСЗ) 15-18-летних подростков учитывает закономерности влияния семьи на поведенческие факторы здоровья. Метод включает анализ самооценки здоровья, знаний о репродуктивном здоровье, полноценности питания, возможности социальной реализации и создания полноценной семьи; оценки физической активности, сна, обращаемости за медицинской помощью, риска приобщения к психоактивным веществам, риска сексуального поведения, развития кризисных психологических состояний. Позволяет изучить качество жизни во взаимосвязи с репродуктивным потенциалом, рассчитать интегральный показатель КЖСЗ и уровни его отдельных факторов, получить индивидуальную программу профилактики с прогнозом эффективности. Применим на индивидуальном и групповом уровнях, при консультировании и в комплексной оценке здоровья подростков.

6. Показатели КЖСЗ подростков, оцененные по данным исследования выборочной совокупности, репрезентативно отражающей республиканскую, соответствуют высоким значениям у мальчиков и выше среднего у девочек; в части факторов требуется коррекция; прогноз оптимальный. Коррекция возможна при включении метода оценки КЖСЗ и методики оценки медицинской информированности в медицинское наблюдение подростков на

уровне республики. Ближайший эффект (за счёт устранения разрыва между репродуктивными установками молодёжи на планируемое и на идеальное количество детей в семье) при этом составит 18-19 дополнительных рождений на 100 женщин молодого возраста, прирост показателя рождаемости до 11,15‰ (до 461160,4 млрд руб. в цифрах 2012 г.); отдалённый эффект (за счёт укрепления репродуктивного здоровья и увеличения репродуктивных установок живущей популяции подростков) выразится в дальнейшем росте показателя рождаемости в течение 10-20 лет на 2,3‰ (92229,5 млрд руб. в цифрах 2012 г.).

Личный вклад соискателя

Все научные результаты диссертации автором получены самостоятельно. В статьях, опубликованных в соавторстве, вклад диссертанта 90%, ей принадлежат идея исследования, анализ литературных данных, интерпретация результатов, формулировка выводов. При участии Е.Г. Неверо, И.М. Ситько выполнено предварительное клиническое испытание метода оценки КЖСЗ подростков, при научном консультировании проф. Е.М. Тищенко обоснована целесообразность клинического использования предлагаемых метода и методики, вклад диссертанта в их разработку 95%. Опрос проведен с помощью курсантов ГУО «БелМАПО», математическая обработка, статистический анализ и техническое сопровождение разработки компьютерного варианта метода оценки КЖСЗ осуществлены при поддержке лаборатории системных исследований физико-технического факультета УО «ГрГУ им. Я. Купалы».

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов

Результаты апробированы на 49 конференциях, в том числе 33 – за рубежом. В г. **Гродно**: «Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний» (2008), «Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путём» (2008), «Актуальные проблемы медицины» (2009, 2011, 2013), конференция, посвящённая 50-летию УО «ГрГМУ» (2008), «Проблемы общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины» (2010), «Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии» (2011), «Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств» (2012), «Педиатрия XXI века: проблемы и перспективы» (2012). В г. **Минске**: конференция, посвящённая 90-летию здравоохранения РБ (2009), «Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении» (2009), «Здоровый образ жизни: медико-социальные аспекты» (2011), «Здоровье населения: проблемы и пути решения» (2011), «Коммуникация в социально-гуманитарном знании, экономике и образовании»

(2008). В г. Гомеле: «Современные подходы к продвижению здоровья» (2008, 2010, 2012), «Актуальные проблемы медицины» (2009), конференция, посвящённая 50-летию ГомОКПБ (2011). В Российской Федерации: «Инновации в медицине» (Курск, 2008), Ковалевские чтения (С-Петербург, 2008, 2010, 2011), «Сохрани мне жизнь. Проблемы репродуктивного здоровья» (Смоленск, 2011, 2012, 2013), «П.А. Сорокин и современные проблемы социологии» (С-Петербург, 2009); «Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний» (Махачкала, 2012), «Здоровье как ресурс» (Н. Новгород, 2009), IV Всероссийский социологический конгресс (Уфа, 2012); «Информационное пространство территорий и корпораций: опыт и перспективы интеграции», «Гражданское общество в России: состояние, тенденции, перспективы», «Интеллигенция и гражданское общество» (Ульяновск, 2009, 2012, 2013). В г. Москве: «Социология медицины: наука и практика» (2012), «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития» (2013), «Здоровье граждан как общественная проблема: ответственность государства, личности, медицинских работников и гражданских организаций» (2010), «Социологические методы в современной исследовательской практике» (2011); XV Международная конференция молодых ученых «Ломоносов» (2008); III Всероссийский социологический конгресс (2008), «Сорокинские чтения: Стратегия инновационного развития России как особой цивилизации в XXI веке» (2010), на заседании Исследовательского Комитета Российского общества социологов «Социология медицины» (2013). В странах дальнего зарубежья - Польша: III, IV, VI Miedzynarodowe sympozjum «Srodowiskowe Zrodla Zagrozen Zdrowotnych» (Kazimierz Dolny, 2008, Krasiecin-Zamek, 2009, Baranow Sandomerski, 2011); Dni Medycyny Spolecznej I Zdrowia Publicznego (Rzeszow, 2008, Poznan, 2009, Bydgoszcz, 2010, Sedlice, 2011); IEA-EEF European Congress of Epidemiology “Epidemiology for Clinical Medicine and Public Health” (Warsaw, 2009); “Srodowiskowe uwarunkowania chorob nowotworowych. Opieka, leczenie i profilaktyka” (Sanok, 2009); “Problemy badawcze i dydaktyczne w medycynie prewencyjnej” (Kraków, 2011, Machocice Kapitulne, 2012); “Ochrona zdrowia i gospodarka. Efektywnosc system ochrony zdrowia – Kryteria oceny oraz metody pomiaru” (Warsawa, 2011); “Zdrowie czlowieka w teorii i praktyce” (Lublin, 2011); “Wyzwania Wspolczesnej Medycyny” (Bialystok, 2012).

Результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения УО «ГрГМУ», УО «ВГМУ», УО «ГомГМУ», в учебный процесс и научные исследования при подготовке дипломных работ в 2013-2014 гг. на кафедре и факультете эпидемиологии Университета медицинского г. Люблин, Польша; в лечебной практике в Гродненской (УЗ «ГЦГП») детская поликлиника № 2 г. Гродно, центр здоровья

молодёжи «Контакт») и Гомельской (Центр, дружественный подросткам «Ветразь» г. Жлобин, УЗ «Жлобинская ЦРБ», детская поликлиника, Центр, дружественный подросткам «Юность» г. Гомель, ГУЗ «ГЦГДП», филиал № 3, Центр, дружественный подросткам «Гармония» г. Речица, УЗ «Речицкая ЦРБ», женская консультация) областях.

Опубликованность результатов диссертации

По материалам диссертации представлено 108 публикаций, из них 31 соответствует пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, с общим объемом 55 авторских листов (3 монографии, из них 1 за рубежом, 28 статей в журналах, из них 17 за рубежом, 19 работ опубликовано без соавторов), а также 77 статей и тезисов в сборниках научных трудов, материалах конференций. Среди прочих работ представлены 3 инструкции по применению, утверждённые МЗ РБ, 1 свидетельство на регистрацию компьютерной программы.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 173 страницах (без списка литературы и приложений), иллюстрирована по тексту 17 таблицами и 18 рисунками (объем по тексту 19 страниц), состоит из оглавления, перечня условных обозначений, введения, общей характеристики работы, 5 глав, заключения, библиографического списка (497 источников, 108 собственных публикаций), 10 приложений.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

В **первой главе** приведен аналитический обзор работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных состоянию здоровья, репродуктивного и здоровьесберегающего поведения, здоровьесберегающей функции семьи. Выполнен анализ организационных технологий охраны здоровья подростков и молодёжи, современных подходов к изучению здоровья населения. Показано, что проблемы противоречия между позитивным отношением к здоровью и рискованным поведением в молодёжной среде, вопросы демографически неблагоприятного репродуктивного поведения, аспекты партнёрства, ответственного сексуального поведения сохраняют актуальность и требуют решения. Процесс трансформации института семьи и его влияние на здоровье детей недостаточно изучены. Медико-организационные вопросы медико-гигиенического обучения, группового консультирования, определения мер индивидуальной профилактики с учётом особенностей социальных факторов и

факторов семьи подростка даже в условиях подростковых служб пока не решены. Не разработаны достаточные данные о социальных факторах риска в отношении репродуктивного здоровья подростков, нет сведений об уровне их КЖСЗ, отсутствуют адекватные методики оценки.

Во **второй главе** обоснованы выбор объекта исследования, дизайн выборки и методы статистического анализа. Сбор данных осуществлён в два этапа (2004-2006 гг. и 2010-2011 гг.), на каждом этапе выполнен опрос выборок, высоко репрезентативных республиканским, стратифицированных на первом этапе по полу, в женской части по признакам реализации (исходов) репродуктивного потенциала, на втором этапе по полу и возрасту [11]. Опрос страт проводился раздельно раздаточным методом, с последующим контролем заполнения инструментария. В статистическом анализе использованы полученные на первом этапе материалы опроса молодёжи 15-24 лет, в объёме $n=2666$ (мужчины $n=1353$; женщины $n=1313$), на втором этапе в статистический анализ включены данные опросов подростков (15-18 лет, $n=949$, девочки $n=463$, мальчики $n=486$) и лиц 19-24 лет ($n=1451$, девушки $n=705$, юноши $n=746$), с общим объёмом выборки молодёжи 15-24 лет $n=2400$. Суммарный объём двух этапов исследования составил 5066 человек. Для определения объёма выборок при их конструировании применены классические статистические подходы к обеспечению репрезентативности (расчёт для заданной точности с вероятностью безошибочного результата не менее 0,954, по В.В. Паниотто; рекомендации А.В. Решетникова, К.А. Отдельновой), с адекватным применением статистической информации в процессе программирования исследования [Кечина Е.А., 2008, 2011; Кучко Е.Е., 2012]. Выборка районировалась с учётом соотношений, представленных в генеральной совокупности. В каждой из административных областей бесповторным отбором определялись не менее семи населённых пунктов: областной центр, город с численностью населения 50 тысяч человек и выше, находящийся в областном подчинении (для Минской области – два таких города), три города (или посёлка городского типа) с численностью населения менее 50 тысяч человек, и два – четыре района, где сбор материала осуществлялся в сельских населённых пунктах; отдельно выделен город Минск. Выбор точек опроса осуществлялся случайным бесповторным отбором из числа организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь изучаемому контингенту. Использован случайный бесповторный отбор респондентов на основе добровольного согласия и анонимности.

Инструментарий разрабатывался с учётом специфики выделенных страт и представлен в 7 видах опросников, включавших от 48 до 54 закрытых, полужакрытых и открытых вопросов на первом этапе опроса, и от 34 до 58 – на втором этапе. Вопросы составляли смысловые блоки, часть из которых

являлась сопоставимой и позволяла изучить явление в динамике, часть составлялась специфичной для конкретной страты, с целью углубленного изучения предмета для решения поставленных задач [19; 81]. Дихотомические вопросы составлялись по принципу уравниваемости альтернатив. Различия в количестве вопросов инструментария второго этапа объяснялись их упрощённой формулировкой, в терминах речи респондентов, для подростков, первого и второго этапов – исключением на втором этапе блока вопросов оценки уровня медико-гигиенической грамотности. В зависимости от изучаемого аспекта использованы различные виды измерительных шкал, построенных с учётом правил логического деления объёма понятий, обеспечения достаточной степени чувствительности, отсутствия перекосов и нейтральности формулировок [Ротман Д.Г., 2010]. В том числе использованы номинальные (состав семьи подростка, семейное положение лиц 19-24 лет и другие неранжируемые переменные), порядковые (изучение самооценки ряда факторов), метрические (изучение репродуктивных установок, оценки доступности консультативной помощи специалистов) шкалы. Инструментарий апробирован в пилотажных исследованиях, подвергался экспертному контролю комиссией по биомедицинской этике УО «ГрГМУ», обсуждался на заседании УМС МЗ РБ, международных конференциях в гг. Москве, Кракове, Люблине, опубликован в рецензируемых изданиях Польши, России, Беларуси.

Для статистической обработки данных использовано сочетание параметрических и непараметрических методов программ STATISTICA 6.0, 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q), SPSS 13.0. Выбор методов основан на классических подходах, включал спектр возможностей описательной статистики, параметрических и непараметрических методов оценки достоверности различий (параметрический дисперсионный анализ, в том числе расчёт критерия равенства дисперсий Левена, критерия t Стьюдента; построение таблиц сопряжённости с расчётом критерия χ^2 , методы Краскела-Уоллиса, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни; корреляционный анализ). Для расчёта экономического эффекта результатов определялся экономический эквивалент увеличения рождаемости [110] по данным на состояние 2012 г.

Дополнительно историческим методом и по данным действующих нормативной и учётно-отчётной документации выполнен анализ медико-организационных технологий охраны здоровья подростков и молодёжи.

В третьей главе прослежена динамика репродуктивных установок молодёжи 15-24 лет за период с 2004 по 2011 гг. и обоснована необходимость дополнительных мер по стимулированию установок на идеальное количество детей в семье в связи с отсутствием их роста и невозможностью обеспечить переход к расширенному воспроизводству населения. Доля респондентов, планирующих рождение более 3 детей (около 2%), а также доля планирующих

бездетность (3,1% женщин, 4,5% мужчин) не претерпели существенной динамики. Рост установок на планируемое количество детей в семье наблюдался преимущественно у женщин, что привело к ликвидации гендерных различий, выявленных в 2004-2006 гг.

Показано, что материальное положение и полнота семьи, в которой воспитывается подросток, не определяют формирование его репродуктивных установок. Так, среди подростков, материальное положение семей которых «очень хорошее» и «хорошее», уверены, что смогут создать свою полноценную семью, 92,06%; «трудное» и «очень трудное» – 84,4% ($\chi^2=0,14$, $p=0,7$). Подростки из полных семей планируют $1,91\pm 0,032$ ($M\pm m$) ребёнка, из неполных семей «с мамой» – $1,84\pm 0,048$ детей, «без мамы» – $1,83\pm 0,16$ ребёнка ($p>0,05$). Подростки из полных семей считают идеальным количеством $2,19\pm 0,034$ ребёнка в семье, из неполных семей «с мамой» – $2,14\pm 0,044$ ребёнка, из неполных семей «без мамы» – $2,3\pm 0,21$ детей ($p>0,05$). В то же время значимым фактором является наличие родных братьев/сестёр. Установки подростков, не имеющих/имеющих сестёр/братьев, на планируемое количество детей в семье равны, соответственно, $1,67\pm 0,047$ и $1,98\pm 0,032$ ($M\pm m$) ребёнка. Различия соответствуют 3 рожденьям на 10 будущих родителей (F Левена= $19,8$, $t=5,4$, $p=0,0001$). Установки на идеальное количество детей в семье подростков, не имеющих/имеющих братьев/сестёр, составляют, соответственно, $2,06\pm 0,055$ и $2,23\pm 0,035$ ребёнка, различия соответствуют 1,7 рождений на 10 будущих родителей ($t=2,6$, $p=0,01$).

Выполнен анализ мотивов, по которым женщины молодого возраста решаются на аборт. Экономико-социальные (материальное положение) мотивы лидируют при принятии решения об аборте при первой беременности, наступившей до достижения женщиной 25 лет (около 50% женщин). Медико-социальные факторы (возникновение беременности в условиях, заведомо оцениваемых женщиной как неблагоприятные, 30% женщин) и психологические мотивы (отсутствие психологической поддержки, давление, 20% женщин) также значимы, что подтверждается результатами сравнительного анализа с данными опроса впервые беременных женщин с ожидаемым исходом беременности в виде родов. В возрастном интервале от 15 до 24 лет беременность, наступившая в более раннем возрасте женщины (соответственно, $17,65\pm 0,1$ и $17,026\pm 0,11$ лет, $p<0,0001$), чаще завершается абортом. Фактор риска аборта – отсутствие постоянного партнёра. Состоят в браке 70,8% ожидающих рождения первенца и 11,2% прерывающих беременность женщин ($p<0,000$), имеют длительные отношения без регистрации 20,0% ожидающих рождения первенца и 14,2% прерывающих беременность женщин ($\chi^2=3,73$, $p=0,05$). Более трети женщин, прерывающих первую беременность (и 8,2% ожидающих рождения первого ребёнка),

испытывали насилие со стороны партнёра, более четверти прерывающих первую беременность (и 11,6% ожидающих рождения первенца, $\chi^2=24,8$, $p<0,0001$) воспитывались в семьях, где по отношению к ним применялось насилие. У женщин, впоследствии прерывающих первую беременность, начало интимных отношений чаще связано со «страхом потерять партнёра, желанием угодить, давлением», происходит в состоянии опьянения (8,24% прерывающих и 3,7% сохраняющих беременность женщин, $\chi^2=6,3$, $p=0,012$), чтобы «утвердиться в кругу сверстников» (5,2% и 1,0%, соответственно, $\chi^2=11,1$, $p=0,0008$); такие женщины чаще не используют средства контрацепции при первом половом контакте (33,2% беременных, ожидающих рождения ребёнка, и 48,3% прерывающих беременность, $\chi^2=15,47$, $p=0,0001$). Аборт сопровождается другими проявлениями рискованного поведения женщины по отношению к здоровью. При одинаковой частоте клинических симптомов инфекций, передаваемых половым путём (ИППП, около 37,1%), адекватная модель поведения по отношению к потреблению медицинской помощи наблюдалась у трёх четвертей ожидающих рождения ребёнка и у половины прерывающих беременность опрошенных. Никогда не курили и не собираются курить около 19,8% ожидающих рождения ребёнка и 9,9% прерывающих беременность женщин ($\chi^2=12,2$, $p=0,0005$). Курят на момент опроса 16,5% ожидающих рождения ребёнка и 33,1% прерывающих беременность ($\chi^2=24,26$, $p<0,0001$). У 29,2% прерывающих первую беременность женщин (15,8% ожидающих рождения ребёнка) алкогольная инициация произошла до достижения 15-летнего возраста ($\chi^2=17,2$, $p<0,0001$).

Уровень социальных факторов риска аборта в молодёжном социуме не высок. Наиболее значимыми жизненными ценностями для молодёжи, независимо от пола и возраста, являются семья, здоровье, треть (45,0% лиц 19-24 лет и 38,9% подростков) ранговое место занимают дети; наиболее значимым фактором в семьях родителей, а также в собственных семьях большинство лиц 19-24 лет в 2011 г. считают «здоровье детей». Ожидания девушек соответствуют установкам юношей в отношении прегравидарного и гравидарного гендерного партнёрства. Незначительные доли респондентов допускают возможность насилия в собственных семьях. Среди предпочитаемых форм брачно-семейных отношений лидирует официально зарегистрированный брак (73,2% девушек и 65,4% юношей). В то же время уже в 19-24 года часть опрошенных отмечают, что отношения в их собственных (в том числе будущих) семьях не будут «тёплыми, близкими», высока доля выбирающих «пробный брак» (сожительство до регистрации брака, 34,6% девушек и 29,8% юношей), «гражданский брак» (длительные отношения без регистрации брака, 18,7% девушек и 26,8% юношей). Почти 36,5% девушек и 38,5% юношей не считают обязательным регистрировать брак при наступлении беременности.

Сравнительный анализ данных двух этапов опроса показал наличие устойчивых установок ответственности по отношению к прегравидарной подготовке как у юношей, так и у девушек на протяжении 2004-2011 гг. При этом наблюдается снижение коэффициента запланированности первой беременности, наступившей до достижения женщиной возраста 25 лет, с 59,5% в 2004-2006 гг. до 46,9% в 2011 г. Наблюдается увеличение доли беременностей, оцениваемых как «несвоевременные» (с 25,2% до 32,3%, $\chi^2=11,67$, $p=0,0006$), и «нежеланные» (с 15,3% до 20,8%, $\chi^2=5,81$, $p=0,016$). Такая динамика согласовывается с публикуемыми данными о «постарении» рождаемости. Вместе с тем она неблагоприятна для репродуктивных установок молодых женщин, что было доказано нами в 2007 году.

В четвертой главе показаны поведенческие риски здоровью молодёжи на примере половой жизни, курения, употребления алкоголя, наркотиков, медицинской активности. К достижению 24 лет 97%, к 15 годам 62,3% юношей и девушек употребляли по своему желанию алкоголь. Около 19,5% подростков курят, независимо от пола. В интервале 19-24 лет курят 21,3% девушек и 45,9% юношей ($\chi^2=49,26$, $p=0,00001$). Почти 16,1% подростков указали, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества. По данным опроса, 7,4% мальчиков и 3,5% девочек в 15-18 лет, 7,2% девушек и 12,5% юношей в 19-24 года пробовали наркотики. В 15-18 лет опыт половой жизни подтверждают 31,2% (пятая часть девочек и треть мальчиков). Во время первого сексуального контакта используют методы контрацепции 49,9% девушек и 59,1% юношей 19-24 лет. Около 17,0% подростков из числа подтверждающих половую жизнь не пользуются контрацепцией. Имели случайные половые связи 24,5% 19-24-летних девушек и 46,4% юношей; 8,7% подростков. Положительно ответили на вопрос «Считаете ли Вы допустимыми для себя «нетрадиционные» сексуальные отношения (однополоый секс)?» 7,9% девушек и 5,5% юношей 19-24 лет, каждый десятый затруднился с ответом. Мальчики и юноши составляют группу риска небезопасного поведения по отношению к здоровью. Доля юношей 19-24 лет, употребляющих алкоголь 1 раз в неделю и чаще, превышает таковую у девушек более чем в 2 раза (16,1% и 7,1%, соответственно). Пятая-шестая часть мальчиков и девочек начинают курение до достижения 18 лет. Затем процесс приобщения к курению более интенсивен у юношей, среди них к 24 годам курят почти половина. Доступность наркотиков (наличие знакомых, их употребляющих) одинакова для мальчиков и девочек, однако мальчики и юноши в 1,5 раза чаще положительно отвечают на вопрос об употреблении наркотиков (7,4% мальчиков и 3,5% девочек 15-18 лет в 2010 г., $\chi^2=6,4$, $p=0,01$; 7,2% девушек и 12,5% юношей 19-24 лет в 2011 г., $\chi^2=11,1$, $p=0,0009$).

Наиболее удобной формой медицинского обслуживания подростки считают детскую поликлинику (43,9%), каждый четвёртый (23,0%) – поликлинику для взрослого населения, 26,0% – центр доброжелательного отношения к подростку либо (6,6%) «специальный медицинский центр для подростков». При этом только каждый девятый подросток своевременно обращается к врачу (48,7% – когда «в течение нескольких дней плохо себя чувствуют»; 24,4% – в случае «тяжёлой болезни»), при одинаковом уровне самооценки благополучия в репродуктивной сфере мальчики в 2,5 раза реже обращаются за помощью. За последние пять лет доля юношей, которые в качестве источника информации о репродуктивном здоровье используют хотя бы один из числа связанных с системой здравоохранения, возросла в 2,5 раза (с 14,8% до 41,0% выборки). При этом рост произошёл за счёт анонимных источников (печатной, наглядной информации учреждений здравоохранения). Охват подростков организованными беседами с гинекологом (хирургом, урологом) составляет менее 50%. Профилактический осмотр репродуктивной системы (гинеколог, хирург) у 50,9% опрошенных отсутствовал. У ответивших положительно осмотр проводился в 14-16-летнем возрасте. Процедура у 36,0% состояла только из осмотра репродуктивной системы, у 32,0% – из «осмотра врачом и ответов на вопросы врача», у 15,0% включала «осмотр врачом, ответы на вопросы врача и профилактическую беседу». Почти каждый десятый подросток указал, что профилактический осмотр гинекологом (хирургом, урологом) включал «только ответы на вопросы врача». На вопрос «Чем бы ты хотел(а) дополнить данный осмотр?», большая часть опрошенных не ответили, почти половина подростков указали: «ничем». Среди тех, кто высказал своё мнение (около 3% массива и около 6% тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии профилактического осмотра), большинство хотели бы дополнить осмотр беседой, возможностью получить консультацию, информацию, ответы на вопросы, совет. Некоторые нуждались в анонимности, в «более тщательном проведении осмотра». Часть ответили, что хотели бы дополнить профилактический осмотр «осмотром». Только около трети подростков информированы о наличии центров, дружественных подросткам.

Доступность психологической помощи для подростков следует охарактеризовать как высокую: 93,6% подростков указывают, что в их школе есть психолог. В то же время услуги психолога учреждения образования не востребованы подростками в полной мере. Так, обращались к психологу в школе только 15,2%. В ситуации готовности «покончить с собой от отчаяния» подросток обращается к психологу школы в 1,1% случаев. Каждый пятый подросток (8,8% мальчиков и 29,16% девочек, $\chi^2=44,05$, $p=0,0001$) отмечает, что испытывал когда-либо психологическое состояние, близкое к попытке суицида.

В 19-24 года доступность помощи психолога резко снижается. За пятилетний период прослеживается положительная динамика в оценках доступности консультации психолога и генетика, однако значительной долей опрошенных доступность помощи психолога, генетика и сексолога стабильно оценивается неудовлетворительно. Оценивают как доступную консультацию сексолога 34,9% юношей 19-24 лет (18,4% девушек), психолога – 53,1% (47,1% девушек), генетика – 29,9% (28,1% девушек). Подобные различия в оценках доступности наблюдались и в 2004-2006 гг. Оценки доступности помощи основного специалиста в сфере репродуктивного здоровья удовлетворительны только у девушек (гинеколог: $6,8 \pm 0,08$ баллов, уролог (андролог) у юношей: $5,2 \pm 0,11$ баллов по 10-балльной шкале, $t=11,76$, $p=0,0001$). Это способствует низкой медицинской активности. Так, только 72,0% девушек 19-24 лет положительно ответили на вопрос, посещали ли они когда-либо гинеколога с целью профилактики, из них 22,2% посещали гинеколога более 12 месяцев назад. Около 65,1% юношей 19-24 лет указали, что «никогда не посещали уролога (хирурга, андролога) с целью профилактики мужского здоровья», только 12,5% посещали указанного специалиста менее 12 месяцев назад. Почти 32,2% юношей и 31,3% девушек 19-24 лет при наличии клинических симптомов ИППП выбирают неадекватную стратегию поведения (отсутствие каких-либо действий; самолечение, помощь друзей, знакомых). За пятилетний период доля юношей, имевших симптомы ИППП и выбравших модель анонимного обследования, возросла с 10,0% до 18,2% ($\chi^2=3,10$, $p=0,07$). Динамика свидетельствует о наметившейся тенденции.

Внедрённые с 2003 г. организационные технологии – центры, дружественные подросткам (центры здоровья подростков и молодёжи), – функционально нацелены на решение обозначенных задач. Анализ их деятельности, выполненный по данным нормативной и учётно-отчётной документации, выявил ряд управленческих проблем. Юридический статус центров не унифицирован, определяется решениями местных органов исполнительной власти или приказом начальника УЗО (Комитета по здравоохранению Мингорисполкома). Финансирование осуществляется в пределах выделенных организации здравоохранения (ОЗ), подразделением которой являются центры, бюджетных средств, с сохранением в значительной части доли спонсорской, гуманитарной и международной технической помощи. Штаты центра утверждаются главным врачом центральной районной (городской) больницы (поликлиники) в рамках общей штатной численности персонала в пределах примерного штатного расписания, то есть штатное расписание не унифицировано. Необходимо упорядочить юридический статус центров, их количество, организационную структуру управления, обеспечить бесперебойное функционирование исходя из принципа 1 центр в каждом

районе областного центра с выделением 1 ведущего центра в области, 1 центр (кабинет) в каждом районном центре для обеспечения доступности для подростков из села. Предпочтительно придерживаться трёхуровневой сети для равной доступности потребителям согласно примерной схеме (рисунок 1).

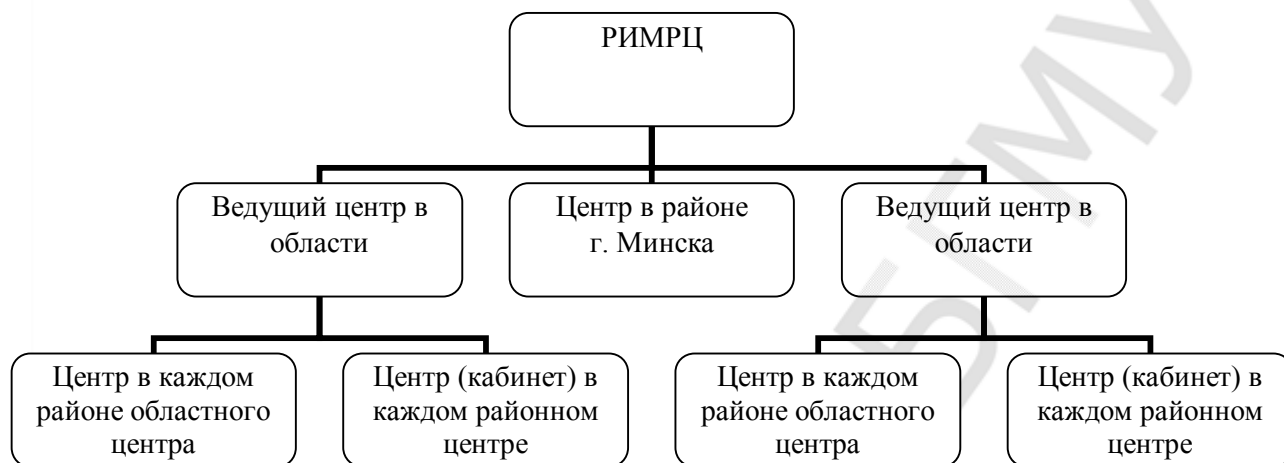


Рисунок 1. – Модель организационной структуры управления центрами здоровья подростков и молодёжи

Анализ индикаторов «Итоговой информации о работе центра» выявляет, что качество оценивается по всем основным функциональным направлениям деятельности, однако методика оценки не соответствует современным требованиям. Так, все 13 используемых индикаторов, объединённых в 6 блоков, являются абсолютными величинами («число обратившихся», «количество проведенных анкетирований» и другие). Отсутствуют показатели, способные охарактеризовать эффективность мероприятий, проводимых в центрах, по степени их влияния на здоровье, на качество жизни, на репродуктивный потенциал подростков. Необходимо дополнить методику оценки деятельности центров современными показателями.

При изучении влияния семьи на распределение основных жизненных ценностей подростков (установлено как «семья» – «здоровье» – «дети») не выявлено воздействия таких факторов, как материальное положение семьи (самооценка его подростком), её полноты и образования родителей. Следовательно, индивидуальное отношение подростка к здоровью во многом определяется отношением социума. Не установлено влияния семьи на такие поведенческие факторы здоровья, как наличие половых отношений, использование контрацепции, курение, частота занятий физической культурой, проба наркотика. В то же время знакомые, употребляющие наркотики, значимо реже (13,4% против 31,1%, $\chi^2=10,19$, $p=0,0014$) присутствуют у подростков из семей с «очень хорошим» или «хорошим», чем у подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением. Такая же тенденция

прослеживается для неполных семей (14,5% из полных и 19,5% из неполных семей, соответственно, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=1,9$, $p=0,056$). Доля подростков, не употребляющих алкогольные напитки, значимо ниже у подростков из неполных семей (31,3% против 21,5%, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,97$, $p=0,003$). Крепкие (более 20 градусов) алкогольные напитки употребляют 1 раз в неделю и чаще около 1,0% подростков в обеспеченных, и 8,1% в малообеспеченных семьях ($\chi^2=7,65$, $p=0,0057$). Состав семьи влияет на выбор подростком семьи как источника информации о репродуктивном здоровье: в семьях «с мамой», даже неполных, подростки значимо чаще получают информацию по вопросам пола. Полнота семьи значима для наличия случайных половых связей: их отмечают 15,8% подростков из числа живущих половой жизнью в полных семьях и 31,5% в неполных ($\chi^2=4,22$, $p=0,04$, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,05$, $p=0,04$). Самооценка здоровья коррелирует с самооценкой материального положения семьи (r Спирмена= $0,226$, $p=0,01$). Выявляется тенденция зависимости своевременной обращаемости подростка за медицинской помощью от уровня образования родителей, при отсутствии влияния материального положения и состава семьи. Чаще сталкиваются с ситуацией, «когда были готовы покончить с собой от отчаяния», подростки из малообеспеченных (11,2% подростков из обеспеченных против 40,0% из малообеспеченных семей, $\chi^2=3,69$, $p=0,05$) и неполных семей (наибольшая доля 30,3%, в неполных семьях «без мамы»). Самооценка полноценности питания коррелирует с самооценкой состояния здоровья (r Спирмена= $0,42$, $p=0,01$) и самооценкой материального положения семьи (r Спирмена= $0,3$, $p=0,01$); значима также полнота семьи (данные самооценки полноценности питания подростков из полных семей $3,84 \pm 0,039$ ($M \pm m$), из неполных $3,75 \pm 0,063$, критерий Левена $F=8,56$, $p=0,004$). Выявленные закономерности влияния семьи на поведенческие факторы здоровья подростка требуют их учёта в разработке мер профилактики, формирования здорового образа жизни.

В пятой главе приведено обоснование метода оценки КЖСЗ 15-18-летних подростков, методики оценки результативности мероприятий программы профилактики с расчётом коэффициента социального результата (КСР). Метод разработан с учётом закономерностей влияния семьи на поведенческие факторы здоровья подростка. Анализируются 11 факторов КЖСЗ (F1 – F11), по итогам предоставляется индивидуальное заключение (программа профилактики здоровья подростка с прогнозом эффективности), которое в электронном виде включает представленные в форме диаграммы и таблицы результаты оценки интегрального уровня КЖСЗ и его компонентов, рекомендации по консультированию и форме коррекции. Различают предупреждающую (по желанию подростка), плановую (в течение месяца, с

контролем в динамике), срочную (в течение нескольких дней с последующим контролем), экстренную (в день исследования с последующим контролем) коррекцию. Рекомендации построены исходя из типового штатного состава и функциональных задач центров, дружественных подросткам. Неблагоприятный прогноз является основанием для подключения к профилактической работе с подростком и его семьёй социального педагога, юриста (сотрудника милиции), закреплённых за указанными центрами, учреждениями образования, административными территориями. Метод позволяет как при индивидуальном, так и при массовых обращениях (группа) подростков определить направленные меры профилактики, отнести подростка к той или иной целевой группе для консультирования, с учётом факторов качества жизни.

Для оценки результативности мероприятий программы профилактики проводится сравнительный анализ уровня КЖСЗ и попарно уровней каждого компонента из числа F2 – F10 по схеме (рисунок 2).

Эффект отрицательный (У - ухудшение)		Эффект отсутствует (О)		Эффект положительный (П)*	
Уровень КЖСЗ повторный < Уровень КЖСЗ первичный	Уровень КЖСЗ повторный > Уровень КЖСЗ первичный	Уровень F2 – F10 повторный = Уровень F2 – F10 первичный	Уровень F2 – F10 повторный < Уровень F2 – F10 первичный	Уровень КЖСЗ повторный > Уровень КЖСЗ первичный	Уровень КЖСЗ повторный < Уровень КЖСЗ первичный
и/или (при отсутствии изменений уровня КЖСЗ)		и/или (при отсутствии изменений уровня КЖСЗ)**		и/или (при отсутствии изменений уровня КЖСЗ)	
Уровень одного или нескольких факторов F2 – F10 повторный	Уровень одного или нескольких факторов F2 – F10 первичный	Уровень одного или нескольких факторов из числа F2 – F10 повторный	Повышение уровня одного или нескольких факторов с одновременным снижением уровня другого (других) факторов	Уровень факторов F2 – F10 первичный	Уровень одного или нескольких факторов F2 – F10 повторный
^				v	
Уровень одного или нескольких факторов F2 – F10 повторный		Уровень одного или нескольких факторов F2 – F10 первичный		Уровень одного или нескольких факторов F2 – F10 повторный	

*К положительному эффекту (П) относят все случаи высшего уровня КЖСЗ

** При высоком уровне КЖСЗ первичного эффект оценивается как положительный (П)

Рисунок 2. – Схема оценки результативности мероприятий программы профилактики здоровья подростка

На основе индивидуальных результатов оценки эффектов программ профилактики здоровья подростка на групповом уровне рассчитывается коэффициент социального результата КСР по формуле (1):

$$КСР = \frac{(П-У) \times 100}{(П+О+У)} \quad (1)$$

где П – эффект положительный

У – эффект отрицательный (ухудшение)

О – эффект отсутствует

Отрицательные и нулевые значения КСР ($У \geq П$) свидетельствуют о неудовлетворительном социальном результате. При КСР от 1 до 30 – результат ниже среднего, от 31 до 60 – результат средний, от 61 до 100 – результат высокий.

Определение показателей КЖСЗ проводилось по данным опроса выборки 15-18-летних подростков ($n=949$, 2010 г.), репрезентативной республиканской. Выявлена острая необходимость мер по повышению медицинской информированности о репродуктивном здоровье и принципах рационального питания, коррекции образа жизни подростков в части физической активности. Невосполненной остаётся потребность подростков в медико-психологической помощи. Меры тем более актуальны, поскольку прогноз эффективности оптимален у мальчиков и у девочек.

Оптимальным является трёхкратное применение метода оценки КЖСЗ подростка, адаптированное к схеме диспансерного наблюдения, представленной в Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет. При первом обязательном осмотре врачом-педиатром (врачом общей практики) подростка в возрасте 15 лет подросток информируется о наличии в территориальной доступности центра (кабинета), дружественного подросткам. При добровольном обращении подростка в центр (кабинет) проводится первая оценка КЖСЗ. Полученная при оценке индивидуальная программа профилактики здоровья подростка и значения первичного КЖСЗ-15 вносятся в карту учёта подростков центра (предпочтительны компьютерный учёт и формирование базы данных), осуществляются необходимые рекомендации. Повторная оценка КЖСЗ-15 проводится с целью контроля эффективности выполнения рекомендаций. Для обеспечения полноты охвата и повышения доли повторных обращений в центры, дружественные подросткам, при втором обязательном осмотре врачом-педиатром (врачом общей практики) в возрасте 15 лет подросток повторно информируется о наличии в территориальной доступности центра (кабинета), дружественного подросткам. Результаты оценки уровня КЖСЗ (повторный КЖСЗ-15) и его компонентов фиксируются в карте учёта подростков для оценки результативности мероприятий, в случае необходимости осуществляются рекомендации индивидуальной программы профилактики. При втором обязательном осмотре врачом-педиатром (врачом общей

практики), в возрасте 17 лет и накануне перевода подростка в ОЗ (отделение) для взрослого населения подросток вновь информируется о наличии в территориальной доступности центра (кабинета), дружественного подросткам. При добровольном обращении подростка в центр (кабинет) проводится оценка КЖСЗ и оценка медицинской информированности в прекоцептивной подготовке. Индивидуальная программа профилактики здоровья (оценка КЖСЗ) и заполненный опросник с «ключом» (оценка медицинской информированности) выдаются подростку на руки с устными рекомендациями, результаты оценки КЖСЗ (КЖСЗ-17) фиксируются в карте учёта подростков.

Мониторинг КЖСЗ (на основе динамики КСР) может быть использован для оценки эффективности профилактических программ, деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни. Для его осуществления рекомендуем использовать для детских организаций здравоохранения (отделений), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь подросткам, и имеющих в составе центры, дружественные подросткам, показатели КСР для 15-летних и 17-летних подростков (КСР-15, КСР-17). При этом в расчёт КСР-15 включать первичный КЖСЗ-15 и повторный КЖСЗ-15, в расчёт КСР-17 – повторный КЖСЗ-15 и КЖСЗ-17. В силу высокого поведенческого риска здоровью юношей рекомендуется вести отдельный учёт показателей: «1. Из общего числа детей в возрасте 15-17 лет, состоявших под диспансерным наблюдением в течение отчетного года: выполнили индивидуальную программу профилактики здоровья на основе оценки КЖСЗ; из них юноши; 2. Имели высокий (высший) уровень КЖСЗ-17, из них юноши». При этом следует учесть, что подростковый кабинет детской поликлиники не может заменить функции центра (кабинета), дружественного подросткам, и обеспечить мониторинг КЖСЗ.

На основе метода оценки КЖСЗ целесообразно дополнить методику оценки деятельности центров здоровья подростков и молодёжи качественными индикаторами. В том числе: дополнить показатель «число консультированных подростков (до 18 лет) всего и в том числе педиатром, психологом, урологом, наркологом, другими специалистами» показателем «доля целевых консультаций» (рассчитывается как доля целевых консультаций, осуществлённых по итогам оценки КЖСЗ, в общем числе консультаций у подростков, в процентах); дополнить показатель «число консультированных взрослых (старше 18 лет), в том числе педиатром, психологом, урологом, наркологом, другими специалистами» показателем «доля целевых консультаций» (рассчитывается как доля целевых консультаций, осуществлённых по итогам оценки медицинской информированности в прекоцептивной подготовке молодёжи в общем числе консультаций у лиц старше 18 лет, в процентах); дополнить показатель «число проведенных

занятий, бесед, лекций» показателем «доля целевых занятий, бесед, лекций» (рассчитывается как доля целевых занятий, бесед, лекций, осуществлённых по итогам оценки КЖСЗ у подростков и по итогам оценки медицинской информированности в преконцептивной подготовке молодёжи у лиц старше 18 лет в общем числе занятий, бесед, лекций; в процентах); дополнить показатель «число респондентов в проведенных анкетированиях» показателями «число подростков в проведенных оценках КЖСЗ» и «число лиц старше 18 лет в проведенных оценках медицинской информированности в преконцептивной подготовке молодёжи».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

Обоснованы и внедрены социально эффективные меры оптимизации деятельности здравоохранения по укреплению репродуктивного здоровья молодёжи, повышению связанного со здоровьем качества жизни подростков, увеличению рождаемости.

1. В период с 2004 по 2011 гг. регистрируется рост установок молодёжи 15-24 лет на планируемое количество детей в семье (от $1,66 \pm 0,01$ до $1,87 \pm 0,016$), что отражает результативность государственных мер по обеспечению демографической безопасности. При этом установки молодёжи на идеальное количество детей в семье не возросли ($2,24 \pm 0,01$ и $2,249 \pm 0,017$ детей, соответственно). Даже их полная реализация не приведёт к демографическому переходу на расширенное воспроизводство населения. Разрыв между установками на планируемое и на идеальное количество детей сократился в 1,6 раза, резерв роста рождаемости в условиях сохранения установок на идеальное количество детей в семье на прежнем уровне, составляет не более 0,38-0,39 ребёнка в семье. Необходимы меры по стимулированию роста установок молодёжи на идеальное количество детей в семье [1; 5; 27; 63].

2. В числе мотивов принятия решения о неблагоприятном репродуктивном выборе (аборт) при первой беременности у женщин, не достигших возраста 25 лет, лидируют экономико-социальные мотивы (материальное положение, 50% женщин). На втором месте (30%) медико-социальные факторы: возникновение беременности в условиях, заведомо оцениваемых женщиной как неблагоприятные («первый ребёнок слишком мал», «молодой возраст», «состояние здоровья», «наличие достаточного числа детей» и проч.). Значимы также психологические аспекты (отсутствие поддержки и/или давление со стороны партнёра, родителей, 20%). Результаты статистического анализа показывают значимость таких объективных факторов

риска аборта, как поведенческий риск здоровью при первой интимной связи (вступление в интимную связь в более раннем возрасте, под влиянием неадекватных мотивов, в состоянии опьянения, без использования контрацепции), насилие в отношениях с партнёром или в родительской семье, отсутствие постоянного партнёра. Женщины, прерывающие первую беременность, характеризуются и другими компонентами рискованного поведения к здоровью, что проявляется на примере медицинской активности при наличии клинических симптомов ИППП, курения, алкогольной инициации девочки до достижения 15-летнего возраста [6; 12; 28; 29; 41; 43; 50; 74].

Уровень социальных факторов риска неблагоприятного репродуктивного выбора (аборт) при первой беременности в молодёжной среде следует оценить как невысокий, что проистекает из распределения наиболее значимых жизненных ценностей молодёжи (независимо от пола и возраста, в 2010-2011 гг. это «семья», «здоровье», «дети»); наиболее значимых факторов в семьях родителей и в собственных семьях (для респондентов 19-24 лет в 2011 г. это «здоровье детей»), соответствия ожиданий девушек установкам юношей в отношении прегравидарного и гравидарного партнёрства, установками к ненасилию в собственных семьях, предпочтением зарегистрированного брака. В то же время уже в 19-24 года 13,0% девушек и 17,8% юношей отмечают, что отношения в их собственных семьях не будут «тёплыми, близкими», каждый третий респондент, независимо от пола, отдаёт предпочтение иным формам брачно-семейных отношений [73; 76; 80; 85; 91; 92].

Согласно установленным факторам риска, меры профилактики аборта должны включать формирование в молодёжной среде отношений гендерного партнёрства, ответственного отцовства, психологической готовности к семье и браку, работу по планированию семьи и медико-гигиеническому обучению с популяризацией сведений о риске аборта и его последствий. До достижения среднего возраста начала половой жизни (17 лет) необходимо выявление подростков с недостаточным уровнем КЖСЗ и последующая направленная коррекция. Межведомственный характер и социальная направленность мер предусматривают необходимость их медико-социологического обоснования с целью обеспечения эффективности [2; 4; 14; 15; 30; 38; 62; 65; 78; 82; 94].

3. Наряду с положительным отношением молодёжи к семье и детям как жизненной ценности, наличием устойчивых (с 2004-2006 по 2011 гг.) установок ответственности по отношению к прегравидарной подготовке, наблюдается негативная динамика КЗПБ в возрасте до 25 лет (с 59,5% в 2004-2006 гг. до 46,9% в 2010 г.), рост доли беременностей, оцениваемых как «несвоевременные» (с 25,2% до 32,3%, $\chi^2=11,67$, $p=0,0006$) и «нежеланные» (с 15,3% до 20,8%, $\chi^2=5,81$, $p=0,016$). Выявленная тенденция прогностически

неблагоприятна для репродуктивных установок молодых женщин на идеальное количество детей в семье [9; 10; 47; 49; 93].

Материальное положение и полнота семьи, в которой воспитывается подросток, не определяют формирование его репродуктивных установок. Значимым фактором для установок как на планируемое, так и на идеальное количество детей в семье у 15-18-летних подростков является наличие родных братьев или сестёр [59; 61]. При этом различия в установках на планируемое количество детей в семье соответствуют 3 рожденим на 10 будущих родителей (установки составляют $1,67 \pm 0,047$ и $1,98 \pm 0,032$ детей, соответственно, F Левена = 19,8, $t=5,4$, $p=0,0001$), на идеальное количество детей 1,7 рожденим на 10 будущих родителей ($2,06 \pm 0,055$ и $2,23 \pm 0,035$, $t=2,6$ при $p=0,01$). Необходимо сохранять государственную поддержку семей с двумя и более детьми, в которых хотя бы один ребёнок не достиг возраста 18 лет.

4. Здоровье занимает 1-2 места в числе жизненных ценностей подростков и молодёжи обоих полов, при высокой распространённости поведенческих рисков, что доказано на примере риска сексуального поведения, употребления алкоголя, курения, распространённости в молодёжной среде информации о возможности доступа к наркотикам [1; 2; 3; 17; 48; 58; 71; 72; 96; 97; 106]. Подростки являются группой риска неадекватной медицинской активности [40; 51; 64; 77], уязвимая гендерная группа рискованного поведения – мальчики и юноши [20; 24; 32; 44; 66; 70; 90]. При этом охват подростков организованными беседами с врачом-гинекологом (урологом) составляет менее 50%, содержание информации неполное [53; 55]. Необходимо усиление контроля качества диспансерного наблюдения и консультирования подростков [107]. Большинство подростков (93,6%) отмечают возможность получить консультацию психолога в школе, при этом обращаемость составляет 15,2%, при наличии суицидальных мыслей 1,1%. Каждый пятый подросток испытывал когда-либо состояние «готовности покончить с собой» [3; 42; 52; 56; 57; 69].

Несмотря на наличие положительной тенденции в оценках доступности лицами 19-24 лет консультативной помощи специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (на примере сексолога, генетика), психолога, значительной долей опрошенных доступность стабильно оценивается неудовлетворительно. Среди лиц 19-24 лет наибольшая доля опрошенных (53,1%, юноши) оценивают как доступную консультацию психолога. Оценки доступности помощи основного специалиста в сфере репродуктивного здоровья удовлетворительны только у девушек (гинеколог: $6,8 \pm 0,08$ баллов, уролог (андролог) у юношей: $5,2 \pm 0,11$ баллов по 10-балльной шкале, $t=11,76$, $p=0,0001$). Низкие оценки доступности медицинской помощи способствуют и неадекватной медицинской активности как с целью профилактики [1; 36; 39], так и при наличии клинических симптомов ИППП, с выраженным риском у

юношей. Необходимо повышение доступности (информирование о возможности получения) андрологической (урологической) помощи [7; 34; 75; 103; 105]. Подтверждается острая востребованность инновационных медико-организационных форм охраны здоровья подростков и молодёжи, таких как центры (кабинеты) доброжелательного отношения. Одновременно отмечается недостаточная (31,07% мальчиков и 46,2% девочек, $\chi^2=10,22$, $p=0,0014$) информированность подростков о наличии таких служб, низкая обращаемость (3,2% опрошенных), что требует мер маркетингового характера [25; 60; 104].

5. Для некоторых факторов здоровья и качества жизни подростков Беларуси впервые доказана зависимость от факторов семьи [3; 22; 45; 46; 54; 67; 68; 98; 102]. Так, полнота семьи влияет на наличие у подростка случайных половых связей (имели случайный секс 15,8% подростков из числа живущих половой жизнью среди респондентов из полных семей и 31,5% из неполных, $\chi^2=4,22$, $p=0,04$, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,05$, $p=0,04$), алкогольной инициации, кризисных психологических ситуаций (15,4% подростков из полных семей, 25,2% из неполных семей «с мамой», $\chi^2=7,8$, $p=0,005$, 30,3% подростков из неполных семей «без мамы»; при сравнении подростков из полных семей и неполных семей суммарно $\chi^2=9,4$, $p=0,002$). Низкая самооценка подростком материального положения семьи – фактор риска наличия знакомых, употребляющих наркотики (такие знакомые присутствуют у 13,4% подростков из семей с «очень хорошим» или «хорошим», и 31,1% подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением, $\chi^2_{Yates}=8,84$, $p=0,0029$), риска употребления 1 и более раз в неделю крепких алкогольных напитков (1,0% подростков в обеспеченных и 8,1% в малообеспеченных семьях, $\chi^2=7,65$, $p=0,0057$; $\chi^2_{Yates}=4,64$, $p=0,03$), наличия кризисных психологических ситуаций (11,2% подростков из обеспеченных и 40,0% из малообеспеченных семей, $\chi^2=3,69$, $p=0,05$). Выявлена тенденция положительного влияния более высокого уровня образования родителей на обращаемость подростка за медицинской помощью, при отсутствии влияния материального положения и полноты семьи. Указанные особенности необходимо учитывать в организации профилактической работы, формируя группы целевого консультирования. Статистически не подтверждается влияние материального положения семьи, её состава и образования родителей на такие поведенческие факторы репродуктивного здоровья подростков, как самооценка знаний о репродуктивном здоровье, наличие половых отношений и использование контрацепции, курение, частота занятий физической культурой. Следовательно, указанные факторы формируются в большей степени под влиянием внешней социальной среды, что делает их потенциально модифицируемыми при взаимодействии с учреждениями образования, при помощи волонтеров из

числа подростков [3; 79; 83; 84; 86; 87].

С учётом выявленных закономерностей разработан метод оценки КЖСЗ (ручной вариант и компьютерная программа) [3; 13; 23; 26; 31; 101; 108; 111; 112]. Анализируются 11 факторов: самооценка здоровья, знаний о репродуктивном здоровье, полноценности питания, возможности социальной реализации и создания полноценной семьи; объективно оцениваются физическая активность, продолжительность сна, обращаемость за медицинской помощью, риски приобщения к психоактивным веществам, опасного сексуального поведения, развития кризисных психологических состояний, социальные факторы, влияющие на КЖСЗ. Заключение включает интегральную оценку КЖСЗ, оценку уровня и форму коррекции для каждого фактора (предупреждающие, плановые, срочные, экстренные меры), конкретные рекомендации, прогноз их эффективности, необходимость межведомственного взаимодействия (социальный педагог, юрист) при неблагоприятном прогнозе. Опросник пригоден для культурных и социальных условий Беларуси, позволяет изучить качество жизни во взаимосвязи с репродуктивным потенциалом подростка. Метод даёт возможность установить интегральный уровень качества жизни и провести его покомпонентную оценку. Устанавливает форму и содержание корректирующих (предупреждающих) мероприятий, даёт индивидуальный прогноз их эффективности на основе социального фактора. Применение в группе оптимизирует организацию группового консультирования подростков. Посредством автоматизированного варианта возможен расчёт групповых показателей. Апробация метода показала высокую результативность при организации как индивидуального, так и целевого группового консультирования подростков: значения КСР соответствовали высокому социальному результату.

Показатели оценки КЖСЗ оправдано использовать в комплексной оценке здоровья подростков на индивидуальном и групповом уровнях.

6. Показатели КЖСЗ 15-18-летних подростков (2010 год, выборка, репрезентативная республиканской) соответствуют высоким значениям у мальчиков (индивидуальный усреднённый индекс I инд. усред=77) и значениям выше среднего у девочек (I инд. усред=73). Зоны риска, требующие срочной коррекции (уровень фактора КЖСЗ I_f средний) у мальчиков: медико-гигиеническая грамотность ($I_{f2}=58,3$), обращаемость за медицинской помощью ($I_{f10}=60$), у девочек: полноценность питания ($I_{f3}=50$), физическая активность ($I_{f4}=56$). Плановая коррекция (уровень фактора КЖСЗ I_f выше среднего) у мальчиков требуется по фактору полноценности питания ($I_{f3}=75$), у девочек по факторам медико-гигиенической грамотности ($I_{f2}=75$), риска кризисных психологических состояний ($I_{f8}=71$), обращаемости за медицинской помощью ($I_{f10}=65$). Прогноз эффективности мероприятий на основе социального фактора

КЖСЗ оптимален как у мальчиков, так и у девочек [3; 13; 14; 26; 99; 100].

Трёхкратное применение метода оценки КЖСЗ подростка на базе центров (кабинетов), дружественных подросткам, с осуществлением необходимых рекомендаций программы профилактики и с внесением показателей «первичный КЖСЗ-15», «повторный КЖСЗ-15», «КЖСЗ-17» в карту учёта подростков центра (предпочтительны компьютерный учёт и формирование базы данных), с последующим расчётом КСР-15 и КСР-17, позволят обеспечить преемственность и межведомственный подход в охране репродуктивного здоровья и в повышении КЖСЗ подростков, выполнить мониторинг КЖСЗ (на основе динамики КСР). В возрасте 17 лет накануне перевода подростка в организацию здравоохранения (отделение) для взрослого населения оценку КЖСЗ целесообразно сочетать с оценкой медицинской информированности в преконцептивной подготовке. В силу высокого поведенческого риска здоровью рекомендуется вести отдельный учёт охвата юношей [33; 35; 109; 112].

Центры здоровья подростков и молодёжи являются оптимальной формой работы по укреплению репродуктивного потенциала, повышению КЖСЗ [3; 89; 95]. Для повышения эффективности их деятельности необходимо унифицировать юридический статус, внести в Номенклатуру организаций здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить бесперебойное финансирование и планирование сети согласно примерной трёхуровневой схеме, с гарантией равной доступности для подростков из города и села, скорректировать методику оценки деятельности с введением показателей: «доля целевых консультаций» (по итогам оценки КЖСЗ подростков; по итогам оценки медицинской информированности в преконцептивной подготовке молодёжи у лиц старше 18 лет), «доля целевых занятий, бесед, лекций» (по итогам оценки КЖСЗ и (или) оценки медицинской информированности в преконцептивной подготовке молодёжи), «число подростков в проведенных оценках КЖСЗ» и «число лиц старше 18 лет в проведенных оценках медицинской информированности в преконцептивной подготовке молодёжи».

Указанные организационно-управленческие меры обеспечат возможность применения методов [109; 112] на уровне республики. Это приведёт к эффекту, который может быть представлен в трёх компонентах: ближайший, первая волна отдалённого (живущее поколение подростков), вторая волна отдалённого (его потомки). Ближайший эффект дополнительного рождения составит 18-19 детей на 100 женщин молодого возраста, приведёт к приросту рождаемости до 11,15‰. Его экономический эквивалент до 461160,4 млрд рублей по состоянию на 2012 г. [21; 37; 88; 110]. Первая волна отдалённого прогнозируемого эффекта (в течение 10-20 лет) связана с повышением коэффициента запланированности первой беременности в возрасте до 25 лет и обусловленного этим роста репродуктивных установок на идеальное количество детей в семье в живущем

поколении подростков. Эффект эквивалентен приросту рождаемости, исходя из численности населения в 2012 г., на 2,3%, 92229,5 млрд руб. Вторая волна отдалённого эффекта (через 30-50 лет) обусловлена реализацией возросших репродуктивных установок поколения детей, рождённых живущим поколением подростков, и реализацией репродуктивного потенциала дополнительно рождёнными. Их рождение также послужит фактором, способствующим увеличению репродуктивных установок поколения, рождённого в ближайшие годы, что следует из выявленных различий в установках на планируемое и идеальное число детей у подростков, имеющих и не имеющих братьев (сестёр). Подтверждённая взаимосвязь компонентов рискованного поведения по отношению к здоровью объясняет очевидное усиление социального эффекта вкладом укрепления потенциала здоровья молодёжи [8; 10; 16; 18; 35].

Рекомендации по практическому использованию результатов

Метод оценки КЖСЗ 15-18-летних подростков рекомендован к использованию в педиатрической службе, центрах здоровья подростков и молодёжи для комплексной оценки состояния здоровья подростков на индивидуальном и групповом уровнях, организации направленного группового консультирования подростков и внедрения индивидуального подхода к профилактике, обеспечения преемственности и межведомственного подхода в укреплении репродуктивного здоровья [111; 112].

Для повышения эффективности работы с молодёжью по планированию семьи в отделениях профилактики поликлиник, женских консультациях, в педиатрической службе при передаче подростка в территориальные организации здравоохранения для взрослого населения рекомендовано совместное применение метода оценки КЖСЗ и методики оценки медицинской информированности в прекоцептивной подготовке молодёжи [109; 111; 112].

Мониторинг КЖСЗ (на основе КСР) рекомендуется использовать в управлении здравоохранением для оценки эффективности профилактических программ, деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни [110; 112]. Качественные показатели деятельности и предлагаемые организационно-управленческие меры рекомендованы для оптимизации деятельности центров, дружественных подросткам.

Результаты работы следует также использовать как основу для развития нового научного направления – социологии медицины, – в других областях исследований данной научной специальности, с целью обоснования концепций социального управления здоровьем, медико-социальным поведением и качеством жизни личности и практического внедрения их результатов [1; 2; 3; 4; 7; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 19; 21; 23; 26; 27; 30; 31; 81].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ

Монографии

1. Сурмач, М. Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности / М. Ю. Сурмач. – Минск : ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.
2. Сурмач, М. Ю. Здоровье молодой семьи. Социокультурные основы / М. Ю. Сурмач. – Saarbrücken, Germany : LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 273 с. (ISBN: 978-3-659-30592-4).
3. Сурмач, М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем : монография / М. Ю. Сурмач. – Гродно : ГрГМУ, 2013. – 228 с.

Статьи в рецензируемых научных журналах (медицинские науки)

4. Сурмач, М. Ю. Методология исследования и оценки социальной эффективности системы здравоохранения (на примере охраны репродуктивного здоровья молодёжи) / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Журнал ГрГМУ. – 2008. – № 1 (21). – С. 102–106.
5. Сурмач, М. Ю. Медико-организационные резервы стимулирования рождаемости в Республике Беларусь / М. Ю. Сурмач // Проблемы соц. гигиены, здр-я и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 45–48.
6. Сурмач, М. Ю. Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивный выбор при первой беременности / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Вестник Ивановской мед. академии. – 2010. – № 1 (Т. 15). – С. 5–8.
7. Сурмач, М. Ю. Установки молодёжи на здоровьесбережение в сфере репродукции и возможности их реализации, связанные с медицинской активностью: методика и результаты оценки / М. Ю. Сурмач // Социология медицины. – 2010. – № 1. – С. 33–36.
8. Сурмач, М. Ю. Характеристика здоровьесформирующей и репродуктивной функции семьи в Беларуси / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Вестник Ивановской мед. академии. – 2011. – Т. 16. – № 3. – С. 5–9.
9. Сурмач, М. Ю. Репродуктивное поведение молодёжи Беларуси и его детерминация. Часть 1 : Роль первой беременности в формировании потребности в детях / М. Ю. Сурмач // Журнал ГрГМУ. – 2011. – № 3 (35). – С. 36–40.
10. Сурмач, М. Ю. Репродуктивное поведение молодёжи Беларуси и его детерминация. Часть 2 : Планирование беременности в молодом возрасте и влияние поведения женщины на здоровье новорожденного. Медико-гигиеническая грамотность как фактор антириска / М. Ю. Сурмач // Журнал ГрГМУ. – 2011. – № 4 (36). – С. 32–35.

11. Сурмач, М. Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // *Вопр. орг-ции и информатизации здр-я.* – 2011. – № 4. – С. 62–67.
12. Сурмач, М. Ю. Репродуктивное поведение молодёжи Беларуси и его детерминация. Часть 3: Социальная и поведенческая обусловленность аборта / М. Ю. Сурмач // *Журнал ГрГМУ.* – 2012. – № 1. – С. 30–33.
13. Сурмач, М. Ю. Способ оценки качества жизни 15-18-летних подростков / М. Ю. Сурмач // *Вопр. орг-ции и информатизации здр-я.* – 2013. – № 1. – С. 61–70.
14. Сурмач, М. Ю. Качество жизни подростков, связанное с репродуктивным здоровьем, как предмет изучения социологии медицины: методика и популяционные показатели / М. Ю. Сурмач // *Социология медицины.* – 2013. – № 2 (23). – С. 40–45.
15. Tishchenko, E. Health of young family as the basis of demographic safety of Belarus / E. Tishchenko, M. Surmach // *Probl. Hig. Epidemiol.* – 2009. – № 90 (2). – P. 175–179.
16. Ewgenij M. Tiszczenko. Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia / Ewgenij M. Tiszczenko, Marina J. Surmach, Halina Piecewicz-Szczęсна // *Zdrowie Publiczne.* – 2009. – № 119 (1). – P. 86–89.
17. Tishchenko, E. M. Peculiarities of Sexual behaviour of the young women living in Belarus (from medical point of view) / E. M. Tishchenko, M. Yu. Surmach // *Probl. Hig. Epidemiol.* – 2010. – 91 (1). – P. 17–20.
18. Surmach, M. Yu. Belarusian youth reproductive potential and its protection by health care services / M. Yu. Surmach, E. M. Tishchenko // *Probl. Hig. Epidemiol.* – 2010. – 91 (1). – P. 13–16.
19. Surmach, M. Yu. Reproductive health of teenagers as the research problem: the substantiation of methodology / M. Yu. Surmach, E. M. Tishchenko // *Hygeia Public Health.* – 2011. – 46 (3). – P. 319–325.
20. Surmach, M. Lifestyle and health status of children and youth / M. Surmach, H. Piecewicz-Szczęсна // *Probl. Hig. Epidemiol.* – 2011. – 92 (4). – P. 741–747.
21. Surmach, M. Metody oceny efektywnosci w systemie ochrony zdrowia Republiki Bialorusi / Marina Surmach, Jewgienij Tiszczenko // *Problemy Zarzadzania.* – 2011. – Vol. 9. – № 3 (33). – S. 93–101.
22. Surmach, M. Family risk factors for development of dependency in a child / M. Surmach, E. Tiszczenko, H. Piecewicz-Szczęсна // *Hygeia Public Health.* – 2012. – 47 (1). – P. 77–84.
23. Surmach, M. Indices of youth behavior in the sphere of reproductive health / M. Surmach // *Hygeia Public Health.* – 2012. – № 47 (2). – S. 169–173.

24. Surmach, M. Gender peculiarities of way of life and health of Belarussian teenagers / M. Surmach // Hygeia Public Health. – 2012. – № 47 (2). – S. 164–168.

25. Surmach, M. The teenager as a medical patient: The influence of social factors on the health care activity of teenagers in the field of reproductive health / M. Surmach // Prog Health Sci. – 2012. – Vol. 2, № 2. – P. 43–51.

26. Surmach, M. Indicators of life quality related to reproductive health in 15-18-year-old teenagers of Belarus / M. Surmach // Hygeia Public Health. – 2013. – № 48 (1). – P. 21–27.

Статьи в рецензируемых журналах (социологические науки)

27. Сурмач, М. Ю. Репродуктивные установки и репродуктивное поведение молодёжи Беларуси / М. Ю. Сурмач // Социология. – 2008. – № 1. – С. 145–151.

28. Сурмач, М. Ю. Рождение будущего. Репродуктивный потенциал молодёжи и пути его формирования / М. Ю. Сурмач // «Беларуская думка». – 2008. – № 10. – С. 104–108.

29. Сурмач, М. Ю. Первая беременность: медико-социологическая характеристика / М. Ю. Сурмач // Социология. – 2009. – № 1. – С. 102–107.

30. Сурмач, М. Ю. Становление социологии медицины: исторический аспект / М. Ю. Сурмач // Социология. – 2009. – № 2. – С. 70–82.

31. Сурмач, М. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины / М. Ю. Сурмач // Социология. – 2011. – № 2. – С. 100–104.

Статьи в рецензируемых сборниках (медицинские науки)

32. Сурмач, М. Ю. Поведение молодёжи по отношению к алкоголю / М. Ю. Сурмач // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний : матер. науч.-практич. конф., посвящ. 15-летию мед.-психол. факультета ГрГМУ. Сб. статей и тезисов. Гродно, 30 мая 2008 г. / МЗ РБ, УО «ГрГМУ»; отв. ред. М. А. Ассанович. – Гродно, 2008. – С. 79–81.

33. Сурмач, М. Ю. Возможности повышения эффективности прекоцептивной подготовки / М. Ю. Сурмач // Современные подходы к продвижению здоровья : матер. II Междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 23 окт. 2008 г. / МЗ РБ, МО РБ, УО «ГомГМУ», УО «ГомГУ им. Ф. Скорины»; ред. Т. М. Шаршакова, Г. В. Гатальская. – Гомель, 2008. – С. 158–160.

34. Сурмач, М. Ю. Гендерные различия в поведении молодёжи при наличии клинических симптомов ИППП / М. Ю. Сурмач // Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путём : матер. II междунар. симпозиума, Гродно, 23 октября 2008 г. / УО «ГрГМУ»; отв. ред. Д. В. Хворик, В. М. Цыркунов. – Гродно, 2008. – С. 84–86.

35. Сурмач, М. Ю. Здоровьесберегающее поведение молодёжи как медико-социальный регулятор рождаемости / М. Ю. Сурмач // Материалы

I Междунар. дистанц. науч. конф. «Инновации в медицине» / Курский госмедуниверситет, Центрально-Чернозёмный научный центр РАМН, Российский союз молодых учёных ; ред. А. И. Лазарева, В. А. Лазаренко. – Курск, 2008. – С. 234–236.

36. Сурмач, М. Ю. Удовлетворенность медицинской помощью как регулятор медицинской активности молодых женщин в сфере репродуктивного здоровья / М. Ю. Сурмач // Третьи Ковалевские чтения : матер. науч.-практич. конф., С-Петербург, 12-13 ноября 2008 г. / СПбГУ, Социологическое об-во им. М.М. Ковалевского; отв. редактор Ю. В. Асочаков. – СПб., 2008. – С. 687–690.

37. Сурмач, М. Ю. Здравоохранение Беларуси в решении задач формирования репродуктивного потенциала молодёжи / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Матер. респ. науч.-практич. конф., посвящ. 90-летию здр-я Респ. Беларусь, Минск, 19 июня 2009 г. / БелМАПО ; редкол.: В. И. Жарко [и др.]. – Минск, 2009. – С. 163–165.

38. Сурмач, М. Ю. Репродуктивное здоровье молодёжи: концептуальные и методологические подходы / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении. Матер. Респ. науч.-практич. конф. организаторов здр-я Респ. Беларусь, Минск, 22 октября 2009 г. / МЗРБ, БелМАПО ; редсовет: В. И. Жарко [и др.] ; рецензенты: д.м.н., проф. Ю. М. Гаин [и др.]. – Минск, 2009. – С. 151–155.

39. Сурмач, М. Ю. Субъективная оценка пациентками молодого возраста доступности и качества медицинской помощи в сфере охраны репродуктивного здоровья / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. статей Респ. научно-практич. конф. и 18-й итоговой научной сессии ГоГМУ, Гомель, 26-27 февр. 2009 г. / ГоГМУ ; ред. Т. М. Шаршакова, Г. В. Гатальская. – Гомель, 2009. – С. 62–65.

40. Сурмач, М. Ю. Источники информации по вопросам репродуктивного здоровья, используемые молодыми мужчинами / М. Ю. Сурмач // Мед. сестра XXI века : проблемы и перспективы : Сб. статей / Е. М. Тищенко (отв. ред.), И. И. Хваленя (отв. ред.). – Гродно, 2009. – С. 230–232.

41. Сурмач, М. Ю. Вредные привычки матери как фактор риска для плода / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Актуальные проблемы медицины : матер. науч. конф., Гродно, 17 дек. 2009 г. / МЗ РБ, УО «ГрГМУ» ; отв. ред. В. М. Шейбак. – Гродно, 2009. – С. 169–172.

42. Психологические проблемы подростков и роль школьного психолога в их решении / Ситько И. М., Козлович О. Г., Водчиц Т. А., Сурмач М. Ю. // Сестр. дело, здр-е и история медицины: проблемы и перспективы / сб. статей / Е. М. Тищенко, И. И. Хваленя (отв. ред.). – Гродно, 2010. – С. 247–250.

43. Сурмач, М. Ю. Знания молодых женщин о репродуктивном здоровье как фактор риска демографической безопасности / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Проблемы городского здравоохранения : Сб. науч. трудов / ред. Н. И. Вишняков. – Вып. 15. – СПб., 2010. – С. 323–325.

44. Сурмач, М. Ю. Возрастные и гендерные особенности выбора молодёжью источников информации о репродуктивном здоровье / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Проблемы городского здравоохранения : Сб. науч. трудов / ред. Н. И. Вишняков. – Вып. 15. – СПб., 2010. – С. 356–359.

45. Тищенко, Е. М. Влияние фактора места проживания на процесс приобщения подростков к потреблению психоактивных веществ / Е. М. Тищенко, М. Ю. Сурмач // Современные подходы к продвижению здоровья : Матер. III Междунар. науч.-практич. конф., Гомель, 21 октября 2010 г. / ГоГМУ ; ред. совет: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2010. – С. 101–104.

46. Тищенко, Е. М. Медицинская и физическая активность школьников старших классов как индикатор медико-социального благополучия семьи, воспитывающей подростка / Е. М. Тищенко, М. Ю. Сурмач // Современные подходы к продвижению здоровья : Матер. III Междунар. науч.-практич. конф., Гомель, 21 октября 2010 г. / ГомГМУ; ред. совет: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2010. – С. 104–106.

47. Сурмач, М. Ю. К вопросу о методологии изучения репродуктивных установок и репродуктивного поведения / М. Ю. Сурмач // Проблемы обществ. здоровья, здр-я и истории медицины: матер. респ. науч. конф., Гродно, 10 дек. 2010 г. / УО «ГрГМУ» ; отв. ред. Е. М. Тищенко. – Гродно, 2010. – С. 198–201.

48. Сурмач, М. Ю. Самооценка заботы о здоровье и физическая активность учащихся Гродненского региона / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Образование учащейся молодёжи в сфере физической культуры и спорта : Матер. Всеросс. науч.-практич. конф., Бирск, 2010 / Бирск. гос. соц.-пед. акад. ; ред. В. Ф. Усманов. – Бирск, 2010. – С. 177–181.

49. Сурмач, М. Ю. Потребность в детях как индикатор духовного здоровья общества / М. Ю. Сурмач // «Сохрани мне жизнь». Проблемы репродуктивного здоровья : Матер. науч.-практич. конф. с междунар. участием, Смоленск, 19 мая 2011 г. / ГОУ ВПО «СГМА». – Смоленск, 2011. – С. 110–112.

50. Сурмач, М. Ю. Психологические последствия и сопутствующие факторы аборта / М. Ю. Сурмач // «Сохрани мне жизнь». Проблемы репродуктивного здоровья : Матер. науч.-практич. конф. с междунар. участием, Смоленск, 19 мая 2011 г. / ГОУ ВПО «СГМА». – Смоленск, 2011. – С. 113–115.

51. Сурмач, М. Ю. Информационная функция системы здравоохранения и семьи в профилактике нарушений репродуктивного здоровья подростков / М. Ю. Сурмач // Проблемы сестр. дела и здр-я : сб. статей, посвящ. 20-летию

высш. сестр. образования / УО «ГрГМУ» ; ред. колл.: Е. М. Тищенко (отв. ред.), С. Ф. Антонович (зам. отв. ред.), Н. Е. Антонович. – Гродно, 2011. – С. 125–127.

52. Сурмач, М. Ю. Поведенческие факторы психического здоровья молодёжи (на примере студентов медицинского университета) / М. Ю. Сурмач, Т. А. Бурбицкая, О. Н. Куратник // Матер. Респ. конф. с междунар. участием, посвящ. 50-летию Гомельской обл. клинич. психиатрич. больницы, Гомель, 9-10 июня 2011 г. / ред. колл.: Т. Ф. Мигаль [и др.]. – Гомель, 2011. – С. 130–133.

53. Сурмач, М. Ю. Отношение подростков к организации медицинской помощи / М. Ю. Сурмач // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики : сб. науч. тр. / УО «БГМУ» ; ред. колл.: А. В. Сикорский [и др.]. – Минск, 2011. – Т. 1. – С. 137–138.

54. Сурмач, М. Ю. Влияние материального положения семьи на факторы здоровья, образа жизни и медицинскую активность подростка / М. Ю. Сурмач // Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии : матер. респ. науч.-практич. конф. с междунар. участием, посвящ. 50-летию УЗ «ГОДКБ» и 25-летию каф. педиатрии УО «ГрГМУ», Гродно, 10-11 ноября 2011 г. / УО «ГрГМУ» ; ред. Н. С. Парамоновой, В. И. Ковальчука. – Гродно, 2011. – С. 319–323.

55. Сурмач, М. Ю. Организационные факторы охраны здоровья подростков / М. Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины : матер. ежегодной итоговой науч. конф. УО «ГрГМУ», Гродно, 15-16 декабря 2011 г. / УО «ГрГМУ» ; отв. ред. М. Н. Курбат. – Гродно, 2011. – С. 85–88.

56. Сурмач, М. Ю. Гендерные особенности психического здоровья подростков и востребованность помощи школьного психолога / М. Ю. Сурмач // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств : матер. междунар. конф., посвящ. 50-летию каф. психиатрии и наркологии, Гродно, 15 июня 2012 г. / МЗ РБ, УО «ГрГМУ» ; отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно, 2012. – С. 278–281.

57. Сурмач, М. Ю. Материальное положение и состав семьи как факторы психического здоровья подростков / М. Ю. Сурмач // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств : матер. междунар. конф., посвящ. 50-летию каф. психиатрии и наркологии, Гродно, 15 июня 2012 г. / МЗ РБ, УО «ГрГМУ» ; отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно, 2012. – С. 275–278.

58. Сурмач, М. Ю. Здоровье как ценность: мнение белорусских подростков / М. Ю. Сурмач / Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины : сб. науч. работ, посвящ. памяти первого зав. каф. общ. гигиены и экологии проф. В. М. Нижегородова / УО «ГрГМУ» ; В. А. Снежицкий (гл. ред.). – Гродно, 2012. – С. 279–282.

59. Сурмач, М. Ю. Нравственные и социальные факторы репродуктивного здоровья белорусских подростков / М. Ю. Сурмач // «Сохрани мне жизнь». Ценность жизни в контексте гуманитарного и утилитарного подходов : 2-ая междисциплинарная науч.-практическая конференция с международным участием, Смоленск, 17-18 мая 2012 г. / ГУ ВПО «СГМА». – Смоленск, 2012. – С.160–162.

60. Сурмач, М. Ю. Витальное поведение: теоретические основы эффективной интервенции / М. Ю. Сурмач // Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний. Материалы международной науч.-практической конференции, Махачкала, 22 сент. 2012 г. / РАН, ФГБОУ ВПО «Дагестанский гос. ун-т», ГОУ ВПО «Дагестанская гос. мед. акад.»; ред. колл.: В. И. Герасимов [и др.]. – Махачкала : И. П. Овчинников (АЛЕФ), 2012. – С. 234–238.

61. Сурмач, М. Ю. Репродуктивные ориентации белорусских подростков и влияние на них материального положения и состава родительской семьи / М. Ю. Сурмач // Современные подходы к продвижению здоровья : Материалы IV международной науч.-практической конференции, Гомель, 26 октября 2012 г. / МЗ РБ, УО «ГомГМУ» ; ред. совет: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2012. – С. 144–146.

62. Сурмач, М. Ю. Изучение качества жизни подростков в решении актуальных задач здравоохранения / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Современные подходы к продвижению здоровья. Материалы IV международной науч.-практической конференции, Гомель, 26 окт. 2012 г. / МЗ РБ, УО «ГомГМУ» ; ред. совет: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2012. – С. 147–149.

63. Сурмач, М. Ю. Установки молодёжи Беларуси на количество детей в семье как причина депопуляции: пятилетняя динамика / М. Ю. Сурмач // «Педиатрия XXI в.: проблемы и перспективы» : материалы Республиканской науч.-практической конференции, посвящённой 50-летию кафедры детских болезней УО «ГрГМУ», Гродно, 14 дек. 2012 г. / МЗ РБ, УО «ГрГМУ» ; отв. ред. Н. С. Парамонова. – Гродно, 2012. – С. 189–193.

64. Сурмач, М. Ю. Востребованность белорусскими юношами-подростками информации о репродуктивном здоровье: пятилетняя динамика [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Здоровый образ жизни: медицинские-социальные аспекты. Материалы республиканской науч.-практической конференции, Минск, 18 ноября 2011 г. / МЗ РБ, М-во труда и соц. защиты РБ, Белор. общество «Знание» ; ред. колл.: П. И. Беспальчук (гл. ред.) [и др.]. – Минск : РИВШ, 2012. – С. 98–101. – 1 CD-ROM.

65. Сурмач, М. Ю. Отцовство в системе ценностей белорусских мужчин молодого возраста / М. Ю. Сурмач // Материалы 3-й междисциплинарной науч.-практической конференции с международным участием «Сохрани мне жизнь» (Ценностно-смысловые ориентации современного общества в проблемах семьи и репродуктивного здоровья), Смоленск, 17 мая 2013 г. / ГБОУ ВПО «СГМА». – Смоленск, 2013. – С. 256–258.

66. Сурмач, М. Ю. Особенности приобщения подростков и молодёжи к употреблению психоактивных веществ в возрастной период от 15 до 24 лет / М. Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины. В 2-х ч. Ч. 2 : матер. ежег. итоговой науч.-практич. конф., Гродно, 22 янв. 2013 г. / УО «ГрГМУ» ; отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно, 2013. – Ч. 2. – С. 229–231.

67. Сурмач, М. Ю. Социально-поведенческие факторы здоровья подростков Беларуси и здоровьесформирующая функция семьи. Сообщение 1: Распространённость поведенческих факторов риска здоровью [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // Сб. матер. Всеросс. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития», Москва, 19-20 сент. 2013 г. / РОС, ФГБУН Ин-т социологии РАН, НИИ социологии медицины, экономики здр-я и мед. страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. – Москва, 2013. – 1 CD-ROM.

68. Сурмач, М. Ю. Социально-поведенческие факторы здоровья подростков Беларуси и здоровьесформирующая функция семьи. Сообщ. 2: Влияние семьи [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // Сб. матер. Всеросс. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития», Москва, 19-20 сент. 2013 г. / РОС, ФГБУН Ин-т социологии РАН, НИИ социологии медицины, экономики здр-я и мед. страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. – Москва, 2013. – 1 CD-ROM.

69. Surmacz, Marina. Uzależnienia od alkoholu a zaburzenia psychiczne wśród młodzieży na Białorusi / Surmacz Marina, Tiszczenko Ewgenij, Piecewicz-Szczęsna Halina // Uzależnienia a rodzina. Wybrane zagadnienia. / red.: Domżał-Drzewicka Renata, Ścibior Amelia, Kaźmierak Halina. – Lublin: Wydawnictwo Makmed, 2008. – S. 65–66.

70. Surmach, M. The problem of alcohol dependency among young people in Belarus / M. Surmach, E. Tiszczenko, H. Piecewicz-Szczęsna // Higieniczno-Srodowiskowe Uwarunkowania Zdrowia / Red. Prof. dr. hab. I. Jackovska, dr hab. n. med. M. Iskra, dr hab. A. Borzecki, dr hab. K. Sztanke. Recenzenja: prof. nadzw. dr hab. n. med. Kazimierz Pasternak. – Lublin, 2008. – S. 529–536.

71. Surmach, M. Yu. Smoking and Alcohol as Perinatal Risk Factors in Belarus / M. Yu. Surmach, Halina Piecewich-Szczęsna // Environment and Human Health / Red. Prof. Dr. Hab. N. Med. Andrej Borzecki. – Lublin, 2009. – S. 474–477.

72. Surmacz M. Yu., Piecewicz-Szczęsna H. Prevalence of cervical cancer behavioral risk factors among youth / M. Ju. Surmach, H. Piecewicz-Szczęsna. // Selected aspects of malignant diseases / ed. E. Cipora, A. Bedranek. – Sanok, 2010. – P. 96–103.

73. Surmach M. Yu. Medical-Social problem of Belarussian youth health / M. Yu. Surmach, E. M. Tishchenko, H. Piecewicz-Szczęsna // Environmental

determinants of man`s health / ed. in chief prof. A. Borzecki. – Lublin, 2010. – P. 217–225.

74. Surmach, M. Yu. Promotion of safe sexual behavior and prevention of abortions among students / M. Yu. Surmach, E. M. Tishchenko // Medical and social problems of human in different periods of life : Monografia / ed. by Zbigniew Kotwica. Reviewers: I. Wronska, Z. Banaczek. – Radom, 2010. – P. 403–411.

Статьи в рецензируемых сборниках (социологические науки)

75. Сурмач, М. Ю. Медицинская активность молодёжи в сфере репродуктивного здоровья как индикатор самосохранительного поведения [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // Интернет-конф. «Здоровье граждан как общественная проблема: ответственность государства, личности, медицинских работников и гражданских организаций» / Ин-т упр. социальн. процессами ГУ-ВШЭ, Москва. – 2009. – Режим доступа: <http://www.socpolitica.ru/rus/conferences/9970/9998/>. – Дата доступа: 10.02.2009.

76. Сурмач, М. Ю. Поведение молодых мужчин, проживающих в Беларуси, по отношению к интимной жизни, браку и рождению детей / М. Ю. Сурмач // П. А. Сорокин и современные проблемы социологии. К 120-летию со дня рождения П. А. Сорокина и 20-летию факультета социологии СПбГУ. Материалы Междунар. науч. конф. – Первых С.-Петербургских социологич. чтений. С.-Петербург, 16-17 апреля 2009 г. / СПбГУ; отв. ред.: А. О. Бороноев, Н. Г. Скворцов: в 2-х т. – Том 2. – Спб, 2009. – С. 187–190.

77. Сурмач, М. Ю. Здоровье подростков и молодёжи как объект информационного воздействия среды / М. Ю. Сурмач // Корпоративная культура: от теории к практике : сб. науч. трудов / УлГТУ; ред. О. В. Шиняева. – Ульяновск, 2009. – С. 83–86.

78. Сурмач, М. Ю. Молодая семья: взаимосвязь здоровья и социального благополучия. Оценка ситуации в Республике Беларусь [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // Интернет-конф. «Дети и молодёжь» / Федеральный образов. портал "Экономика. Социология. Менеджмент", ГУ – ВШЭ, лаборатория гендерных проблем Ин-та социально-экономич. проблем народонаселения РАН, ИК «Социология здоровья и здравоохранения» (РОС), Ин-т социологии РАН, Москва, 1 марта – 4 апр. 2010 г. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04.2010.

79. Сурмач, М. Ю. Реализация личностных ресурсов молодёжи в формировании здоровья будущего поколения / М. Ю. Сурмач // Здоровье как ресурс / ред. З. Х. Саралиева. – Н. Новгород : НИСОЦ, 2010. – С. 336–340.

80. Сурмач, М. Ю. Субъективное обеднение населения как фактор детерминации нездоровья: Россия и Беларусь / М. Ю. Сурмач // Пятые Ковалевские чтения : матер. науч.-практич. конф., С.-Петербург, 12-13 ноября 2010 г. / СПбГУ; отв. ред. Ю. В. Асочаков. – Спб., 2010. – С. 875–878.

81. Сурмач, М. Ю. Специфика социологического инструментария в исследованиях репродуктивного здоровья подростков / М. Ю. Сурмач // Социологические методы в современной исследовательской практике : Сб. статей, посвящ. памяти первого декана ф-та социологии НИУ ВШЭ А. О. Крыштановского / НИУ ВШЭ, РОС, ИР РАН ; отв. ред. и вст. сл. О. А. Оберемко. – М., 2011. – С. 516–523.

82. Сурмач, М. Ю. Культурные детерминанты репродуктивного поведения молодёжи / М. Ю. Сурмач // Здоровье населения: проблемы и пути решения : матер. II Междунар. науч.-практич. семинара, Минск, 19-21 мая 2011 г. / НАН Беларуси ; Ин-т социологии НАН РБ ; ред. кол.: Н. М. Римашевская [и др.]. – Минск : Право и экономика, 2011. – С. 250–257.

83. Сурмач, М. Ю. Роль макро-и микросоциального окружения в детерминации здоровья подростков / М. Ю. Сурмач // Шестые Ковалевские чтения. Матер. науч.-практич. конф., С-Петербург, 11–12 ноября 2011 г. / СПбГУ ; отв. ред. Ю. В. Асочаков. – СПб., 2011. – С. 1291–1293.

84. Сурмач, М. Ю. Поведение белорусских подростков по отношению к здоровью как проблемное поле гражданских инициатив / М. Ю. Сурмач // Гражданское общество в России: состояние, тенденции, перспектив : сб. науч. тр. / УлГТУ ; ред. О. В. Шиняева, И. Г. Гоношилина. – Ульяновск, 2012. – С. 293–296.

85. Синицкая, А. В. Насилие в семье как социальный фактор риска здоровью у беременных женщин / А. В. Синицкая, О. Г. Богдан, М. Ю. Сурмач // Гражданское общество в России: состояние, тенденции, перспективы : сб. науч. трудов / УлГТУ ; ред. О. В. Шиняева, И. Г. Гоношилина. – Ульяновск, 2012. – С. 289–293.

86. Сурмач, М. Ю. Физическая активность как фактор качества жизни белорусских подростков [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие : Матер. IV Всеросс. социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М., 2012. – С. 6539–6543. – 1 CD ROM.

87. Сурмач, М. Ю. Отношение к здоровью общества как основа формирования индивидуального отношения к здоровью подростков и молодёжи / М. Ю. Сурмач // Интеллигенция и гражданское общество : сб. науч. трудов / УлГТУ ; ред. О. В. Шиняева. – Ульяновск, 2013. – С. 138–141.

Тезисы докладов научных конференций (медицинские науки)

88. Сурмач, М. Ю. Стоимость косвенных потерь Республики Беларусь от искусственных абортов / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Материалы конференции, посвящённой 50-летию УО «ГрГМУ» Гродно, декабрь, 2008 г. / МЗ РБ, УО «ГрГМУ» ; отв. ред. П. В. Гарелик. – Гродно, 2008. – С. 350–351.

89. Сурмач, М. Ю. Охрана репродуктивного здоровья в Беларуси в 1960-2008 годы / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // III Съезд Конфедерации историков медицины (международный), Москва, май 2009 г. / РАМН, Конфедерация историков медицины ; отв. ред. Ю. П. Лисицын, ред. С. П. Глянцев [и др.]. – Москва : Изд-во РАМН, 2009. – С. 204–205.

90. Surmacz, Marina. Problem uzaleznienia od alkoholu wstrod mlodziezy na Bialorusi / Surmacz Marina, Tiszczenko Eugeniusz, Piecewicz-Szczęсна Halina // III Miedzynarodowe sympozjum naukowe «Srodowiskowe Zrodla Zagrozen Zdrowotnych», Kazimierz Dolny, 19-20 wrzesnia 2008 / Komitet naukowy A. Borzecki [i wsp.]. – Kazimierz Dolny, 2008. – S. 37.

91. Ewgienij M. Tiszczenko. Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia / Ewgienij M. Tiszczenko, Marina Ju. Surmach, Halina Piecewicz-Szczęсна // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11-13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. – 2008. – Tom 89. – Supl. 1. – S. 26–27.

92. Tishchenko, E. Sexual behaviour of the young women living in Belarus / E. Tishchenko, M. Surmach // IEA-EEF European Congress of Epidemiology “Epidemiology for Clinical Medicine and Public Health”, Warsaw, 26-29 August 2009 / European Journal of Epidemiology. – 2009. – Vol. 24, suppl. 1. – P. 72–73.

93. Surmach, M. Challenges in Belarusian youth reproductive potential / M. Surmach // IEA-EEF European Congress of Epidemiology “Epidemiology for Clinical Medicine and Public Health”, Warsaw, 26-29 August 2009 / European Journal of Epidemiology. – 2009. – Vol. 24, suppl. 1. – P. 89.

94. Tishchenko, E. Health of young family as the basis of demographic safety of Belarus / E. Tishchenko, M. Surmach // Miedzynarodowa Konferencja naukowa Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego, Poznan, 9-11 wrzesnia 2009 / Problemy Higieny i Epidemiologii. – 2009. – Tom 90, supl. 1. – S. 7.

95. Surmach, M. Quality of medical services in sphere of reproductive health and Satisfaction of young patients / M. Surmach, E. Tishchenko, A. Surmach // Miedzynarodowa Konferencja naukowa Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego, Poznan, 9-11 wrzesnia 2009 / Problemy Higieny i Epidemiologii. – 2009. – Tom 90, supl. 1. – S. 72.

96. Surmach, M. Zachowania zdrowotne kobiet w kierunku pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy / M. Surmach, H. Piecewicz-Szesna // V Miedzynarodowa onkologiczna Konferencja naukowa “Srodowiskowe uwarunkowania chorob nowotworowych. Opieka, leczenie i profilaktyka”. Streszczenia konferencyjne, Sanok, 23-24 pazdziernika 2009. – Sanok, 2009. – P. 111–112.

97. Surmach, M. Way of life and health of Grodno University students / M. Surmach, E. Tishchenko, A. Surmach // Miedzynarodowa Konferencja naukowa

Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego: między profilaktyką a medycyną kliniczną, Bydgoszcz, 15-17 września 2010 / Problemy Higieny i Epidemiologii. – 2010. – Tom 91, supl. 1. – S. k-17.

98. Surmacz, Marina. Connected with influence of the family risk and antirisk factors for development of dependency at the child / Marina Surmach, Eugeniusz Tiszczenko, Halina Pieciewicz-Szczesna // VI Sympozjum Naukowe: Środowiskowe Źródła Zagrożeń Zdrowotnych, Baranów Sandomierski, 14-16.04. 2011. – Baranów Sandomierski, 2011. – P. 13.

99. Surmacz, Marina. The style of life and health of children, teenagers and youth / Marina Surmach, Eugeniusz Tiszczenko, Halina Pieciewicz-Szczesna // VI Sympozjum Naukowe: Środowiskowe Źródła Zagrożeń Zdrowotnych, Baranów Sandomierski, 14-16.04.2011. – Baranów Sandomierski, 2011. – P. 14.

100. Surmach, M. Indexes of youth behavior in the sphere of reproductive health / M. Surmach // IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa (o zasięgu międzynarodowym) “Problemy badawcze i dydaktyczne w medycynie prewencyjnej”, Kraków, 9-11 czerwca 2011 : Streszczenia. – Kraków, 2011. – P. 24.

101. Surmach, M. Reproductive health of teenagers as the research problem: the substantiation of methodology / M. Surmach, E. Tishchenko // IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa (o zasięgu międzynarodowym) “Problemy badawcze i dydaktyczne w medycynie prewencyjnej”, Kraków, 9-11 czerwca 2011 : Streszczenia. – Kraków, 2011. – P. 21.

102. Surmach, M. Y. Family as the inequality reason in the health of children and teenagers (On the example of feeding of schoolboys, pupils of colleges and students) / M. Yu. Surmach, E. M. Tishchenko // Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Wyównywanie różnic w zdrowiu społeczeństw, Sedlice, październik 2011 / red. I. Bojar, E. Malkiewicz, I. Woznica. – Zielona Góra : Nowe zdrowie publiczne, 2011. – S. 68.

103. Surmach, M. Gender peculiarities of way of life and health of teenagers / M. Surmach // V Ogólnopolska Konferencja Naukowa (o zasięgu międzynarodowym) “Problemy badawcze i dydaktyczne w medycynie prewencyjnej”, Machocice Kapitulne, 4-6 czerwca 2012 : Streszczenia. – Kraków : Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum i Polskie Towarzystwo Higieniczne, 2012. – S. 37.

104. Surmach, M. The teenager as the patient: influence of social factors on medical activity of teenagers in the field of reproductive health / M. Surmach // VI Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa “Wyzwania Współczesnej Medycyny”, Białystok, 24-26.05.2012. – Białystok, 2012. – S. 253.

Тезисы докладов научных конференций (социологические науки)

105. Сурмач, М. Ю. Модели поведения молодежи при наличии симптомов инфекций, передаваемых половым путём [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // Материалы докладов XV Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых

ученых «Ломоносов», Москва, апрель 2008 г. / МГУ ; отв. ред. И. А. Алешковский, П. Н. Костылев. – Москва, 2008. – 1 CD-ROM.

106. Сурмач, М. Ю. Здоровьесберегающее поведение: установки и возможности реализации [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач // III Всеросс. социологический конгресс «Социология и общество: пути взаимодействия» : тезисы докладов, Москва, 21-24 окт. 2008 г. / Ин-т социологии РАН, Ин-т социально-политич. исследований РАН, ГУ-ВШЭ, РОС. – М., 2008. – 1 CD-ROM.

107. Сурмач, М. Ю. Коммуникация в подготовке профессионалов здравоохранения / М. Ю. Сурмач, Л. В. Рычкова // Коммуникация в социально-гуманитарном знании, экономике и образовании : Материалы II Междунар. науч.-практич. конф., 13-14 нояб. 2008 г., Минск / БГУ ; ред. совет: А. В. Рубанов (пред.) [и др.]. – Минск : Изд. Центр БГУ, 2008. – С. 243–244.

108. Сурмач, М. Ю. Качество жизни в изучении здоровья и оценках эффективности здравоохранения / М. Ю. Сурмач // Матер. VI Всеросс. научной конф. «Сорокинские чтения: Стратегия инновационного развития России как особой цивилизации в XXI веке», Москва, 1-2 декабря 2010 г. : Сборник тезисов / МГУ. – М. : МАКС Пресс, 2010. – С. 1544–1547.

Прочие

109. Сурмач, М. Ю. Методика оценки медицинской информированности в прекоцептивной подготовке молодёжи / М. Ю. Сурмач // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний : сборник инструктивно-методических документов. – Минск : ГУ РНМБ, 2008. – Вып. 9. – Т. 6. – С. 137–149. (рег. № 039-04.08, от 03 октября 2008 г.).

110. Тищенко, Е. М. Методика расчёта экономического эффекта от дополнительно рождённой и сохранённой жизни / Е. М. Тищенко, М. Ю. Сурмач // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний : сборник инструктивно-методических документов. – Минск : ГУ РНМБ, 2008. – Вып. 9. – Т. 6. – С. 132–136. (рег. № 040-04.08, от 13 ноября 2008 г.).

111. Свидетельство о регистрации компьютерной программы № 523. Наименование программы : TeenHealth, правообладатель УО «ГрГМУ», заявка С20130021 от 25.02.2013. Дата внесения записи в реестр зарегистрированных компьютерных программ 16.07.2013.

112. Метод оценки связанного со здоровьем качества жизни 15-18-летних подростков / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко, Е. Г. Неверо, И. М. Ситько // Инструкция по применению. Утверждена 04.10.2013, рег. № 070-0613. – Гродно : ГрГМУ, 2014. – 32 с.

РЭЗІЮМЭ
Сурмач Марына Юр'еўна
Рэпрадуктыўнае здароўе і паводзіны моладзі:
медыка-сацыялагічны аналіз

Ключавыя словы: рэпрадуктыўнае здароўе, рэпрадуктыўныя паводзіны, падлеткі, моладзь, якасць жыцця.

Мэта работы: абгрунтаваць і ўкараніць сацыяльна эфектыўныя меры па ўзмацненню рэпрадуктыўнага здароўя моладзі, павышэнню звязанай са здароўем якасці жыцця падлеткаў, павялічванню нараджальнасці.

Аб'ект даследавання, матэрыялы і метады. Вывучаны даныя двухэтапнага (2004-2006 і 2010-2011 гг.) анкетавання рэпрэзэнтатывых рэспубліканскім выбарак (15-24 гады, 5066 чалавек) і медыка-арганізацыйных тэхналогіі аховы здароўя падлеткаў і моладзі. Выкарыстаны сістэмны падход, сацыялагічны, статыстычны, гістарычны, эканоміка-матэматычны метады.

Вынікі, навізна. Выяўлены дынаміка рэпрадуктыўных устаноў моладзі і каэфіцыента запланаванасці першай цяжарнасці, схіляючыя да выбару абарту фактары, фактары сям'і, значымыя ў фарміраванні рэпрадуктыўных устаноў падлетка. Удасканалены і прыменены у абгрунтаванні метаду ацэнкі звязанай са здароўем якасці жыцця (ЗЗЯЖ) заканамернасці ўплыву сям'і на здароўезберагаючыя паводзіны падлетка. Разлічаны паказчыкі і абгрунтаваны шляхі павышэння ЗЗЯЖ. Распрацаваны меры аптымізацыі і паказчыкі ацэнкі дзейнасці цэнтраў, сяброўскіх да падлеткаў, арганізацый аховы здароўя па фарміраванню здоровага ладу жыцця. Вынік складзе ўзрост нараджальнасці, эквівалентны дасягнутаму на працягу 10-20 гадоў прыбытку ў памеры 553389,9 млрд рублёў (у лічбах 2012 г.).

Рэкамендацыі па выкарыстанні. Методыкі і паказчыкі дзейнасці, прызначаныя для выкарыстання ў педыятрычнай службе, цэнтрах, сяброўскіх да падлеткаў, аддзяленнях прафілактыцы паліклінік, у жаночых кансультацыях, у тым ліку: для комплекснай ацэнкі стану здароўя падлеткаў, у дзейнасці па планаванню сям'і, у арганізацыі накіраванага групавога кансультавання падлеткаў і ва ўкараненні індывидуальнага падыходу да прафілактыкі, для ацэнкі эфектыўнасці дзейнасці арганізацый аховы здароўя па фарміраванню здоровага ладу жыцця.

Галіна выкарыстання: кіраванне аховай здароўя, грамадскае здароўе, сацыялогія медыцыны, педыятрыя, первічная медыка-санітарная дапамога, акушэрства і гінекалогія.

РЕЗЮМЕ

Сурмач Марина Юрьевна

Репродуктивное здоровье и поведение молодёжи: медико-социологический анализ

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, репродуктивное поведение, подростки, молодёжь, качество жизни.

Цель работы: обосновать и внедрить социально эффективные меры по укреплению репродуктивного здоровья молодёжи, повышению связанного со здоровьем качества жизни подростков, увеличению рождаемости.

Объект исследования, материалы и методы. Изучены данные двухэтапного (2004-2006 и 2010-2011 гг.) опроса репрезентативных республиканским выборкам (15-24 года, 5066 человек) и медико-организационные технологии охраны здоровья подростков и молодёжи. Применялись системный подход, социологический, статистический, исторический, экономический методы.

Результаты, новизна. Выявлены динамика репродуктивных установок молодёжи и коэффициента запланированности первой беременности, предрасполагающие к выбору аборта факторы, факторы семьи, значимые в формировании репродуктивных установок подростка. Уточнены и применены в обосновании метода оценки связанного со здоровьем качества жизни (КЖСЗ) закономерности влияния семьи на здоровьесберегающее поведение подростка. Рассчитаны показатели и обоснованы пути повышения КЖСЗ. Разработаны меры оптимизации и показатели оценки деятельности центров, дружественных подросткам, организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни. Эффект составит рост рождаемости, эквивалентный полученному в течение 10-20 лет доходу в размере 553389,9 млрд рублей (в цифрах 2012 г.).

Рекомендации по использованию. Методики и показатели деятельности предназначены к использованию в педиатрической службе, центрах, дружественных подросткам, отделениях профилактики поликлиник, женских консультациях, в том числе: для комплексной оценки здоровья подростков, в работе по планированию семьи, в организации направленного группового консультирования подростков и внедрении индивидуального подхода к профилактике, для оценки эффективности деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни.

Область применения: управление здравоохранением, общественное здоровье, социология медицины, педиатрия, первичная медико-санитарная помощь, акушерство и гинекология.

SUMMARY

Surmach Marina Yurievna

Reproductive health and behaviour of youth: medical-sociological analysis

Key words: reproductive health, reproductive behaviour, adolescents, youth, quality of life.

Purpose of research: to prove and introduce socially effective measures for strengthening of youth reproductive health, improving health-related adolescent quality of life, and increasing birth rate.

Object of research, materials and methods. The data on two-stage (2004-2006 and 2010-2011) questionnaire of representative to republican samples (15-24 years of age, 5066 subjects) and medical-organizational technologies of adolescents and youth health protection have been studied. The system approach, sociological, statistical, historical, economic methods were applied.

Results, novelty. The dynamics of reproductive choices of youth, coefficient of the first pregnancy planning and factors predisposing to abortion choice as well as family factors significant in reproductive choices of adolescents have been revealed. The family influence patterns on health-preserving behavior of adolescents have been specified and applied in feasibility demonstration of the method for adolescent health-related quality of life (HRQL) assessment. Indicators have been calculated and the ways of improving HRQL have been proved. The optimization measures and qualitative criteria for the activities evaluation of adolescent friendly centres and public health institutions regarding to healthy way of life formation have been developed. The effect will consist in birth rate growth within 10-20-year period, the income from which as estimated for 2012 will make 553389,9 billion roubles.

Recommendations on application. Methods and qualitative criteria are intended for application in pediatric service, adolescent friendly centres, departments of polyclinics engaged in health prophylactic activities, maternity welfare centres, as well as in complex evaluation of adolescent health, in family planning activities, in the organization of targeted group consulting of adolescents and in introducing individual approach to prophylaxis, and in the assessment of efficiency of health services activities on healthy way of life formation.

Area of use: Management of public health services, public health, sociology of medicine, pediatrics, primary health care, obstetrics and gynecology.

Научное издание

СУРМАЧ Марина Юрьевна

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЁЖИ:
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

по специальностям 14.02.05 – социология медицины,
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Подписано в печать 20.01.2015.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Таймс. Ризография.

Усл. печ. л. **2,67**. Уч.-изд. л. **2,80**. Тираж **70** экз. Заказ **14**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛП № 02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.

Репозиторий БГМУ

Репозиторий БГМУ