

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

На правах рукописи

УДК 613:613.8(075.8)

БОБОХОДЖАЕВА МАСУДА ОБЛОКУЛОВНА

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЁЖИ В РЕСПУБЛИКЕ
ТАДЖИКИСТАН**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

по специальности

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Душанбе – 2023

Диссертация выполнена на базе кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Научный консультант: Ахмедов Аламхон, член-корреспондент Национальной Академии наук Таджикистана, д.м.н., профессор, проректор по науке и инновациям НОУ «Медико-социального института Таджикистана»

Официальные оппоненты: Гильманов Анас Анварович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Камилова Мархабо Ядгаровна, д.м.н., доцент, заведующая акушерским отделом ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии РТ» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Рофиева Зарина Хамдамовна, д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета ГОУ «Таджикский национальный университет»

Оппонирующая организация: Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-053 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31, [www. tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj). +992885555169.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан «___» _____ 2023 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета, к.м.н., доцент

Джонибекова Р.Н.

Введение

Актуальность темы исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2020 году умерло более 1,5 миллиона подростков и молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет, почти 5000 человек ежедневно [WHO, Global Report, 2021]. Согласно прогноза демографов, в ближайшие десятилетия сегодняшняя молодежь мира составит большую часть трудоспособного населения, а их образование, квалификация и здоровье, т.е. человеческий капитал, напрямую определяют будущий рост доходов страны [Республиканский центр информации и ориентации молодежи, 2019].

Состояние и развитие общества во многом определяются уровнем здоровья молодежи, которые оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал [Проблемы социального отчуждения и развитие человеческого потенциала Республики Таджикистан: коллективная монография, 2012].

В очередных Посланиях Маджлиси Оли Республики Таджикистан Президент Таджикистана Эмомали Рахмон в 2017, 2018, 2019 гг. ссылаясь на то, что большинство населения Таджикистана составляет молодежь, и средний возраст населения Таджикистана составляет 24 года, официально объявил 2017-й год Годом молодежи, о чём позже был подписан соответствующий указ. В последующие годы этот показатель стал равен 22,4 года [Послание Президента Республики Таджикистан Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 26.12.2019 г. - 2019]. Согласно данным официальной статистики население Республики Таджикистан на начало 2020 г. составило 9 313 800 чел., причем мужчин несколько больше чем женщин (50,7%). Численность молодежи (возрастные группы от 15 до 30 лет) составляет 2552 тыс.чел., что составляет около 28% общего населения страны, из них 1255 тыс.чел. - девушки и 1297 тыс.чел. - юноши [Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 г. -2020]. Таким образом, преобладающее большинство населения Таджикистана составляет молодежь [Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019г. -2020].

Основным нормативно-правовым документом, регулирующим сферу отношений государства и молодежи в Республике Таджикистан является Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике», определяет молодежь как социально-демографическая группа людей в возрасте 14-30 лет (ст.1) и определяет ведомства, отвечающие за реализацию молодежной политики в Республике Таджикистан.

Молодежная политика в Республике Таджикистан рассматривается как стратегическое и приоритетное направление государственной политики [Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 ноября 2012г. №620 «Об утверждении Национальной программы социального развития молодежи в Республики Таджикистан на 2013-2015 гг»].

За годы независимости в Республике Таджикистан приняты серьезные меры по развитию всесторонних действий по охране здоровья молодежи, ратифицированы важные международные документы в области защиты прав женщин и детей, совершенствована законодательная база по охране здоровья молодежи.

Приняты и реализованы Национальные программы развития здоровья молодежи в

При Комитете по делам молодежи, спорту и туризму при Правительстве РТ создана Межсекторальная координационная комиссия по развитию услуг молодежи, состоящая из числа специалистов секторов здравоохранения, образования, труда и социальной защиты населения, международных и общественных организаций.

Вместе с тем, наряду с высокой потребностью, у молодежи выявлены множество барьеров в доступности к медико-социальным услугам [Ганизода М.Х., 2020].

Актуальность настоящего исследования определяется необходимостью комплексного изучения состояния репродуктивного здоровья молодежи как индикатор социального

благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, для определения изменений в здоровье индивидуума в последующие годы, разработки эффективных алгоритмов совершенствования и оптимизации унифицированного подхода к здоровью как составляющего качества жизни молодежи.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Проведенный анализ исследований по изучению уровня здоровья, как одного из составляющего качества жизни молодежи, отражается прежде всего уровнем соматического, репродуктивного и сексуального здоровья. Одной из не изученных компонентов в изучении качества жизни молодежи, считают не принятие единого методологического подхода и данных по качеству жизни во взаимосвязи с РСЗ, отсутствие координации сфер здравоохранения и других задействованных структур, работающих с молодежью.

В доступной литературе имеется большое число публикаций, посвященных изучению разных аспектов девиантного поведения, доступности к услугам и профилактики СЗ и РЗ среди маргинальных (РС, лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов) и других групп молодежи (мигранты, потребители наркотиков, алкоголиков, заключенных), относящихся к группам риска по вопросам СЗ и РЗ.

Аналитический обзор данных по качеству жизни молодежи и их соматическому статусу здоровья, раскрыл проблемы подростковой беременности и аборт, путей ВИЧ-инфицирования молодежи, перинатального инфицирования и факторов, влияющих на риск вертикального инфицирования ВИЧ-инфекции. Выявленные факты указывают на актуальность изучения качества жизни молодежи, включая детерминанты РЗ и СЗ Таджикистане, для которых характерен свой социо-демографический менталитет и традиции.

К сожалению, в Республике Таджикистан детерминанты РЗ и СЗ изучены недостаточно, имеющиеся данные хаотичны и не системны, требуют разработки эффективных алгоритмов совершенствования и оптимизации унифицированного подхода к здоровью молодежи как составляющего качества жизни.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Научная работа связана с выполнением научно-исследовательской работы (НИР) кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» на тему «Совершенствование и внедрение новых методов организации и управления медицинской службы в Республике Таджикистан», № ГР 0116ТJ00524.

Диссертационная работа также выполнена в рамках реализации Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг; Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года; Среднесрочной программы Национального развития Республики Таджикистан на период 2016-2020 гг; Национальной программы социального развития молодежи в Республике Таджикистан на период 2013-2015 гг; Национальной программы развития здоровья молодежи на период 2006-2010 гг.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Изучить особенности качества жизни молодежи, связанное со здоровьем и разработать научно-обоснованный алгоритм по дальнейшему совершенствованию предоставления медико-социальных услуг по улучшению соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодежи в современных социально-экономических условиях Республики Таджикистан.

Задачи исследования.

1. Изучить уровень соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодежи с социально-безопасным поведением и молодежи из групп высокого риска.

2. Изучить гендерные различия в структуре заболеваемости инфекций, передаваемых половым путём, влияющие на качество жизни, доступность и потребности в медико-социальных услугах у молодёжи с социально-безопасным поведением и молодёжи из групп высокого риска.

3. Изучить доступность девушек подростков к предоставлению специализированных родовых услуг беременным в условиях Молодёжных медико-консультативных отделений, а также причины самопроизвольного и искусственного прерывания беременности.

4. Изучить качество жизни и основные демографические тенденции и другие факторы, влияющие на оказание медико-консультативной и специализированной помощи молодежи из групп риска в Республике Таджикистан.

5. Оценить эффективность результатов внедрения предложенной модели организации клиник, дружеского отношения к молодёжи в Республике Таджикистан.

6. Разработать комплекс эффективных мер по усовершенствованию предоставления медико-консультативных и специализированных услуг для уязвимых категорий молодежи.

Объект исследования. Объектом настоящего исследования явились молодые люди в возрасте 15-30 лет, то есть тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь. Нижняя возрастная граница молодёжи определяется с 15 лет, когда наступает физическая зрелость и человек может заниматься трудовой деятельностью (период выбора учиться или работать). Верхняя граница - определяется достижением экономической самостоятельности, профессиональной и личной стабильности (создание семьи, рождение детей).

Объекты исследования были разделены на две сравниваемые группы: молодые люди с социально-безопасным поведением - организованная молодёжь (студенты ВУЗ-ов, СУЗ-ов, школьники) и молодёжь из групп высокого риска, а именно: трудовые мигранты, работницы секса (РС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН). Научные исследования охватывали указанные объекты по следующим данным:

- Учётно-отчётная документация Республиканского центра информации и медицинской статистики по заболеваемости населения Республики Таджикистан в период 2013-2019 гг.;
- Учётно-отчётная документация Молодёжных медико-консультативных отделений при Центрах здоровья в период 2013-2019 гг.;
- Электронная карта мониторинга числа посещений и полученных медико-социальных услуг пациентом в ММКО с соблюдением принципов анонимности и конфиденциальности путем кодирования в период 2013-2019 гг.

Предмет исследования. Предметом настоящего исследования было изучение качества жизни молодёжи, связанное со здоровьем. Качество жизни молодёжи, связанное со здоровьем, было изучено по встречаемости трех групп заболеваний по обращениям в ММКО: соматических, ИППП и болезней органов репродуктивной системы. Всего в ММКО по всем регионам Таджикистана в течение двух лет (2018-2019 гг) обратились 58103 человек, в том числе юношей 18070 (31,1%) и девушек - 40033 (68,9%), которым был предоставлен пакет медико-социальных, лечебно-диагностических и консультативных услуг. Более того, среди 1000 молодых людей из этого числа был проведен социологический опрос. Также было изучено качество жизни и проблемы по обеспечению доступности молодежи к медико-социальным услугам путем выборочного анкетирования молодых людей по их согласию с использованием опросника WHOQOL-BREF, рекомендованного ВОЗ с нашими дополнениями. Кроме этого, был проведен анализ действующей нормативно-правовой базы по Порядку предоставления лечебно-профилактических услуг населению Республики Таджикистан на платной основе и Программе государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в Республики Таджикистан.

На основании полученных данных были разработаны пути совершенствования предоставления медико-социальных услуг по улучшению соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодежи в Республике Таджикистан.

Научная новизна исследования. На основе государственной и ведомственной статистики, а также данных клинического наблюдения проведен анализ репродуктивного поведения молодежи с социально безопасным и рискованным поведением, установлены следующие медико-социальные факторы, определяющие репродуктивное поведение и здоровье молодежи в современных условиях социально-экономических преобразований в стране: низкий социально-экономический статус семьи, неудовлетворительные материально-бытовые условия, проживание на одной территории многопоколенчатой семьи, низкий образовательный уровень, многоженство, раннее начало сексуальных отношений, низкая информированность и ограниченность доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья, недостаточное финансирование сектора здравоохранения, зависимость частоты ранних и частых родов от прото- и интергенетических интервалов и отсутствие единых репродуктивных установок, влияние национальных традиций, трудовой миграции и других социально-бытовых факторов на становление семейных отношений.

Впервые осуществлен анализ и дана оценка действующих нормативных документов, регламентирующих здоровье молодежи как социально-демографической группы.

Впервые констатирован факт отсутствия детального планирования, мониторинга и оценки проводимых мероприятий по проблемам качества жизни, связанного с репродуктивным поведением и репродуктивным и сексуальным здоровьем молодежи с социально-безопасным поведением и молодежи групп высокого риска, проблем их доступности к медико-социальным услугам.

Впервые, на основании комплексной медико-социальной оценки установлено, что состояние здоровья молодежи Таджикистана характеризуется низким соматическим индексом, высоким уровнем воспалительных заболеваний органов таза и ИППП. На основании полученных результатов обоснована необходимость создания медико-консультативных кабинетов и отделений, дружественных к молодежи, с целью оказания профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, реабилитационной и социальной помощи молодежи, в особенности из групп риска, что несомненно отражается на их сексуальном, репродуктивном и психическом здоровье путем снижения рискованного поведения к нежелательной беременности, наркопотреблению, ИППП/СПИД. Впервые в Республике Таджикистан дана комплексная оценка проблеме качества жизни, с применением опросника рекомендованного ВОЗ с нашими дополнениями WHOQOL-BREF, связанного с соматическим, репродуктивным и сексуальным здоровьем молодежи с социально-безопасным поведением и молодежи из групп высокого риска, проблем их доступности к медико-социальным услугам.

Обосновано, что распространенность гинекологических заболеваний у молодых девушек зачастую связана с нерешенными вопросами разработки и использования стандартов, алгоритмов их диагностики и лечения, разработки эффективных мер профилактики, обуславливают актуальность изучения ювенильной гинекологии.

Показано, что отраслевые программы, направленные на репродуктивное здоровье, традиционно ориентированы на обслуживание женщин, что требует пересмотра подходов к их разработке. В данной работе репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье изучено наряду с девушками, также и среди юношей. Впервые изучены барьеры по доступности молодежи к лечебно-консультативным услугам и на их основании организованы и представлен опыт эффективности деятельности Молодежных медико-консультативных отделений при Центрах здоровья.

Впервые в Республике Таджикистан введен унифицированный идентификационный код мониторинга числа посещений и полученных медико-социальных услуг в ММКО, для обеспечения принципов конфиденциальности и анонимности.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов до-и последиplomного образования и при проведении социологических и демографических исследований.

Разработанная и внедренная модель оказания медико-консультативной и специализированной помощи молодежи из групп риска позволит в дальнейшем совершенствовать службы соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодёжи в Республике Таджикистан. Результаты проведенного анализа могут быть использованы при проведении ситуационного анализа населения, регулярно проводимого Институтом экономики и демографии АН РТ.

Положения, выносимые на защиту:

1. Индекс здоровья молодежи в Республике Таджикистан оценивается как низкий и обуславливает снижение качества жизни молодежи в физической, эмоциональной сферах, а также в сфере социального функционирования.

2. Качество жизни молодежи отличается в зависимости от пола, образа жизни, репродуктивного, сексуального поведения и снижается в зависимости от их степени девиантности. В особенности, качество жизни страдает у девушек-подростков с рискованным поведением.

3. Наиболее значимыми факторами, влияющими на качество жизни молодежи являются: низкий социально-экономический статус семьи; неудовлетворительные материально-бытовые условия; низкий образовательный уровень; употребление наркотических средств, раннее начало сексуальных отношений и рискованное сексуальное поведение; низкая информированность и ограниченность доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья.

4. В условиях распространения ИППП/ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан с преимущественной передачей инфекции половым путем, актуальным является профилактика раннего полового дебюта, рискованного поведения, наркомании, повышение информированности молодежи по вопросам ВЗОТ, ИППП и ВИЧ-инфицирования.

5. Проведенный нами анализ поведенческих факторов риска позволяет утверждать, что группы РС, МСМ, ПИН, трудовые мигранты, а также полигамные браки обладают высокой эпидемиологической значимостью в распространении социально-значимых заболеваний.

6. В Республике Таджикистан на современном этапе обеспечивается всесторонняя реализация молодежных программ социальной направленности молодежи, поддержки здоровья и благосостояния молодого поколения, однако остается упущенным вопрос мониторинга доступности молодежи с безопасным и рискованным поведением к медико-социальной помощи.

7. Обосновано, что отлаженная система перенаправления пациентов от уровня ПМСП до специализированной медицинской помощи способна обеспечить преемственность предоставления необходимых профилактических и лечебно-диагностических услуг молодежи, в особенности девушек-подростков, тем самым повышая их доступность и доказательную обоснованность назначений.

Степень достоверности результатов подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов изучения качества предоставления медико-социальных услуг молодёжи, уровня соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодёжи с социально-безопасным поведением молодёжи из групп высокого риска, также изучения проблем их доступности к медико-социальным услугам, потребности уязвимых групп молодежи в медико-социальных услугах.

Основываясь на этих данных, был разработан обновленный алгоритм оказания медико-консультативной и специализированной помощи молодежи.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранения: подпункт 3.2. Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на ее продолжительность и показатели здоровья и населения, формирование здорового образа жизни; 3.4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; 3.5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования состоит в его участии на всех этапах проведенных исследований, получении данных, анализе первичного материала, подготовке публикаций и докладов – 80-85%. Все главы диссертации написаны лично автором, статистическая обработка собственного материала выполнена соискателем самостоятельно, исследования содержат ряд новых результатов и заключений, что свидетельствует о личном вкладе диссертанта в науку – 100%.

Апробация и реализация результатов диссертации. Результаты исследований были доложены и обсуждены на научно-практической конференции ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии (Душанбе, 2014), Международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (Душанбе, 2016), VI съезде акушеров и гинекологов РТ (Душанбе, 2016), Ежегодных научно-практических конференциях ИПОСЗ РТ (Душанбе, 2017, 2018, 2019), заседаниях кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (2020, 2021). Работа была допущена к защите на заседании межкафедрального экспертного совета по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (протокол №3/1 от 12.11.2021).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 51 научных работ, в том числе 21 работ опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на ка страницах машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, Главы 1 «Обзор литературы», Главы 2 «Материал и методы исследования», 3 глав собственных исследований: Главы 3 «Соматическое, репродуктивное и сексуальное здоровье молодёжи в Республике Таджикистан» с пятью подглавами, Главы 4 «Медико-демографическая характеристика качества жизни молодежи Республики Таджикистан (по результатам социологического исследования)» с тремя подглавами, Главы 5 «Нормативно-правовая база, проблемы доступности молодёжи к медико-социальным услугам и анализ результатов внедрения предложенной модели организации клиник, дружеского отношения к молодёжи в Республике Таджикистан», Главы 6 «Обзор результатов исследований», выводов, рекомендации по практическому использованию результатов, списка литературы, включающего 423 источников (из них 66 - нормативно-правовые документы, постановления, отчёты; 64 - электронные ресурсы; 24 - монографии, руководства, учебники, пособия; 203 – статьи и тезисы докладов; 21 – диссертации и авторефераты; 40 – дополнительная литература) и списка,

публикаций соискателя ученой степени по данной научной теме. Работа содержит 32 таблицы и 4 рисунков. В конце диссертации приведены приложения.

Основная часть исследования

Материал и методы исследования. Материалы исследования основаны на данных: Государственного статистического Агентства при Правительстве РТ, Республиканского центра медицинской статистики и информации МЗ и СЗН РТ; сводных данных годовых отчетов Национального, областных и районных центров репродуктивного здоровья; Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИД; Республиканского центра по защите населения от туберкулеза; нормативно-правовых актов РТ по охране здоровья молодежи; данных амбулаторных карт (форма 025/к – индивидуальная карта пациентки, использующей контрацептивы и форма 029 – индивидуальная карта беременной женщины и родильницы); отраслевых отчетных Форм № 24 “Ҳисоботи Шӯъбаи тиббии машваратии ҷавонони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, утвержденные распоряжением МЗ и СЗН РТ № 655 от 12 ноября 2014 г.

Объектом исследования является современная молодежь как социально-демографическая группа, молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет, всего обратились 58103 чел. Из них:

- организованная молодежь (студенты ВУЗ-ов, СУЗ-ов, школьники) – 46767 чел.;
- трудовые мигранты – 7092 чел.;
- работницы секса – 3837 чел.;
- мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) – 40 чел.;
- потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – 367 чел.

Им были проведены клинико-anamnestическое обследование по обращаемости в ММКО (58103 чел., в том числе 520 девушек - проспективно), в том числе общее объективное и гинекологическое исследование по общепринятой методике.

Социологический опрос для оценки качества жизни среди молодежи (1000 человек, в том числе 550 среди организованной молодежи, 200 – трудовых мигрантов, 120 - РС, 30 - МСМ и 100 - ПИН) проводился согласно разработанной нами анкеты в условиях анонимности с обязательным условием согласия респондента. Также был использован опросник, рекомендованный ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF). Опросник содержит 26 вопросов и 5 вариантов ответов. Производится перекодировка полученных ответов с вычислением среднего балла по каждой шкале в отдельности и общего балла качества жизни. Система оценки проводится по пятибалльной системе (от 1 до 5 баллов).

Оценка репродуктивного поведения и факторов риска проведена у жителей городов и сел Республики Таджикистан анкетным методом путем случайного отбора, целью которого являлось охватить все возможные социальные, демографические, экономические и медицинские аспекты, способные оказать влияние на репродуктивное поведение и здоровье молодежи, проживающих в городах и сельских поселениях. Разработанная нами анкета включает 57 вопросов для молодежи и 35 – для подростков.

Данное исследование проведено в городе Душанбе; в Согдийской области - г. Худжанд, Истаравшан, Деваштич, Зафарабадский и Шахристанский районы; в Хатлонской области - г. Бохтар, г. Куляб, Восе, Дж. Балхи, Дусти, Леваканд; в ГБАО - Дарвозский район, город Хорог; в Районах Республиканского подчинения - Гиссар, Вахдат, Турсун-заде, Шахринау.

Нами было использовано ведение унифицированного идентификационного кода (УИК) наблюдения за пациентом в ММКО, разработанного и введенного в практику использования с целью сохранения и обеспечения конфиденциальности и анонимности, который вводится в специально разработанный ваучер, ведение которого входит в функции аутрич-работника и семейного врача. За анализируемый нами период 2018-2019 годы в 21 учреждения ММКО, которые функционируют при Центрах здоровья обратились 58103 молодых людей (Таблица 1).

Таблица 1. - Характеристика обратившихся в Молодёжные медико-консультативные отделения по полу и возрасту

Годы наблюдения	Половая принадлежность	Единица измерения	Всего	Возрастные группы		
				15-19	20-24	25-30
2018	Юноши	Абс.	9183	361	2674	6148
		%	100	3,93	29,1	67,0
	Девушки	Абс.	20112	855	6583	12674
		%	100	4,25	32,7	63,0
	Итого	Абс.	29295	1216	9257	18822
		%	100	4,15	31,6	64,2
2019	Юноши	Абс.	8887	262	2300	6325
		%	100	2,95	25,9	71,2
	Девушки	Абс.	19921	508	4729	14684
		%	100	2,55	23,7	73,7
	Итого	Абс.	28808	770	7029	21009
		%	100	2,67	24,4	72,9
2018 +2019	Юноши	Абс.	18070	623	4974	12473
		%	31,1	3,45	27,5	69,0
	Девушки	Абс.	40033	1363	11312	27358
		%	68,9	3,40	28,3	68,3
	Всего	Абс.	58103	1986	16286	39831
		%	100	3,42	28,0	68,6

Комплекс услуг молодежи включает: консультирование по вопросам СРЗ; добровольное диагностирование, лечение и реабилитация с целью профилактики и раннего выявления заболеваний репродуктивной системы, включая нежелательную беременность, ИППП/ВИЧ, наркомании и алкоголизма у молодых людей; психокоррекция поведения подростков, формирование здорового образа жизни, профилактика ИППП/ВИЧ, наркомании и алкоголизма; определение медицинских показаний к госпитализации больных с осложненным течением заболеваний репродуктивной системы, ИППП/ВИЧ, психологическими нарушениями, наркоманией (перенаправление); интеграция с другими службами охраны здоровья.

Также проведен анализ нормативно-правовых актов РТ по охране здоровья молодежи; определен демографический профиль молодежи; определены репродуктивные установки (установки на количество детей в семье (рожденных, усыновленных), пол ребенка, установки к беременности и ее исходу, интергенетические интервалы); установки контрацептивного поведения и репродуктивные мотивы а также определены потребности девушек и юношей в медико - социальных услугах.

Уровень первичной заболеваемости рассчитывали на 1000 человек населения: Уровень первичной заболеваемости = Число первичных обращений по поводу заболеваний, впервые выявленных в этом году / Среднегодовая численность населения *1000.

Услуги, предоставляемые в ММКО, были классифицированы как консультативные, диагностические и лечебные. Классификация заболеваний произведена по МКБ -10 (ВОЗ,1998).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы статистического анализа Microsoft Excel. Определяли среднеарифметическое (M), ошибку среднего арифметического (m). Достоверность различий между группами устанавливалась по t-критерию Стьюдента, для малых и неоднородных групп – по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты исследования

Структура основных соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу. Всего в ММКО по всем регионам Таджикистана в течение двух лет (2018-2019 гг.) обратились 58103 человек, в том числе юношей 18070 (31,1%) и девушек 40033 (68,9%) (рисунок 1.).

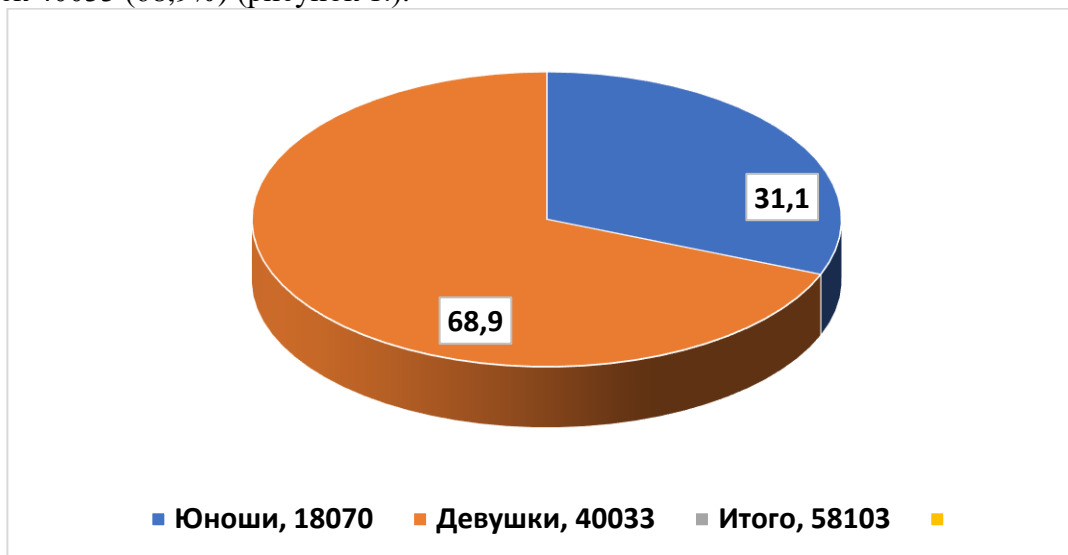


Рисунок 1. - Соотношение обратившихся в Молодёжные медико-консультативные отделения молодежи за медико-социальными услугами (2018 и 2019 гг), абс. и %

Соматические заболевания выявлены у 1870 чел. (3,22%) из числа обратившихся, в том числе 1030 случаев среди юношей (55,1%) и 840 случаев – среди девушек (44,9%). Среди основных соматических заболеваний среди молодежи, наиболее часто встречались заболевания мочевыводящих путей (35,3%) чаще среди девушек (69,5%); затем - эндокринные заболевания (24,1%), которые также чаще встречались среди девушек (66,4%); далее - анемии (17,6%), которые также чаще встречались среди девушек (74,5%) и глистные инвазии (14,4%), которые чаще встречались среди юношей (89,2%); далее по частоте встречаемости идут заболевания ЖКТ (10,2%), заболевания органов дыхания (2,67%), которые чаще встречались среди юношей (88,0%); по 20 случаев (1,07%) в структуре заболеваемости были выявлены сердечно-сосудистые и кожные заболевания, в 12 случаях (0,64%) выявлена ВИЧ-инфицированность, в 10 случаях (0,45%) - туберкулез легких и в 4 случаях (0,21%) – онкологические заболевания. У 140 из 1870 наблюдаемых нами людей (7,49%), преимущественно юношей (71,4%) имело место сочетание двух и более вышеперечисленных заболеваний.

Мы также провели анализ половых отличий в структуре частоты встречаемости основных соматических заболеваний. Выявлено, что в пятерку наиболее часто встречаемых заболеваний среди юношей вошли глистные инвазии (22,1%), заболевания мочевыводящих путей (20,7%), эндокринные заболевания (15,6%), заболевания ЖКТ (10,3%) и анемии (8,16%). Среди девушек выявлено следующее соотношение пяти наиболее часто встречаемых заболеваний: заболевания мочевыводящих путей (51,0%), эндокринные заболевания (33,2%), анемии (29,3%), заболевания ЖКТ (10,0%) и глистные инвазии (9,33%). Другими словами, у молодежи обоих полов, среди соматических заболеваний, вышеуказанные 5 болезней встречаются наиболее часто.

Структура заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу. Различные виды ИППП были выявлены у 1698 чел. (2,92%) из 58103 обратившихся, в том числе 1563 случаев среди девушек (92,0%) и 135 случаев – среди юношей (7,95%) (Таблица 2).

Полученные данные свидетельствуют о том, что из 18070 обратившихся за медицинскими услугами юношей у 135 (0,8%) и из 40033 обратившихся за медицинскими услугами девушек у 1563 (3,9%) были выявлены те или иные ИППП. В структуру анализируемых ИППП были включены также и некоторые симптомы болезней, которые требовали дальнейшего уточнения диагноза. Среди них у каждой пятой девушки были отмечены выделения из влагалища, в 22,1% случаев - боли внизу живота, у 11,8% девушек - выделения из уретры и у 6,43% - генитальные язвы.

Из других 14 наименований болезней, пять наиболее выявляемых ИППП были ранжированы по убыванию выявляемости следующие заболевания:

Среди юношей: гонорея – 45,2%; трихомониаз – 14,8%; сифилис – 10,4%; хламидиоз – 8,89%; ВИЧ-инфекция – 7,41%.

Среди девушек: хламидиоз – 16,1%; инфицирование вирусом простого герпеса – 12,9%; цитомегаловирусная инфекция – 11,9%; кандидоз – 5,05%; сифилис – 4,35%.

Таблица 2. -Структура и половые отличия в распространенности инфекций, передаваемых половым путём у молодёжи

Наименование заболевания	Половая принадлежность			
	Девушки		Юноши	
	Абс.	%	Абс.	%
Сифилис	68	4,35	14	10,4*
Гонорея	36	2,30	61	45,2*
Трихомониаз	45	2,88	20	14,8*
Кандидоз	79	5,05*	4	2,96
Хламидиоз	252	16,1*	12	8,89
Инфицирование ВПГ	201	12,9*	7	5,19
Цитомегаловирусная инфекция	186	11,9*	7	5,19
Папилломавирусная инфекция	18	1,15	-	-
ВИЧ-инфекция	61	3,90	10	7,41*
Уреаплазмоз	6	0,27	-	-
Микоплазмоз	5	0,23	-	-
Токсоплазмоз	7	0,32	-	-
Гарднереллез	16	0,72	-	-
Генитальные язвы	182	6,43	-	-
Выделения из уретры	184	11,8	-	-
Выделения из влагалища	314	25,5	-	-
Боли внизу живота	308	22,1	-	-
Итого	1563	100	135	100

Примечание: * - статистически достоверные половые отличия ($p < 0,001$)

Как мы отмечали выше несмотря на то, что ретроспективно мы провели анализ клиничко-анамнестического обследования 58103 чел. по обращаемости в ММКО, в том числе 520 девушек – было обследовано лично диссертантом проспективно. Нами получена полная схожесть заболеваемости ИППП с вышеуказанными результатами: у 3,9% были выявлены те или иные ИППП. Среди них у каждой пятой девушки были отмечены выделения из влагалища, в 22,0% случаев - боли внизу живота, у 12,0% - выделения из уретры и у 7,0% - генитальные язвы. Из других 14 наименований болезней, пять наиболее выявляемых ИППП были ранжированы по убыванию выявляемости следующие заболевания: хламидиоз – 16,0%; инфицирование вирусом

простого герпеса – 13,0%; цитомегаловирусная инфекция - 12,0%; кандидоз – 5,0%; сифилис – 4,0%.

Структура заболеваемости органов репродуктивной системы молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу. Различные заболевания органов репродуктивной системы из 40033 девушек, обратившихся в ММКО были выявлены у 13790 или 34,4% из числа обратившихся. Среди 18070 юношей, обратившихся за тот же период, заболевания органов репродуктивной системы были выявлены у 911 человек или в 5,18% случаев (Таблица 3).

Таблица 3. - Характеристика выявленных заболеваний органов репродуктивной системы в Молодёжных медико-консультативных отделениях (Абс./%)

Год наблюдения	Половая принадлежность	Всего с заболеваниями	Заболевания молочной железы	Ювенильные кровотечения	Воспалительные заболевания половых органов	Нарушения менструального цикла	Выделения из мочевыводящих путей	Выделение из влажной области лица	Боли внизу живота	Генитальные язвы	Опухоли яичников	Сочетание 2-х и более симптомов
2018	Юноши	493	-	-	271 /55,0	-	170 /34,5	-	95 /19,3	3 /0,61	15 /3,04	61 /12,4
	Девушки	8422	122 /1,45	1030 /12,2	2137 /25,4	1459 /17,3	1893 /22,5	1214 /14,4	998 /11,8	181 /2,15	451 /5,36	1023 /12,1
	Итого	9015	122 /1,45	1030 /12,2	2408 /26,7	1459 /17,3	2063 /22,9	1214 /14,4	1093 /12,1	184 /2,04	466 /5,17	1084 /12,0
2019	Юноши	418	-	-	217 /51,9	-	144 /34,4	-	81 /19,4	5 /1,20	11 /2,63	50 /12,0
	Девушки	7378	101 /1,37	980 /13,3	1912 /25,9	1313 /17,8	974 /13,2	935 /112,7	643 /8,72	154 /2,09	367 /4,97	750 /10,2
	Итого	7696	101 /1,37	980 /13,3	2129 /27,7	1313 /17,8	1118 /14,5	935 /112,7	724 /9,41	159 /2,07	378 /4,91	800 /10,4
2018+2019	Юноши	911	-	-	488 /53,6	-	314 /34,5	-	176 /19,3	8 /0,88	26 /2,85	111 /12,2
	Девушки	15800	223 /1,41	2010 /12,7	4049 /25,6	2772 /17,5	2867 /18,1	2149 /13,6	1641 /10,4	335 /2,12	818 /5,18	1773 /11,2

Так как между двумя сравниваемыми годами особой разницы в процентах выявленных случаев не выявлено, при анализе данных мы в основном будем ссылаться на обобщенные данные (2018 г + 2019 г).

Среди юношей, обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались воспалительные заболевания мочеполовой системы (53,6%), затем выделения из мочевыводящих путей (34,5%), боли внизу живота (19,3%), опухоли яичек (2,85%) и генитальные язвы (0,88%). В 12,2 процента случаев обращения юношей в ММКО было выявлено сочетание двух и более симптомов заболеваний репродуктивных органов.

Среди девушек, обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались также воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) - 25,6%, затем нарушения менструального цикла - 17,5%, ювенильные кровотечения - 12,7%, доброкачественные образования яичников - 5,8%, заболевания молочной железы - 1,41%. Кроме того, выявлены следующие синдромы, которые требовали проведения обследования: выделения из мочевыводящих путей - 18,1% случаев, выделения из влажной области лица - 13,6%, боли внизу живота - 10,4%, генитальные язвы - 2,12%. В 11,2 процента случаев обращения девушек в ММКО было выявлено сочетание двух и более заболеваний репродуктивных органов.

Как мы акцентировали внимание выше несмотря на то, что ретроспективно мы провели анализ клинико-анамнестического обследования 58103 чел. по обращаемости в ММКО, в том числе 520 девушек было обследовано лично диссертантом проспективно. Нами получена полная схожесть вышеуказанным результатам заболеваемости органов репродуктивной системы: в 25,0% случаев были выявлены воспалительные заболевания органов таза, в 18,0% случаев - нарушения менструального цикла, в 13,0% - ювенильные кровотечения, выделения из мочевыводящих путей,

также в 18,0% случаев, в 6,0% - доброкачественные образования яичников и в 1,4% - заболевания молочной железы. Также выявлены синдромы: в 14,0% - выделения из влагалища, в 10,0% - боли внизу живота, в 2,0% - генитальные язвы.

Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза у девушек были представлены бактериальными вагинитами, циститами, эрозивными эндоцервицитами, аднекситами, воспалением яичника (оофорит), сальпингитами, эндометритами.

Среди бактериальных инфекций мочевыводящих путей у юношей встречались уретриты и простатиты.

Нами установлено, что распространенность гинекологических заболеваний у молодых девушек зачастую связана с нерешенными вопросами разработки и использования стандартов, алгоритмов их диагностики и лечения, разработки эффективных мер профилактики.

Отраслевые программы, направленные на репродуктивное здоровье, традиционно ориентированы на обслуживание женщин, что требует пересмотра подходов к их разработке.

Частые бессимптомные случаи развития заболеваний органов репродуктивной системы среди юношей и девушек на ранних стадиях заболевания, повышают актуальность разработки более совершенных и доступных в учреждениях ПМСП методов их распознавания и выделять группу больных повышенного риска, т.е. лиц с факторами риска.

Предоставление консультационных и лечебно-диагностических услуг беременным в условиях ММКО. В течение последних двух лет в ММКО при Центрах здоровья всего было установлено 2141 случаев беременности, что составило 5,35% от обратившихся (таблица 4).

Таблица 4. - Число установленной беременности в Молодёжных медико-консультативных отделениях

Годы наблюдения	Обращаемость	Всего беременных	%
2018	20112	1000	4,97
2019	19921	1141	5,73
Итого	40033	2141	5,35

Возрастной состав беременных представлен следующим образом:

14-15 лет – 36 (1,7%); 15-19 лет - 686 (32,0%); 20-24 лет - 1049 (49,0%) и 25-29 лет – 370 женщин (17,3%). Данные свидетельствуют, что наибольшее число беременностей отмечается в возрастных группах 20 – 24 года (49,0%) и в возрасте 15 – 19 лет (32,0%) , вместе с тем, следует отметить 36 (1, 7%) беременных составили подростки до 14 лет.

Характер становления и особенности менструальной и половой функции оценивали по времени наступления первой менструации (менархе): в 11-13 лет- у 1634 девушек (76, 3%); в 14-16 лет – у 476(22,2%); свыше 17 лет – у 31 (1,5%) девушек. Как видно из приведенных данных у 76,3% респондентов время начала первой менструации приходится на возраст 11–13 лет, что свидетельствует о том, что в условиях страны отмечается довольно раннее половое созревание.

Менструации установились сразу у 93,7% респондентов; через 6 месяцев у 3,7%. Менструации были регулярными у 93,7%; нерегулярные - у 6,3%. Продолжительность менструации в 36,4% случаев длилась до 3-х дней, в 43,4% случаев - до 5 дней и более 5 дней - у 20,1% респондентов. Альгоменорея (болезненные менструации) выявлена у 23,6% респондентов, олигоменорея (скудные менструации) – в 8, 9% случаев.

Возраст вступления в брак: до 16 лет вступили в брак 3,3%, в возрасте 17-18 лет - 28,6%; до 20 лет- 32,2%; 21 год и старше -35,9%. Среди обратившихся перво-беременные составили 1200 женщин (56,1%), повторно-беременные – 823 (38,4 %) многорожавшие - 118 (5,5%).

Исследования последних лет позволяют рассматривать контрацепцию как один из факторов, определяющих здоровье девушек-подростков и женщин. В связи с этим, оказание консультативной помощи и услуг по контрацепции непосредственно в ММКО оказывают положительное влияние на репродуктивное поведение и здоровье девушек-подростков и женщин.

В Республике Таджикистан, в отличие от абортов, использование противозачаточных средств не стало основным методом регулирования рождаемости, уровень использования контрацептивных средств в целом по стране не превышает 27,2%. Это обусловлено тем, что; во-первых информированность молодежи о современных средствах и методах контрацепции остается низкой; во-вторых, сложившиеся устои в отношении многодетности достаточно стабильны, отношение молодежи к современным методам контрацепции в некоторых случаях негативно; в третьих страна полностью зависит от поставок контрацептивных средств и других контрацептивных технологий по линии гуманитарной помощи.

Спектр применяемых контрацептивных средств среди обратившихся в ММКО молодых девушек представлен следующим образом: ВМС использовали 12,3% повторнородящих; оральные гормональные средства -15,1%; инъекционные гормональные средства - 3,1%; презервативы используют 13,1% женщин.

Наблюдение за беременными в условиях ММКО при Центрах здоровья включает следующие услуги:

- Ранняя диагностика беременности;
- Скрининг беременных;
- Уход за нормальной и с высокой степенью риска беременностью;
- Выявление и лечение соматических и инфекционных заболеваний мочевых путей, половых органов, ВИЧ-инфекции;
- Мониторинг состояния здоровья и развития плода;
- Другие профилактические мероприятия.

Согласно установленного порядка, для обеспечения своевременной дородовой диагностики врожденных и наследственных заболеваний во время беременности необходимо проводить ультразвуковое обследование в сроке 18–20 недель. Данный УЗИ-скрининг является обязательным.

В таблице 6. представлены данные о числе прерванных беременностей, что составило 308 случаев или 14,4% от общего числа выявленных беременностей в условиях ММКО (таблица 6.).

Таблица 6. - Число прерываний беременности в Молодёжных медико-консультативных отделениях

Годы наблюдения	Всего беременных	Всего прерываний беременности	%
2018	1000	178	17,8
2019	1142	130	11,4
Итого	2141	308	14,4

Чаще всего беременности прерывались на ранних сроках. В структуре причин самопроизвольного прерывания беременности выявленные генетические, хромосомные аномалии плода (17,9% случаев) стали причиной в 70% случаев выкидышей в сроке до 12 недель и в 30% - после 12 недель беременности. Среди других причин были перенесенные инфекционные заболевания (15,6%), внематочная беременность (12,0%), привычные выкидыши (8,12%), в 36,0% случаев причина выкидыша не была установлена (таблица 7).

Таблица 7. - Причины прерывания беременности

Причины прерывания беременности	Число случаев и процент от общего числа прерывания беременности	
	Абс.	%
Самопроизвольное прерывание беременности (276 или 89,6%)		
Генетические, хромосомные аномалии плода	55	17,9
Перенесенные инфекционные заболевания	48	15,6
Внематочная беременность	37	12,0
Привычные выкидыши	25	8,12
Причина не установлена	111	36,0
Искусственное прерывание беременности (32 или 10,4%)		
Медикаментозный аборт при нежелательной беременности или по медицинским показаниям	32	10,4
ИТОГО	308	100

Кроме этого, ММКО предоставляет также услуги по раннему безопасному прерыванию беременности (10,4% случаев), при этом индивидуально принимая решение, так как помимо правовых барьеров, в особенности при работе с работницами секса или ВИЧ-инфицированными, девушки переживают чувство вины, сталкиваются с социальной стигмой и негативным отношением к обстоятельствам, которые привели к нежелательной беременности или к аборту, как таковому - что в свою очередь может создать препятствия на пути к доступу к медицинской помощи.

Молодые девушки часто сталкивающиеся с трудностями получения услуг здравоохранения, необходимых как для профилактики нежелательной беременности, во время беременности, так и после, наиболее ущемлены с точки зрения доступа к услугам в области репродуктивного здоровья. В этих условиях, ММКО является уникальным учреждением здравоохранения, где максимально сконцентрировано предоставление комплекса профилактических и лечебно-диагностических услуг, в том числе беременным, обеспечивающие вынашивание и рождение здорового малыша.

Преимущество предоставления услуг и показатель первичной заболеваемости молодёжи в Республике Таджикистан. Среди различных видов заболеваемости по обращаемости населения за медицинской помощью первичная заболеваемость той или иной возрастной группы населения даёт представление о качестве здоровья и способствует разработке целевых оздоровительных программ.

Если принять во внимание факт того, что до 90% состояний, при которых обычно пациент обращается к врачам, могут диагностироваться и излечиться на первичном уровне, и только в 10% - это ситуации, когда больные действительно нуждаются в дополнительном обследовании и лечении в специализированных клиниках, то в отношении к молодежи ММКО является тем учреждением, для которого должны быть разработаны алгоритмы действий в самом ММКО и, при необходимости, налаженной системы перенаправлений в специализированные учреждения.

С учетом другого факта, что в сельской местности как правило имеет место дефицит специалистов, то оправдывает себя концепция создания укрупненных ММКО: не в сельских

центрах здоровья, а на уровне района. Этот вопрос касается системы перенаправления. Существуют определенные причины, почему пациент не должен обращаться на более высокий уровень предоставления медицинской помощи. Во-первых, потому что это обойдется дороже как для государства, так и для самого пациента. Ведь такая помощь подразумевает более высокие затраты на транспортировку, оплату самих услуг, которые будут более дорогими. Во-вторых, на более высоком уровне привыкли лечить очень больных пациентов, и там могут возникать ситуации, когда пациенту назначают ненужные осмотры, анализы, обследования.

Навыки и компетенции врачебного персонала ММКО, как и его оснащение, не всегда адекватны специализированным учреждениям узкого профиля, следствием чего становятся неизбежными многочисленными перенаправлениями и фрагментация услуг. При этом система направлений и перенаправлений на практике отстроена не оптимальным образом, т.е. часто пациенты самостоятельно обращаются к узким специалистам, а те в свою очередь, как правило, направляют пациентов на госпитализацию, даже если в этом нет необходимости.

В связи с изложенным, объективная «сортировка» пациентов для обеспечения необходимых возможных услуг в самом ММКО, и адресное перенаправление в специализированные центры, является оправданным как с точки зрения доказательности, так и с экономических соображений. Таким образом, сегодня внедрена система перенаправлений до родов для беременных высокого риска, внедрена система перенаправления беременных женщин и послеродовых женщин с тяжёлыми акушерскими осложнениями от первых и вторых уровней на третий уровень, система перенаправлений в соматические учреждения, онкологические, кожно-венерологические и урологические центры.

Анализ 2008 электронных карт мониторинга числа посещений и полученных услуг пациентом с применением системы кодирования, обратившихся в ММКО (1569 лиц женского пола, 439 мужского) выявил низкий индекс здоровья молодежи. Из общего числа 2008 посетивших ММКО лиц соматическая патология выявлена у 101,7 %, т.е. на одного респондента выявлено в среднем до 3 болезней. В структуре выявленной заболеваемости первое место занимают заболевания органов дыхания - 37,6%, на втором месте - эндокринная патология - 19,3%, далее болезни мочеполовой системы - 17,7%, анемия - 16,0%. Следует указать что у 13,7% респондентов выявлена глистная инвазия, злокачественные новообразования – у 0,4%.

Обобщая полученные данные, мы провели расчет показателя общей первичной заболеваемости молодежи в Республике Таджикистан.

В целом, по конечному результату обследования и лечения, различные виды ИППП (гонорея, трихомоноз, сифилис, хламидиоз, ВИЧ-инфекция, вирус простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция, кандидоз, папилломавирусная инфекция, уреаплазмоз, микоплазмоз, токсоплазмоз, гарднереллез) были выявлены в 2,92% случаев, основные соматические заболевания (заболевания мочевыводящих путей, эндокринные заболевания, анемии, глистные инвазии, заболевания ЖКТ, заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистые и кожные заболевания, туберкулез, онкологические заболевания) – в 3,22% случаев обращения, заболевания органов репродуктивной системы (воспалительные заболевания половых органов, выделения из мочевыводящих путей, опухоли яичек, генитальные язвы, воспалительные заболевания придатков матки, выделения из мочевыводящих путей, нарушения менструального цикла, выделения из влагалища, ювенильные кровотечения, боли внизу живота, опухоли яичников и заболевания молочной железы) - у 25,3% обратившихся лиц. Если принять во внимание факт сочетания этих трех групп заболеваний у одних и тех же лиц, то можно заключить, что у каждого четвертого лица, выявляется то или иное заболевание. Следует отметить, что данная ситуация не одинакова для юношей и девушек. Так, из общего числа обратившихся юношей те или иные ИППП были выявлены – в 0,75% случаев (135 чел.), основные соматические заболевания – у 5,70% (1030 чел.) и заболевания органов репродуктивной системы – у 5,04% юношей (911

чел.). В то же время, из общего числа обратившихся девушек указанные заболевания были выявлены соответственно у 3,90% (1563 чел.), 2,10% (840 чел.) и 34,4% девушек (13790 чел.). С учетом факта сочетания этих трех групп болезней, заболеваемость теми или иными заболеваниями среди юношей составила только 6,0% (1088 чел.), тогда как среди девушек – 35,0% (14018 чел.).

Если экстраполировать полученные данные и рассчитать показатель заболеваемости по обращаемости молодежи в ММКО Республики Таджикистан, то показатель общей первичной заболеваемости составил 638 ‰ среди всей молодежи, 778,2 ‰ у юношей и 4392,5 ‰ у девушек.

По данным ряда авторов [181, 208], показатель заболеваемости по обращаемости среди молодежи составил от 957,57‰ до 1319,20‰. Наиболее высокий уровень отмечался в возрастной группе 25-29 лет (1272,25‰). Следует отметить, что эти данные не совсем сопоставимы с нашими данными, так как разные климатогеографические условия, социальный статус и качество жизни.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что здоровье молодежи, должно находиться в центре внимания людей, принимающих решение по данной проблеме, так как состояние и развитие общества во многом определяются уровнем здоровья молодежи, которые оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал. При этом, отлаженная система перенаправлений обеспечивает преемственность предоставления необходимых профилактических и лечебно-диагностических услуг молодежи, тем самым повышая их доступность, доказательную обоснованность назначений и обеспечивая экономический эффект. Система перенаправлений лиц с предполагаемым заболеванием из ММКО в специализированные (профильные) учреждения является высоко эффективной для раннего выявления и своевременного охвата лечением заболеваний органов репродуктивной системы как для девушек, так и для юношей.

Демографическое поведение молодежи в Республике Таджикистан. В Таджикистане (в целом для коренного населения) характерен многодетный тип репродуктивного поведения. Наряду с ним имеются и средне- и малодетные семьи, свидетельством этому является различие в уровне рождаемости в отдельных городах и районах республики [Статистический сборник «Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2019 года», 2019].

Социально-экономические и социо-культурные изменения, происходящие в Республике Таджикистан повлияли на изменение представлений о социальной норме детности, о необходимости регистрации супружеских отношений, об идеальном возрасте вступления в брак, о степени допустимости развода как и применительно к регистрации брака [Закон Республики Таджикистан «Семейный кодекс Республики Таджикистан», 2013].

Социально-экономические условия и недостаточная эффективность системы здравоохранения в Республике Таджикистан обуславливают ухудшение здоровья, рост заболеваемости и смертности среди всех категорий населения, вследствие чего возрастает ответственность самого человека за сохранение своего здоровья и, в первую очередь, за поведение в сфере здоровья.

Проведенные нами исследования показали, в настоящее время для населения страны характерна низкая культура самосохранения, что существенно отличает РТ от западных стран и приводит к невозможности заимствования существующих в других странах социальных технологий здравоохранения.

Репродуктивное здоровье мужчин в условиях республики до настоящего времени практически не изучено. Мужчины являются одной из серьезных причин, одним из факторов риска ухудшения показателей здоровья женщины.

По данным Ш. Курбанова и А. Гаибова (2007), в Таджикистане прогрессивно увеличивается число мужчин, страдающих постинфектными заболеваниями половых органов, импотенцией, бесплодием. Здоровье женщин подрывается этой неблагоприятной ситуацией с

ИППП и его осложнениями среди молодежи и мужчин детородного возраста и активного сексуального периода. Инфекции половых органов у мужчин приводят к осложненному течению беременности, прерыванию ее, осложнениям во время родов и в послеродовом периоде, влияют на фертильность женщин. Все это сказывается на состоянии внутриутробного плода, новорожденного и в целом, на показателях здоровья детского населения [AlamirewZ., et al., 2013].

Мужчины, в силу сложившихся гендерных стереотипов, нередко являются препятствием на пути женщин к получению услуг в области РЗ/СЗ.

Отрицательное отношение мужчин к вопросам контрацепции возникает, в основном, от их неосведомленности, а также по причинам культурного, социального и религиозного статуса.

В период активных институциональных и рыночных реформ в Республике Таджикистан сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация. Это время сопровождалось ростом числа поведенческих факторов риска, ростом числа наркоманов, работников секс - бизнеса, ранних браков и внебрачной рождаемости.

Нами проанализированы материалы Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИДом с 1990 по 2020 гг. За указанный период всего выявлено 13070 лиц, инфицированных ВИЧ, из них 8342 (63,9%) мужчин и 4728 (36,1%) женщин. Среди них потребители наркотиков составили 3786 (29,1%), работницы коммерческого секса – 234 (1,8%) заключенные 853 (6,5%). Молодежь от 14 до 30 лет составляет около одной трети ВИЧ- инфицированных – 4354 (33,3%).

За последние годы независимости проблема трудовой миграции стала одной из острейших проблем, связанных с экономическим спадом и нехваткой рабочих мест на территории Республики Таджикистан. Временная трудовая миграция в постсоветском пространстве выполняет важную социальную роль. Миграция молодежи порождает множество проблем, связанных со здоровьем населения, его адаптацией к новым условиям, изменениями в генофонде мест вселения, взаимоотношениями мигрантов с местным населением. Нередко миграция, в особенности нелегальная, становится причиной распространения инфекционных болезней [Отчет Министерства труда, миграции и занятости населения РТ за 2020 г. // Душанбе, 2021].

Наряду с высоким уровнем внешней трудовой миграции, Таджикистан становится страной назначения многих иностранных граждан, в особенности, из Китайской Народной Республики, Республики Узбекистан, Иран, Афганистан, Турции и других стран. Таджикистан также является страной транзита для многих афганских беженцев [Отчет миграционной службы при Президенте РТ за 2013 г. -2014].

Вместе с тем, тяжелый физический труд, плохие жилищные условия, постоянное напряжение, чувство потерянности, одиночества и страха, разлука с близкими, чувство тревоги о благополучии семьи, напряженный жизненный ритм создают в итоге тяжелую обстановку для психики человека, вызывают стрессы, ведут к неврозам и психическим расстройствам, к заболеваниям сердечно - сосудистой системы, злокачественным новообразованиям. Рост числа сердечно-сосудистых, психических болезней, злокачественных новообразований а также социально опасных заболеваний, таких как ИППП/СПИД, наркомания и мультирезистентные формы туберкулеза напрямую связан с образом жизни в условиях трудовой миграции.

По сводным данным миграционной службы при Президенте РТ Министерства труда, миграции и занятости населения ежегодно из общего количества мигрантов, выезжающих за пределы РТ юноши в возрасте 18-29 лет составляют до 40,0%, девушки – до 15% [Отчет Министерства труда, миграции и занятости населения РТ за 2020 г. -2021].

За последние 5 лет (2015 - 2020 гг.) удельный вес трудовых мигрантов, инфицированных ВИЧ имеет тенденцию к увеличению. Если в 2010 году они составляли 6,2% от общего числа новых случаев, то в 2013 году количество ВИЧ инфицированных увеличилось до 12,3%, а в 2020 году составило 18,2% [Отчет Республиканского центра по борьбе со СПИД. -2020].

Таким образом, на новый план выходят новые уязвимые группы - трудовые мигранты, а вслед за ними их жены и дети.

Проблема рождаемости в последние годы выдвинулась в число наиболее актуальных. Среди всех процессов естественного движения населения в последние 20 лет в РТ наибольшие перемены произошли в рождаемости, от уровня и тенденций которой решающим образом зависит режим воспроизводства населения. В связи с этим, нами проведен анализ показателей рождаемости, который показал, что начиная с 90-х годов он начал снижаться, и в период между 1990 и 2018 гг., сократился почти на 50%.

Суммарный коэффициент рождаемости имеет тенденцию к снижению. Так, в 1990 году в среднем рождалось 5,1 ребенка в расчете на одну женщину, в 2000 году суммарный коэффициент рождаемости снизился до 3,5; в 2010 году до 2,9 и в 2017 году последний составил 2,8.

Наблюдаются изменения в динамике повозрастного показателя рождаемости. Исследования, проведенные нами, показали, что частота родов в возрастной группе до 20 лет имеет тенденцию к снижению, так, в 2017 году последняя составила 15,3% от общего числа родов. Наблюдается также снижение частоты родов в возрастной группе 35 лет и старше. Если в 2000 году частота родов у этого контингента составила 12,9%, то в 2017 году этот показатель снизился до 8,7%, т. е. почти в 1,5 раз. Наши данные согласуются с данными других исследований, и свидетельствуют об изменении календаря рождений [Исламов Ф., 2005; Россинская Г.М., 2011].

Однако, несмотря на снижение, рождаемость остается на достаточно высоком уровне и обеспечивает расширенное воспроизводство населения. Это в значительной мере обусловлено демографическим потенциалом, созданным в стране - молодая возрастная структура населения.

В 1991 году показатель рождаемости в Республике Таджикистан был равен 38,1‰, далее отмечается снижение показателя рождаемости до 27,0‰ в 2000 году и вновь наметилась тенденция роста (29,3‰ в 2010 г.), после чего вновь показатель рождаемости снизился до 25,4‰ в 2019 году. Таким образом, рождаемость за этот период снизилась в 1,5 раз.

Показатель смертности населения в РТ в 1990 году с 6,2‰ снизился до 4,0‰ в 2015 году и, начиная с 2017 года стабильно удерживается на уровне 3,6‰, т.е. показатель смертности за период с 1990 по 2019 снизился в 1,7 раз.

Показатель естественного прироста населения в 1990 году составил 32,2‰, далее отмечается снижение до 21,8‰ в 2005 году; несколько повысился - 25,1‰ в 2010 году и в дальнейшем вновь снизился до 21,8‰ в 2017 году, в 2019 года последний составил 21,8‰.

С учетом значения коэффициента естественного прироста населения Таджикистан относится к странам с высоким естественным приростом и значение вышеназванного коэффициента превышает среднемировой показатель (последний составляет 17 %) [Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан: Статистический ежегодник Республики Таджикистан// Статистический сборник. - 2015].

Показатель средней продолжительности жизни при рождении в 2007 году составил 71,1 год; в том числе, среди мужчин - 69,4 года, среди женщин - 74, 0. Далее отмечается повышение средней продолжительности жизни при рождении до 75,1 в 2019 году, в том числе среди мужчин - 73, 5 года, среди женщин - 76,9 лет [Статистический сборник «Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2019 года» // УОП ГУ «ГВЦ» Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. - 2019].

Таким образом, демографическая ситуация в Республике Таджикистан остается сложной на протяжении всего периода приобретения независимости, о чем свидетельствуют количественные и качественные характеристики рождаемости, смертности, показатели средней продолжительности предстоящей жизни. Хотя наметилась устойчивая тенденция снижения, высокий уровень рождаемости в сочетании с относительно низкой смертностью обуславливает высокие темпы естественного прироста населения.

Становление рыночной экономики и происшедшие в стране политические события оказали серьезное влияние на численность городского и сельского населения. Значительное преобладание в структуре населения лиц, проживающих в сельской местности, обуславливает сохранение традиционных стандартов демографического поведения населения села.

Увеличение доли женщин детородного возраста, преобладание молодой возрастной группы в структуре населения, сохранение традиционных норм демографического поведения населения села обеспечивают расширенное воспроизводство населения.

Результаты проведенного социологического исследования среди молодежи. Оценка репродуктивного поведения молодежи и факторов риска проведена у 1000 молодых людей, жителей городов и сел Республики Таджикистан анкетным методом путем случайного отбора, целью которого являлось охватить все возможные социальные, демографические, экономические и медицинские аспекты, способные оказать влияние на репродуктивное поведение и здоровье молодежи.

Среди респондентов мужчины составили 32,7%, женщины – 67,3%. Диапазон возраста опрошенных составил от 14 до 30 лет. Нами изучен образовательный уровень исследованных, который показал, что, в основном, респонденты имели среднее образование - 566 (56,6%), высшее – 279 (27,9) и начальное образование имели 64 (6,4%) молодых людей. Обращает на себя внимание определенный уровень лиц без образования - 91 (9,1%).

Уровень образования респондентов в значительной степени определяется регионом проживания. Так, по ГБАО значительная часть населения имеет высшее (65,7%) и среднее (34,3%) образование. Число лиц с начальным образованием выше в РРП – 11,4%, в Согдийской области – 9,4%. Обращает на себя внимание значительное число лиц без образования в РРП (11,9%) и в Согдийской области (10,7%). Самой большой группой являются школьники и студенты - 470 (47,0%), далее следовали рабочие - 297 (29,7%) и домохозяйки – 156 (15,6%). Минимальное число составили служащие 77 чел. (7,70%).

Экономическое положение семьи респонденты расценивали как «хорошее» - 619 (61,9%) респондентов, удовлетворительное - 299 (29,9%) опрошенных и лишь 82 (8,20%) опрошенных считают экономический статус семьи тяжелым. Следует отметить, что оценка экономического статуса семьи – показатель крайне субъективный, поскольку, согласно сложившихся традиций и устоев, население непритворливо, и, как правило, довольствуется минимальным. Материально-бытовые условия (условия проживания) расценены как «хорошие» в 61,5% случаях, как «удовлетворительные» в 28,3%, как «тяжелые» в 10,2%.

В то же время, 65,5% респондентов указали на плохое питание в семье, а 57,5% из числа респондентов, имеющих детей, указали на неудовлетворительное питание детей, 59,9% отметили, что не имеют средств для покупки лекарств, а при необходимости, и на оплату медицинских услуг.

По результатам наших исследований установлено, что на уровень оценки условий жизни и экономического статуса возможно, оказывают определенное влияние культурные, религиозные, традиционные установки и стереотипы. Хотя на данном этапе происходит дифференциация общества, несмотря на позитивные сдвиги в целом, для республики характерен высокий уровень бедности (27,4%) и безработицы (11,1%) [Ситуационный анализ: Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан // Всемирная организация здравоохранения: Копенгаген, 2015].

Косвенным показателем субъективности оценки экономического положения и условий жизни респондентов является число совместно проживающих членов семьи. В целом для страны характерно проживание в расширенных семьях: 29,4% проживают в одном доме до 5 человек, каждый второй (42,1%) проживает в семье от 5 до 7 человек, каждый пятый (21,1%) из опрошенных проживает в семье, состоящей от 8 до 10 человек и 7,4% проживает в доме, где численность проживающих - свыше 10 человек.

Анализ числа лиц, проживающих в одном доме в зависимости от региона проживания показал, что в Согдийской области и городе Душанбе чаще живут в одном доме от 5 до 7 человек (52,3% и 55,5% соответственно), от 8 до 10 и более человек чаще проживают в одном доме в РРП (28,8%), ГБАО (25%) и Хатлонской области (24,9%).

Известно, что изменение начала половой жизни и среднего возраста вступления в брак является одним из элементов регулирования рождаемости и изменения репродуктивного поведения и здоровья. Данные статистики свидетельствуют о том, что, в отличие от стран Западной Европы и России, возраст начала половой жизни молодежи и вступления в брак снижается, вследствие чего снижается и возраст матери при рождении первенца. Материалы проведенного социологического опроса показали следующее: вступили в сексуальные отношения до 19 лет - 416 (41,6%) респондентов, (в том числе , в возрасте 10-14 лет - 14 (1,4%) респондентов, в возрасте 15-17 лет - 68 (6,8%), в возрасте 18–19 лет - 334 (33,4%) респондентов; вступили в сексуальные отношения в возрасте 20-24 года - 398 (39,8%), в возрасте 25-29 лет – 174 (17,4%) и в возрасте 30 лет - 12 (1,2%). Наши данные согласуются с данными ряда авторов и свидетельствуют о раннем возрасте начала вступления в сексуальные отношения [План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья, 2015].

По данным мировой статистики, 40,0-60,0% подростков являются сексуально активными [Руководство по гинекологии, 2012]. Нашими исследованиями установлено, что молодые люди продолжают сохранять сексуальную активность, несмотря на возникающие вследствие этого проблемы, включая нежелательную беременность и инфекции, передающиеся половым путем.

Рост сексуальной активности подростков, снижение возраста начала половой жизни не только способствуют росту подростковых беременностей и родов, но и существенно влияют на уровень здоровья многих мальчиков и девочек.

Выявлены региональные различия в отношении возрастной характеристики начала сексуальных отношений. Так, до 19 лет сексуальные контакты имели 49,2% лиц, проживающих в РРП, 42,6% жителей Хатлонской области и 37,7% - Согдийской области. Нами выявлены различия в уровне вступивших впервые в сексуальные отношения городских и сельских. Так, удельный вес городских подростков, вступивших в интимные отношения до 19 лет, превышает на 8,9% аналогичный показатель сельских. Если сравнить показатели сексуальных контактов лиц, впервые вступивших в сексуальные контакты в возрасте до 19 лет (37,5%) с возрастом вступления в брак до 19 лет (17,4%), то очевидно, что вступили в добрачные сексуальные контакты 20,1% молодых людей.

В процессе исследования нами определены основные мотивы вступления в брак. Среди основных мотивов вступления в брак респонденты отмечали: желание иметь детей (65,9%), любовь (18,3%). К менее значимым мотивам относили расчет (13,6%). К другим мотивам относятся желание иметь семью, боязнь одиночества и осуждения общества, соседей, родственников. На долю этих мотивов приходится 2,2%. Следует отметить, что из числа опрошенных 68,2% указывают, что вступили в брак через «сватовство», т. е. жениха/ невесту выбирали родители. Наши данные подтверждают существенное влияние обычаев и традиционных установок на формирование семейно-брачных отношений.

Наиболее благоприятным возрастом для первых родов респонденты считают возраст до 24 лет (91,1%). При этом, необходимо отметить, что 14,9% респондентов считают, что первого ребенка следует рожать в возрасте от 15 до 19 лет, не задумываясь об исходе родов как для матери, так и для ребенка. По мнению 9% респондентов, этот возраст составляет старше 25 лет. Данные свидетельствуют о том, что среди молодежи не выработаны единые установки на оптимальный возраст первых родов.

Мнение об «идеальном» числе детей выясняли, через вопрос: «Сколько детей должно быть в идеальной семье?» По результатам опроса установлено: 51,5% респондентов считает

«идеальной» семью, в которой имеется 4 детей. Каждый третий (33,1%) считает, что для семьи достаточно иметь 2 – 3 детей. Каждый шестой (15,6%) из опрошенных «идеальным» считает иметь 5 и более детей. В среднем по выборке «идеальное» число детей в семье составило 4,0.

Следующей важной демографической характеристикой является «желаемое» число детей, который нами определялся по ответам на вопрос: «Сколько всего детей, включая тех, которые уже есть, Вы бы хотели иметь, если бы у Вас были все необходимые для этого условия?» Подавляющее число респондентов (67,9%) желало иметь до 4 детей; 5 и более детей в семье желали иметь 23,6% респондентов. Удельный вес желающих иметь 1 – 2 детей составил 8,5%. В среднем по выборке «желаемое» число детей в семье составило 4,2.

«Ожидаемое» число детей в семье определяли вопросом: «Сколько детей всего Вы собираетесь иметь в своей семье?». 56,2% ожидают, что в их семье должно быть четверо детей. Вместе с тем, следует отметить увеличение числа респондентов, которые ожидают рождение 1 - 2 детей в семье (31,4%). В среднем по выборке ожидаемое число детей в семье составило 3,8. Фактическое число детей у обследованных респондентов оказалось ниже желаемого и ожидаемого чисел и составило 2,9 в среднем. Данные опроса позволяют судить об изменении репродуктивного поведения от многодетного к средне-детности. В целом по стране «желаемое» и «предпочитаемое» число детей больше, чем фактическое число детей. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что на детность семьи значительное влияние оказывает уровень образования супругов и прежде всего, женщины. Установлено, что существует обратная зависимость между образовательным уровнем женщин и их детностью: чем выше уровень образования, тем ниже и рождаемость. При этом, на селе высокообразованные женщины имеют более высокую рождаемость, чем в городах.

В вопросах охраны здоровья женщин имеет значение выработки линии репродуктивного поведения. По данным проведенного нами анкетного опроса протогенетический интервал (промежуток между вступлением в брак и рождением первого ребенка), в среднем, составил 1,6 лет. В то же время, малый протогенетический интервал является характерным для регионов с традиционно высоким уровнем рождаемости, к которым относится Таджикистан, где сложившиеся установки на большое число детей диктует необходимость ранних и частых родов. Это согласуется с данными других авторов [Сексуальное и репродуктивное здоровье в условиях гуманитарного кризиса в Восточной Европе и Центральной Азии, 2015; Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017].

Проведенные нами социологические исследования показали: среди состоящих в первом браке женщин 11,3 % использовали контрацепцию до рождения первого ребенка. На аборт до рождения первого ребенка указали 4,6%. Следует отметить, если в течение первого года супружеской жизни беременность не наступает, это становится предметом серьезной озабоченности не только супружеской пары, но и родителей, родственников и знакомых.

Важным показателем в отношении охраны здоровья женщин репродуктивного возраста являются интервалы рождений. По данным проведенного нами опроса 64,6% считают, что интервалы между родами должны составлять 3 года и более, а 33,7% - 2 года. Лишь 1,7% респондентов считают, что интервал между родами должен составлять не более 1 года. Приведённые данные указывают на то, что в условиях республики до сих пор у населения не выработаны установки на интервалы между рождением детей, установки на число детей в семье.

Изучение качества жизни у разных групп молодежи с использованием опросника ВОЗ, дополненного нами анкетой, выявил следующее: наибольший средний бал получен у организованной молодежи, наименьший – у РС, МСМ и ПИН, средние значения – у трудовых мигрантов (Таблица 8).

Таблица 8. - Средние значения качества жизни у изученных групп молодежи

Аспекты качества жизни	Организованная молодежь, n=550	Трудовые мигранты, n=200	РС, n=120	ПИН, n=100	МСМ, n=30	p
Медицинский статус	4,4±0,012	3,6±0,146	3,2±0,182	3,2±0,186	3,4±0,246	<0,05
Жилищно-бытовой статус	4,1±0,010	3,2±0,122	3,4±0,186	3,2±0,188	3,5±0,248	<0,05
Социальный статус	4,0±0,009	3,4±0,130	3,3±0,184	3,2±0,184	3,2±0,242	<0,05
Психоэмоциональный статус	4,2±0,011	3,8±0,152	3,2±0,192	3,4±0,182	3,4±0,248	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий между изученными аспектами качества жизни (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Таким образом, проведенные нами исследования выявили ряд медико-социальных факторов, определяющих репродуктивное поведение молодежи в современных условиях социально - экономических преобразований в стране.

В частности: низкий социально-экономический статус; раннее начало внебрачных сексуальных отношений; исследования свидетельствуют о том, что наряду с традиционным (т.е. начала супружеских отношений после регистрации брака), все большее распространение получает социальная норма откладывания регистрации брака, не сопровождающаяся откладыванием начала фактических супружеских отношений.

Таким образом, 21-й век стал свидетелем существенных изменений в демографических процессах. В рамках демографического перехода трансформировались все характеристики процесса рождаемости- одного из основных демографических процессов: снизился уровень рождаемости, изменился возрастной профиль и календарь рождений, рациональные мотивы в отношении большого числа детей в семье сменились приоритетами в отношении качества детей. В дальнейшем можно ожидать дальнейшее повышение коэффициента рождаемости. Резервами повышения рождаемости является молодая возрастная структура населения, улучшение экономического статуса семей, возросшая роль традиций, улучшение регистрации рождений и смертей, высокая социальная и экономическая роль детей в семье. Полученные результаты свидетельствуют о том, что качество жизни у разных групп молодежи с безопасным и с рискованным поведением снижается в зависимости от их степени девиантности.

Медико-социальная характеристика молодежи высокой группы риска. В период активных институциональных и рыночных реформ в Республике Таджикистан сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация. Это время сопровождалось ростом числа поведенческих факторов риска, ростом числа наркоманов, работников секс-бизнеса, ранних браков и внебрачной рождаемости.

Глубокие социально-экономические изменения, происшедшие в Республике Таджикистан за последние годы, создали благоприятные условия для формирования и расширения численного состава групп населения, уязвимых в отношении ИППП и ВИЧ-инфекции (потребители инъекционных наркотиков, работницы коммерческого секса, мужчины, имеющие половые связи с мужчинами и др.) [Азизов З.А., 2011; Стратегическая рамочная программа ООН по содействию развитию Таджикистана на период с 2016 до 2020 года].

Предпосылками и утяжеляющими факторами для развития эпидемии ВИЧ-инфекции на территории РТ, кроме рискованного в отношении ВИЧ поведения молодежи, являются широкое распространение ИППП, парентеральных вирусных гепатитов, наркомании и продолжающейся

эпидемии туберкулеза. В течение последних 10 лет, доля зараженных при внутривенном введении наркотиков уменьшается, интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ [Отчет Республиканского центра по борьбе со СПИД. -2020].

Половой путь передачи среди ВИЧ-инфицированных лиц, зарегистрированных в 2020 году составил 60,0%, инъекционный -29,4%, следовательно, население РТ чаще заражается при половых контактах, и при этом, продолжает заражаться и при употреблении наркотиков. Наши данные подтверждают данные ряда авторов [ВИЧ-инфекция: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федерал. бюджетное учреждение науки Центр. НИИ эпидемиологии, Федерал. науч.-мет. центр по профилактике и борьбе со СПИДом. -2014; О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ инфекции в Российской Федерации: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13 февраля 2012 г. № 16].

Нами установлено, работницы коммерческого секса, ПИН и MSM уязвимы не только по ВИЧ, но и ИППП с учетом того, что наличие не диагностированных и не леченных ИППП многократно повышает риск инфицирования половым путем.

В 2013 г. для оценки эпидемиологической ситуации среди трудящихся мигрантов был проведен дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди мужчин и женщин, из числа тех, кто за последние 5 лет были на заработках за рубежом. ДЭН показал следующее:

- распространенность ВИЧ среди мигрантов составила 0,4%, гепатита С -1,2%, сифилиса-3,0%;
- употребляли наркотики когда-либо 7,0% мигрантов, из них: 8,2% инъекционным путем в РТ и 1,3% в стране назначения;
- 0,8% респондентов имели половые контакты партнера ПИН в РТ и 1,2% в стране назначения;
- 44,9% мужчин и 10,0% женщин имели непостоянных половых партнеров, 40,8% мужчин и 14,4% женщин имели коммерческих половых партнеров;
- 51,2% мигрантов указали на использование презервативов при последнем половом контакте, их них: мужчины 54,5% и 25,1% женщин.

Таким образом, распространенность трудовой миграции способствовала появлению новых уязвимых групп среди молодежи - трудовые мигранты, а вслед за ними их жены и дети. Вместе с тем, безвозвратная миграция молодежи, особенно лиц мужского пола породила неофициальное распространение полигамии (многоженства), что также является одним из факторов, способствующих распространению ИППП/ВИЧ.

Все вышеперечисленные группы молодежи составляют группы высокого риска. Необходимость изучения распространенности поведений риска среди молодежи обусловлена необходимостью анализа потребностей получения медико-санитарной помощи данной возрастной группой.

Одним из показателей, отражающих уровень охраны здоровья молодежи является число случаев заражения ВИЧ-инфекцией. В настоящее время ситуация по стране характеризуется ростом количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицированности. Всего за период 1991 – 2020 гг. зарегистрировано 13070 ВИЧ-инфицированных лиц. Общее количество умерших – 3611 (27,5%). Лица, живущие с ВИЧ составили 9459 (72,5%).

В том числе мужчин - 8342 (63,9%), женщин - 4728 (36,1%). Среди них потребители инъекционных наркотиков составили 3786 (29,1%), трудовые мигранты -1663 (12, 7%), работницы секса - 234 (1,8%), заключенные – 853 (6,5%). По сводным данным Республиканского Центра СПИД, основным путем передачи ВИЧ –инфекции является половой, который составил 60,0%, далее инъекционный - 29,4%.

Молодежь в возрастном аспекте 15-29 лет составила 2730 (21,1%) от общего числа ВИЧ-инфицированных. Наши данные несколько различаются с данными исследований, проведенных в Казахстане, так как по данным исследований, доминирующей группой по уязвимости к ВИЧ –

инфицированию, являются ПИН (80,9 %), вместе с тем, каждый пятый инфицированный -это лица группы высокого риска РС -15,1% и МСМ – 4,0%), инфицированные половым путем.

Одним из главных условий снижения уровня заражения ИППП/ВИЧ инфекцией является информированность о путях передачи и методах профилактики. Вместе с тем, проведенные нами исследования указывают на низкий уровень информированности молодежи об ИППП/ВИЧ/СПИД. Так, на вопрос «Какие Вы знаете заболевания, передающиеся половым путем?» не смогли ответить 30,3% респондентов, 13,6% респондентов назвали сифилис, 13,7% - гонорею, о СПИДе знают 39,2%, о хламидиозе – 0,6%, о трихомониазе – 2,6%.

Нами выявлено, что наименее информированы об ИППП//ВИЧ молодежь - жители Хатлонской области (46,2%), РРП (43,4%) и Согдийской области (42,5%). Соответственно и на вопрос о методах профилактики ИППП/ВИЧ /СПИД знания респондентов не являются полными. Так, всего 68,1% респондентов указали, что следует иметь одного полового партнера и только- 28,6% -использование презерватива, вследствие чего в стране высок уровень незащищенных половых контактов и ведущим путем передачи ВИЧ инфекции является половой путь.

Низкий уровень информированности респондентов о заболеваниях, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, на наш взгляд, обусловлен тем, что в рамках проектов, выполняемых Международными организациями, охватываются только запланированные в проекте регионы, а сельское население (так называемые жители “глубинки“) остаются без информации, или информация предоставляется недостаточно четко и ясно.

По результатам наших исследований в группу высокого риска относятся также и трудовые мигранты и их жены и партнеры, а так же лица, состоящие в полигамных браках. Нами изучены некоторые особенности поведения молодежи групп высокого риска. Под нашим наблюдением находились 100 РС. Возрастной интервал колебался то 14 до 29 лет. Средний возраст составил 23 года.

Нами установлено, специфика поведенческих факторов обследованных работниц коммерческого секса заключалась в раннем начале предоставления услуг коммерческого секса (37,5% в возрасте до 19 лет), беспорядочными и многочисленными половыми контактами (до 1500 в год), отсутствием знаний и пренебрежением правилами безопасного секса.

Нами установлено, что длительность предоставления услуг коммерческого секса у различных возрастных групп женщин варьировала от 2-3 до 15 лет и находилась в прямой зависимости от возраста обследуемых РС.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что основной мотив связан с проблемами материального характера, являющихся следствием низкого образовательного уровня РС, которое создавало определенные ограничения в плане их трудоустройства. Особо следует отметить влияние такого фактора, как насилие. Среди обследованных 6,0 % респондентов связывают начало предоставления коммерческих услуг с вышеуказанным фактом.

Употребление спиртных напитков и наркотиков рассматривается в качестве одного из факторов, влияющих на поведенческие риски РС. В связи с этим нами изучена частота употребления алкоголя и наркотиков у обследованных РС. Исследования показали, что респонденты принимали спиртные напитки реже одного раза в неделю - 16,0 %, несколько раз в неделю - 12,0 %. Удельный вес не употребляющих составил 62,0 %. Чаще всего (56,6 %) употребляли алкоголь по требованию клиента, при этом употребление алкогольных напитков являлось вынужденным инструментом психологической защиты.

Доля употребляющих наркотики среди РС составила 4,9%. В большинстве случаев к употреблению наркотиков их приобщали постоянные половые партнеры-сожители. Среди способа употребления наркотических веществ, в основном преобладало курение (60,0%). Использование наркотиков в виде внутривенного введения и путем вдыхания было одинаковым и составляло по 20,0 % каждый. Анализ показал, работники секса, употребляющие инъекционные наркотики

получают шприцы от своих половых партнеров, что создает гораздо высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией. Следует отметить, что оказываемые сексуальные услуги РС (являющиеся к тому же ПИН) большому числу партнеров, в частности не употребляющих наркотики, способствует вовлечению в эпидемиологический процесс более благополучных слоев населения. Анализ поведенческих факторов риска позволяет утверждать, что группа РС обладает высокой эпидемиологической значимостью в распространении социально-значимых заболеваний.

Таким образом, наши исследования свидетельствуют о том, что в связи с широким распространением ИППП/ВИЧ поведение РС становится одним из важнейших показателей риска, поскольку отражает потенциальную опасность массового распространения инфекции в обществе. При этом определенный удельный вес выявляемой проституции (уличная, дорожная, квартирная) обусловлен имеющейся в республике миграцией, а также неудовлетворительными материально-бытовыми условиями, низким социальным положением, включая уровень образования и воспитания обследуемых РС.

Проведенные нами исследования указывают на низкий индекс соматического здоровья РС. У обследованных РС наиболее распространенной соматической патологией были болезни мочеполовой системы (34,6%), болезни эндокринной системы (19,6%), анемия (10,1%), болезни органов пищеварения (10,7%), глистные инвазии (10,0%), болезни органов дыхания выявлены в 0,7%. В 34,4% случаях была выявлена сочетанная патология.

Выявлен высокий уровень инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Из числа обследованных лиц ИППП выявлено у 20,4%, т. е. каждый пятый из числа РС имеет какое-либо заболевание, передающееся половым путем.

В структуре выявленных ИППП основное место занимает вирусная инфекция, в том числе цитомегаловирус - 14,5%, вирус простого герпеса - 12,7%. Далее по частоте хламидиоз - 16,1%, кандидоз - 12,4%, далее трихомониаз - 17,4%, уреаплазмоз - 12,6%, ВИЧ-инфекция - 4,9%, сифилис - 4,3%.

В структуре гинекологических заболеваний у РС наиболее часто выявлены воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ), которые составили – 94,3%. Удельный вес других заболеваний был значительно ниже и составил: бесплодие – 13,3 %; нарушения менструального цикла - 7,2%; предраковые состояния шейки матки - 5,8%, гипоплазия матки - 4,2%; миома матки - 3,2 %, кисты яичников - 2,3%.

Термин «МСМ» появился в начале XX века и используется, в основном, в плане профилактики ИППП/ВИЧ [Leonard N.R. et al., 2014]. Сведения о распространенности данного явления в Республике Таджикистан отсутствуют, тем не менее в ММКО городского центра г. Душанбе в течение 2013-2019 гг. обратились 50 молодых людей, имеющих секс с мужчинами.

По результатам наших исследований установлено: возрастной интервал колебался от 14 до 30 лет, в том числе, в возрасте до 19 лет 5 (10%), 20 – 24 г. -15 (30%), 25-29 лет - 20 (40%) и возрасте 30 лет - 10 чел (20%). Анализ уровня образования показал, в основном, респонденты имели среднее образование (55,3%), высшее и начальное образование имели соответственно 14,0% и 20,5%. Обращает на себя внимание определенный уровень лиц без образования - 10,2%.

Проведенными нами исследованиями установлено: средний возраст начала сексуальных контактов с мужчинами составил 19 лет; большинство из опрошенных (60,2%) имели более 1 сексуального партнера- мужчину за последний месяц; всегда используют презервативы с случайным половым партнеров 15,7%, иногда – 57,2%, никогда – 27,1%. Основной причиной неиспользования презервативов является желание клиента; секс с женщинами имеют 52,5 % респондентов, при этом, 47,2% имеют семьи; опыт применения инъекционных наркотиков имеют 6,7% респондентов; установлено, в структуре соматических заболеваний преобладают – болезни органов дыхания (45,6%), болезни мочеполовой системы (44,7%) болезни органов пищеварения (33,7%), болезни эндокринной системы (19,6%), анемия (19,1%), глистные инвазии (10,0%), В

53,4% случаях была выявлена сочетанная патология; выявлен высокий уровень инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Наиболее распространенной ИППП среди МСМ является гонорея (28,7%), хламидиоз (20,0%), трихомониаз (14,5%), сифилис (12,3%), ВИЧ –инфекция выявлена у 7,2% МСМ. В 53,2% случаев выявлена сочетанная патология. Болезни мочеполовых органов у юношей чаще проявлялись в виде уретритов и циститов.

Республика Таджикистан относительно географической расположенности является трансграничной страной для перевозки наркотических средств. Начиная с 1996 года резко возрос транзит наркотических средств через Таджикистан, в связи с чем отмечается стремительный рост числа наркопотребителей.

По оценочным данным, в стране около 45-55 тысяч наркопотребителей, из них 74,0 % героиновые, более 1/3 являются инъекционными наркоманами, 37,3% которых составляет молодежь в возрасте 18 -29 лет [Азизов З.А., 2011].

По сводным данным Республиканского клинического центра наркологии в 2020 году находились на лечении в 625 ПИН, 37,3% которых составляет молодежь в возрасте 18 – 29 лет. Среди них выявлено 148 ВИЧ – инфицированных (23,7%), гепатит С выявлен у 408 (65,3%), гепатит В у 46 (7,4%), туберкулез выявлен у 32 (5,1%).

Нами установлено: высокий уровень заболеваемости работниц секса, МСМ, ПИН и широкий спектр ИППП/ВИЧ с преобладанием микст-инфекции (76,5%) обусловлен спецификой девиантного поведения и способствует формированию осложнений репродуктивного и сексуального характера. При этом усугубляющим фактором в развитии и распространении ИППП/ВИЧ является ограниченность доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья, обусловленная феноменом стигматизации, а в ряде случаев, дискриминации.

Потребители инъекционных наркотиков становятся причиной распространения ВИЧ-инфекции среди других групп населения, и Таджикистан входит в ряд регионов, ставших эпицентром ее эпидемии наряду с другими болезнями, передающимися половым путем. В этой связи противодействие ВИЧ -инфекции тесно переплетается с мероприятиями по профилактике и лечению наркомании, что предполагает комплексный подход к решению соответствующей ситуации.

Согласно данным ВОЗ, Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности ТБ в данном регионе. В 2017 году по оценочным данным ВОЗ заболеваемость ТБ составляла 91 на 100000 населения [Global TB Report WHO, 2018]. Следует отметить, что более 60,0% зарегистрированных лиц ТБ составляет молодежь. Наблюдения за динамикой ситуации по туберкулезу в Таджикистане показывают, что несмотря на общее снижение новых случаев ТБ среди населения, растет процентное соотношение заболевших людей из числа внешних таджикских трудящихся мигрантов, в том числе сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, а также МЛУ/ТБ [Бобоходжаев О.И. и соавт., 2020].

Таким образом, проведенный нами анализ поведенческих факторов риска позволяет утверждать, что группы РС, МСМ, ПИН, трудовые мигранты, их жены и дети, а также полигамные браки обладают высокой эпидемиологической значимостью в распространении социально-значимых заболеваний. В эпидемиологический процесс вовлечены не только лица с рискованным поведением, круг потребителей услуг РС, МСМ, ПИН достаточно широкий - подростки, учащиеся средних и высших учебных заведений, работники госструктур, мигранты, иностранные граждане, этим объясняется быстрое распространение ИППП/ВИЧ среди общего населения.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости включения вышеуказанных групп молодежи в программы по минимализации вреда. Следовательно, предоставление эффективной первичной медико-санитарной помощи в области репродуктивного здоровья молодежи должно основываться на принципах укрепления здоровья каждого человека.

Поэтому предоставление молодежи знаний и возможностей, которые требуются им для охраны себя и других от небезопасного выражения сексуальности, остается чрезвычайно важным, особенно в настоящее время, в связи с ослаблением традиционных ограничений в отношении полового поведения и распространением социально значимых заболеваний, ИППП/ВИЧ.

Нормативно-правовая база и проблемы доступности молодёжи к медико-социальным услугам. Государственная молодёжная политика основывается на том, что любые экономические и социальные, политические и личные права и свободы молодых граждан, установленные Конституцией и другими законодательными актами, действующими в Республике Таджикистан, должны быть признаны [Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодёжной политике» от 15 июля 2004 года №52 в редакции 27.11.2014 г. №1161]. Прежде всего, это учитывается в реализации на практике всех прав и интересов, которые в современном обществе определены законодательством по отношению к молодым гражданам.

В Концепции государственной демографической политики Республики Таджикистан на период на 2003-2015 годы определены комплексные меры, внедрение которых должно привести к улучшению демографической ситуации в стране и повышению уровня и качества жизни населения.

Нами проведен анализ нормативно-правовых аспектов охраны здоровья молодежи в Республике Таджикистан, которые отражены в следующих документах, среди которых имеются Законы Республики Таджикистан: «Об охране здоровья населения» (2004), «Репродуктивное здоровье и репродуктивные права» (2002), «Об оказании наркологической помощи» (2003), «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» (2005), «О защите населения от туберкулеза» (2008), которые утратили силу в связи с принятием Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан. Кодекс здравоохранения РТ определяет (Ст. 88) право подростков и молодежи на защиту репродуктивного здоровья:

- Несоввершеннолетние и молодежь имеют право на получение нравственно-полового образования и воспитания, услуг в области охраны репродуктивного здоровья;
- Разработка образовательных программ по нравственно-половому образованию и воспитанию, охране репродуктивного здоровья, подготовке несовершеннолетних и молодежи к семейной жизни осуществляется уполномоченными государственными органами в сферах образования и здравоохранения;
- Нравственно-половое образование и воспитание, подготовка к семейной жизни несовершеннолетних и молодежи осуществляется в образовательных, медицинских и других учреждениях, организациях по образовательным программам, разработанным с учетом пола, возраста, особенностей психофизического развития, утвержденных в установленном порядке, и осуществляется лицами, имеющими специальную подготовку. 4. Несовершеннолетним и молодежи, в том числе представителям групп риска, медицинские услуги и консультации в сфере охраны репродуктивного здоровья оказываются в порядке, установленном Правительством Республики Таджикистан [Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.05.2017. - №1413 «Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан»].

В стране также действуют другие Законы и Стратегии, которые обеспечивают равный доступ молодых юношей и девушек к качественной жизни:

- Закон Республики Таджикистан «О государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации»;
- Закон Республики Таджикистан «О предупреждении насилия в семье в Республике Таджикистан»;
- Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодёжной политике»;
- Закон Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита»;

- Закон Республики Таджикистан «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей»;
- Закон Республики Таджикистан «Об упорядочении традиций, торжеств и обрядов в Республике Таджикистан»;
- Закон Республики Таджикистан "О государственной регистрации актов гражданского состояния";
- Закон Республики Таджикистан «Об адресной социальной помощи»;
- Государственная программа по предупреждению насилия в семье в Республике Таджикистан на 2014 – 2023 годы;
- Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года;
- Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы;
- Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг.;
- Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на период 2013- 2020гг.;
- План действий Национальной стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистана на период 2015 – 2020 годы;
- План действий по сексуальному и репродуктивному здоровью матери, новорожденных, детей и подростков в рамках Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2016-2020 годы.

Программы в области охраны репродуктивного здоровья могут уменьшить масштабы распространения ИППП/ВИЧ на основе распространения информации и предоставления консультативных услуг по таким важным проблемам, как половая жизнь, роль мужчин и женщин, насилие по признаку пола и его связь с передачей ВИЧ, распространение мужских и женских презервативов, диагностирование и лечение ИППП, разработка стратегий для установления источников заражения, направление лиц, инфицированных ВИЧ на лечение [Постановление Правительства Республики Таджикистан «Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 года». -2005].

В Республике Таджикистан вопросы профилактики ВИЧ-инфицирования регулируются Законом Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита», Национальной стратегией по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015-2017 гг., Национальной программой по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2021–2025 гг. и «Стратегическим планом совместной деятельности по профилактике и контролю за сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы».

Противодействие эпидемии ВИЧ и распространению ТБ признано Правительством Республики Таджикистан одними из актуальных задач, от решения которой зависит здоровье многих граждан страны. В феврале 2021 года приняты шестые по счету государственные «Программа по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2021–2025 гг» и «Национальная программа по защите населения РТ от ТБ на период 2021-2025 гг», в которых отражены новые подходы по обеспечению доступа для в том числе молодежи с рискованным поведением к своевременным профилактическим и качественным лечебно-диагностическим услугам.

Межведомственное взаимодействие в стране регулируется Национальным координационным комитетом Республики Таджикистан по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией, в составе которого имеют членство представители всех заинтересованных министерств и ведомств, партнеры по развитию, а также неправительственные организации [Постановление Правительства

Республики Таджикистан «О Национальном координационном Комитете по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в РТ». -2015].

В республике с 1 июля 2016 года вступили в силу поправки в Закон "О государственной регистрации актов гражданского состояния", запрещающие браки между близкими родственниками и закон об обязательном медицинском обследовании брачующихся".

Все перечисленные документы, регулируют нормативно-правовую основу поддержания на должном уровне качества жизни и направлены на устранение барьеров в доступе к медико-социальным услугам молодежи Таджикистана.

В настоящее время Правительством Таджикистана реализуется Национальная стратегия развития РТ на период до 2030 года и Программа среднесрочного развития РТ на период 2016-2020 гг., при составлении которых, наряду с приоритетными направлениями устойчивого развития страны, максимально учтены задачи, определенные в рамках ЦУР. Этому способствовала согласованная Стратегическая рамочная программа ООН по содействию развитию Таджикистана на период с 2016 до 2020 года.

Таким образом, в РТ на современном этапе обеспечивается всесторонняя реализация молодежных программ социальной направленности молодежи, поддержки здоровья и благосостояния молодого поколения. Поддерживаются инициативы международных организаций, такие как молодежные медико-консультативные отделения.

Хотя в РТ принято достаточно много законодательных актов, касающихся проблем молодежи, однако, правовая база требует совершенствования в связи с быстро меняющимися условиями и реформированием систем здравоохранения и образования.

Представляется актуальным вопрос изучения барьеров доступа и потребности медико-социальной помощи молодежи на примере РС, МСМ и ПИН и трудовых мигрантов для их своевременного выявления и коррекции.

При этом показатели здоровья молодых людей остаются на низком уровне. Данный факт дает основание предполагать, что остается упущенным вопрос мониторинга доступа медико-социальных услуг в молодежной популяции в целом, а также с поведенческими факторами риска.

Анализ результатов внедрения предложенной модели организации клиник, дружеского отношения к молодёжи в Республике Таджикистан. Нами впервые были внедрены новые «дружественные» подходы к оказанию медицинской помощи подросткам и молодым людям, включающие организацию консультирования здоровых подростков и молодежи по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни, социальную и правовую защиту, для чего при Городском центре репродуктивного здоровья г. Душанбе в 2006 г. был организован «кабинет доверия».

«Дружественным» подход к организации медицинской помощи молодежи назван не случайно: при этом подходе предоставление медицинских услуг осуществляется в соответствии с потребностями и ожиданиями молодежи.

Проект ЮНФПА «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» послужил основой для создания специализированных центров охраны здоровья молодежи – Молодежных клиник-консультативных отделений при Центрах репродуктивного здоровья.

Соглашение между Министерством здравоохранения, Министерством образования Республики Таджикистан и ЮНФПА о реализации проекта было подписано в 2006 г.; его реализация охватила все географические области Таджикистана. Впервые молодежное медико-консультативное отделение для подростков и молодежи организовано в 2007 г. на базе Городского центра репродуктивного здоровья г. Душанбе.

В настоящее время всего по стране 21 ММКО. В 2011 г. данные центры были институционализированы путем выделения штатных единиц и необходимого финансирования.

ММКО – это структурное подразделение организации здравоохранения, оказывающее комплексную медико-психологическую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности [Саламатова Т.В. и соавт., 2012, 2014, 2015, 2016]. Работа ММКО начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением. Все подростки подлежат обязательному диспансерному наблюдению, основным элементом которого – комплексные медицинские осмотры. При необходимости обеспечивается углубленное обследование с дальнейшим наблюдением, лечением и реабилитацией. Основным принципом оказания медицинской помощи подросткам – обеспечение свободного доступа к медицинской помощи, оказываемой в атмосфере доброжелательности и конфиденциальности.

Современному поколению молодых людей требуются услуги, которые по форме отличаются от таковых, оказываемых взрослым и детям. Предпосылками являются изменение структуры заболеваемости с нарастанием доли «болезней рискованного поведения», отсутствие возможности обеспечения должного уровня медицинской помощи подросткам имеющимися традиционными службами, появление специфических проблем здоровья молодежи (репродуктивное, психическое здоровье).

Следует подчеркнуть также важность принципиально новой модели подготовки медицинского персонала – с акцентом на навыки коммуникативной работы, знанием психологии молодежи, умением использовать интервенционные практики. Навыки коммуникативного взаимодействия с молодежью особо важны при проведении мер первичной профилактики нарушений репродуктивного здоровья, обусловленных рискованным сексуальным поведением – так называемого полового воспитания.

Во всех функционирующих ММКО внедрено ведение унифицированного идентификационного кода (УИК) наблюдения за пациентом в ММКО с целью сохранения и обеспечения конфиденциальности и анонимности.

В типовые задачи ММКО также включены такие, как:

1. Профилактическая работа по активной пропаганде здорового образа жизни, правильного репродуктивного поведения, половому воспитанию и просвещению по направлениям:
 - привитие и укрепление навыков у молодёжи по ведению здорового образа жизни, правильного социального и репродуктивного поведения;
 - профилактика заболеваемости – раннее выявление и коррекция нарушений в состоянии психического и физического здоровья подростков;
 - выявление и изменение паттерна рискованного поведения, профилактика алкоголизма, наркомании, токсикомании среди молодёжи;
 - профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, инфекций, передающихся половым путём;
 - повышение информированности молодёжи в вопросах сексуального развития, укрепление репродуктивного здоровья;
 - профилактика нежелательной беременности у девочек подросткового возраста, обучение молодёжи современным методам контрацепции;
 - воспитание в подростке ответственного отношения к своему здоровью;
 - формирование мотивации к применению полученных знаний и навыков в собственном поведении.
2. Оказание первичной, консультативной и специализированной медицинской помощи подросткам и молодёжи.
3. Обеспечение преемственности в работе с другими организациями здравоохранения, своевременное направление на консультацию в необходимые учреждения.

4. Оказание медико-психологической помощи подросткам.
5. Развитие волонтерской работы для пропаганды и формирования у молодёжи навыков здорового образа жизни.
6. Обучение и информирование медицинских работников, сотрудников других ведомств, представителей общественных и молодёжных организаций по данным вопросам.
7. Внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; участие в конференциях; публикация учебно-методических разработок, пособий; научная деятельность.
8. Обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям.

Проведенный анализ позволяет заключить, что объективная «сортировка» пациентов для обеспечения необходимых возможных услуг в самом ММКО, и адресное перенаправление в специализированные центры, является оправданным как с точки зрения доказательности, так и с экономических соображений. В этих условиях, ММКО является уникальным учреждением здравоохранения, где максимально сконцентрировано предоставление комплекса профилактических и лечебно-диагностических услуг, в том числе беременным, обеспечивающие вынашивание и рождение здорового малыша. Материалы настоящего исследования основаны на сводных данных годовых отчетов 21 ММКО (Таблица 9.).

Таблица 9. - Характеристика обратившихся в Молодёжные медико-консультативные отделения по группам риска

Годы наблюдения	Половая принадлежность	Ед. измер.	Всего молодежь	Молодежь с рискованным поведением						Организованная молодежь	
				РС	ПИН	В т.ч. РС/ПИН	МСМ	В т.ч. МСМ/ПИН	Мигранты		
2018	Юноши	Абс.	9135	-	123	-	21	4	2051	6940	
		%	100	-	1,351	-	0,230	0,044	22,5	76,0	
	Девушки	Абс.	19816	1364	6	3	-	-	1868	16578	
		%	100	6,88	0,030	0,015	-	-	9,43	83,7	
	P			<0,001	-	<0,001	-	-	-	<0,01	<0,001
	Итого		Абс.	28951	1364	129	3	21	4	3737	23518
		%	100,0	4,71	0,450	0,010	0,073	0,014	12,9	81,2	
2019	Юноши	Абс.	8935	-	221	-	19	3	1390	7305	
		%	100	-	2,47	-	0,213	0,034	15,6**	81,2**	
	Девушки	Абс.	20217	2473	17	8	-	-	1783	15944	
		%	100	12,2***	0,084*	0,040*	-	-	8,82	78,9	
	P			<0,001	-	<0,001	-	-	-	<0,01	<0,001
	Итого		Абс.	29152	2473	238	8	19	3	3173	22167
		%	100,0	8,48	0,82	0,027	0,065	0,010	10,9	76,0	
2018 и 2019	Юноши	Абс.	18070	-	344	-	40	7	3441	14245	
	Девушки	Абс.	40033	3837	23	11	-	-	3651	32522	
	P			<0,001	-	<0,001	-	-	-	<0,05	<0,001
	Всего		Абс.	58103	3837	367	11	40	7	7092	46767

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между юношами и девушками (по критерию χ^2); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 – при сравнении с таковыми показателями в 2018 году (по критерию χ^2)

За 2019 год в ММКО Республики Таджикистан обратились 29152 чел., из которых 20217 – женщин (69,4%) и 8935 – мужчин (30,6%). Соотношение мужчин и женщин в том году было приблизительно такое же, как и в 2018 году. Таким образом, основной контингент получивших услуги в области охраны СРЗ в ММКО представлен следующим образом: организованная

молодежь (учащиеся высших и средних учебных заведений) - 80,5%; трудовые мигранты – 12,2%; работницы секса - 6,60%; ПИН - 0,63%; МСМ - 0,07% (Рисунок 2).

При этом у 11 девушек имело место сочетание коммерческого секса с употреблением наркотиков, у 7 юношей – сочетание секса с мужчинами и употребление наркотиков, что требовало выделить эти группы в особые группы риска.

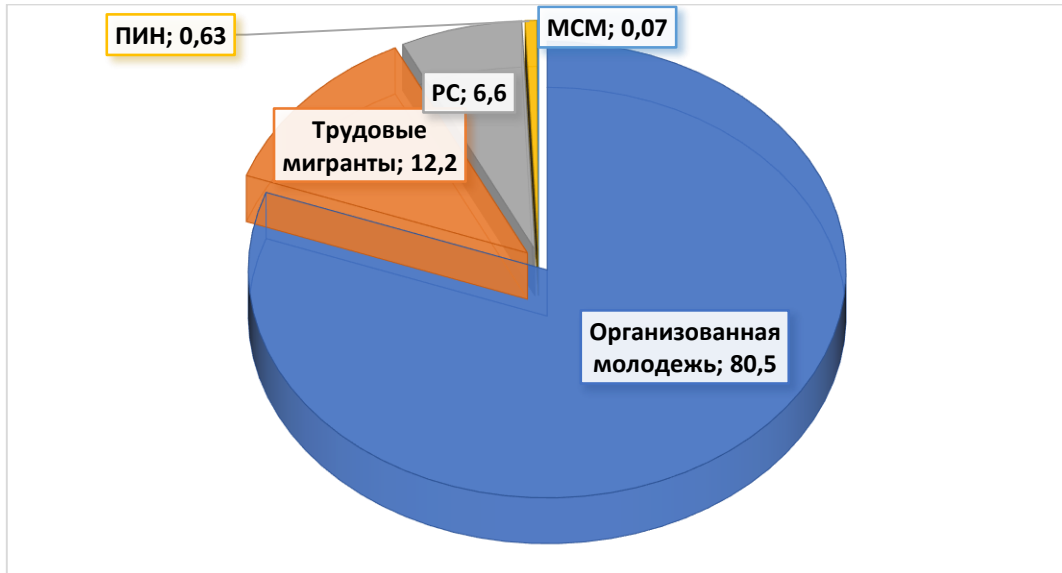


Рисунок 2. - Основной контингент, получившие услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья в Молодёжных медико-консультативных отделениях

Наибольшее число молодых людей обратились в МККО с целью получения консультаций по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья, репродуктивных прав и планирования семьи - 8019 (31,0%), далее их интересовали современные средства контрацепции – 7141 (27,6%), ИППП/ВИЧ/СПИД – 5399 (21,0%).

За консультативными услугами по вопросам здорового образа жизни обратились 2596 молодых людей (10, 0%), по вопросам беременности, родов и аборт - 2135 (8,3%) и очень немногих молодых людей - 532 (2,3%) - интересовали вопросы гендерных отношений, стигмы и дискриминации, хотя эти вопросы на сегодняшний день являются одними из актуальных и оказывают серьезное влияние на качество жизни.

Полученные нами данные свидетельствуют: каждому второму из числа обратившихся – 10634 (46, 6%), проведено общее обследование, каждому четвертому 5079 (25,0%) проведены необходимые лабораторные исследования. Ультразвуковое исследование прошли 3140 (13, 8%) обратившиеся в МККО. Из числа обследованных 873 (3,8%) были перенаправлены к другим специалистам - в центр ИППП, центр по профилактике и борьбе с туберкулезом, центр СПИД.

Социальное положение охваченных услугами СРЗ характеризовалось следующим образом: преобладающее большинство составили учащиеся (57, 0%); безработные -14,6%; служащие -14,0 %; домохозяйки- 8,3%; рабочие – 6,1%. Из числа респондентов имеют среднее образование 40,0%, высшее - 32,0 %; начальное – 20,1%; не имеют образования - 7,2%. Брачный статус: не состоящие в браке составили преимущественное большинство- 65,4%; состоят в официальном браке 23,9% респондентов, в неофициальном браке - 10, 7% респондентов.

Из числа обратившихся в ММКО преобладающее большинство респондентов не имеют детей – 70,4%; малолетние составили - 18, 4%; среднедетные – 11,2%.

Получили консультирование по вопросам РЗ/СЗ и ПС - 18171 молодых людей. Оптимальным возрастом вступления в брак большинство респондентов мужского пола считают

25-29 лет (40,0 %), девушки считают оптимальным возрастом вступления в брак возраст 17- 18 лет (57,8%).

Из общего числа обратившихся в ММКО лечебные услуги оказаны 6684 молодым людям, что составляет 25,8 %, т.е. каждый четвертый нуждался в проведении определенных лечебных мероприятий по поводу наличия соматических заболеваний, нарушений репродуктивного и сексуального здоровья. Как видно из полученных данных, наиболее часто среди обратившихся в ММКО выявлены воспалительные заболевания органов таза и болезни мочеполовой системы. Услуги по лечению воспалительных заболеваний органов таза получили 2601 (38,9%), в основном, этот контингент представлен молодежью женского пола, тогда как среди молодежи мужского пола преобладают болезни мочеполовой системы.

Лечебные услуги по болезням мочеполовой системы получили 1043 (15,6%) обратившихся молодых людей. Далее по распространенности отмечены болезни кожи и подкожной клетчатки, по поводу которых получили лечебные услуги 846 (12,6 %) обратившихся в ММКО.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии у молодежи групп высокого риска в сравнении с организованной молодежью серьезных медико-социальных проблем и указывают на тот факт, что молодые люди нуждаются в службах первичной медико- санитарной помощи (ПМСП), дружественных к молодежи.

Выводы

1. Выявлен низкий индекс соматического здоровья молодежи. Общий уровень первичной заболеваемости молодежи Таджикистана возрасте от 15 до 30 лет по данным обращаемости в ММКО в 2018–2019 гг. составил 638 промилле, при этом данный показатель среди юношей составил 778,2 промилле, среди девушек 4392,5 промилле [1-А, 3-А, 20-А, 21-А, 39-А, 47-А].

2. Соматические заболевания выявлены у 1030 юношей (55,1%) и у 840 девушек (44,9%), т. е. каждый второй из обратившихся имеет ту или иную соматическую патологию; у 71,4% юношей и 28,6% девушек выявлено сочетание 2 и более заболеваний. В структуре соматических заболеваний молодежи, в пятерку наиболее часто встречающихся болезней вошли болезни мочеполовой системы (35,3%), болезни эндокринной системы (24,1%), анемии (17,6%), глистные инвазии (14,4%) и болезни органов пищеварения (10,2%). Хронические соматические заболевания способствуют снижению качества жизни молодежи в физическом и эмоциональной сферах [1-А, 3-А, 4-А, 20-А, 21-А, 39-А, 47-А, 50-А].

3. Определены гендерные различия в структуре соматической заболеваемости молодежи: среди юношей наиболее часто выявлены гельминтозы - каждый пятый юноша был подвержен глистной инвазии (22,1%); болезни мочеполовой системы были выявлены у 20,7% респондентов, болезни эндокринной системы у 15,6%, болезни органов пищеварения у 10,3% и анемии у 8,16% респондентов. Среди девушек выявлено следующее соотношение пяти наиболее часто встречаемых заболеваний: болезни мочеполовой системы (51,0%), болезни эндокринной системы (33,2%), анемии (29,3%), болезни пищеварительной системы (10,0%) и глистные инвазии (9,33%) [1-А, 3-А, 20-А, 21-А, 39-А, 40-А, 47-А, 50-А].

4. Установлено, из общего числа выявленных 1698 случаев ИППП - 1563 (92,0%) выявлено среди девушек и 135 (7,95%) случаев – среди юношей. Наиболее распространенными ИППП являются среди девушек: хламидийная инфекция (16,1%), цитомегаловирусная инфекция (11,9%), инфицирование вирусом простого герпеса (12,9%), кандидоз (5,05%), сифилис (4,35%), ВИЧ-инфекция диагностирована в 7,4% случаев. Доля микоплазмоза, уреоплазмоза, токсоплазмоза и гарднереллеза в структуре ИППП были примерно одинаковыми и составляли соответственно 0,23%, 0,32%, 0,27% и 0,72%. Среди юношей наиболее часто выявлена гонорея – 45,2%, трихомоноз – 14,8%, сифилис – 10,4%, хламидиоз – 8,89%. ВИЧ-инфекция выявлена в 7,41%. Доля цитомегаловирусной инфекции и инфицирования вирусом простого герпеса в структуре

ИППП у юношей одинакова и составляет соответственно 5,19% и 5,19% [1-А, 2-А, 23-А, 31-А, 41-А].

5. Выявлены существенные гендерные различия в структуре ИППП: гонорея у юношей выявлена в 19,6 раз чаще, чем у девушек, сифилис в 2,3 раза, трихомониаз в 5,1 раз, ВИЧ – инфекция в 1,9 раз. Достоверные различия в структуре ИППП выявлены у девушек в показателях заболеваемости кандидозом - в 1,7 раз чаще, чем у юношей, хламидиозом – в 1,8 раз, инфицирование вирусом простого герпеса – в 2,4 раза, цитомегаловирусной инфекцией – в 2,2 раза [1-А, 15-А, 23-А, 31-А, 36-А, 38-А, 39-А, 40-А, 41-А].

6. Высокий уровень заболеваемости РС, МСМ, ПИН, трудовых мигрантов и широкий спектр ИППП/ВИЧ с преобладанием микст-инфекции обусловлен спецификой девиантного поведения и способствует формированию осложнений репродуктивного и сексуального характера. При этом усугубляющим фактором в развитии и распространении ИППП/ВИЧ является ограниченность доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья, обусловленная феноменом стигматизации, в ряде случаев, дискриминации. Качество жизни молодежи групп высокого риска снижено в физической, эмоциональной сфере, а также в сфере социального функционирования [1-А, 2-А, 6-А, 8-А, 17-А, 24-А, 26-А, 27-А, 28-А, 32-А, 33-А, 35-А, 37-А, 42-А, 47-А].

7. Молодежь группы высокого риска (РС, сексуальные меньшинства, трудовые мигранты, потребители наркотиков, а также лица, состоящие в полигамных браках) обладают высокой эпидемиологической значимостью в распространении социально-значимых заболеваний. В эпидемиологический процесс вовлечены не только лица с рискованным поведением, круг потребителей услуг РС, МСМ, ПИН достаточно широкий - подростки, учащиеся средних и высших учебных заведений, работники госструктур, мигранты, иностранные граждане, этим объясняется быстрое распространение ИППП/ВИЧ среди общего населения и снижение качества жизни молодежи в физическом, эмоциональной сферах, а также в сфере социального функционирования [1-А, 2-А, 6-А, 8-А, 17-А, 24-А, 26-А, 27-А, 28-А, 32-А, 33-А, 35-А, 37-А, 42-А, 47-А].

8. У обследованных РС наиболее распространенной соматической патологией были болезни мочеполовой системы (36,6%), болезни эндокринной системы (19,6%), анемия (10,1%), болезни органов пищеварения (10,7%), глистные инвазии (10,0%), болезни органов дыхания выявлены в 2,7%. В 34,4% случаях была выявлена сочетанная патология. Выявлен высокий уровень ИППП. Из числа обследованных лиц ИППП выявлено у 20,4%, т. е. каждый пятый из числа РС имеет какое-либо заболевание, передающееся половым путем. В структуре выявленных ИППП основное место занимает вирусная инфекция, в том числе цитомегаловирус - 14,5%, вирус простого герпеса - 13,7%. Далее по частоте хламидиоз - 18,1%, кандидоз - 12,4%, далее трихомониаз - 17,4%, уреаплазмоз - 12,6%, ВИЧ-инфекция - 4,9%, сифилис - 4,3%. В структуре гинекологических заболеваний у РС наиболее часто выявлены воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ), которые составили – 94,3%. Удельный вес других заболеваний был значительно ниже и составил: бесплодие – 13,3 %; нарушения менструального цикла - 7,2%; предраковые состояния шейки матки - 5,8%, гипоплазия матки - 4,2%; миома матки - 3,2 %, кисты яичников - 2,3% [1-А, 2-А, 6-А, 8-А, 17-А, 26-А, 27-А, 28-А, 32-А, 33-А, 35-А, 37-А, 42-А].

9. У обследованных МСМ в структуре соматических заболеваний преобладают – болезни мочеполовой системы (44,7%), болезни органов дыхания (20,5%), болезни органов пищеварения (33,7%), болезни эндокринной системы (19,6%), анемия (10,1%), глистные инвазии (10,0%), В 53,4% случаях была выявлена сочетанная патология. Выявлен высокий уровень ИППП. Наиболее распространенной ИППП среди МСМ является хламидиоз (28,7), гонорея (20,0%), кандидоз (15,3%), трихомониаз (14,5%), сифилис (12,3%), уреаплазмоз (13,2%), гарднереллез (13,3%), ВИЧ–инфекция выявлена у 7,2% МСМ. В 53,2% случаев выявлена сочетанная патология. Болезни мочеполовых органов у юношей из группы МСМ чаще проявлялись в виде уретритов и циститов,

принимая хронические формы, зачастую выявлялись при целенаправленном обследовании супружеских пар на урогенитальные инфекции по поводу бесплодия и невынашивания беременности [1-А, 2-А, 24-А, 42-А, 47-А].

10. По результатам наших исследований, наиболее распространены среди ПИН болезни мочеполовых органов - 42,5%, болезни органов дыхания - 22,4%, болезни эндокринной системы - 18,7%, глистная инвазия - 12,7%, болезни органов пищеварения - 10,0%. Туберкулез выявлен в 5,1%, ВИЧ-инфекция - 8,2%. Наиболее распространенными ИППП среди ПИН являются гепатит С - 47,8%, гонорея - 22,3%, сифилис - 13,4%, ЦМВ - 17,9%, ВПГ - 15,6%, хламидиоз - 17,3%, уреаплазмоз - 15,7%, токсоплазмоз - 13,4%, трихомониаз - 15,7%, кандидоз - 17,3% [1-А, 2-А, 3-А, 23-А, 38-А, 42-А, 50-А].

11. Среди мигрантов, обратившихся в ММКО наиболее распространенными соматическими заболеваниями, являются также болезни мочеполовых органов (34,6%), болезни органов дыхания (20,2%), болезни эндокринной системы (16,7%), анемия (12,5%), глистная инвазия (13,0%), болезни органов пищеварения (10,0 %). Туберкулез выявлен у 12,7%, ВИЧ-инфекция - у 9,3% мигрантов. В структуре ИППП у мигрантов наиболее часто выявлены трихомониаз (22,8%), кандидоз (18,8%), ЦМВ (15,0%), ВПГ (14,4%), уреаплазмоз (16,4%), хламидиоз (14,2%), гарднереллез (10,2%), гонорея (12,0%), сифилис (4,7%) [1-А, 2-А, 3-А, 23-А, 38-А, 42-А, 50-А].

12. Из общего числа 13070 ВИЧ-инфицированных лиц за период 1991–2020 гг. количество умерших составило 3611 чел. (27,5%). Лица, живущие с ВИЧ, составили 9459 (72,5%), в том числе мужчин - 8342 (63,9%), женщин - 4728 (36,1%). Среди них потребители инъекционных наркотиков составили 3786 (29,1%), трудовые мигранты - 1663 (12,7%), работницы секса - 234 (1,8%), заключенные - 853 (6,5%). Основным путем передачи ВИЧ-инфекции является половой - 60,0%, инъекционный - 29,4% [1-А, 2-А, 3-А, 15-А, 23-А, 31-А, 36-А, 38-А, 41-А, 42-А, 50-А].

13. Ежегодное обращение беременных в ММКО составляет в среднем 5% от общего числа обратившихся, более 85% из которых донашивают беременность под медицинским наблюдением. Прерывание беременностей в 90% случаев является самопроизвольным и в 10% случаев проводится искусственное прерывание беременности (медикаментозный аборт) при нежелательной беременности или по медицинским показаниям. В структуре причин самопроизвольного прерывания беременности выявленные генетические, хромосомные аномалии плода (17,9% случаев) стали причиной в 70% случаев выкидышей в сроке до 12 недель и в 30% - после 12 недель беременности. Среди других причин были перенесенные инфекционные заболевания (15,6%), внематочная беременность (12,0%), привычные выкидыши (8,12%), в 36,0% случаев причина выкидыша не была установлена [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 7-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 16-А, 18-А, 19-А, 25-А, 29-А, 30-А, 34-А, 46-А, 49-А].

14. Качество жизни у разных групп молодежи отличается: наибольший средний балл получен у организованной молодежи (в среднем 4,2 балла), наименьший - у РС (3,3 балла), МСМ (3,3 балла) и ПИН (3,2 балла), средние значения - у трудовых мигрантов (3,4 балла). На качество жизни молодежи влияют пол, репродуктивное и сексуальное поведение. Недостаточное количество программ по сексуальному образованию и просвещению для молодежи в целом, в совокупности с ослаблением системы оказания медицинской помощи по ИППП и вирусным инфекциям (ВИЧ и вирусный гепатит В/С) усиливает фактор уязвимости вышеперечисленных групп по отношению к ИППП, ВИЧ и вирусным гепатитам [1-А, 24-А, 47-А, 50-А].

15. Демографическая ситуация в Республике Таджикистан остается сложной на протяжении всего периода приобретения независимости, о чем свидетельствуют количественные и качественные характеристики рождаемости, смертности, показатели средней продолжительности предстоящей жизни. Хотя наметилась устойчивая тенденция снижения, высокий уровень рождаемости в сочетании с относительно низкой смертностью обуславливает высокие темпы естественного прироста населения. Это в значительной мере обусловлено демографическим потенциалом,

созданным в стране – молодой возрастной структурой населения [1-А, 3-А, 7-А, 12-А, 14-А, 22-А, 30-А, 43-А, 44-А, 45-А, 48-А, 51-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Учитывая положительный опыт пилотных районов, необходимо расширить сеть предоставления услуг, дружественных к молодёжи путём организации в Центрах здоровья городов и районов страны Молодёжных медико-консультативных отделений;
2. С целью совершенствования службы соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодёжи, разработанную модель оказания медико-консультативной и специализированной помощи молодежи необходимо внедрить в других районах Республики Таджикистан соблюдая принципы конфиденциальности, доступности и приемлемости;
3. Необходимо пересмотреть и обновить нормативно-правовые документы, регламентирующие функционирование службы репродуктивного здравоохранения;
4. Необходимо утвердить диспансерный метод профилактики и лечения заболеваний подростков в Центрах здоровья, с обеспечением доступа для особо уязвимых групп (из числа РС, МСМ, ПИН и трудовые мигранты);
5. Для совершенствования службы ювенильной гинекологии необходимо разработать клинические протоколы и стандарты по алгоритму диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний;
6. Необходимо акцентировать усилия по повышению качества жизни молодежи в физической, эмоциональной сферах, а также в сфере социального функционирования;
7. Необходимо оптимизировать сотрудничество между правительственными и неправительственными органами и организациями с целью обеспечения скрининга на ИППП, лечения и профилактики в специализированных дерматовенерических клиниках и центрах здоровья;
8. В средних и высших учебных заведениях необходимо развивать образовательные программы для улучшения информированности девочек и девушек и юношей в условиях распространения ИППП/ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан с преимущественной передачей инфекции половым путем, актуальным является проведение информационных сессий по профилактике раннего полового дебюта, рискованного поведения, наркомании, повышение информированности молодежи по вопросам ВЗОТ, ИППП и ВИЧ-инфицирования;
9. В связи с тем, что индекс здоровья молодежи в Республике Таджикистан оценивается как низкий необходимо пересмотреть действующие подходы при предоставлении медико-социальных услуг, учитывая такие наиболее значимые факторы, влияющие на качество жизни молодежи, как низкий социально-экономический статус семьи, неудовлетворительные материально-бытовые условия и др.;
10. Следует учитывать, что существует тесная связь между качеством жизни детей и подростков, их психическим здоровьем и другими положительными психологическими аспектами, также развивать сеть клиник с обученными психологами;
11. Необходимо совершенствовать систему направления и перенаправления от уровня ПМСП до специализированной медицинской помощи, которая способна обеспечить преемственность предоставления необходимых профилактических и лечебно-диагностических услуг молодежи, тем самым повышая их доступность и доказательную обоснованность назначений;
12. Специалистам, оказывающим медицинские услуги молодым людям из уязвимых групп необходимо знать порядок оказания помощи, иметь навыки консультирования и оценки соматического и репродуктивного здоровья;
13. Необходимо изучить барьеры доступа и потребности медико-социальной помощи молодежи на примере работниц секса, сексуальных меньшинств, ПИН, трудовых мигрантов и лиц состоящих в полигамных браках для их своевременного выявления и коррекции;

14. Необходимо разработать и внедрить протоколы обследования и лечения особо уязвимых слоев населения в Центрах здоровья;

15. В существующие процессы терапии и реабилитации молодёжи необходимо внедрить оказание психосоциальной помощи путём организации телефонов доверия.

Публикации по теме диссертации

Монографии и учебно-методические пособия:

[1-А] Бобоходжаева М.О. Состояние и проблемы репродуктивного здоровья молодежи в современных условиях / А.А.Ахмедов // Монография. - Душанбе, ГУП ИПК «Шарки озод», 2019. – 190 с.

[2-А] Бобоходжаева М.О. Современные принципы оказания медицинских услуг подросткам и молодежи групп высокого риска / Т.С. Джабарова, И.С. Махмудзода, М.К. Касымова, Ф.М. Набиева // Учебное пособие. - Душанбе, 2017. - 29 с.

[3-А] Бобоходжаева М.О. Медико-демографические аспекты состояния здоровья населения / М.К.Касымова // Учебное пособие. - Душанбе, 2017. – 53 с.

[4-А] Бобоходжаева М.О. Врожденные пороки развития у новорожденных (профилактика, диагностика, лечение) / Х.Р. Зурхолова, П.Г. Зарифова, Д. Шарипова, Е.В. Сыпало, Г. Садриддинова // Учебно-метод. пособие. - Душанбе, 2019. – 28 с.

Статьи в рецензируемых журналах:

[5-А] Бобоходжаева М.О. Компоненты репродуктивного поведения населения Таджикистана в переходный период / А.А.Ахмедов, М.К.Касымова, Н.Н. Беков // Здоровоохранение Таджикистана. -2010. -№1. -С. 173-177.

[6-А] Бобоходжаева М.О. Социальная характеристика и поведенческие факторы риска ИППП/ВИЧ среди работниц коммерческого секса в г. Душанбе / А.А.Ахмедов // Здоровоохранение Таджикистана. -2010. -№3. -С. 5-10.

[7-А] Бобоходжаева М.О. Тенденции изменения рождаемости в Республике Таджикистан в новых экономических условиях / А.А.Ахмедов, М.А.Назирова, М.К.Касымова, Н.Н.Беков // Здоровоохранение Таджикистана. -2010. -№2. С. 5-11.

[8-А] Бобоходжаева М.О. Аутрич в системе повышения медицинской информированности по профилактике ИППП/ВИЧ среди работниц коммерческого секса / А.А.Ахмедов, М.К.Касымова, М.Дж. Муминова // Здоровоохранение Таджикистана. -2010. -№4. -С. 9-10.

[9-А] Бобоходжаева М.О. Детская смертность в Республике Таджикистан в контексте достижения целей развития тысячелетия / А.А.Ахмедов, М.А. Назирова, М.К.Касымова, С.А. Шахобова // Здоровоохранение Таджикистана. -2010. -№4. -С. 11-15.

[10-А] Бобоходжаева М.О. Репродуктивное поведение семьи в полигамном браке / А.А.Ахмедов, М.А.Назирова, М.К.Касымова // Здоровоохранение Таджикистана. -2010. -№4. -С. 5-12.

[11-А] Бобоходжаева М.О. Практика использования аборта в Республике Таджикистан в современных условиях / М.К.Касымова // Известия Академии наук Таджикистана: отделение общественных наук. -2012. -№3. -С.67-71.

[12-А] Бобоходжаева М.О. Межсекторальное сотрудничество по профилактике ИППП/ВИЧ/СПИД среди работниц секса в городе Душанбе / А.А. Ахмедов, М.К. Касымова // Здоровоохранение Таджикистана. –2013. -№ 1. –С. 5-11.

[13-А] Бобоходжаева М.О. Динамика и детерминанты контрацептивного поведения населения Республики Таджикистан в современных социально- экономических условиях / М.А. Назирова, М.К. Касымова, А. Ахмедов, Ф.О. Мирзоева // Здоровоохранение Таджикистана. -2014. -№1. -С. 5-11.

[14-А] Бобоходжаева М.О. Медико-демографический профиль молодежи групп высокого риска в г. Душанбе Республики Таджикистан // Научный журнал Таджикского Национального Университета. –2015. -№1/3(164). -С. 207-211.

- [15-А] Бобоходжаева М.О. Коммерческий секс как эпидемический фактор риска распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях / А. Ахмедов, М.К. Касимова // *Здравоохранение Таджикистана*. –2015. -№ 4. -С.8-12 .
- [16-А] Бобоходжаева М.О. Аборты среди работниц секса: частота, мотивы, медицинские аспекты / М.К. Касимова, А. Ахмедов, Ф.О. Мирзоева // *Здравоохранение Таджикистана*. –2015. -№2. -С. 62-67.
- [17-А] Бобоходжаева М.О. Заболеваемость работниц коммерческого секса инфекциями, передаваемыми половым путем и ВИЧ / М.К.Касимова // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. -2016. -№1. -С. 17-22.
- [18-А] Бобоходжаева М.О. Тенденции в сфере рождаемости в Республике Таджикистан в эпоху распространения практики планирования семьи / М.К. Касимова // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. -2017. -№2. -С. 37-43.
- [19-А] Бобоходжаева М.О. Эффективность функционирования Молодежных клиничко-консультативных отделений // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. -2018. -№3(8). -С. 302-306.
- [20-А] Бобоходжаева М.О. Ультразвуковая и доплерометрическая диагностика доброкачественных новообразований придатков матки у женщин репродуктивного возраста / С.С. Холова, Э.Х. Хушвахтова, З.Р. Нарзуллоева // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. -2019. -№3. - С. 78-83.
- [21-А] Бобоходжаева М.О. Структура соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу / *Здравоохранение Таджикистана*. -2021. -№3. -С. 16-21.
- [22-А] Бобоходжаева М.О. Структура заболеваний репродуктивных органов молодежи / *Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана*. -2021. - №4. -С. 13-18.
- [23-А] Бобоходжаева М.О. Структура заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу // *Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана*. -2021. №3. -С.5-9.
- [24-А] Бобоходжаева М.О. Показатели качества жизни молодежи с безопасным и рискованным поведением / *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. -2022. -№1. – С. 17-23.
- [25-А] Бобоходжаева М.О. Преимущество предоставления услуг и уровень первичной заболеваемости молодежи в Республике Таджикистан // *Здравоохранение Таджикистана*. -2022. - №2. – С.17-22.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференции:

- [26-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты девиантного поведения населения и социально-обусловленные заболевания / С. Раджабова // *Материалы научно-практической конференции «Коммерческий секс: проблемы и пути решения в РТ (28-29 ноября 2007 г., Душанбе)*. -Душанбе, 2008, С. 84-89.
- [27-А] Бобоходжаева М.О. Особенности девиантного поведения работниц коммерческого секса в условиях распространения ИППП/ВИЧ в г. Душанбе / *Научно-практический журнал «Мать и дитя»*. – 2010. -№3. -С. 114-116.
- [28-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты девиантного поведения населения и социально-обусловленные заболевания / М.К. Касимова // *Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию государственного образования РТ и 60-летию Академии наук РТ (24 мая 2011 г., Душанбе)*. -Душанбе, 2011, С. 83-89.
- [29-А] Бобоходжаева М.О. Доступ уязвимых слоёв населения к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья в условиях широкого распространения ИППП/ВИЧ / *Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК*. -2011. -№1. -С. 24-27.

- [30-А] Бобоходжаева М.О. Тенденции воспроизводства населения Республики Таджикистан в новых экономических условиях / А.А.Ахмедов, М.К.Касымова, М.А.Назирова, А.А. Хусаинова // Научно-практический журнал ТИППМК. -2011. -№2. -С. 19-25.
- [31-А] Бобоходжаева М.О. Распространенность инфекций, передающихся половым путем/вируса иммунодефицита человека среди работниц секса в г.Душанбе /А.Ахмедов, М.К.Касымова, М.А. Назирова, А.А.Хусаинова // Научно-практический журнал ТИППМК. -2011. -№1. -С. 42-44.
- [32-А] Бобоходжаева М.О. Репродуктивное здоровье работниц коммерческого секса / Научно-практический журнал ТИППМК. -2011. -№4. -С. 9-13.
- [33-А] Бобоходжаева М.О. Потребности работниц секса в услугах по репродуктивному здоровью и планированию семьи / Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. -2013. -№1. –С. 8-12.
- [34-А] Бобоходжаева М.О Молодежное медико-консультативное отделение – новая служба здравоохранения, дружественная к подросткам и молодежи групп высокого риска в Таджикистане / Ф. Набиева, Ф.О. Мирзоева // Материалы научно-практической конференции, посвященной юбилею 90–летия присвоения статуса столицы города Душанбе «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка». - Душанбе, 2014. -С.123-134.
- [35-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты распространения ИППП/ВИЧ среди работниц секса / А. Ахмедов, М.К. Касымова // Материалы научно- практической конференции, посвященной юбилею 90–летия присвоения статуса столицы города Душанбе «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка». -Душанбе. -2014. -С. 129-132.
- [36-А] Бобоходжаева М.О. Интегральный подход в профилактике ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста / А. Ахмедов // Сборник трудов научно-практической конференции ГУ Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии. -Душанбе, 2014. -С. 77-80.
- [37-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты репродуктивного и сексуального здоровья групп наивысшего риска молодежи в современных условиях / А.Ахмедов, М.К. Касымова, Е.В. Маслова, А.А. Хусаинова // Материалы ежегодной XX научно-практической конференции ИПОвСЗРТ «Внедрение здоровьесберегающих технологий на современном этапе и перспективы развития в РТ» // Научно-практический журнал ИПОвСЗРТ. -Душанбе, 2014. - №4. - С. 60-63.
- [38-А] Бобоходжаева М.О. Информированность уязвимых слоев населения об ИППП и методах профилактики / М.К. Касымова // Материалы ежегодной XX научно-практической конференции ИПОвСЗРТ «Внедрение здоровьесберегающих технологий на современном этапе и перспективы развития в РТ» // Научно-практический журнал ИПОвСЗРТ. -Душанбе, 2014. -№4. -С. 58-60.
- [39-А] Бобоходжаева М.О. Влияние гендерных отношений на репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье населения / М.К. Касымова, А. Ахмедов, Ф.О. Мирзоева // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. - 2014. -№1. -С. 23-28.
- [40-А] Бобоходжаева М.О. Гендерные проблемы репродуктивного здоровья / А. Ахмедов, М.К. Касымова, Е.В. Маслова // Научно-практический журнал ТИППМК. -2015. -№4. -С.5-11.
- [41-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые особенности распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях/ А.А. Ахмедов, М.К.Касымова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2015. -№2. -С. 25-29.
- [42-А] Бобоходжаева М.О. Особенности предоставления медицинских услуг молодежи из группы высокого риска / Ф.А. Олимова, Ф.М. Набиева, Б.М. Мирзоева // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 80-81.

- [43-А] Бобоходжаева М.О. Правовые аспекты охраны здоровья молодежи в РТ / Ф.М. Набиева // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 82-83.
- [44-А] Бобоходжаева М.О. Нормативно-правовая база охраны здоровья молодежи в РТ / М.К. Касимова, С. Раджабова, М.Х. Халикова, Т. Гафурова // Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. -Душанбе, 2016. –С. 225-228.
- [45-А] Бобоходжаева М.О. Государственная молодежная политика и задачи сектора здравоохранения Республики Таджикистан / Т.У. Гафурова //Материалы ежегодной XXII научно-практической конференции «Роль последипломного образования в развитии медицины Республики Таджикистан» (25 ноября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 8-10.
- [46-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты контрацептивного поведения населения в современных условиях / М.К. Касимова, М.А. Назирова // Материалы ежегодной XXII научно-практической конференции «Роль последипломного образования в развитии медицины Республики Таджикистан» (25 ноября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 16-19.
- [47-А] Бобоходжаева М.О. К вопросу о качестве здоровья молодежи Таджикистана // Материалы ежегодной XXIII научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ «Медицинское образование и здоровье в XXI веке». -Душанбе, 2017. -С. 17-19.
- [48-А] Бобоходжаева М.О. Новые репродуктивные технологии: этико-правовые аспекты / М.К.Касимова // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ «Юбилейные научные чтения». -Душанбе, 2018. -С. 18-20.
- [49-А] Бобоходжаева М.О. Анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ «Юбилейные научные чтения». -Душанбе, 2018. -С.14-15.
- [50-А] Бобоходжаева М.О. Медико-социальные проблемы молодежи в Республике Таджикистан / С.Ганиева., Ф.М. Набиева, Ш. Орипова //Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ «Юбилейные научные чтения». -Душанбе, 2018. -С. 17-18.
- [51-А] Бобоходжаева М.О. Пайдарпайи хизматрасони ва сатҳи беморшавии аввалияи ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон /А.Ахмедов //Вестник медико-социального института Таджикистана. - Душанбе, 2022. -С. 5-11.

Перечень сокращений и условных обозначений

АРТ – Антиретровирусная терапия
ВААРТ – Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВЗОМТ – Воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВПГ – Вирус простого герпеса
ВПЧ – Вирус папилломы человека
ЗОЖ – Здоровый образ жизни
ИППП – Инфекции, передаваемые половым путем
КДМ – Клиника дружественного отношения к молодежи
ЛЖВС – Лица, живущие с вирусом СПИД
МЗ и СЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ММКО – Молодежное медико-консультативное отделение
МСМ – Мужчины, имеющие секс с мужчинами
ПИН – Потребители инъекционных наркотиков
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ППМР – Профилактика передачи от матери к ребенку
РЗ – Репродуктивное здоровье
РРП – Районы республиканского подчинения
РС – Работницы секса
РСЗ – Репродуктивное и сексуальное здоровье
РТ – Республика Таджикистан
СЗ – Сексуальное здоровье
СМИ – Средства массовой информации
СПИД – Синдром приобретенного иммунодефицита
ЦМВ - цитомегаловирус
ЦРТ – Цели развития тысячелетия
ЦУР – Цели устойчивого развития
ЮНИСЕФ – Детский фонд ООН
ЮНФПА – (от англ. United Nations Fund for Population Activities) – Фонд ООН в области народонаселения

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 613:613.8(075.8)

Бо ҳуқуқи дастнавис

БОБОХОҶАЕВА МАСУДА ОБЛОҚУЛОВНА

**ҶАНБАҶОИ ТИББӢ-ИҶТИМОӢ ВА ТАШКИЛИИ ҶИФЗИ
СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВИИ ҶАВОНОН ДАР ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН**

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори илмҳои тиббӣ
аз рӯи ихтисоси

14.02.03. – Тандурустии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ

Душанбе – 2023

Таҳқиқоти диссертатсия дар пойгоҳи кафедраи сиҳатии ҷомеа, иқтисод ва идороти тандурустӣ бо курси омури тиббии Муассисаи давлатии таълимии “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” гузаронида шудааст.

Мушовири илмӣ:

Аҳмадов Аламхон, аъзо-корреспонденти Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, д.и.т., профессор, ноиби ректор оид ба илм ва инноватсияи МТҒ «Донишкадаи тибби-ичтимоии Тоҷикистон»

Муқарризи расмӣ:

Гильманов Анас Анварович, д.и.т., профессор, мудири Кафедраи солимии ҷамъиятӣ ва ташкили тандурустии МБФДТ ОВ «Донишгоҳи давлатии тиббии Қазон» Вазорати тандурустии Федератсияи Руссия

Камилова Марҳабо Ёдгоровна, д.и.т., дотсент, мудири шӯъбаи акушерии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии ҶТ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ

Рофиева Зарина Ҳамдамовна, д.и.т., мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологияи МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Муассисаи тақриздиханда:

Муассисаи давлатии «Институти илмию тадқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон»-и

Вазорати

тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2023 соати ___ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6Д КОА-053-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯҷаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, +992 885555169.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2023 ирсол гардид

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ
номзади илмҳои тиббӣ, дотсент

Ҷонибекова Р.Н.

Мукаддима

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Тибки пешгӯии демографҳо, дар дахсолаҳои наздик ҷавонони имрӯзаи ҷаҳон қисми асосии аҳолии қобили кориро ташкил медиҳанд, таҳсилот, таҳассус ва саломатӣ, яъне сармои одаӣ, мустақиман рушди минбаъдаи даромади ватанро ташкил медиҳанд [Маркази ҷумҳуриявӣ иттилоот ва ориентатсияи ҷавонон: Вазъи ҷинойткорӣ дар байни ҷавонон, 2019].

Вазъ ва рушди ҷомеа аз бисёр ҷиҳат аз сатҳи саломатии ҷавонон вобаста аст, ки ба солимии миллат дар маҷмӯъ таъсири муҳим расонида, потенциали фарҳангӣ, зехнӣ, истеҳсоли ва репродуктивиро ташаккул медиҳад [Проблемаҳои бегонагии иҷтимоӣ ва рушди потенциали инсонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон: монография, 2012].

Дар Паёмҳои навбатии худ ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон Президенти кишвар Эмомалӣ Раҳмон солҳои 2017, 2018, 2019 бо назардошти он, ки аксари бештари аҳолии ҷумҳуриро ҷавонон ташкил медиҳанд ва синну соли миёнаи аҳоли 24 сол аст, соли 2017-ро расман Соли ҷавонон эълон кард ва баъдан дар ин хусус фармони махсус ба имзо расид [Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 26.12. с.2019, 2019]. Мувофиқи маълумотҳои расмӣ оморӣ аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар оғози соли 2020-ум 9 313 800 нафар буд, мардҳо нисбат ба занҳо бештаранд (50,7%). Миқдори ҷавонон (гурӯҳҳои синнусолии 15-то 30-сола) 2552 ҳазор нафар буд, ки 28%-и аҳолии кишварро ташкил медиҳад, аз он 1255 ҳазор нафарро духтарон ва 1297 ҳазор нафарро ҷавонон ташкил мекарданд [Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 г. -2020]. Ҳамин тавр, қисми бештари аҳолии Тоҷикистонро ҷавонон ташкил медиҳад [Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 г. -2020].

Асноди меъёрӣ-ҳуқуқие, ки соҳаи муносибатҳои давлат ва ҷавонро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон танзим мекунад, инҳо Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи ҷавонон ва сиёсати давлатии ҷавонон», ҷавонро ҳамчун гурӯҳи иҷтимоӣ-демографии одамони синну соли 14-30-сола (моддаи 1) ва идораеро, ки масъули татбиқи сиёсати ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аст, муайян мекунад.

Сиёсати ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун самти стратегӣ ва афзалиятноки сиёсати давлатӣ ҳисобида мешавад [Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 ноябри соли 2012. №620 «Дар бораи тасдиқ кардани Барномаи миллии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2013-2015»].

Дар даврони соҳибистиклолӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷиҳати рушди амалҳои ҳамаҷониба оид ба ҳифзи саломати ҷавонон ҷорабиниҳои муҳим роҳандозӣ гардид, ҳуҷҷатҳои муҳими байналмилалӣ дар самти муҳофизати ҳуқуқи занҳо ва кӯдакон тасдиқ гардид, пойгоҳи қонунгузорӣ оид ба ҳифзи саломатии ҷавонон такмил дода шуд.

Барномаҳои миллии солимии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2006-2010 ва 2011-2020 қабул карда шуд. Дар назди Кумитаи кор бо ҷавонон, варзиш ва сайёҳии назди Ҳукумати ҶТ Комиссияи ҳамоҳангсозии байнисекторӣ рушди ҳадамоти ҷавонон таъсис дода шуд, ки аз мутахассисони секторҳои нигоҳдории тандурустӣ, маориф, ҳифзи меҳнат ва иҷтимоии аҳоли, ташкилотҳои байналмилалӣ ва ҷамъиятӣ иборат буд.

Айни замон, дар баробари талаботи баланд, дар ҷавонон ҷиҳати дастарсӣ доштан ба ҳадамоти тиббӣ-санитарӣ монеаҳои муайян ошкор карда шуданд [Ганизода М.Х., 2020].

Мубрамияти таҳқиқоти мазкурро зарурати омӯзиши комплекси вазъи солимии репродуктивии ҷавонон ҳамчун индикатори некуаҳволии иҷтимоӣ ва таъминоти тиббии даврони қаблии кӯдакӣ, барои муайян кардани тағйирот дар саломатии фардҳо дар солҳои минбаъда, коркарди алгоритмҳои самараноки такмил ва оптимизатсияи муносибаҳои ягона нисбат ба саломатӣ ҳамчун ҷузъи сифати ҳаёти ҷавонон муайян мекунад.

Дарачаи коркарди масъалаи илмӣ омухташуда. Таҳлили гузаронидашудаи таҳқиқот оид ба омӯзиши сатҳи солимӣ, ҳамчун яке аз чузъҳои таркибии сифати ҳаёти ҷавонон, пеш аз ҳама, сатҳи солимии ҷисмонӣ, репродуктивӣ чинсиро инъикос мекунад. Шарҳи таҳлилии маълумот оид ба сифати ҳаёти ҷавонон ва статуси ҷисмонии солимии онҳо мушкилоти ҳомилагӣ ва сикти наврасон, роҳҳои сироятнокшавии ҷавонон ба ВНМО, сироятнокшавии перинаталӣ ва омилҳои хатари интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак ошкор карда шуд. Омилҳои ошкор кардашуда аз мубрам будани омӯзиши сифати ҳаёти ҷавонон, аз ҷумла детерминантҳои солимии репродуктивӣ (СР) ва солимии чинсӣ (СЧ) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дарак медиҳад, ки барои онҳо зехнияти иҷтимоӣ –демографӣ ва анъанаҳо хос аст.

Мутаассифона, дар СР ва СЧ ба кадрӣ кофӣ омӯхта нашудааст, дар ин хусус маълумотҳои пароканда ва номуназам мавҷуданд, ки ба коркарди алгоритмҳои самараноки такмил ва оптимизатсияи муносибатҳои ягона нисбат ба солимии ҷавонон ҳамчун чузъи таркибии сифати ҳаёт зарурат доранд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти илмӣ ба иҷроиши КИТ-и кафедраи сиҳатии ҷомеа, иқтисод ва идороти тандурустӣ бо курси омили тиббии МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар мавзӯи “Такмил ва воридоти усулҳои нави кор ва идороти бахши тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, рақами бақайдгири ГР 0116ТJ00524, алоқаманд аст.

Таҳқиқоти илмӣ бо татбиқи Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-2020; Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030; Барномаи миёнамуҳлати Рушди миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2016-2020; Барномаи миллии рушди иҷтимоии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2013-2015; Барномаи миллии рушди солимии ҷавонон дар давраи солҳои 2006-2010 иртибот дорад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои сифати ҳаёти ҷавонон, ки бо саломатӣ алоқаманданд ва коркарди алгоритми аз ҷиҳати илмӣ асоснок барои такмили минбаъдаи пешниҳод намудани ҳадамоти тиббӣ-иҷтимоӣ ҷиҳати беҳтар сохтани солимии ҷисмонӣ, репродуктивӣ ва чинсии ҷавонон дар шароити муносири иҷтимоӣ-иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши сатҳи солимии соматикӣ, репродуктивӣ ва чинсии ҷавонони дорои рафтори аз ҷиҳати иҷтимоӣ беҳатар ва ҷавонони гурӯҳҳои хавфнок.
2. Омӯзиши тафовути гендерӣ дар сохтори бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, ки ба сифати ҳаёт, дастрасӣ ва эҳтиёҷоти хизматрасониҳои тиббӣю иҷтимоӣ дар байни ҷавонони дорои рафтори аз ҷиҳати иҷтимоӣ беҳатар ва ҷавонони гурӯҳҳои хавфнок таъсир мерасонанд.
3. Омӯзиши дастрасии духтарони наврас ба хизматрасонии махсуси пеш аз таваллуд ба занони ҳомила дар шароити Шӯъбаҳои тибби-машваратӣ барои ҷавонон, инчунин сабабҳои худ аз худ ва сунӣ катъ гардидани ҳомиладорӣ.
4. Омӯзиши сифати ҳаёт ва тамоюлҳои асосии демографӣ ва дигар омилҳои, ки ба расонидани кӯмаки машваратии тиббӣ ва махсусгардонидашудаи ҷавонони гурӯҳҳои хавфнок дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таъсир мерасонанд.
5. Баҳо додани самаранокии натиҷаҳои татбиқи модели пешниҳодшудаи ташкили клиникаҳои, муносибати хайрхоҳона дошта нисбати ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.
6. Таҳия намудани маҷмӯи тадбирҳои муҷсир оид ба беҳтар намудани хизматрасонии машваратӣ-тиббӣ ва махсусгардонидашуда барои табақаҳои осебпазири ҷавонон.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқоти мазкур одамони чавони синну соли 15-30-сола буд, яъне он давраи синнусолӣ, ки гурӯҳҳои синну солии чавонро муттаҳид месозад. Сарҳади поёнии синнусолӣ аз 15-солагӣ муайян карда мешавад, дар ин давра балоғати физиологӣ ба амал меояд ва одамон метавонанд, ки ба фаъолияти меҳнатӣ сар кунанд (интихоби кор кардан ё хондан). Сарҳади болоӣ бо расидан ба мустақилияти иқтисодӣ ва устувории шахсият (барпо намудани оила, таваллуд кардани кӯдак) муайян карда мешавад.

Объекти таҳқиқот ба ду гурӯҳи муқоисашаванда ҷудо карда шуд: одамони чавони дорои рафтори бехатари иҷтимоӣ-чавонони муташаккил (донишҷӯёни МТО, ММТ ва мактаббачагон) ва чавонони марбут ба гурӯҳи хатари баланд, махсусан: муҳочирони меҳнатӣ, командони ҷинсӣ (КЧ), мардҳое, ки бо мардҳо алоқаи ҷинсӣ мекунанд, истеъмолкунандагони муҳаддирҳои таъриқӣ (ИМТ) ба ҳисоб мераванд.

Таҳқиқоти илмӣ объектҳои зикршударо мувофиқи маълумотҳои зерин фаро гирифтааст:

- Ҳуҷҷатҳои ҳисоботии Маркази ҷумҳуриявӣ иттилоот ва омили тиббӣ оид ба беморшавии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2013-2019 ;

- Ҳуҷҷатҳои ҳисоботии Шуъбаҳои клиникӣ машваратии чавонони назди Марказҳои саломатӣ дар давраи солҳои 2013-2019;

- Картаи электронии мониторинги миқдори мурочиаткунандаҳо ва шахсоне, ки барояшон тиббӣ санитарӣ дар Шуъбаҳои клиникӣ машваратии чавонон бо риоя кардани принципҳои анонимӣ ва махфият бо роҳи рамзгузорӣ дар давраи солҳои 2013-2019.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқоти мазкур омӯхтани сифати ҳаёти чавонон вобаста ба саломатӣ аст. Сифати ҳаёти чавонон, ки бо саломатӣ вобаста мебошад, аз ҷиҳати дучоршавии се гурӯҳи бемориҳо оид ба мурочиатҳо дар ШКМЧ омӯхта шуд: бемориҳои соматикӣ, СРҶГ ва бемориҳои узвҳои системаи репродуктивӣ. Ҳамагӣ дар ШКМЧ дар ҳама минтақаҳои Тоҷикистон дар давоми ду сол (2018-2019) 58103 нафар, аз ҷумла чавонон 18070 (31,1%) писарон ва духтарон – 40033 (68,9%) мурочиат кардаанд, ки ба онҳо бастаи хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ, табобатӣ-ташхисӣ ва машваратӣ расонида шудааст. Ғайр аз ин, дар байни 1000 чавон аз ҳисоби онҳо пурсиши иҷтимоӣ гузаронида шуд. Ҳамчунин сифати ҳаёт ва мушкилоти таъмини дастрасии чавонон ба хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ бо роҳи анкетагузаронии интихобӣ муайян карда шуд, ки бо розигии онҳо аз пурсишномаи WHOQOL-BREF истифода гардид, ин аз тарафи ТУТ тавсия шуда, бо иловаи мо. Ғайр аз ин, таҳлили пойгоҳи амалкунандаи меъёрӣ-ҳуқуқӣ оид ба тартиби пешниҳод намудани хизматрасониҳои тиббӣ-профилактикӣ ба аҳолии ҶТ дар шакли пӯлакӣ ва Барномаи кафолатҳои давлатӣ оид таъмин намудани ёри тиббӣ-санитарӣ ба аҳолии ҶТ гузаронида шуд.

Дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда роҳҳои тақмил додани пешниҳод кардани хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ҷиҳати беҳтар сохтани солимии ҷисмонӣ, репродуктивӣ ва ҷинсии чавонон дар ҶТ коркард шуд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст дар ҶТ дар асоси омили давлатӣ ва идоравӣ, ҳамчунин маълумотҳои муоинаҳои клиникӣ-таҳлилии рафтори репродуктивии чавонони дорои рафтори бехатари иҷтимоӣ ва хатарнок, омилҳои зерини тиббӣ-иҷтимоӣ муқаррар карда шуд, ки рафтори репродуктивӣ ва солимии чавонро дар шароити муносири иҷтимоӣ-иқтисодии бозсозӣ дар кишвар, муайян мекунанд: статуси пасти иҷтимоӣ иқтисодии оила, шароити ғайриқаноатбахши моддӣ-маишӣ, зиндагӣ кардан дар як ҳудуди оилаи серфарзанд, сатҳи пасти таҳсилот, зани бисёр доштан, барвақт шурӯъ намудани муносибатҳои ҷинсӣ, иттилоотнокии паст ва маҳдуд будани дастрасӣ ба хизматрасониҳо дар соҳаи солимии репродуктивӣ ва ҷинсӣ, нокифоя маблағгузорӣ шудани сектори нигоҳдории тандурустӣ, вобастагии басомадҳои таваллудкунӣ барвақт ва зиёд аз фосолаҳои протогенетикӣ ва интергенетикӣ ва набудани дастурҳои ягонаи репродуктивӣ, таъсири муносибатҳои анъанавӣ ба ташаккули муносибатҳои оилавӣ-никоҳӣ, муҳочирати меҳнатӣ.

Бори нахуст таҳлил ва баҳогузори хуччатҳои амалкунандаи меъёрӣ, ки солимии ҷавонро ҳамчун гурӯҳҳои иҷтимоӣ-демографӣ танзим мекунанд, гузаронида шуд.

Бори нахуст далелҳои набудани банақшагирии муфассал, мониторинг ва баҳогузорӣ ба ҷорабиниҳои гузаронидашуда оид ба мушкилоти сифати ҳаёт шарҳ дода шуд, ки ба рафтори репродуктивӣ ва солимии ҷинсии ҷавонон, бо рафтори бехатари ҷинсии ҷавонони гурӯҳи бехатари иҷтимоӣ ва ҷавонони гурӯҳи хатари баланд, проблемаҳои дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ иртиботдоранд. Бори нахуст дар асоси баҳогузори комплекси тиббӣ-иҷтимоӣ муқаррар карда шуд, ки вазъи солимии ҷавонони Тоҷикистон дорои хусусиятҳои пасти индекси соматикӣ, сатҳи баланди бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос ва сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда мебошад.

Дар асоси натиҷаҳои ба даст овардашуда зарурати ташкил намудани хучраҳо ва шӯбаҳои тиббӣ-машваратии дӯстона бо ҷавонон, бо мақсади расонидани ёрии аввалияи махсуси тиббӣ-ташхисӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ ба ҷавонони аз 15 то 30-сола, бо фарогирии гурӯҳи хатар ба миён омадааст, ки тавассути паст кардани сатҳи рафтори хатарнок нисбат ба ҳомилагии номуносиб, истеъмоли маводи мухаддир, СРҶГ/БПНМ ба ҳифзи солимии ҷинсӣ, репродуктивӣ ва рӯҳии онҳо равона карда шудааст. Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо истифода аз пурсишномаи тавсиянамудаи ТУТ бо иловаи мо WHOQOL-BREF баҳогузори комплекси мушкилоти сифати ҳаёт гузаронида шуд, ки ба солимии репродуктивӣ ва ҷинсии ҷавонон аз гурӯҳи хатари баланд, мушкилоти дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ алоқаманд буданд.

Асоснок карда шуд, ки паҳншавии бемориҳои гинекологӣ дар ҷавондухтарон аксар вақт ба масъалаҳои ҳалношудаи коркард ва истифодаи стандартҳо, алгоритмҳои таъхис ва таъбати онҳо, коркарди ҷорабиниҳои самараноки профилактикӣ алоқаманданд, ки мубрам будани омӯзиши гинекологияи ювенилиро ба вуҷуд меоваранд.

Нишон дода шуд, ки барномаҳои соҳавие, ки ба солимии репродуктивӣ нигаронида шудаанд, ба таври анъанавӣ ба хизматрасонӣ ба занон равона шудаанд, ки ин бознигари муносибатҳои коркарди онҳоро талаб мекунанд. Ҳолатҳои зиёд дучоршавандаи бесимптоми пайдо шудани бемориҳои узвҳои системаи репродуктивӣ дар байни ҷавонон ва духтарон дар марҳалаҳои барвақти беморӣ, мубрам будани коркарди усулҳои КАТС, фаҳмиши онҳо ва ҷудо кардани гурӯҳи беморони дорои хатари баланд, яъне шахсони дорои омилҳои хатарро муайян мекунанд. Дар ин таҳқиқот рафтори репродуктивӣ ва солимии репродуктивӣ дар баробари духтарҳо дар писарҳо низ омӯхта шуд.

Бори нахуст монеаҳо оид ба дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббӣ-машваратӣ омӯхта шуда ва дар асоси он таҷрибаҳои самараноки фаъолияти ШКМҶ дар назди Марказҳои саломатӣ ташкил ва пешниҳод карда шудааст.

Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо мақсади таъмини принципҳои махфият ва анонимӣ рамзи яқраниги идентификасионии мониторинги миқдори иштирок ва ба даст овардани хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ дар ШКМҶ ворид карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуқтаҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулоса ва тавсияҳое, ки дар диссертатсия оварда шудаанд, метавонанд, дар раванди таълими мактабҳои олии тиббӣ ва хангоми гузаронидани таҳқиқотҳои сотсиологӣ ва демографӣ мавриди истифода қарор дода шаванд.

Моделҳои таҳияшуда ва татбиқшудаи расонидани хизматрасониҳои тиббӣ-машваратӣ ва махсусан ба ҷавонони гурӯҳи дорои хатар имконият медиҳад, ки дар оянда ҳадамоти солимии соматикӣ, репродуктивӣ ва ҷинсии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тақмил дода шаванд. Натиҷаҳои таҳлили гузаронидашударо метавон хангоми гузаронидани таҳлили ситуатсионии аҳоли истифода намуд, ки аз тарафи Институти иқтисод ва демографияи АИ ҶТ мунтазам гузаронида мешавад.

Нуқтаҳои барои Ҷимоя пешниҳодшаванда:

1. Индекси (шоҳиси) солимии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун паст баҳогузорӣ шуда, барои паст шудани сифати ҳаёти ҷавонон дар соҳаҳои ҷисмонӣ ва эмотсионалӣ ва ҳамчунин соҳаи фаъолияти иҷтимоӣ мусоидат.

2. Сифати ҳаёти ҷавонон вобаста аз ҷинс, тарзи ҳаёт, рафтори репродуктивӣ ва ҷинсӣ фарқ мекунад ва вобаста аз дараҷаи девиантии онҳо паст мешаванд. Махсусан, сифати ҳаёт дар духтарони навраси дорои рафтори хатарнок осебпазир аст.

3. Омилҳои нисбатан муҳимме, ки ба сифати ҳаёти ҷавонон таъсир мерасонанд, инҳоянд: статуси пасти иҷтимоӣ-иқтисодии оила; шароити ғайриқаноатбахши моддӣ-маишӣ; сатҳи пасти маърифатӣ; истифодаи воситаҳои маводи мухаддир, барвақт оғоз намудани муносибатҳои ҷинсӣ ва рафтори хатарноки ҷинсӣ: иттилоотнокии паст ва маҳдуд будани дастрасӣ ба хизматрасониҳои соҳаи солимии репродуктивӣ ва ҷинсӣ.

4. Дар шароити паҳншавии СРҶГ/ВНМО-сироят дар ҶТ бо бартарӣ доштани интиқоли сироят бо роҳи ҷинсӣ, профилактикаи саршавии барвақти алоқаи ҷинсӣ, рафтори хатарнок, нашъамандӣ, баланд будани иттилоотнокии ҷавонон аз рӯи масъалаҳои БИУК (бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос), СРҶГ ва ВНМО-сироят

5. Таҳлили аз тарафи мо гузаронидашудаи омилҳои хатари рафторӣ имконият медиҳад тасдиқ кунем, ки гурӯҳҳои КҶ, мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсидошта (ММҶ), ИМТ, муҳочирати меҳнатӣ, ҳамчунин никоҳҳои полигамӣ дорои аҳамияти баланди эпидемиологӣ буда, дар паҳншавии бемориҳои иҷтимоӣ муҳим мебошанд.

6. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар марҳилаи муосир татбиқи ҳаматарафаи барномаҳои ҷавонони ба самти иҷтимоии ҷавонон равонашуда, дастгирии саломатӣ ва некуахлоқии насли ҷавон таъмин карда мешавад, аммо масъалаи мониторинг намудани дастрасии ҷавонон ба рафтори бехатар ва хатарнок нисбат ба ёрии тиббӣ-иҷтимоӣ баррасӣ нашудааст.

7. Асоснок карда шудааст, ки системаи муназзами аз нав фиристодани бемор аз сатҳи КАТС то ёрии махсуси тиббӣ қобилияти таъмин кардани давом додан ва пешниҳод кардани хизматрасониҳои профилактикӣ ва табобатӣ-ташхисии ҷавонон, махсусан духтарони наврасо беҳтар месозад ва ба ин васила дастрасии онҳо ва асоснокии исботноки таъйинотро баланд мебардорад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо: бозътимодии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ мекунанд. Хулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои омӯзиши сифати пешниҳод кардани хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ба ҷавонон, сатҳи солимии ҷисмонӣ, репродуктивӣ ва ҷинсии ҷавонони дорои рафтори бехатари иҷтимоӣ ва ҷавонони гурӯҳи хатар, ҳамчунин омӯзиши мушкilotи дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ, талаботи гурӯҳи осебпазирӣ ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббӣ бунёд шудаанд. Дар асоси ин маълумотҳо алгоритми навшудаи расонидани ёрии тиббӣ-машваратӣ ва махсус ба ҷавонон таҳия карда шудааст.

Мувофиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсия мувофиқи шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон 14.02.03 – Тандурустии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ мувофиқат мекунад: зербанди 3.2. Шароит ва тарзи ҳаёти аҳоли, проблемаҳои иҷтимоӣ-беҳдоштӣ, баҳогузорӣ ба таъсири шароит ва тарзи ҳаёт ба давомнокии он ва нишондиҳандаҳои саломатӣ ва аҳоли, ташаккули тарзи ҳаёти солим; 3.4. Вазъи саломатии аҳоли ва тамоюли тағйироти он, таҳқиқоти протсессҳои демографӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва муҳити берунӣ ба солимии аҳоли ва гурӯҳҳои алоҳидаи он; 3.5. Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, коркарди моделҳои нави ташкилӣ ва технологияҳои профилактика, расонидани ёрии тиббӣ ва реабилитатсияи аҳоли; баҳогузорӣ ба сифати ёрии тиббии хоричибеморхоагӣ ва статсионарӣ. Асосноккунии роҳҳои инкишоф ва бозсозии системаи нигоҳдории тандурустӣ, ташкили ёрии махсуси тиббӣ.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ дар таҳқиқот аз иштироки он дар ҳама марҳалаҳои таҳқиқоти анҷомдодашуда, маълумотҳои ба даст овардашуда, таҳлили маводи аввалия, тайёр кардани нашрия ва гузоришҳо – 80-85% иборат аст. Ҳама бобҳои диссертатсия шахсан аз тарафи муаллифи рисола навишта шуда, коркарди омории маводи худиро унвонҷӯи мустақилона иҷро намудааст, таҳқиқот як қатор натиҷаҳо ва хулосаҳои нав дорад, ки аз саҳми шахсии диссертант дар илм гувоҳӣ медиҳанд – 100%.

Таъйидӣ ва тадқиқи натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқот дар конференсияи илмӣ- амалии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатология» (Душанбе, 2014), дар конференсияи байналмилалӣ илмӣ- амалии «Ҳифзи солимии модару кӯдак» (Душанбе, 2016), съезди VI акушер- гинекологҳои ҚТ (Душанбе, 2016), конференсияҳои солонаи илмӣ- амалии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» (Душанбе, 2017, 2018, 2019), чаласаҳои кафедраи акушерӣ ва гинекологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» (2020) гузориш ва баррасӣ шудаанд. Таҳқиқот барои ҳимоя дар чаласаи комиссияи байникафедравии проблемавии Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» (протоколи №3/1 аз 12.11. с.2021) иҷозат дода шудааст.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи маводҳои диссертатсия 51 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 21 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба нашр расонида шудааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 312 саҳифаи матни компютерӣ мурабтаб гардида, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, Боби 1 “Шарҳи адабиёт”, Боби 2 “Мавод ва усулҳои таҳқиқот”, 3 боби таҳқиқоти худии муаллиф: Боби 3 “Солимии соматикӣ, репродуктивӣ ва сексуалии ҷавонон дар ҚТ”, Боби 4 “Характеристикаи тиббию-демографӣ сифати ҳаёти ҷавонони ҚТ”, Боби 5 “Асосҳои меърию ҳуқуқӣ, масоилҳои дастрасии ҷавонон ба хизматрасонии тиббию иҷтимоӣ ва таҳлили натиҷаҳои ҷорӣ намудани модели пешниҳодгардидаи ташкили клиникаҳои муносибати хайрхоҳона дар ҚТ”, Боби 6 “Шарҳи натиҷаҳои таҳқиқот”, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ оид ба истифода намудани натиҷаҳо, рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат аст, 423 сарчашмаро дар бар мегирад (аз онҳо 66 асноди меъерӣ-ҳуқуқӣ, қарорҳо, ҳисоботҳо; 64 адад захираҳои электронӣ; 24 - монография, дастур, китоб, васоити таълим; 203 – мақола, фишурда ва гузориш; 21 – диссертатсия ва фишурдаи диссертатсия ва 40 адад ғадабиёти иловагӣ) ва рӯйхати маводи нашршудаи унвонҷӯёни дараҷаҳои илмӣ мебошанд. Дар диссертатсия 32 ҷадвал ва 4 расм ҷой дода шудааст. Дар охири диссертатсия замимаҳо оварда шудааст.

ҚИСМИ АСОСИИ ТАДҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маводҳои таҳқиқот дар заминаи маълумотҳои зерин асоснок шудаанд: Агентии давлатии омории Ҳукумати ҚТ, Маркази ҷумҳуриявии омили тиббӣ ва иттилооти ВТ ва ҲИА ҚТ; маълумотҳои ҷамъбастии ҳисоботҳои солонаи Марказҳои миллӣ, вилоятӣ ва ноҳиявии солимии репродуктивӣ; Маркази ҷумҳуриявии профилактика ва мубориза бо БПНМ; Маркази ҷумҳуриявӣ оид ба муҳофизати аҳоли аз бемории сил; асноди меъерӣ-ҳуқуқии ҚТ оид ба ҳифзи солимии ҷавонон; маълумотҳои картаҳои амбулаторӣ (шакли 025/к –картаи инфиродии беморзан, ки аз контрацептивҳо истифода мекунад ва шакли 029 – картаи инфиродии зани ҳомила ва таваллудкарда); Форми ҳисоботии соҳавӣ № 24 “Ҳисоботи Шуъбаи тиббии машваратии ҷавонон Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, ки бо дастури ВТ ва ҲИА ҚТ № 655 аз 12 ноябри соли 2014 тасдиқ шудааст.

Объекти таҳқиқот ҷавонони муосири Тоҷикистон мебошанд, ҳамчун гурӯҳи иҷтимоӣ – демографӣ, одамони ҷавони синну соли аз 15 то 30-сола, ҳамагӣ 58103 нафар: ҷавонони

муташаккил (донишчӯёни МТО, МТМ, хонандагон) - 46767 нафар; муҳочирони меҳнатӣ – 7092 нафар; кормандони чинсӣ – 3837 нафар; мардҳое, ки бо мардҳо алоқаи чинсӣ доранд – 40 нафар; истеъмолкунандагони муҳаддироти тазриқӣ – 367 нафар.

Таҳқиқоти клиникӣ-анамнези чавонон аз рӯи мурочиат ба ШТМЧ (58103 нафар, аз ҷумла 520 духтар - проспективӣ), аз ҷумла миқдори умумии таҳқиқоти объективӣ ва гинекологӣ аз рӯи методикаҳои маъмулии қабулшуда, гузаронида шудааст. Пурсиши сотсиологӣ бо мақсади баҳогузорӣ кардани сифати ҳаёт дар байни чавонон (1000 нафар, аз ҷумла 550 нафар дар байни чавонони муташаккил, 200 – муҳочирони меҳнатӣ, 120 - КҶ, 30 – мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсикунанда ва 100 – ИМТ (истеъмолкунандагони муҳаддироти тазриқӣ) мувофиқи анкетаи аз тарафи мо таҳияшуда дар шароити анонимӣ бо шартҳои ҳатмии розигии респондент. Ҳамчунин пурсишномаи тавсиянамудаи ТУТ барои баҳо додан ба сифати ҳаёт (WHOQOL-BREF) ба кор бурда шуд. Пурсишнома аз 26 асвол ва 5 вариантҳои ҷавобҳо иборат буд. Ҷавобҳои гирифташуда аз нав рамзгузорӣ карда мешаванд ва балли миёна аз ҳар як шкала алоҳида ва балли умумии сифати ҳаёт ҳисоб карда мешавад. Системаи баҳогузорӣ тибқи системаи 5-балла (аз 1 то 5 балл) гузаронида мешавад.

Баҳогузори рафтори репродуктивӣ ва омилҳои хатар дар байни аҳолии деҳот ва шаҳрҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон бо усули анкетагузари интихоби тасодуфӣ сурат гирифт, ки мақсади он фаро гирифтани ҳамаи ҷанбаҳои иҷтимоӣ, демографӣ, иқтисодӣ ва тиббӣ буд, ки метавонанд ба рафтори репродуктивӣ ва солимии чавонони дар шаҳру деҳот зиндагикунанда таъсир расонад. Анкетаи аз тарафи мо таҳияшуда 75 саволро барои чавонон ва 35 саволро барои наврасон пешбинӣ намудааст.

Таҳқиқоти мазкур дар шаҳрҳои Душанбе; дар вилояти Суғд- шаҳрҳои Хучанд, Истаравшан, ноҳияҳои Деваштиҷ, Зафаробод ва Шахристон; дар вилояти Хатлон - ш. Бохтар, ш. Кӯлоб, Восеъ, Ҷ. Балхӣ, Дӯстӣ, Леваканд; дар ВМКБ – ноҳияи Дарвоз, шаҳри Хорӯғ; дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ - Ҳисор, Ваҳдат, Турсунзода, Шаҳринав гузаронида шуд.

Мо воридсозии рамзи ягонаи идентификатсионии (РЯИ) муоинаи беморон дар ШКМЧ-ро истифода намудем, ки бо мақсади ҳифз ва таъмин намудани махфият ва анонимӣ таҳия шуда ва дар амал истифода мегардад, ки ба ваучери махсус таҳияшуда ворид карда мешавад ва воридсозии он вазифаи корманд - аутрич ва табиби оилавӣ мебошад.

Ҳамин тавр, дар давраи аз тарафи мо таҳлилшудаи солҳои 2018-2019 дар 21 муассисаи ШТМЧ, ки дар назди Марказҳои саломатӣ фаъолият мекарданд, ҳамагӣ 58103 одамони чавон мурочиат намудаанд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Тавсифи мурочиаткунандаҳо ба Шӯъбаҳои тиббӣ-машваратии чавонон аз рӯи чинс ва синну сол

Солҳои муоина	Мансубияти чинсӣ	Воҳиди ченкунӣ	Ҳамагӣ	Гурӯҳҳои синнусолӣ		
				15-19	20-24	25-30
2018	Чавонон	Мутл.	9183	361	2674	6148
		%	100	3,93	29,1	67,0
	Духтарон	Мутл.	20112	855	6583	12674
		%	100	4,25	32,7	63,0
	Итого	Мутл.	29295	1216	9257	18822
		%	100	4,15	31,6	64,2
2019	Чавонон	Мутл.	8887	262	2300	6325
		%	100	2,95	25,9	71,2
	Духтарон	Мутл.	19921	508	4729	14684
		%	100	2,55	23,7	73,7
	Ҳамагӣ	Мутл.	28808	770	7029	21009
		%	100	2,67	24,4	72,9

2018+ 2019	Чавонон	Мутл.	18070	623	4974	1247
		%	31,1	3,45	27,5	69,0
	Духтарон	Идомаи чадвали 1.				
		Мутл.	40033	1363	1131	2735
		%	68,9	3,40	28,3	68,3
	Ҳамагӣ	Мутл.	58103	1986	1628	3983
%		100	3,42	28,0	68,6	

Комплекси хизматрасони чавонон инхоро дар бар мегирад: машварат оид ба масъалаҳои СҶР; ташхисгузори ихтиёрӣ, таботат ва реабилитатсия бо мақсади профилактика ва барвақт ошкор намудани бемориҳои системаи репродуктивӣ, аз ҷумла ҳомилагии номуносиб, СРҶГ/ ВНМО, нашъамандӣ ва майзадагӣ дар байни чавонон; ислоҳи рӯҳии рафтори наврасон, ташаккули тарзи ҳаёти солим, профилактикаи СРҶГ/ВНМО, нашъамандӣ ва майзадагӣ; муайян кардани нишондодҳои тиббӣ барои бистарикунонии беморони дорои чараёни оризаноки бемориҳои системаи репродуктивӣ, СРҶГ/ВНМО, ихтилолҳои психолог, нашъамандӣ ва майзадагӣ (аз нав фиристодан); интегратсия бо дигар ҳадамоти ҳифзи саломатӣ.

Ҳамчунин таҳлили асноди меъёрӣ-ҳуқуқии ҶТ оид ба ҳифзи саломатии чавонон иҷро карда шуд; профили демографии чавонон муайян карда шуд; муносибатҳои репродуктивӣ (муносибатҳо нисбат ба миқдори фарзандон дар оила (тавваллудшуда, фарзандхонд), ҷинси кӯдак, муносибат нисбат ба ҳомилагӣ ва натиҷаи он, фосилаҳои интергенетикӣ); муносибатҳои рафтори контрацептивӣ ва мотивҳои репродуктивӣ, талаботи духтарон ва чавонон нисбат ба хизматрасониҳои тиббӣ-ичтимуайян карда шуд.

Сатҳи беморшавии аввалия ба 1000 нафари аҳоли ҳисоб карда шудааст: Сатҳи беморшавии аввалия = Миқдори мурочиатҳои аввалия аз хусуси беморӣ, ки бори аввал дар ин сол муайян карда шудааст / Миқдори миёнаи солони аҳоли *1000.

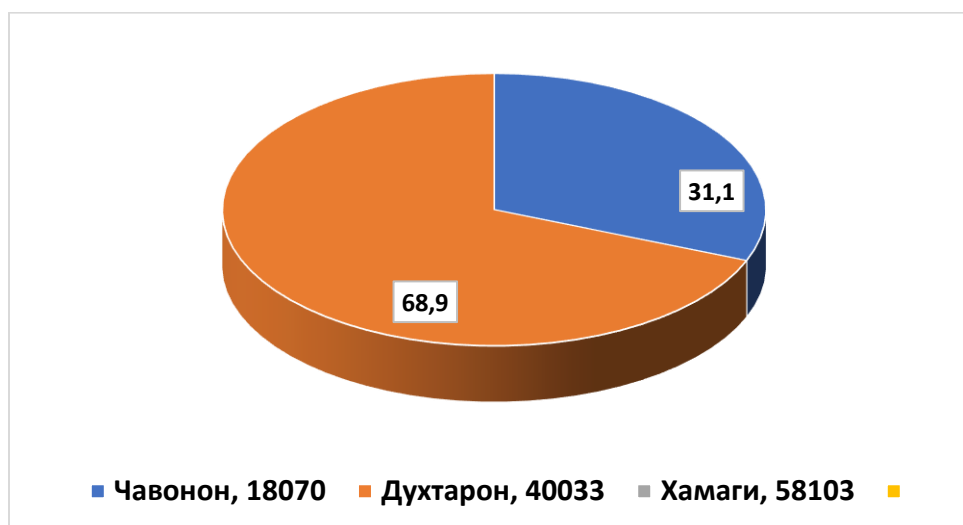
Ҳамкориҳои мутақобилаи МС (ШТМЧ) бо Маркази саломатии тарзи ҳаёти солим (МТҲС), Маркази профилактика ва мубориза бо БПНМ, бо Маркази СРҶГ, Марказҳои муҳофизати аҳоли аз бемории сил тавассути интегратсия бо муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббӣ санитарӣ (КАТС).

Хизматҳое, ки аз тарафи ШТМЧ расонида мешаванд ҳамчун хизматҳои машваратӣ, ташхисӣ ва таботатӣ тасниф карда шудаанд. Таснифи бемориҳо тибқи ТББ -10 (ТУТ, 1998) сурат гирифт.

Коркарди омории натиҷаҳои ба даст овардашуда бо истифода аз барномаи таҳлили омории Microsoft Excel иҷро гардид. Ифодаи миёнаи арифметикӣ (M), хатои миёнаи арифметикӣ (m) муайян карда шуд. Эътимоднокии фарқияти байни гурӯҳҳо тибқи t- меъёри Стюдент, барои гурӯҳҳои хурд ва ҳархела тибқи U-меъёри Манн-Уитни муқаррар карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Сохтори бемориҳои асосии соматикӣ дар байни чавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Ҳамагӣ ба ШТМЧ дар ҳама минтақаҳои Тоҷикистон дар давоми 2 сол (солҳои 2018-2019) 58103 нафар мурочиат кардааст, аз ҷумла миқдори чавонон 18070 (31,1%) ва духтарон 40033 (68,9%) буд (расми 1.).



Расми 1. – Таносуи мурочиаткардагон -чавонон ба Шубаҳои тиббӣ-машваратии чавонон барои гирифтани хадомоти тиббӣ-ичтимоӣ (солҳои 2018 ва 2019)

Бемориҳои соматикӣ дар 1870 (3,22%) аз ҳисоби мурочиаткардагон ошкор карда шуд, ки аз ҷумла дар 1030 ҳолат дар байни чавонон (55,1%) ва 840 ҳолат дар байни духтарҳо (44,9%) ба назар расид.

Дар байни бемориҳои асосии соматикӣ дар чавонон, бештар аз ҳама бемориҳои роҳҳои пешобронӣ (35,3%) бештар дар байни духтарҳо (69,5%); баъдан бемориҳои эндокринӣ (24,1%), ки ин низ бештар дар духтарҳо (16,4%) дида шуд; баъдан - камхунӣ (17,6%), ин низ дар байни духтарҳо бештар (74,5%) буд, инвазияи гиччасароӣ (14,4%), ин беморӣ бештар дар чавонон дида мешавад (89,2%); баъди инҳо аз ҷиҳати басомад бемориҳои роҳи ҳозима (10,2%), бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (2,67%)-меистанд, ки бештар (88,0%) дар байни чавонон ба мушоҳида мерасанд: 20 ҳолат (1,07%) дар сохтори беморшавӣ бемориҳои дилу рағҳо ва пӯст дар 12 ҳолат (0,64%) сироятнокшавӣ аз ВНМО, дар 10 ҳолат (0,45%)-сили шуш ва дар 4 ҳолат (0,21%)- бемориҳои онкологӣ дида шуд. Дар 140 ҳолат аз 1870 одамони мушоҳидашуда (7,49%), асосан дар чавонон (71,4%) якҷояшавии ду ё зиёда бемориҳои зикршударо мушоҳида намудем.

Мо ҳамчунин таҳлил фарқиятҳои ҷинсиро дар сохтори басомади дучоршавии бемориҳои асосии соматикиро анҷом додем. Муайян карда шуд, ки дар байни 5 бемории дар чавонон зиёд дучоршаванда бемориҳои инвазияи гиччасароӣ (22,1%), бемориҳои роҳҳои пешоброн (20,7%), бемориҳои эндокринӣ (15,6%), бемориҳои роҳҳои ҳозима (10,3%) ва камхунӣ (81,6%) дохил мешаванд. Дар байни духтарон чунин таносуи 5 бемории зиёд дучоршаванда муайян карда шуд: бемории роҳҳои пешоброн (51,0%), бемориҳои эндокринӣ (33,2%), камхунӣ (29,3%), бемориҳои узвҳои ҳозима (10,0%) ва инвазияи гиччасароӣ (9,33%).

Сохтори гирифтورشавӣ ба бемориҳои сироятии бо роҳи ҷинсӣ гузаранда дар байни чавонон дар ҶТ ва гурӯҳбандии онҳо аз рӯи ҷинс.

Намудҳои гуногуни БРҶГ дар 1698 нафар (2,92%) аз ҳисоби 58103 нафари мурочиаткарда, аз ҷумла 1563 ҳолат дар духтарон (92,0%) ва 135 ҳолат – дар байни чавонон (7,95%) (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. –Сохтор ва фарқиятҳои ҷинсӣ дар паҳншавии сироятҳои тавассути роҳҳои ҷинсӣ гузаранда дар чавонон

Номи беморӣ	Мансубияти ҷинсӣ			
	Духтарҳо		Чавонон	
	мутл	%	мутл	%
Сифилис	68	4,35	14	10,4*
Гонорея (сӯзок)	36	2,30	61	45,2*

Идомаи чадвали 2				
Трихомониаз	45	2,88	20	14,8*
Кандидоз	79	5,05*	4	2,96
Хламидиоз	252	16,1*	12	8,89
Сироятнокшавӣ аз вируси герпеси оддӣ	201	12,9*	7	5,19
Сирояти ситомегаловирусӣ	186	11,9	7	5,19
Сирояти папилломавирус	18	1,15	-	-
ВНМО- сироят	61	3,90	10	7,41*
Уреаплазмоз	6	0,27	-	-
Микоплазмоз	5	0,23	-	-
Токсоплазмоз	7	0,32	-	-
Гарднерелез	16	0,72	-	-
Решҳои гениталӣ	182	6,43	-	-
Ифрозоти уретр	184	11,8	-	-
Ифрозоти маҳбал	314	25,5	-	-
Дарди қисми поёнии шикам	308	22,1	-	-
Ҳамагӣ	1563	100	135	100

Эзоҳ: -фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ эътимодноки ҷинсӣ ($P < 0,001$).

Маълумотҳои ба даст овардашуда гувоҳӣ медиҳанд, ки аз 18070 нафари муроҷиаткарда барои гирифтани хизматрасонии тиббӣ ҷавонон дар 135 (0,77%) буд ва аз 40033 муроҷиаткунанда барои гирифтани хизматрасонии тиббӣ дар байни духтарҳо 1563 (3,90%) ин ё он СРҶГ муайян карда шуд. Дар байни онҳо дар ҳар як духтараки панҷум ифрозоти маҳбал ба назар расид, дар 22,1% ҳолат – дард дар қисми поёнии шикам, дар 11,8%-и духтарон ифрозот аз уретра ва дар 6,43%-и решҳои гениталӣ ба назар расид.

Аз дигар 14 номгӯи бемориҳо, 5 СРҶГ зиёд дучоршаванда аз рӯи камшавии ошкорсозии бемориҳои зерин буданд:

✓ Дар байни ҷавонон: сӯзок (гонорея)-45,2%; трихомониаз – 14,8%; сифилис – 10,4%; хламидиоз – 8,89%; сирояти ВНМО – 7,41%

✓ Дар байни духтарҳо: хламидиоз – 16,1%; сироятнокшавӣ аз герпеси оддӣ -12,9%; сирояти ситомегаловирусӣ -11,9%; кандидоз -5,05%; сифилис -4,35%.

Тавре, ки мо дар боло қайд кардем, ба он нигоҳ накарда, ки мо ба таври ретроспективӣ таҳлили клиникӣ-анамнези 58103 нафарро, ки ба ШТМҶ муроҷиат карданд, анҷом додем, аз ҷумлаи онҳо 520 духтар аз тарафи диссертант шахсан таҳқиқ карда шуд. Мо монанди пурраи бемориҳои СРҶГ-ро бо натиҷаҳои дар боло зикр кардашуда ба даст овардем: дар 3,90% ин ё он СРҶГ муайян карда шуд. Дар байни онҳо дар ҳар як духтари панҷум ифрозоти аз маҳбал хориҷшаванда, дар 22,0% ҳолат – дард дар поёни шикам, дар 12,0%-и ифрозот аз уретра ва дар 7,0%-и решҳои гениталӣ ба назар расид. Аз 14 номгӯи бемориҳои дигар, 5 бемории бештар дучоршавандаи СРҶГ аз рӯи камшавии муайянкунӣ чунин бемориҳо меистанд: хламидиоз -16,0% сироятнокшавӣ бо вируси герпеси оддӣ – 13,0%, сирояти ситомегаловирусӣ – 12,0%, кандидоз -5,0%; сифилис -4,0%.

Сохтори гирифтورشавӣ ба бемориҳои системаи репродуктивии ҷавонон дар ҶТ ва гурӯҳбандии онҳо аз рӯи аломатҳои ҷинсӣ.

Бемориҳои гуногуни узвҳои системаи репродуктивӣ аз 40033 духтари ба Ш...муроҷиаткарда дар 13790 ҳолат ё 34,4% муайян карда шуд. Дар байни 18070 ҷавон, ки дар ин ё он давра муроҷиат карданд, бемориҳои узвҳои репродуктивӣ дар 911 нафар ё 5,18% ҳолат муайян карда шудаанд (ҷадвали 3.).

Азбаски дар байни ду соли муқоисашаванда дар фоизи ҳолатҳои ошкоркардашуда фарқияте ба мушоҳида нарасид, ҳангоми таҳлили маълумотмо асосан ба ҷамъбасти маълумотҳо таъҷи намудем (с.2018 + с.2019). Дар байни ҷавонони ба ШКМЧ мурочиаткарда, бештар аз ҳама бемориҳои илтиҳобии системаи пешобу чинсӣ (53,6%), баъдан ифрозоти роҳҳои пешоброн (34,5%), дарди поёни шикам (19,3%), омоси тухмдонҳо (2,85%) решҳои гениталӣ (0,88%). Дар 12,2%-и ҳолатҳои мурочиати ҷавонон ба ШКМЧ якҷоя шудани ду ё зиёда симптомҳои бемориҳои узвҳои репродуктивӣ муайян карда шуд.

Ҷадвали 3. – Таъсифи бемориҳои муайян кардашудаи узвҳои системаи репродуктивӣ дар Шӯъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон (мутл. %)

Соли муоина	Мансубияти чинсӣ	Ҳамагӣ бо бемориҳо	Бемориҳои гадуи ширӣ	Ҳунравии ювенилӣ	Бемориҳои илтиҳобии роҳҳои чинсӣ	Ихтилоли синкли ҳайзбинӣ	Ифрозоти роҳҳои пешоброн	Ифрозоти маҳбал	Дард дар қисми поёни шикам	Решҳои Гениталӣ	Омоси тухмдонҳо	Якҷоя шудани 2 ё зиёда симптомҳо
2018	Ҷавонон	493	-	-	271 /55,0	-	170 /34,5	-	95 /19,3	3 /0,61	15 /3,04	61 /12,4
	Духтарон	8422	122 /1,45	1030/12,2	2137/25,4	1459/17,3	1893/22,5	1214 /14,4	998 /11,8	181 /2,15	451 /5,36	1023 /12,1
	Ҳамагӣ	9015	122 /1,45	1030/12,2	2408 /26,7	1459/17,3	2063/22,9	1214 /14,4	1093 /12,1	184 /2,04	466 /5,17	1084 /12,0
2019	Ҷавонон	418	-	-	217 /51,9	-	144 /34,4	-	81 /19,4	5 /1,20	11 /2,63	50 /12,0
	Духтарон	7378	101/1,37	980/13,3	1912/25,9	1313/17,8	974/13,2	935/112,7	643 /8,72	154 /2,09	367 /4,97	750 /10,2
	Ҳамагӣ	7696	101/1,37	980/13,3	2129/27,7	1313/17,8	1118/14,5	935/112,7	724 /9,41	159 /2,07	378 /4,91	800 /10,4
2018+2019	Ҷавонон	911	-	-	488/53,6	-	314 /34,5	-	176/19,3	8 /0,88	26 /2,85	111 /12,2
	Духтарон	15800	223/1,41	2010/12,7	4049/25,6	2772/17,5	2867/18,1	2149 /13,6	1641/10,4	335 /2,12	818 /5,18	1773/11,2

Дар байни духтароне, ки ба ШТМЧ мурочиат кардаанд, бештар аз ҳама бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос- 25,6%, баъдан ихтилоли синкли ҳайзбинӣ - 17,5%, хунравии ювенилӣ - 12,7%, номияҳои хушсифати тухмдонҳо - 5,8%, бемориҳои гадуи ширӣ - 1,41% ба назар расид. Ғайр аз ин, синдромҳои зерин, ки гузаронидани таҳқиқотро тақозо мекарданд, муайян карда шуданд: ифрозот аз роҳҳои пешоброн- 18,1% ҳолат, ифрозот аз маҳбал - 13,6%, дард дар поёни шикам - 10,4%, решҳои гениталӣ - 2,12%. Дар 11,2%-и ҳолатҳои мурочиати духтарон ба ШТМЧ якҷоя шудани ду ё зиёда симптомҳои бемориҳои узвҳои репродуктивӣ муайян карда шуд.

Тавре, ки мо қаблан мутаваҷҷеҳ шудем, ба он нигоҳ накарда, ки ба таври ретроспективӣ мо таҳлили клиникӣ-анамнези таҳқиқоти 58103 нафарро оид ба мурочиат ба ШКМЧ гузаронидем, 520 духтарро шахсан диссертант ба таври проспективӣ таҳқиқ намудааст.

Мо монандии пурраи натиҷаҳои дар боло зикршудаи бемориҳои узвҳои системаи репродуктивиро ба даст овардем: дар 25,0% ҳолат бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос, дар 18,0% – ихтилоли синкли ҳайзбинӣ, дар 13,0% - хунравии ювенилӣ дида шуд, ифрозоти роҳҳои пешоброн дар 18,0% ҳолат, дар 6,0% - номияҳои хушсифати тухмдонҳо ва дар 1,4% - бемориҳои гадуи ширӣ муайян карда шуд. Синдромҳои зерин низ муайян карда шуданд: дар 14,0% - ифрозоти маҳбал, дар 10,0% - дард дар қисми поёни шикам, дар 2,0% - решҳои гениталӣ.

Бемориҳои сироятӣ-илтиҳобии узвҳои коси хурд дар духтарон аз вагинитҳои бактериалӣ, сититҳо, эндосервитситҳои эрозиявӣ, аднекситҳо, илтиҳоби тухмдон (оофорит), салпингитҳо, эндо метритҳо иборат буданд.

Дар байни сироятҳои бактериалии роҳҳои пешоброн дар ҷавонон уретрит ва простатит бештар буданд.

Мо муқаррар кардем, ки пахншавии бемориҳои гинекологӣ дар ҷавондухтарон аксар вақт ба масъалаҳои ҳалнашудаи коркард ва истифодаи стандартҳо, алгоритмҳои ташҳис ва табобати онҳо, коркарди чорабиниҳои самараноки профилактика иртиботдоранд.

Барномаҳои соҳавӣ, ки ба солимии репродуктивӣ нигаронида шудаанд, ба таври анъанавӣ ба хизматрасонии занҳо равона шудаанд ва ин таҷдиди назар кардани муносибатҳо ва коркарди онҳоро тақозо мекунад.

Ҳолатҳои зиёд дучоршавандаи бемориҳои узвҳои системаи репродуктивӣ дар байни ҷавонон ва духтарон дар марҳалаҳои барвақти беморӣ, мубрамияти коркарди усулҳои боз ҳам мукамалтару дастраси ташҳиси онҳоро дар муасисаҳои КАТС ва ҷудо кардани гурӯҳи дорои хатари баланд, яъне шахсони дорои омилҳои хатарро талаб мекунад.

Пешниҳод кардани хизматрасониҳои машваратӣ ва табобатӣ-ташҳисӣ ба ҳомилаҳо дар шароити ШТМЧ. Дар давоми ду соли охир дар ШТМЧ дар назди Марказҳои саломатӣ 2141 ҳолати ҳомилагӣ муайян карда шуд, ки 5,35%-и миқдори умумии мурочиаткунандаҳоро ташкил медиҳанд (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Миқдори ҳомилагҳои муайянкардашуда дар Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон

Солҳои муоина	Мурочиат	Ҳамагӣ ҳомилаҳо	%
2018	20112	1000	4,97
2019	19921	1141	5,73
Ҳамагӣ	40033	2141	5,35

Таркиби синнусолии ҳомилаҳо чунин ба назар расид:

14-15 –сола –36 (1,7%); 15-19 –сола -686 (32,0%); 20-24 –сола - 1049 (49,0%) ва 25-29 –сола – 370 зан (17,3%). Маълумотҳо гувоҳӣ медиҳанд, ки ҳомилагӣ дар гурӯҳҳои синнусолии 20 – 24 –сола (49,0%) ва дар синну соли 15 – 19–сола (32,0%) аст, дар баробари ин, бояд қайд намуд, ки , 36 (1, 7%)-и ҳомилҳоро наврасони то 14-сола ташкил карданд.

Хусусияти барқароршавӣ ва махсусиятҳои функцияҳои ҳайзбинӣ ва ҷинсӣ аз замони сар шудани аввалин ҳайзбинӣ (менструатсия, менархе) баҳогузорӣ карда шуд: дар 11-13-солагӣ - дар 1634 духтар (76, 3%); дар 14-16 -солагӣ - дар 476(22,2%); баландтар аз 17 -солагӣ - дар 31 (1,5%) духтар. Тавре ки аз маълумотҳои овардашуда маълум мегардад, 76,3% респондентҳо замони сар шудани аввалин ҳайзбинӣ 11–13-солагӣ рост меояд, ки ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар шароити кишвар балоғати барвақти ҷинсӣ ҷой дорад.

Менструатсия дар ҳол дар 93,7%-и респондентҳо муайян карда шуд; баъди 6 моҳ дар 3,7%. Менструатсия мунтазам буд -дар 93,7%; номунтазам буд - дар 6,3%. Давомнокии менструатсия дар 36,4% ҳолат то 3-рӯз, дар 43,4% ҳолат - то 5 рӯз ва зиёда аз 5 рӯз - дар 20,1% респондент ба қайд гирифта шуд. Алгоменорея (менструатсияи дарднок) дар 23,6% респондент, олигоменорея (менструатсияи кам)– дар 8, 9% ҳолат. Синну соли никоҳ кардан: то 16 –сола - 3,3%, дар сини 17-18 –солагӣ - 28,6%; то 20 -солагӣ- 32,2%; 21 –сола ва калон - 35,9%. Дар байни мурочиаткардагон аввалин бор ҳомилашудаҳо 1200 зан (56,1%), ҳомилагии такрорӣ – 823 (38,4 %), бисёртаваллудкунандаҳо - 118 (5,5%) буданд.

Таҳқиқоти солҳои охир нишон дод, ки контрацепсияро метавон ҳамчун яке аз омилҳои муайянкунандаи солимии духтарон-наврасон ва занҳо ҳисобид. Вобаста аз ин, расонидани ёри ашваратӣ ваҳизматрасои оид ба контрацепсия бевосита дар ШКМЧ ба рафтори репродуктивӣ ва солимии духтарон-наврасон ва занҳо таъсири мусбат мерасонад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар фарқият аз сикти ҳамл, истифода аз воситаҳои зиддиҳомилашавӣ усули асосии танзими таваллудкунӣ нашудааст, сатҳи истифодаи воситаҳои контрацептивӣ дар маҷмӯъ дар кишварамон аз 27,2% зиёд нест.

Сабабаш ин аст, ки: аввалан, иттилоотнокии ҷавонон дар бораи воситаҳои муосир ва усулҳои контрацепсия паст боқӣ мемонад; дуюм, пояҳои мустаҳкамшуда дар самти серфарзандӣ ба кадрҳои кофӣ устуворанд, муносибати ҷавонон нисбат ба воситаҳои муосири контрацепсия дар баъзе ҳолатҳо негативӣ аст; сеюм, кишварамон пурра аз дастраскунии воситаҳои контрацептивӣ ва дигар технологияҳои контрацептивӣ аз тариқи ёри башардӯстона вобаста аст.

Спектри воситаҳои контрацептивии истифодашаванда дар байни муҷрияткунандагон дар ШКМЧ дар духтарони ҷавон чунин буд:

Спирали дохилибачадониро 12, 3% такрорзояндаҳо истифода кардаанд; воситаҳои даҳонии (орали) гормоналӣ дар -15,1%; воситаҳои таъриқии гормоналӣ - 3,1%; истифодаи рифола дар 13,1% зан.

Муоинаи ҳомилаҳо дар шароити ШТМЧ дар Марказҳои саломатӣ чунин хизматрасониҳоро дар бар мегирад: ташҳиси барвақти ҳомилаҳо; скрининги ҳомилаҳо; мувоҷиҳати ҳомилагии муътадил ва дорои хатари баланд; ошкор ва таъбабат кардани бемориҳои соматикӣ ва сироятии роҳҳои пешоброн, узвҳои ҷинсӣ, сирояти ВНМО; мониторинги вазъи саломатӣ ва рушди ҷанин; дигар ҷорабинҳои профилактикӣ.

Мувофиқи тартиби муқарраршуда, барои таъмин кардани ташҳиси саривақтии то таваллудкунии навзодон ва бемориҳои ирсӣ ҳангоми ҳомилагӣ гузаронидани таҳқиқоти ултрасадоии секарата дар муҳлатҳои ҳафтаҳои 11–13, 18–21 ва 30–34 зарур аст. Ин ТУС - скрининг ҳатмӣ мебошад.

Дар ҷадвали 6 маълумотҳо дар бораи миқдори ҳамлҳои қатъшуда оварда шудааст, ки 308 ҳолат ё 14,4%-и миқдори умумии ҳомилагӣҳои ошкоркардашуда дар ШКМЧ-ро ташкил дод (ҷадвали 6).

Бештар аз ҳама ҳомилагӣ дар муҳлатҳои барвақт қатъ карда шудааст.

Ҷадвали 6. – Миқдори ҳамлҳои қатъшуда дар Шӯъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон

Солҳои муоина	Ҳамаи ҳомилаҳо	Ҳамлҳои қатъшуда	%
2018	1000	178	17,8
2019	1142	130	11,4
Ҳамагӣ	2141	308	14,4

Дар сохтори сабабҳои қатъшавии ғайриихтиёрии ҳомилагӣ аномалияҳои генетикӣ, хромосомии ҷанин (17,9% ҳолат) дар 70% ҳолат сабаби сикти ҷанин дар муҳлати то 12 ҳафта ва дар 30%-и ҳолатҳо пас аз ҳафтаи 12-уми ҳомилагӣ рух додааст. Дар байни сабабҳои дигар бемориҳои сироятии аз сар гузаронидашуда (15,6%), ҳомилагии хориҷи бачадонӣ (12,0%), сиктҳои маъмулӣ (8,12%), дар 36,0% ҳолат сабаби сиктмуқаррар карда нашуд (ҷадвали 7).

Ғайр аз ин, ШТМЧ низ хизматрасониҳои худро ҷиҳати қатъкунии барвақту бехатари ҳомилагӣ (10,4% ҳолат) пешниҳод мекунад, дар ин маврид қорори инфиродӣ бароварда мешавад, зеро бар иловаи монетаҳои ҳуқуқӣ, бо қоромандони ҷинсӣ ё сироятнокшудагонӣ

ВНМО, духтарон эҳсоси гунаҳкорӣ мекунад, бо стигма (нанг) ва муносибатҳои негативии шароите рӯ ба рӯ мешаванд, ки боиси ҳомилагии номуносиб ё сиқти чанин гаштаанд, ба монанди он ки дар навбати худ метавонанд садди роҳи дастрасии ёрии тиббӣ гардад.

Ҷадвали 7. – Сабабҳои қатъ шудани ҳомилагӣ

Сабабҳои қатъ шудани ҳомилагӣ	Миқдори ҳолатҳо ва % аз миқдори умумии қатъ шудани ҳомилагӣ	
	Мутлақ	%
Қатъшавии ғайриихтиёрии ҳомилагӣ (276 ё 89,6%)		
Аномалияҳои генетикӣ, хромосомавии чанин	55	17,9
Беморҳои сироятии аз саргузаронидашуда	48	15,6
Ҳомилагии хориҷи бачадонӣ	37	12,0
Исқоти маъмулии чанин	25	8,12
Сабаб муайян карда нашуд	111	36,0
Қатъкунии сунъии ҳомилагӣ (32 ё 10,4%)		
Сиқти доругӣ ҳангоми ҳомилагии номуносиб ё тибқи нишондодҳои тиббӣ	32	10,4
ҲАМАГӢ	308	100

Духтарони ҷавоне, ки аксар вақт ба мушкilotи дастрасии хизматрасониҳои нигоҳдории тандурустии зарурӣ ҳам барои профилактикаи ҳомилагии номуносиб ва ҳам аснои ҳомилагӣ ва ҳам баъди он дучор мегарданд, аз нуқтаи назари дастрасӣ ба хизматрасони соҳаи солимии репродуктивӣ ҳуқуқашон поймол карда мешавад. Дар чунин шароит, ШКМЧ муассисаи нодири нигоҳдории тандурустӣ мебошад, ки дар он ҷо ба таври максималӣ тасаввурот дар бораи пешниҳод кардани маҷмуи хизматрасониҳои профилактикӣ ва табобатӣ, аз ҷумла ба ҳомилаҳо пешниҳод карда мешавад, ки нигоҳдорӣ ва таваллуд кардани навзоди солихро таъмин мекунад.

Муттасилии хизматрасонӣ ва нишондиҳандаи беморшавии аввалияи ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Дар байни навъҳои гуногуни беморшавӣ, аз рӯи муроҷиат намудани аҳоли барои гирифтани ёрии тиббӣ, дар миёни ин ё он гурӯҳи синнусолӣ аз бобати бори аввал гирифтор шудан ба беморӣ аз хусуси сифати солимӣ маълумот медиҳад ва барои таҳия намудани барномаҳои мақсадноки солимгардонӣ мусоидат менамояд.

Агар далели он, ки то 90% ҳолатҳое, ки бемор ҳангоми онҳо маъмулан ба табиб муроҷиат мекунанду дар сатҳи аввал таъхир муолиҷа мешаванду танҳо дар 10%-и ҳолатҳо беморон ҳақиқатан ба муоинаи иловагӣ ва муолиҷа дар клиникаҳои махсусгардонидашуда эҳтиёҷ доранд, ба назар гирифта шавад, пас ШКМЧ барои ҷавонон ҳамон муассисае ба ҳисоб меравад, ки барои он бояд алгоритми амалкард дар ҳуди ШТМЧ таҳия карда шавад ва ҳангоми зарурат системаи муназзами таҷдиди роҳат додан ба муассисаҳои махсусгардонидашуда доништа мешавад.

Бо назардошти далели дигар, ки дар деҳот мутахассисон намерасанд, концепсияи вобаста кардан ба ШТМЧ дуруст аст: на ба марказҳои салмати деҳот, балки дар сатҳи ноҳия. Масъалаи мазкур ба системаи таҷдиди роҳат тааллуқ дорад. Сабабҳои муайяне мавҷуданд, ки бемор бояд мувофиқи он ба сатҳи баландтари хизматрасонии тиббӣ муроҷиат накунад. Аввалан, барои он ки қимати ин хизматрасонӣ ҳам барои давлат ва ҳам барои

бемор гаронтар хоҳад буд. Чунин ёрӣ барои ҳамлу накл хароҷоти нисбатан зиёдтар, пардохти худӣ хизматрасонироталаб мекунад, ки арзиши нисбатан баландтар дорад. Сониян, дар сатҳи баландтар, одат шудааст, ки беморони сатҳи бемориашон нисбатан вазнинтар муолиҷа шавад ва дар онҳо ҳолатҳои пеш омада метавонанд, ки ба бемор муоина, таҳлили таҳқиқотҳои нозарур таъйин карда мешавад.

Малакаву салоҳиятҳои кормандони тиббии ШМКЧ ба монанди таҷҳизоташон на ҳамеша ба муассисаҳои махсусгардонидашудаи соҳоти маҳдуд мувофиқанд, ки дар натиҷа роҳхатдиҳии такрорӣ ва хизматрасонии нопурра ногузир мегардад. Зимнан системаи роҳхатдиҳӣ ва таҷдиди роҳхат дар амалия ба таври оптималӣ роҳандозӣ нашудааст, яъне аксаран беморон ба мутахассисони маҳдудтаҳассус муроҷиат мекунанд ва онҳо низ дар навбати худ беморонро барои бистарӣ шудан роҳхат медиҳанд, ҳатто агар ба ин чиз зарурат ҳам набошад.

Дар робита ба нуқтаҳои зикргардида, «чудокунии» объективии беморон ба хоҳири таъмин кардани хизматрасонии имконпазир дар худӣ ШМКЧ ва додани роҳхати ҳадафнок ба марказҳои махсусгардонидашуда ҳам аз нуқтаи назари исботшуда ва ҳам тасаввуроти иқтисодӣ асоснок мебошад. Ҳамин тавр, имрӯзҳо системаи роҳхати то таваллудкунӣ барои ҳомилагии дараҷаи хатараш баланд ва системаи фиристодани занҳои ҳомила ва занҳо баъди таваллудкунӣ бо оризаҳои вазнини акушерӣ аз сатҳи якум ва дуюм ба сатҳи савум, системаи таҷдиди роҳхат ба муассисаҳои соматикӣ, марказҳои саратоншиносӣ, пӯсту зуҳравӣ ва урологӣ татбиқ шудааст.

Таҳлили 2008 картаи электронӣ, мониторинги теъдоди муроҷиатҳо ва хизматрасонӣ, ки беморон тавассути системаи рамзноккунӣ ҳангоми муроҷиат ба ШТМЧ (1569 зан ва 439 мард) қабул кардаанд, аз шохиси пасти солимии ҷавонон дарак медиҳад. Аз теъдоди умумии 2008 нафари муроҷиаткарда ба ШМКЧ дар 101,7% ҳолат бемориҳои соматикӣ ошкор карда шуд, яъне барои як респондент ба ҳисоби миёна то 3 беморӣ ошкор гардид. Дар сохтори бемориҳои ошкоргардида дар ҷойи аввал бемориҳои узвҳои нафаскашӣ - 37,6%, дар мақоми дуюм бемориҳои эндокринӣ - 19,3%, баъдан патологияи системаи пешобу таносулӣ - 17,7%, камхунӣ - 16,0% меистанд. Қайд кардан зарур аст, ки зимни 13,7% респондент инвазияи гиччасорӣ ва дар 0,4% номияҳои бадсифат ошкор шуд.

Маълумотҳои ҳосилшударо ҷамъбаст намуда, нишондиҳандаи беморшавии умумии аввалияи ҷавононро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳисоб намудем.

Дар маҷмӯъ аз рӯи натиҷаи ниҳоии муоина ва муолиҷа навъҳои гуногуни СРҶГ (гонорея, трихомониаз, сифилис, хламидиоз, сирояти ВНМО, вирусҳои герпеси оддӣ, сирояти ситомегаловирусӣ, кандидоз, сирояти папилломавирусӣ, уреоплазмоз, микоплазмоз, токсоплазмоз, гарднерелёз) дар 2,92% ҳолат, бемориҳои асосии соматикӣ (бемориҳои роҳҳои пешобгузар, бемориҳои эндокринӣ, камхунӣ, инвазияи гиччасорӣ, бемориҳои узвҳои ҳозима, узвҳои нафаскашӣ, дилу рағҳо ва пӯст, сил, саратонӣ) дар 3,22% ҳолат, бемориҳои узвҳои системаи репродуктивӣ (бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносулӣ, ифрозот аз пешоброҳа, омози тухмдон, захмҳои гениталӣ, бемориҳои илтиҳобии зоиҷҳои бачадон, халалёбии даври ҳайзбинӣ, ифрозот аз маҳбал, хунравии ювенилӣ, дард дар поёни шикам, омози тухмдон ва бемории гадуи шир) дар 25,3% маврид ошкор карда шуд. Агар далели якҷояшавии ин се гурӯҳи бемориҳо дар ҳамон як нафар ба назар гирем, пас чунин натиҷагирӣ кардан мумкин аст, ки ҳар одами чоруми муроҷиаткарда ба ин ё он беморӣ гирифта аст. Қайд кардан лозим аст, ки вазъияти мазкур барои ҷавонону духтарон як хел нест. Чунончи, аз теъдоди умумии ҷавонони муроҷиаткарда бемории СРҶГ дар 0,75% ҳолат (135 нафар), бемориҳои асосии соматикӣ зимни 5,70% (1030 кас) ва амрози узвҳои системаи репродуктивӣ дар мавриди 5,04% ҷавонон (911 бемор) ошкор гардид. Ҳамзамон, аз теъдоди умумии духтарони муроҷиатнамуда бемориҳои зикргардида мутаносибан дар 3,90% (1563 нафар), 2,10% (840 нафар) ва 34,4% (13790 мариз) муайян карда шуд. Бо дарназардошти далели якҷояшавии ин

се гурӯҳи беморӣ, гирифтгоршавӣ ба яке аз ин бемориҳо дар байни ҷавонон танҳо 6% (1088 нафар)-ро ташкил дод, дар ҳоле ки он дар миёни духтарҳо ба 35,0% (14018 нафар) мерасад.

Агар маълумотҳои ҳосилгардида экстраполятсия ва нишондиҳандаи беморшавӣ аз рӯи мурочиат намудани ҷавонон ба ММКО ҚТ ҳисоб карда шавад, пас нишондиҳандаи умумии беморшавии аввалия дар миёни ҷавонон ба 638%, дар байни наврасон 778,2% ва дар байни духтарҳо бошад, ба 4392,5 % мерасад.

Тибқи маълумотҳои як гурӯҳ муаллифон [181, 208] нишондиҳандаи беморшавӣ мувофиқи мурочиат дар байни ҷавонон аз 957,57‰ то 1319,20%-ро ташкил медиҳад. Сатҳи нисбатан баланд дар гурӯҳи синнусолии аз 25 то 29-сола (1272,25%) ба мушоҳида расид. Қайд кардан зарур аст, ки маълумотҳои мазкур бо маълумотҳои ҳосилшудаи мо тамоман на ҳамеша муқоисашавандаанд, зеро шароити иқлимӣ-ҷуғрофӣ, мақоми иҷтимоӣ ва сифати ҳаёт фарқ мекунад.

Ҳамин тавр, маълумотҳои овардашуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки солимии ҷавонон бояд дар маркази таваҷҷуҳи ашхосе қарор дошта бошад, ки барои ҳалли мушкилоти мазкур салоҳият доранд, зеро аксаран ҳолат ва пешрафти ҷомеаро сатҳи солимии ҷавонон муайян мекунад ва дар маҷмӯъ ба солимии миллат таъсир расонида, иқтидори фарҳангӣ, зехнӣ, истеҳсолӣ ва репродуктивии онро ташкил медиҳад. Зимнан системаи таҷдиди роҳхат муттасилии пешниҳоди хизматрасониҳои пешгирикунанда ва муолиҷавӣ-ташхисии заруриро барои ҷавонон таъмин намуда, ба ҳамин восита дастрасии онҳо, асоснокии исботшудаи таъйинотро тақвият ва таъсири иқтисодии онҳоро таъмин месозад. Системаи таҷдиди роҳхати афроди бо бемории эҳтимоӣ аз ШКМҚ ба муассисаҳои махсусгардонидашуда (соҳавӣ) ҳам барои духтарҳо ва ҳам ҷавонон барои барвақттар ошкор кардану муолиҷаи саривактии узвҳои системаи репродуктивӣ самарайи баланд хоҳад дод.

Рафтори демографии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Дар Тоҷикистон (аслан барои аҳолии таҳҷой) навъи рафтори бисёрфарзандии репродуктивӣ хос аст. Дар ин миён оилаҳои камфарзанду миёнафарзанд низ ба мушоҳида мерасанд, ки сатҳи мухталифи таваллудшавӣ дар шахру ноҳияҳои алоҳидаи ҷумҳурӣ аз он дарак медиҳад [Маҷмӯаи оморӣ «Шумораи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар 1 январи соли 2019», 2019].

Дигаргуниҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва иҷтимоӣ-фарҳангӣ, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба амал меоянд, ба дигар шудани тасаввурот оид ба меъёри иҷтимоии таваллуд кардани фарзанд, зарурати ба қайд гирифтани муносибатҳои занушавҳарӣ, синни идеалӣ барои барпо намудани оила, дараҷаи ҷои талок ва ҳам ба бақайдгирии никоҳ таъсир расонидаанд [Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Кодекси оилаи Ҷумҳурии Тоҷикистон», Таҳрири қонун аз 19.03 с.2013 №791: модаи 13 Шартномаи никоҳ].

Яке аз омилҳои асосии ин тағйирот таҳти таъсири каналҳои гуногуни иттилоотӣ дар ҷамъият пайдо шудани гурӯҳҳои иҷтимоӣ бо амсилаҳои мухталифи рафтор ба шумор мераванд. Тағйирёбии меъёрҳои иҷтимоӣ ба тамоюли арзишҳои низ таъсир дораду фарқ мекунад, ки имрӯз 25–30-сола ё хурдтаранд, онҳое, ки 35–40 сол доранд ва хусусан насли падару модари онҳо.

Таҳқиқотҳои мо нишон доданд, ки имрӯзҳо барои аҳолии кишвар фарҳанги пасти худҳифзнамӣ хос аст, ки бо инхусусият Ҷумҳурии Тоҷикистон аз кишварҳои ғарб хеле фарқ мекунад ва боиси имконнопазир гардидани гирифтани технологияи иҷтимоии хифзи тандурустии мавҷуда аз кишварҳои дигар мегардад.

Арзиши солимӣ бештар инструменталӣ ба шумор меравад, ки ба истифодаи он барои расидан ба ҳадафҳои дигар боис мегардад, хусусан хифз намудани рақобатпазирӣ дар бозори меҳнат, дар ҳоле ки арзиши сиҳатӣ бояд фундаменталӣ, яъне мақсади ягона бошад. Дар алоқамандӣ ба нуктаи мазкур мушкилоти масъулияти одам барои сиҳатии худ, яъне мушкилоти рафтори худнигоҳдорӣ нисбатан муҳимтар мегардад.

Солимии репродуктивии мардҳо дар шароити чумхурӣ то имрӯз амалан омӯхта нашудааст. Мардҳо яке аз сабабҳои асос, яке аз омилҳои хатари бад шудани нишондиҳандаи солимии занҳо мебошанд.

Мувофиқи маълумотҳои Ш. Қурбанов ва А. Ғоибов (2007) дар Тоҷикистон теъдоди мардҳои гирифтори бемориҳои баъдисириягии узвҳои таносулӣ гузаранда, импотенсия, бенасли ранҷ мебранд, босуръат афзоиш меёбад. Солимии занҳоро ин вазъи ногувор бо СРЧГ ва оризаҳои он дар миёни ҷавонону мардони синни наслрон ва давраи фаъоли ҷинсӣ ҳалалдор менамояд. Сириягии узвҳои таносулии мардҳо боиси ҷараёни оризаноки ҳомиладорӣ, қатъ гардидани он, оризаҳо ҳангоми таваллудкунӣ ва давраи баъди таваллуд гардида, ба наслронии занҳо таъсир мерасонад. Ин ҳама, ба ҳолати ҷанини дохилибатнӣ, навзод ва дар маҷмӯъ ба нишондиҳандаҳои солимии аҳолии кӯдакон таъсир мерасонад [Alamirew Z., et al., 2013].

Мардҳо бо сабаби стереотипҳои гендерии ташаккулёфта аксаран ба занҳо барои қабул кардани хизматрасониҳо дар соҳаи СР/СҶ монё мегарданд.

Муносибати манфии мардҳо нисбат ба масъалаи маводи зидди ҳамл, асосан аз ноогоҳии онҳо, инчунин мақоми фарҳангӣ, иҷтимоӣ ва динии онҳо сар мезанад.

Дар давраи ислоҳоти фаъоли институтсионалӣ ва бозорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон вазъи номусоиди эпидемиологӣ ба вучуд омад. Ин муддатро афзоиши теъдоди омилҳои рафтории хатар, шумораи нашъамандон, кормандони тичорати ҷинсӣ, никоҳи барвақтӣ ва таваллудкунии ғайриникоҳӣ ҳамроҳӣ намуд.

Аз ҷониби мо маводҳои Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо БПНМ аз соли 1990 то 2020 омӯхта шуданд. Дар давраи мазкур ҳамагӣ 13070 нафари аз ВНМО сироятёфта ошкор гардид, ки аз ин теъдод мардҳо 8342 (63,9%) ва занҳо 4728 (36,1%) нафар буданд. Дар ин миён истеъмолкунандагони маводи муҳадир 3786 (29,1%) нафар, занҳои фаъолияти тичорати ҷинсидошта 234 (1,8%), маҳбусон 853 (6,5%) нафарро ташкил медоданд. Ҷавонони аз 14 то 30-сола як се як ҳиссаи сироятёфтагони ВНМО – 4354 (33,3%) нафарро ташкил доданд.

Солҳои охир масъалаи озодии муҳочирати меҳнатӣ яке аз мушкилоти шадидтарине гаштааст, ки бо заиф шудани шароити иқтисодӣ ва камбудии ҷойҳои корӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон алоқамандӣ дорад.

Муҳочирати меҳнати муваққатӣ дар марҳалаи баъдишӯравӣ аҳамияти муҳимми иҷтимоӣ дорад.

Муҳочирати ҷавонон мушкилоти зиёде ба бор меоварад, ки бо солимӣ, мутобиқшавӣ ба шароити нав, тағйирёбӣ ба генофонди аҳолии маҳаллӣ, муносибати дучонибаи муҳочирон бо аҳолии маҳаллӣ алоқамандӣ дорад. Бештар муҳочират, хусусан шакли ғайриқонунии он сабаби паҳн шудани бемориҳои сироятӣ мегардад [Ҳисоботи Вазорати меҳнат, муҳочират ва шуғли аҳолии ҚТ, 2021].

Тоҷикистон дар баробари сатҳи баланди муҳочирати меҳнати беруна, кишваре ба шумор меравад, ки шаҳрвандони зиёди хориҷӣ, хусусан аз Чин, Ўзбекистон, Эрон, Афғонистон, Туркия ва кишварҳои дигар дар он истиқомат мекунанд. Инчунин Тоҷикистон барои аксари гурезаҳои афғонӣ кишвари транзитӣ ба ҳисоб меравад [Ҳисоботи Хадамоти муҳочират дар назди Президенти ҚТ барои соли 2013. - 2014].

Ҳамзамон меҳнати вазнини ҷисмонӣ, шароити нохуби зист, шиддати доимӣ, танҳоиву харос, дӯрӣ аз наздикон, ҳисси изтироб аз бобати беҳбудии оила, назми бошиддати умр дар якҷоягӣ вазъи вазнину носолихро барои психикаи одам муҳаё намуда, сабаби стресс, невроз ва ихтилолотӣ равонӣ, бемории системаи дилу рағҳо, номияҳои бадсифат мегардад. Рӯ ба афзоиш овардани теъдоди бемориҳои дилу рағҳо, равонӣ, номияҳои бадсифат, инчунин бемориҳои хатарноки иҷтимоӣ ба монанди СРЧГ/БПНМ, нашъамандӣ ва шаклҳои мултимуқовиматпазири бемории сил мустақиман бо тарзи зист ва шароити муҳочирати меҳнатӣ алоқамандӣ дорад.

Тибқи маълумотҳои ҷамъбасти хадмоти муҳоҷирати назди Президенти ҚТ, Вазорати меҳнат, муҳоҷират ва шугли аҳолии ҚТ ҳамасола аз теъдоди умумии муҳоҷироне, ки аз ҳудуди ҚТ берун мераванд, ҷавонони аз синни 18 то 29-сола 40% ва духтарҳо бошанд, то 15%-ро ташкил менамоянд [Ҳисоботи Вазорати меҳнат, муҳоҷират ва шугли аҳолии ҚТ барои соли 2020. - 2021].

Дар панҷ соли охир (солҳои 2015-2020) вазни ҳолиси муҳоҷирони меҳнатие, ки аз ВНМО сироят ёфтаанд, майл ба афзоиш дорад. Агар дар соли 2010 шумораи онҳо аз теъдоди умумии ҳодисаҳои нав ба 6,2% мерасид, пас дар соли 2013 миқдори сироятёфтагони ВНМО то 12,3% афзуда, дар соли 2020 ба 18,2% расид [Ҳисоботи Маркази ҷумҳуриявии мубориза бар зидди БПНМ. - 2020].

Ҳамин тавр, ба нақшаи нав аввалан гурӯҳҳои нави таъсирпазир – муҳоҷирони меҳнатӣ ва аз паси онҳо зану фарзандони онҳо шомил мегарданд.

Дар байни тамоми равандҳои ҳаракати табиӣ аҳолии ҚТ дар 20 соли охир бештар дигаргунӣ дар таваллудшавӣ ба амал омадааст, ки аз сатҳу тамоюли он речаи афзоиши аҳоли ба таври қатъӣ вобастагӣ дорад. Дар робита ба нуктаи мазкур аз ҷониби мо таҳлили нишондиҳандаҳои таваллудкунӣ ба амал оварда шуд, ки чунин натиҷа дорад: аз солҳои 90-ум сар карда, нишондиҳандаи мазкур рӯ ба коҳиш овард ва дар давраи байни солҳои 1990 ва 2018 қариб 50% кам гардид.

Коэффитсиенти умумӣ майл ба коҳиш ёфтагӣ дорад. Ҳамин тавр, ба ҳисоби миёна дар соли 1990, агар ба ҳисоби 1 зан 5,1 таваллуди кӯдак рост ояд, он дар соли 2000 коэффитсенти умумӣ то ба 3,5; дар соли 2010 ба 2,9 коҳиш ёфта, дар соли 2017 бошад, то 2,8 расид.

Дар динамикаи нишондиҳандаи синнусолии таваллудкунӣ тағйирот ба назар мерасад. Таҳқиқоти гузаронида мо нишон дод, ки таваллудкунӣ дар гурӯҳи то 20-солаҳо майл ба коҳиш оварданро дорад ва он дар соли 2017- 15,3% аз теъдоди умумии таваллудшудаҳо ташкил меод. Инчунин кам шудани басомади таваллудкунӣ дар гурӯҳи 35 - сола ва аз он боло низ ба назар мерасад. Агар басомади таваллудкунӣ дар соли 2000 дар ин контингент 12,9%-ро ташкил диҳад, пас ин нишондиҳанда дар соли 2017 то 8,7%, яъне қариб 1,5 баробар кам шуд. Маълумотҳои мо бо маълумоти муҳаққиқони дигар мувофиқат мекунад ва аз тағйир ёфтани тақвими таваллудкунӣ гувоҳӣ медиҳад [Исламов Ф., 2005; Россинская Г.М., 2011].

Аммо ба коҳиш ёфтагӣ нигоҳ накарда, таваллудкунӣ дар сатҳи ба таври кофӣ баланд боқӣ монда, тавлиди кофии аҳолиро таъмин менамояд. Нуктаи мазкур ба ҳадди муайян потенциали демографии дар кишвар сохташуда – сохтори синнашон ҷавони аҳолиро асоснок менамояд.

Нишондиҳандаи таваллудкунӣ дар ҚТ дар соли 1991 ба 38,1% баробар буд, баъдан коҳиш ёфтани нишондиҳандаи таваллудшавӣ то 27,0 ва дар соли 2000 бошад, дубора майл ба афзоиш (29,3 соли 2010) мушоҳида гардид. Сипас соли 2019 дубора нишондиҳандаи таваллудкунӣ то 25,4% кам шуд. Ҳамин тавр, теъдоди таваллудшудагон дар ин марҳала 1,5 баробар кам шуд.

Нишондиҳандаи фавтнокӣ соли 1990 дар ҚТ аз 6,2‰ то 4,0‰ дар соли 2015 коҳиш ёфта, аз соли 2017 сар карда, устуворан дар сатҳи 3,6‰ боқӣ мемонад, яъне нишондиҳандаи маргумир дар давраи аз соли 1990 то 2019 ба андозаи 1,7 маротиба кам шуд.

Нишондиҳандаи афзоиши табиӣ аҳоли дар соли 1990 32,2-ро ташкил меод. Баъдан дар соли 2015 камшавӣ то 21,8% мушоҳида гардид; соли 2010 каме боло рафта, ба 25,1% расид. Баъдан дар оянда соли 2017 то 21,8% коҳиш ёфта, соли 2019 бошад, нишондиҳандаи охир 21,8% буд.

Бо дарназардошти қимати коэффитсиенти табиӣ афзоиши аҳоли Тоҷикистон ба ҷумлаи кишварҳои сатҳи афзоишаш баланди табиӣ аҳоли тааллуқ дошта, қимати коэффитсенти зикргардида аз нишондиҳандаи миёнаи ҷаҳонӣ андаке баландтар аст (ва

охирин 17%-ро ташкил медиҳад) [Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон: Омори солонаи Ҷумҳурии Тоҷикистон // Маҷмӯаи оморӣ. - 2015].

Нишондиҳандаи миёнаи дарозумрӣ ҳангоми таваллудшавӣ дар соли 2017 - 71,1 солро ташкил меод; аз ҷумла дар байни мардҳо 69,4 сол ва дар миёни занҳо бошад, 74,0 сол. Минбаъд давомнокии аз миёнаи баланди умр ҳангоми таваллуд дар соли 2019 то 75,1 сол ба қайд гирифта шуд, аз ҷумла ин нишондиҳанда дар байни мардҳо то 73,5 сол ва дар бйни занҳо то 76,9 сол буд [Маҷмӯаи оморӣ «Шумораи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар 1 январи соли 2019» // УОП ГУ «ГВЦ» Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. - 2019].

Ҳамин тавр, вазъи демографии Ҷумҳурии Тоҷикистон тӯли тамоми давраи замони Истиқлолият мураккаб боқӣ мемонад, ки аз тавсифи миқдориву сифатӣ, фавтнокӣ, нишондиҳандаи миёнаи дарозумрӣ дарак медиҳад. Бо вучуди он ки майли устуворонаи хоҳишбӯи мушоҳида гардид, сатҳи баланди зоиш яққоя бо таносуби пасти марғумир суръати баланди афзоиши табиӣи аҳолиро асоснок менамояд.

Ташаккулёбии иқтисодӣ бозаргонӣ ва ҳодисаҳои сиёсии дар кишвар суратгирифта ба шумораи аҳолии шаҳру деҳот таъсир расонид. Афзалияти бештар дар сохтори афроди аҳолии дар деҳотистикоматқунанда, сабаби ҳифз гардидани стандартҳои анъанавии рафтори демографии аҳолии деҳот мегардад.

Боло рафтани ҳиссаи занҳои наслрон, бартарияти гурӯҳи ҷавон дар сохтори аҳоли, ҳифз шудани меъёрҳои анъанавии рафтори демографии аҳоли афзоиши васеи аҳолиро таъмин менамояд.

Натиҷаи таҳқиқи амалишудаи иҷтимоӣ дар байни аҳолии ҷавонон. Арзёбии рафтори репродуктивӣ ва омилҳои хатар дар байни 1000 ҷавони соқинони шаҳру деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон бо усули анкетавӣ бо роҳи интихоби тасодуфӣ гузаронида шуд. Ҳадаф аз пурсиш гирифтани тамоми имконоти иҷтимоӣ, демографӣ, иқтисодӣ ва ҷанбаи тиббӣ буд, қобилияти таъсиррасониро ба рафтори репродуктивӣ ва соқимии ҷавонон дорад.

Дар байни респондентҳо 32,7%-ро мардҳо ва 67,3%-ро занҳо ташкил меоданд. Синни пурсидашудагон дар ҳудуди аз 14 то 30-сола буд. Аз ҷониби мо сатҳи маълумоти ашхоси таҳти пажӯҳиш омӯхта шуд, ки пурсидашудагон асосан маълумоти миёна - 566 (56,6%), 279 (27,9) соҳиби маълумоти олии ва 64(6,407%) нафар маълумоти ибтидоӣ доштанд. Афроде, ки тамоман маълумот надоранд - 91 (9,10%) нафар сазовори тавачҷуҳанд.

Сатҳи маълумотнокӣ респондентҳоро ба як дараҷа минтақавӣ зист муайян мекунад. Ҳамин тариқ, ВМБК қисмати аксари аҳоли маълумоти олии (65,7%) ва миёна (34,3%) доранд. Афроди маълумоти ибтидоидошта дар НТҚ– 11,4%, дар вилояти Суғд бошад, 9,4%-ро ташкил менамояд. Ашхоси тамоман бо таҳсил фаронагирифта дар НТҚ (11,9%) ва вилояти Суғд сазовори тавачҷуҳ мебошанд.

Гурӯҳи аз ҳама қалонро мактаббачагон ва донишҷӯён - 470 (47,0%) ташкил медиҳанд, гурӯҳҳои боқимонда аз қорғарон, - 297 (29,7%) ва хонашинҳо - 156 (15,6%) иборатанд. Гурӯҳи миқдоран қамро хизматчиён 77 нафар (7,70%) ташкил медиҳанд. Респондентҳо ҳолати иқтисодиро «хуб» - 619 (61,9%), қаноатбахш - 299 (29,9%) арзёбӣ қардаанд, танҳо 82 (8,20%)-и шахсонӣ пурсидашуда мақоми иқтисодии оиларо вазнин меҳисобанд.

Ҳаминро бояд қайд қард, ки баҳодихии мақоми иқтисодии оила - нишондиҳандаи басо субъективӣ ба ҳисоб меравад, зеро мувофиқи анъанавӣи мавҷуда ва қоидаҳои маълумӣ аҳоли на чандон фаъол буда, одатан бо миқдори минималӣ қонё мегардад. Шароити моддию маиширо (шароити зист) хуб - 61,5% , қаноатбахш - 28,3% ва 10,2% ҳамчун ҳолати вазнин баҳодихӣ қардаанд. Дар баробари ҳамин 65,5% нафар респондентҳо ба ғизои на чандон хуби оилавӣ ишора қардаанд, 57,5% - и респондентҳои дорой фарзанд ғизои ғайриқаноатбахши оилавиرو зикр қардаанд, 59,9%-и шахсон таъкид намудаанд, ки барой харидории доруворӣ, ҳангоми зарурат, ҳатто барой пардохти хизматрасонии тиббӣ маблағ надоранд.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқотҳои мо муқаррар карда шудааст, ки ба дараҷаи баҳодихии шароити зист ва мақоми иқтисодӣ, эҳтимол ҳолатҳои гуногун, аз ҷумла, расму русуми фарҳангӣ, динӣ, анъанаҳо ва стереотип таъсир мерасонанд. Гарчанде дар давраи мазкур дифференсиатсияи ҷомеа рух медиҳад, новобаста аз ҳолатҳои рушд дар умум барои ҷумхурии дараҷаи баланди қашшоқӣ - (27,4%) ва бекорӣ (11,1%) хос аст [Таҳлили ситуатсионӣ: Ҳолати реабилитатсионӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон // Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ: Копенгаген, 2015]. Нишондоди манфии субъективияти баҳодихии ҳолати иқтисодӣ ва шароити зисти респондентҳо миқдори ҳолатҳои зиндагии якҷояи аъзоёни оила ба ҳисоб меравад.

Дар маҷмӯъ, барои кишвар зисту зиндагонӣ дар оилаҳои калон хос аст: 29,4% дар як оила то 5 нафар, ҳар нафари дуюм (42,1%) аз 5 то 7 нафар дар як оила, ҳар як нафари панҷум (21,1%) аз пурсидашудагон дар оила аз 8 то 10 нафар зиндагӣ доранд, 7,4% дар оилаҳои зиндагӣ доранд, ки аъзоёни он зиёда аз 10 нафарро ташкил медиҳанд.

Таҳлили миқдори шахсони дар як оила истиқоматдошта вобаста ба минтақаи зист нишон дод, ки дар вилояти Суғд ва шаҳри Душанбе аксар вақт дар як оила аз 5 то 7 нафар (мутаносибан 52,3% ва 55,5%) зиндагӣ доранд, аз 8 то 10 нафар ва зиёда аз он дар як оила бештар дар НТМ (28,8%), ВМКБ (25%) ва вилояти Хатлон (24,9%) мушоҳида мешавад. Ба алоқаи ҷинсӣ аз 19-солагӣ -(41,6%) респондентҳо, (аз ҷумла, дар синни 10- 14 - солагӣ -14 (1,4%) респондентҳо, дар синни 15-17 -солагӣ -68 (6,8%), дар синни 18 – 19-солагӣ - 334 (33,4%) респондентҳо оғоз кардаанд. Ба алоқаи ҷинсӣ дар синни 20-24 –солагӣ 398 (39,8%) оғоз карданд, дар синни 25- 29 - солагӣ– 174 (17,4%) ва дар синни 30-солагӣ 12 нафар (1,2%) алоқаи ҷинсӣ оғоз намуданд. Натиҷаи таҳқиқотҳои мо муқаррар намуд, ки ҷавонон, новобаста ба мушкилоти бар асари он баамаломеда, аз ҷумла, ҳомиладорӣи ғайририхтиёрӣ ва сирояти бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда фаъолнокии ҷинсиро нигоҳ медоранд. Инкишофи фаъолнокии ҷинсии наврасон, коҳишёбии ҳаёти ҷинсӣ на танҳо ба афзоиши ҳомиладорӣи наврасон ва таваллуд мусоидат менамояд, балки ба дараҷаи саломатии бисёре аз писарон ва духтарон таъсир мерасонад.

Доир ба масъалаҳои тавсифи синнусолиҳои оғози робитаи ҷинсӣ фарқиятҳои минтақавӣ ошкор карда шуданд. Аз ҷумла, то синни 19-солагӣ 49,2% сокинони НТМ робита, вилояти Хатлон - 42,6% ва вилояти Суғд -37,7% алоқаи ҷинсӣ доштанд.

Аз тарафи мо фарқияти сатҳи бори нахуст ба алоқаи ҷинсӣ оғознамудаи истиқоматкунандагонии шаҳр ва деҳот ошкор карда шуд. Вазни ҳолиси наврасони шаҳрии то синни 19-солагӣ алоқаи ҷинсиро оғознамуда аз ҳамин гунна нишондодҳои деҳот ба андозаи 8,9% баланд буд. Агар нишондодҳои алоқаи ҷинсии шахсони то синни 19-сола (37,5%) бо шахсони то 19-солаи дар ақди никоҳбуда (17,4%) муқоиса карда шавад, маълум мегардад, ки 20,1% ҷавонон то ақди никоҳ алоқаи ҷинсӣ доштаанд. Дар ҷараёни таҳқиқот, аз тарафи мо сабабҳои асосии барпо намудани ақди никоҳ муайян карда шуданд.

Респондентҳо сабабҳои асосии барпо намудани ақди никоҳро чунин зикр намуданд: хоҳиши ба дунё овардани фарзанд (65,9%), муҳаббат (18,3%). Сабаби на чандон аҳамиятнок - бо мақсади муайян (13,6%). Сабабҳои дигарро хоҳиши барпо намудани оила, ҳарос аз танҳои ва ғайбати ҷомеа, ҳамсояҳо ва ҳешовандон - 2,2% ташкил медиҳанд.

Ҳаминро бояд қайд намуд, ки аз ҳисоби пурсидашудагон 68,2% баён намуданд, ки ақди никоҳро тавассути хостгорӣ барпо намуданд, яъне домод// арӯсро падару модарон интиҳоб карданд. Маълумотҳои мо исбот менамоянд, ки дар ташаккули муносибатҳои оилавӣ-никоҳӣ қоидаҳои маъмулии урфу одат ва анъанаҳо нақши муҳим доранд.

Синну соли нисбатан мусоид барои таваллуди якумро респондентҳо то синни 24 –солагӣ (91,1%) мешуморанд. Дар баробари ҳамин, бояд зикр намуд, ки 14,9% респондентҳо таваллуди кӯдаки якумро дар синни 15 то 19-солагӣ, новобаста аз оқибатҳои таваллуд барои модару кӯдак бехтар мешуморанд, 9% респондентҳо синну соли мазкурро аз 25-сола боло мусбат мешуморанд.

Маълумотҳо аз он шаҳодат медиҳанд, ки миёни ҷавонон оиди синну соли оптималӣ барои таваллуди якумбора муқаррароти ягона ташаккул наёфтааст.

Тавре маълум аст, миқдори муайяни кӯдаконро демографҳо бо ёрии нишондодҳои миқдори кӯдакон дар оила, яъне «идеалӣ», «матлуб» ва «интизоршаванда» муқаррар менамоянд. Нишондодҳои мазкурро мо тавассути саволҳои анкета муайян намудем.

Ақидаи миқдори «идеалӣ»-и кӯдак бо саволи зерин муайян карда шуд: «Дар оилаи идеалӣ бояд чанд нафар кӯдак бошад?» Мувофиқи натиҷаи пурсиш 51,5% респондентҳо оилаеро «идеалӣ» мешуморанд, ки 4 нафар фарзанд дошта бошад. Ҳар нафари сеюм (33,1%) ақида дорад, ки барои оила 2 – 3 нафар фарзанд kifоя аст. Ҳар нафари шашуми (15,6%) пурсидашудагон оилаеро «идеалӣ» мешуморанд, ки 5 ва ё зиёда аз он фарзанд дошта бошад. Ба таври миёна ҳангоми интиҳоби оилаи «идеалӣ» миқдори кӯдакон 4,0 нафарро ташкил дод.

Тавсифи дигари муҳимми демографӣ миқдори кӯдакони «матлуб» ба ҳисоб меравад, ки мо онро мувофиқи посух ба саволи «Агар шароити мусоид мебошад, гайр аз фарзандони дар оилаатон буда, боз чанд нафар фарзанд доштан мехостед?» муайян кардем. Аксари респондентҳо (67,9%) то 4 нафар фарзанд доштан мехостанд; 5 ва зиёда аз он кӯдакҳо 23,6% респондентҳо мусбат мешуморанд. Миқдори шахсон 1 – 2 кӯдак доштанро 8,5% ташкил медиҳад. Ба таври миёна, ҳангоми интиҳоби миқдори кӯдакони матлуб мавҷудияти 4,2 кӯдак дар оила беҳтар доништа шуд. Миқдори кӯдакони «интизоршаванда» дар оила бо саволи зерин муайян карда шуд: «Шумо умуман дар оила чанд нафар фарзанд доштан мехостед?». 56,2% чунин меҳисобанд, ки дар оилаи онҳо бояд 4 нафар фарзанд бошад. Дар баробари ҳамин бояд зикр намуд, ки аксари респондентҳо дар оила 1-2 нафар фарзандро интизоранд (31,4%) ва миқдори онҳо меафзояд. Ба таври миёна интиҳоби кӯдакони интизоршаванда 3,8-ро ташкил медиҳад. Амалан миқдори кӯдакони респондентҳои таҳқиқшаванда коҳиш ёфта буда, миқдори кӯдакони ин гурӯҳ ба таври миёна 2,9 –ро ташкил дод. Маълумотҳои пурсиш имконият медиҳанд, ки аз хусуси тағйироти рафтори репродуктивии аз оилаҳои серфарзанд ба оилаҳои миёнафарзанд гузаштанро сухан ронем. Дар маҷмӯъ, дар кишвар миқдори кӯдакони «матлуб» ва «интизоршаванда» нисбат ба миқдори амалии кӯдакон зиёд аст.

Таҳқиқоти анҷомдодашуда аз он хусус шаҳодат медиҳанд, ки ба миқдори фарзандони оила дараҷаи маълумотнокии ҳамсарон, пеш аз ҳама занон, таъсири зиёд мерасонад. Муқаррар карда шудааст, ки миёни дараҷаи маълумотнокии занон ва фарзанддории онҳо робитаи бозпас мавҷуд аст: то чӣ андоза дараҷаи маълумотнокии зиёд бошад, таваллуд ҳамон қадар коҳиш меёбад. Дар баробари ҳамин, дар деҳот миёни занони дорои маълумоти олӣ нисбат ба шахр таваллуди фарзанд бештар ба назар мерасад.

Доир ба масъалаҳои ҳифзи саломатии занон таҳияи нақшаи махсуси рафтори репродуктивӣ аҳамияти муҳим дорад. Мувофиқи маълумотҳои анкетаи аз тарафи мо гузаронидашуда фосилаи ипротогенетикӣ (фосилаи миёни ақди никоҳ ва таваллуди фарзанди якум) ба таври миёна 1,6 солро ташкил медиҳад. Дар баробари ҳамин фосилаи протогенетикӣ ба минтақаҳои дорои анъанаҳои миқдори зиёди таваллуд – Тоҷикистон хос аст, ки вазъияти баамалодаи миқдори зиёди кӯдакон ба зарурати таваллуди барвақтӣ ва зиёд вобаста аст. Таҳқиқоти сотсиологӣ аз тарафи мо гузаронидашуда шаҳодат медиҳанд, ки аз миёни занони дар қайди никоҳи якум буда 11,3 %-и онҳо контрацепсияро то таваллуди кӯдаки якум истифода мекарданд. 4,6% то таваллуди кӯдаки якум исқоти ҳамл кардаанд. Ҳаминро бояд қайд намуд, ки тӯли соли аввали ҳаёти оилавӣ ҳомилагӣ ба амал намеояд ва ин воситаи ташвиши ҷиддии на танҳо ҷуфти ҳамсарон, балки падару модарон, ҳешовандон ва шиносҳо мегардад.

Нишондоди асосӣ ҷиҳати ҳифзи саломатии занони синни репродуктивӣ фосилаи таваллуд ба ҳисоб меравад. Мувофиқи маълумоти пурсишҳои анҷомдодашуда 64,6% чунин мешуморанд, ки фосилаи миёни таваллуд бояд 3 сол ва аз он зиёдтарро ташкил диҳад, 33,7% бар он ақидаанд, ки он бояд 2-солро ташкил диҳад. Танҳо 1,7%-и респондентҳо зикр менамоянд, ки фосилаи

миёни таваллуд бояд на зиёда аз 1 сол бошад. Маълумоти таҳқиқотҳои анҷомдодашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар шароити ҷумхури то ҳол миёни аҳолии доир ба фосилаи таваллуди кӯдак ва миқдори кӯдакон дар оила муқаррароти ягона ташаккул наёфтааст.

Омӯзиши сифати ҳаёти гурӯҳҳои гуногуни ҷавонон доир ба истифодаи пурсишномаи ТУТ, ки дар давоми он аз тарафи мо саволнома илова карда шуд, чунин ҳолатро муайян намуд: балли нисбатан миёнаро ҷавонони муташаккил ба даст оварданд, камтар - КҶ, мардон бо мардҳо алоқаи ҷинсидошта (ММҶ) ва ИМТ, аҳамияти камтар – муҳочирони меҳнатӣ (Ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. - Аҳамияти миёнаи сифати ҳаёт дар гурӯҳи ҷавонии таҳқиқшуда

Ҷанбаҳои сифати ҳаёт	Ҷавонони муташаккил n=550	Муҳочирони меҳнатӣ n=200	КҶ, n=120	ИМТ, n=100	ММҶ, n=30	p
Мақоми тиббӣ	4,4±0,012	3,6±0,146	3,2±0,182	3,2±0,186	3,4±0,246	<0,05
Мақоми ҳаёти-маишӣ	4,1±0,010	3,2±0,122	3,4±0,186	3,2±0,188	3,5±0,248	<0,05
Мақоми иҷтимоӣ	4,0±0,009	3,4±0,130	3,3±0,184	3,2±0,184	3,2±0,242	<0,05
Мақоми психосоциалӣ	4,2±0,011	3,8±0,152	3,2±0,192	3,4±0,182	3,4±0,248	<0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқи миёнаи ҷанбаҳои омӯхташудаи сифати ҳаёт (аз рӯйи меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои озод)

Ҳамин тавр, таҳқиқотҳои анҷомдодашудаи мо як қатор омилҳои тиббӣ-иҷтимоиро ошкор намуданд, ки рафтори репродуктивии ҷавонро дар шароити муосири бозсозӣҳои иҷтимоӣ-иқтисодии кишвар муайян менамоянд. Аз ҷумла: мақоми пасти иҷтимоӣ-иқтисодӣ; оғози барвақти муносибатҳои ҷинсии ғайриникоҳӣ; таҳқиқотҳо аз он шаҳодат медиҳанд, ки баробари қоидаҳои анъанавӣ (яъне, оғози муносибати оилавӣ пас аз ақди никоҳ), меъёри иҷтимоии ба таъхир гузоштани сабти ақди никоҳи оғози воқеии муносибатҳои ҳамсарон бештар густариш меёбад.

Ба таъхир гузоштани сабти ақди никоҳи аввал метавонад, ки аз сабаби оғози муносибати ҳамсарона то расидан ба синну соли оиладорӣ бошад; таъсири зиёди урфу одат ва анъанаҳо ба муносибати оилавӣ ва ҳамсарон; муқаррарот барои синну соли ақди никоҳ ташаккул наёфтааст; муқаррароти миқдори кӯдакон дар оила; муқаррароти фосилаи протогенетикӣ ва интергенетикӣ; муҳочирати якумраи ҷавонон, махсусан мардон, ки дар шакли ғайрирасмӣ ақди никоҳи полигамӣ (дорои якчанд зан)-ро ба вучуд овардааст; дастгирии иҷтимоии серфарзандӣ ба миёна ё камфарзандӣ таъдил ёфт.

Ҳамин тавр, асри XXI шохиди тағйиротҳои ҷиддии ҷараёни демографӣ гардид. Дар доираи гузариши демографӣ тамоми тавсифоти таваллуд- яке аз ҷараёни асосии демографӣ инъикос ёфтааст: дараҷаи таваллуд коҳиш ёфт, профили синнусоӣ ва тақвими таваллуд, сабабҳои ратсионалӣ дар муносибати миқдори зиёди кӯдакон дар оила ба афзалиятҳо нисбати сифати кӯдакон иваз шуд. Дар оянда афзоиши минбаъдаи коэффитсиенти таваллудро интизор шудан мумкин аст. Захираи афзоиши таваллуд синну соли ҷавони аҳолии, бештар гаштани мақоми иқтисодии аҳолии, афзоиши нақши расму оинҳо, бештар гаштани сабти таваллуди кӯдак ва фавтият, нақши иқтисодӣ ва иҷтимоии кӯдак дар оила ба ҳисоб меравад. Натиҷаҳои бадастомада аз он шаҳодат медиҳанд, ки сифати ҳаёти гурӯҳҳои гуногуни ҷавонони дорои рафтори бехатар ва хатарнок вобаста ба дараҷаи девиантнокии коҳиш меёбад.

Тавсифи тиббӣ - иҷтимоии ҷавонони дорои гурӯҳи баланди хатар. Дар давраи бозсозӣҳои фаъоли институтсионалӣ ва бозоргонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон вазъияти номусоиди эпидемиологӣ ба амал омад. Дар ин давра афзоиши омилҳои хатари гуногун,

зиёдшавии миқдори нашъамандон, кормандони тичорати шахвонӣ, ақди никоҳи барвақтӣ ва таваллудкунии ғайриникоҳӣ ба вучуд омад.

Тағйиротҳои зиёди иқтисодӣ-иҷтимоии солҳои охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон руҳдода барои ташаккул ва афзоиши миқдори гурӯҳи аҳолии нисбат ба СРҶГ ва ВНМО-сироят майлдошта (истифодабарандагони муҳадироти тазриқӣ, кормандони тичорати ҷинсӣ, мардони бо мардони дигар робитаи ҷинсидошта ва ғ.) шароити мусоид фароҳам оварданд. [Азизов З.А., 2011; Барномаи стратегии нақшавии СММ оид ба ҳамкориҳои рушди Тоҷикистон дар давраи солҳои 2016 - 2020].

Замина ва омилҳои вазнини барои инкишофи эпидемияи ВНМО- сироят мусоидаткунанда дар ҚТ ғайр аз рафтори ҷавонон нисбати хатари ВНМО инчунин паҳншавии зиёди сирояти бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда (СРҶГ) гепатитҳои вирусии парентералӣ, нашъамандӣ ва эпидемияи бемории сили давомёбанда ба ҳисоб мераванд.

Дар давоми 10 соли охир ҳиссаи сироятёбӣ ҳангоми тазриқи дохиливаридии муҳадирот коҳиш ёфта, сироятёбӣ бо ВНМО бо роҳи алоқаи ҷинсӣ шиддат меёбад. [Ҳисоботи Маркази ҷумҳуриявии мубориза бар зидди ВНМО(БПНМ), 2020].

Миёни шахсони сироятёфтаи ВНМО, ки соли 2020 ба қайд гирифта шудаанд, усули тавассути алоқаи ҷинсӣ интиқолёбанда дар байни ВНМО-сироятшудагон, 60,0%-ро ташкил дод, тазриқӣ -29,4%-ро ташкил дод, дар баробари ҳамин аҳолии ҚТ аксар вақт тавассути робитаи ҷинсӣ сироят меёбад ва сироятёбӣ тавассути истифодаи маводи муҳаддир идома дорад. Маълумотҳои моро як қатор муаллифон тасдиқ менамоянд [ВНМО-инфексия: Хадамоти федералӣ оид ба назорати соҳаи ҳифзи ҳуқуқи истеъмолкунандагон ва некӯахлолии инсон, Муассисаи федералии бучавии Маркази илм. ПИТ эпидемиология, Маркази илмӣ-методи федерал. Оид ба профилактика ва мубориза бо ВНМО // Инф. бюлл. -2014. -№ 39. - М., 2014. -52 с.; Дар бораи чораҳои таъҷилии муқовимат зидди паҳншавии ВНМО – инфекция дар Федератсияи Россия: Қарори сартабиби давлатии санитарии ФР аз 13 феввали соли 2012 № 16].

Муқаррар карда шуд, ки кормандони тичорати ҷинсӣ, ИМТ ва ММҶ на танҳо ба ВНМО-сироят ва СРҶГ бештар гирифтдор мешаванд, балки хатари сироятёбӣ бо роҳи алоқаи ҷинсӣ хеле зиёд аст, зеро мавҷудияти ташхиснашудагон ва аз СРҶГ табобатнаёфтагон ба ин мусоидат менамояд.

Ба коҳишёбии нақши институти оила ва афзоиши дараҷаи нишондоди дучоршавӣ ба сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ интиқолёбанда, аз ҷумла, ВНМО/БПНМ, муҳочирати меҳнатӣ, махсусан аҳолии деҳот ба кишварҳои аз ҷиҳати эпидемиологӣ номусоид сабаб гардид. [Ҳисоботи Вазорати меҳнат, муҳочират ва шугли аҳолии ҚТ барои солҳои 2014-2020. -2021]. Муҳочират ҷузъи ҷудонашавандаи таърихи ҚТ гардид ва на танҳо стратегияи шугли аҳоли, балки ҷузъи муҳими ҳаёти сиёсӣ, иқтисодӣ ва иҷтимоии кишвар гардид.

Ба омилҳои эҳтимолияти хатари гирифтдоршавӣ ба беморӣ фавтият дар миёни муҳочирон дохил мешаванд: дастрасии маҳдуд ба системаи таъминоти тиббӣ ва иҷтимоӣ, инчунин душворихои дарпешистодаи системаи тандурустии кишвари қабулкунанда, қобилияти ғайриадаптатсионии муҳочирон ба муҳити иҷтимоӣ-маданӣ бо назардошти анъанаҳои паҳншаванда ва таҷрибаҳо, мавҷуд набудани робита бо шарикони ҷинсии доимӣ ва ғ. Саломати муҳочирон – роҳ ба сӯи пеш. Ҳисобот оид ба машварати глобалӣ. // Мадрид, Испания, 3 -5 май, 2010].

Соли 2013 бо мақсади баҳодихии вазъияти эпидемиологӣ миёни муҳочирони меҳнатӣ назорати қатъии эпидемиологӣ (НҚЭ) гузаронида шуд ва онҳое ба он шомил буданд, ки дар давоми 5 соли охир барои маблағ ба хоричи кишвар рафтаанд. НҚЭ чунин натиҷа дод: паҳншавии ВНМО миёни муҳочирон 0,4%, гепатити С -1,2%, сифилис-3,0%-ро ташкил дод; маводи муҳаддирро дар баъзе ҳолатҳо 7,0%-и муҳочирон истифода бурдаанд, аз онҳо: 8,2% - бо роҳи тазриқӣ дар ҚТ, 1,3% дар кишвари таъйиншуда; 0,8% респондентҳо дар ҚТ алоқаи ҷинсӣ ИМТ доштанд, 1,2% дар кишвари таъйиншуда; 44,9%-и мардон ва 10,0% занон шарикони доимии

чинсӣ надоштанд, 40,8% мардон ва 14,4% -и занон шарикони чинсии тичоратӣ доштанд; 51,2% -и муҳочирон истифодаи рифолаҳоро ҳангоми алоқаи чинсии охири зикр намуданд, аз онҳо мардон 54,5% ва занон 25,1% буданд.

Ҳамин тавр, густариши муҳочирати меҳнатӣ барои пайдошавии гурӯҳҳои осебпазир миёни ҷавонон – муҳочирони меҳнатӣ, дар қатори онҳо занону бачагон мусоидат намуд. Дар баробари ҳамин, муҳочирати бебозгашт, махсусан миёни мардон паҳншавии ғайрирасмӣ полигами (бисёрзани)-ро ба вучуд овард, ки он яке аз омилҳои паҳншавии СРҶГ /ВНМО ба ҳисоб меравад.

Ҳамаи гурӯҳҳои ҷавонони дар боло номбаршуда гурӯҳи хатари баландро ташкил медиҳанд. Зарурати омӯзиши паҳншавии рафтори хатарнок миёни ҷавонон ба зарурати таҳлили талаботҳои дастрасӣ ба ёри тиббӣ-санитарии гурӯҳи мазкури синнусолӣ вобаста аст. Рафтори хатарнок омили асосие ба ҳисоб меравад, ки барои паҳншавии беморӣ ва фавтият миёни ҷавнони тамоми ҷаҳон мусоидат менамояд.

Баробари ҳамин гурӯҳҳои осебпазир бо монетаҳои ҷиддӣ, ба монанди дастрасӣ ба хизматрасонии баландсифат дар соҳаи СҶ ва СР дучор меоянд [Таҳлили фаврии ситуатсионии дастрасии муҳочирон ва хонаводаи онҳо ба маҷмӯи хизматрасониҳо доир ба ТБ, МЛУ-ТБ ва ТБ/ВНМО дар Тоҷикистон // Хисоботи таҳқиқот. -Душанбе, 2016. -С. 63.; Туменова Б.Н. бо ҳаммуалл., 2013].

Яке аз нишондодҳои нӯкскунандаи дараҷаи ҳифзи саломатии ҷавонон ҳолатҳои сироятёбӣ бо ВНМО-инфексия ба ҳисоб меравад. Дар айни ҳол вазъияти баамаломада дар кишвар бо афзоиши миқдори ҳолатҳои бақайдгирифташудаи ВНМО-сироятёфтагон сураи мегирад. Танҳо дар давоми солҳои 1991 – 2020 ҳамагӣ 13070 нафар шахсони ВНМО-сироятёфта ба қайд гирифта шудаанд. Миқдори умумии фавтидагон – 3611 (27,5%). Шахсони дорони ВНМО 9459 (72,5%)-ро ташкил медиҳад. Аз ҷумла, мардон - 8342 (63,9%), занон - 4728 (36,1%). Аз миёни онҳо истифодабарандагони маводи муҳаддири тазриқӣ - 786 (29,1%), муҳочирони меҳнатӣ - 1663 (12,7%), кормандони чинсӣ (КҶ) - 234 (1,8%), маҳбусон – 853 (6,5%) мебошанд.

Мувофиқи маълумотҳои Маркази ҷумҳуриявии ВНМО роҳи асосии интиқоли ВНМО –сироят алоқаи чинсӣ ба ҳисоб меравад, ки он 60,0%, пас аз он тазриқӣ меистад -29,4%-ро ташкил медиҳад.

Ҷавонон аз ҷиҳати синну соли 15-29 – сола 2730 (21,1%) –ро аз ҳисоби умумии ВНМО-сироятёфтагон ташкил медиҳанд. Инфицированних. Маълумотҳои мо бо маълумоти таҳқиқотҳои дар Қазоқистон гузаронидашуда андаке тафовут доранд [242], зеро мувофиқи таҳқиқотҳо оид ба осебпазирии ВНМО – сироятёфтагон гурӯҳи асосиро ИМТ (80,9 %) ташкил медиҳанд, инчунин ҳар як нафари панҷуми сироятёфта – ин гурӯҳи хатари баланд КҶ -15,1% ва ММҶ – 4,0%) мебошанд, ки бо роҳи алоқаи чинсӣ сироят ёфтаанд.

Яке аз шартҳои асосии коҳишдиҳии дараҷаи сироятёбии СРҶГ /ВНМО маърифатнокӣ оиди роҳҳои гузариш ва усулҳои профилактика ба ҳисоб меравад. Дар баробари ҳамин таҳқиқотҳои мо аз он шаҳодат медиҳанд, ки маърифатнокии ҷавонон дар ин самт – СРҶГ /ВНМО/ ВНМО хеле паст мебошад. Зеро ба саволи «Қадам бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаро медонед?» 30,3% респондентҳо ҷавоб дода натавонистанд, 13,6% респондентҳо онро сифилис, 13,7% - сӯзнок номбар карданд, дар бораи ВНМО 39,2%, оид ба хламидиоз – 0,6%, оид ба трихомониаз – 2,6% маълумот надоранд.

Муқаррар карда шуд, ки аз хусуси СРҶГ //ВНМО ҷавонон - аҳолии вилояти Хатлон кам маърифатнок мебошанд-(46,2%), НТМ - (43,4%) ва вилояти Суғд - (42,5%) маълумот доранд.

Мутаносибан оид ба савол ва усулҳои профилактикаи СРҶГ /ВНМО / ВНМО дониши респондентҳо пурра нест. Зеро ҳамагӣ 68,1% респондентҳо зикр намуданд, ки бояд як шарикони чинсӣ дошта бошанд ва танҳо 28,6% -истифодаи рифоларо таъкид карданд ва дар натиҷа маълум

гашт, ки дар кишвар дараҷаи баланди алоқаи ҷинсии ҳифзнашуда ба назар мерасад ва роҳи асосии гузариши ВНМО-сироятёбӣ ба ҳисоб меравад.

Сабаби асосии маърифатнокии пасти респондентҳо аз хусуси бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ интиқолёбанда, аз ҷумла, ВНМО/ВНМО ба ақидаи мо аз ҳамин иборат аст, ки дар доираи Лоихаи Ташкилотҳои хоричӣ танҳо минтақаҳои ба лоиха воридшуда фаро грифта мешаванд ва аҳолии деҳот (аҳолии деҳоти дурдаст) аз маълумот дур мемонанд ва ё маълумоти мушаххас ва фаҳмо пешниҳод карда намешавад.

Мо баъзе чанбаҳои рафтори гурӯҳи хатари баландро мавриди омӯзиш қарор додем. Таҳти мушоҳидаи мо 100 КҶ қарор доштанд. Фосилаи синнусолӣ аз 14 то 29- соларо ташкил дод. Синну соли миёна 23 - сола аст.

Мо муқаррар кардем, ки хусусияти омилҳои рафтори кормандони ҷинсии тичоратии таҳқиқшуда аз он иборат аст, ки онҳо дар оғози кори худ хизмати барвақтии ҷинсӣ (37,5% дар синни то 19-сола), робитаи бетартибона бо якчанд шарикони ҷинсӣ (то 1500 дар давоми сол) доштанд ва сабабгори ин мавҷуд набудани дониши кофӣ ва риоя накардани қоидаҳои алоқаи ҷинсии беҳатар мебошад.

Мо муқаррар намудем, ки муддати хизматрасониҳои ҷинсии тичоратӣ аз ҷониби занон дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ аз 2-3 то 15 солро ташкил меод ва дар алоқамандии мустақим аз синни “кормандони ҷинсӣ”-и (КҶ) мавриди таҳқиқ қарор дошт.

Натиҷаҳои таҳқиқот аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки сабаби асосӣ бо мушкилоти молиявӣ алоқаманд аст, ки ба сатҳи пасти таҳсилоти КҶ вобастагӣ дорад ва ин дар масъалаи таъмини онҳо бо кор маҳдудиятҳои муайянро ба миён меоварад. Таъсири омилеро мисли зӯрварӣ, хоса қайд меояд кард. Аз байни таҳқиқшудагон 6,0% шурӯъ кардан ба хизматрасониҳои тичоратиро ба далели зикршуда рабт медиҳанд.

Истеъмоли машрубот ва маводи муҳаддир яке аз омилҳои махсуб меёбанд, ки ба хатарҳои рафтории КҶ таъсир мерасонанд. Дар робита ба ин мо басомади истеъмоли машрубот ва маводи муҳаддирро дар коркунони шахвонии таҳқиқшуда омӯхтем. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки 16,0% мусоҳибон машруботро камтар аз як маротиба дар як ҳафта, 12,0% якчанд маротиба дар як ҳафта истеъмол мекунанд. Ҳиссаи нисбии онҳое, ки машрубот истеъмол намекунанд, 62,0%-ро ташкил дод. Дар бештари ҳолатҳо (56,6%) машруботро бо талаби муштарӣ менӯшиданд, дар зимн истеъмоли нӯшоқиҳои спиртӣ воситаи маҷбурии муҳофизати равонӣ буд.

Ҳиссаи истеъмолкунандагони маводи нашъаовар дар байни КҶ 4,9%-ро ташкил дод. Дар аксари мавридҳо онҳоро бо истеъмоли маводи муҳаддир шарикони доимии ҷинсӣ - ҳамзистонашон ошно мекарданд. Аз байни усулҳои истеъмоли маводи муҳаддир дудкашӣ (кашидан мисли тамоку) (60,0%) бештар ба назар мерасид. Истеъмоли тазриқии дохилирағӣ ва тариқи нафаскашии маводи муҳаддир ҳар кадом 20,0%-ро ташкил меод. Таҳлилҳо нишон доданд, ки кормандони ҷинсӣ, ки бо роҳи тазриқӣ маводи муҳаддир истеъмол мекунанд, сӯзандоруро аз шарикони ҷинсии худ мегиранд, ки ин хатари гирифтورشавӣ ба ВНМО-ро хеле зиёд мекунад. Бояд қайд намуд, ки хизматрасониҳои ҷинсӣ аз ҷониби КҶ (ки онҳо боз истеъмолгарони маводи муҳаддири тазриқӣ (ИММТ) ҳам ҳастанд) ба шумораи зиёди шарикон, алалхусус онҳое, ки маводи нашъаоварро истеъмол намекунанд, ба ҷалбшавии табақаҳои нисбатан осудаҳои аҳоли ба раванди эпидемиологӣ мусоидат мекунанд.

Таҳлили омилҳои хатари рафторӣ имкон медиҳад бигӯем, ки гурӯҳи КҶ дар паҳншавии бемориҳои аз лиҳози иҷтимоӣ таъсирдор аҳамияти баланди эпидемиологӣ дорад.

Ба ин тариқ, таҳқиқотҳои мо гувоҳӣ медиҳанд, ки бинобар паҳншавии васеи сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда/ВНМО, рафтори КҶ ба яке аз нишондиҳандаҳои муҳимтарини хатар табдил меёбад, зеро он хатари эҳтимолии паҳншавии оммавии сироятро дар ҷомеа инъикос мекунад. Дар баробари ин, ҳиссаи нисбии муайяни танфурушиҳои ошкоршаванда

(кӯчагӣ, сарироҳӣ, манзилӣ) ба муҳочирати мавҷуда дар ҷумҳурӣ, инчунин шароити моддию маишии ғайриқаноатбахш, сатҳи пасти вазъи иҷтимоӣ, аз ҷумла сатҳи таҳсилот ва тарбияи кормандони ҷинсии пурсишшуда вобаста мебошад.

Таҳқиқотҳои гузаронидаи мо ба индекси пасти саломатии соматикӣ КЧ ишора мекунад. Бемориҳои соматикӣ бештар маъмул дар кормандони ҷинсии тадқиқшуда бемориҳои системаи пешобу таносул (34,6%), бемориҳои системаи эндокринӣ (19,6%), камхунӣ (10,1%), бемориҳои системаи ҳозима (10,7%), инвазияҳои гелминтӣ (10,0%) буданд, бемориҳои узвҳои нафас дар 0,7% ошкор гардиданд. Дар 34,4% ҳолатҳо патологияи омехта ошкор шудааст.

Сатҳи баланди сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда (СРҶГ) муайян карда шудааст. Аз шахсони мавриди пурсиш дар 20,4% СРҶГ ошкор карда шуд, яъне ҳар панҷумин нафар ягон намуди бемории бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда дошт.

Дар сохтори бемориҳои сироятӣ муайяншуда ҷойи асосиро сирояти вирусӣ ишғол мекунад, аз ҷумла ситомегаловирус - 14,5%, вируси герпеси одӣ - 12,7%. Баъд аз рӯи басомад хламидиоз - 16,1%, кандидоз - 12,4%, пасон трихомониаз - 17,4%, уреоплазмоз - 12,6%, сирояти ВНМО - 4,9%, сифилис - 4,3% мавқеъ доранд.

Дар сохтори бемориҳои занона дар КЧ бештар бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос (БИУК) ошкор карда шуданд, ки 94,3% -ро ташкил медиҳад. Ҳиссаи бемориҳои дигар хеле паст буда, чунин буд: безуретӣ - 13,3%; ихтилоли ҳайзбинӣ - 7,2%; ҳолатҳои пеш аз саратонии гарданаки бачадон - 5,8%, гипоплазияи бачадон - 4,2%; миомаи бачадон — 3,2%, кистаҳои тухмдон — 2,3%.

Истилоҳи "ММАЧ" (мардони бо мардҳо алоқаи ҷинсикунанда) дар ибтидои асри XX пайдо шуда, асосан дар вобастагӣ ба пешгирии СРҶГ (сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда)/ВНМО истифода мешавад [Leonard N.R. et al., 2014].

Дар бораи паҳншавии ин падида дар Ҷумҳурии Тоҷикистон маълумот нест, аммо ба МТМЧ-и марказ дар шаҳри Душанбе дар давоми солҳои 2013-2019 ҳамагӣ 50 нафар ҷавоне мурочиат кард, ки бо мардон алоқаи ҷинсӣ доранд.

Дар асоси натиҷаҳои тадқиқоти мо муқаррар гардид: фосилаи синнусолии онҳо аз 14 то 30-сола буд, аз ҷумла дар синни то 19-сола 5 нафар (10%), 20-24-сола 15 нафар (30%), 25-29-сола 20 нафар (40%) ва 30-солаву калонтар 10 нафар (20%) қарор доштанд. Таҳлили сатҳи таҳсилот нишон дод, ки дар умум пурсидашудагон маълумоти миёна (55,3%), оӣ ва ибтидоӣ (мутаносибан 14,0% ва 20,5%) доштанд. Ҷолиб аст, ки миқдори муайяни одамоне - 10,2% таҳсилот надоштанд. Тадқиқоти мо муайян кардааст: синну соли миёнаи оғози алоқаи ҷинсӣ бо мардон 19 солро ташкил дод; аксари пурсидашудагон (60,2%) дар як моҳи охир зиёда аз 1 шарикӣ ҷинсии мард доштанд; бо шарикони ҷинсии тасодуфӣ аз рифола ҳамеша истифода мекунанд - 15,7%, баъзан истифода мекунанд- 57,2%, ҳеҷ гоҳ истифода намекунанд - 27,1%. Сабаби асосии истифода набурдани рифола хоҳиши муштарӣ аст; 52,5% пурсидашудагон бо занон алоқаи ҷинсӣ мекунанд, зимнан 47,2% оила доранд; 6,7% пурсидашудагон таҷрибаи истифодаи маводи муҳаддири тазриқӣ доранд; муқаррар карда шуд, ки дар сохтори бемориҳои соматикӣ инҳо афзалият доранд: бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (45,6%), бемориҳои системаи таносул (44,7%), бемориҳои системаи ҳозима (33,7%), бемориҳои системаи эндокринӣ (19,6%), камхунӣ (19,1%), инвазияҳои гелминтӣ (10,0%). Дар 53,4% ҳолатҳо 2 ё зиёда бемориҳои ҳамзамон ошкор карда шудаанд; сатҳи баланди сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда (СРҶГ) муайян карда шудааст. Дар байни ММАЧ бемориҳои маъмултарини бо роҳи ҷинсӣ гузаранда сӯзок (гонорея) (28,7%), хламидиоз (20,0%), трихомониаз (14,5%), сифилис (12,3%) мебошанд, дар 7,2% ММАЧ сирояти ВНМО ошкор шудааст. Дар 53,2% ҳолатҳо бемориҳои ҳамзамон ошкор шудаанд. Бемориҳои узвҳои пешобу таносулӣ дар писарони ҷавон бештар дар шакли уретрит ва ситит зоҳир меёфтанд.

Ҷумҳурии Тоҷикистон аз лиҳози мавқеи ҷуғрофӣ як кишвари фаромарзӣ барои интиқоли маводи муҳаддир мебошад. Аз соли 1996 инҷониб транзити маводи муҳаддир тавассути Тоҷикистон якбора афзоиш ёфта, дар робита ба ин афзоиши босуръати шумораи истеъмолкунандагони маводи муҳаддир мушоҳида мешуд.

Тибқи ҳисобҳо, дар ҷумҳурӣ тақрибан 45-55 ҳазор истеъмолкунандаи маводи нашъаовар мавҷуд аст, ки 74,0%-и онҳо истеъмолкунандаи героин, зиёда аз 1/3 ҳиссаашон нашъамандони тазриқӣ мебошанд ва аз ин миқдор 37,3%-ро ҷавонони 18-29-сола ташкил медиҳанд [Азизов З.А., 2011].

Тибқи маълумоти ҷамъбасти Маркази ҷумҳуриявии клиникии нарколоғӣ, дар соли 2020 625 нафар нашъамандони тазриқӣ мавриди таъбабат қарор гирифтаанд, ки 37,3%-и онҳоро ҷавонони 18-29-сола ташкил медоданд. Дар байни онҳо 148 (23,7%) нафар гирифтгори ВНМО буданд, гепатити С дар 408 нафар (65,3%), гепатити В дар 46 нафар (7,4%), бемории сил дар 32 нафар (5,1%) ошкор карда шуд.

Мо муайян намудем, ки сатҳи баланди ба беморӣ мубтало шудани кормандони ҷинсӣ, ММАЧ, ВНМО ва қатори васеи СРҚГ/ВНМО бо бартариҳои сирояти омехта (76,5%) ба хусусияти рафтори девиантӣ вобаста буда, ба ташаккули мушкилиҳои репродуктивӣ ва ҷинсӣ боис мегардад. Дар баробари ин, омилҳои вазнинкунандаи рушд ва паҳншавии СРҚГ/ВНМО маҳдуд будани дастрасии хизматрасониҳои бахши солимии репродуктивӣ ва ҷинсӣ аз боиси падидаи тамғагузорӣ (доғномӣ) ва дар як қатор мавридҳо таъйиз мебошад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дастрасии хизматрасониҳои тиббӣ иҷтимоӣ барои КЧ, ақаллиятҳои ҷинсӣ, истеъмолкунандагони маводи муҳаддир ва муҳочирони меҳнатӣ хусусиятҳои худро дорад.

Истифодабарандагони тазриқии маводи муҳаддир сабаби паҳншавии сирояти ВНМО дар байни гурӯҳҳои дигари аҳоли мешаванд ва Тоҷикистон яке аз минтақаҳои ҳаст, ки ба маркази эпидемияи он дар қатори дигар бемориҳои тавассути алоқаи ҷинсӣ гузаранда табдил ёфтааст. Вобаста ба ин, муқовимат ба сирояти ВНМО бо тадбирҳои пешгирӣ ва таъбабати нашъамандӣ, ки муносибати маҷмӯӣ барои ҳалли вазъияти дахлдорро дар назар дорад, зич алоқаманд аст.

Тибқи маълумоти Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ, Тоҷикистон ба қатори кишварҳои дохил мешавад, ки дар минтақа сатҳи баландтарини паҳншавии бемории силро доранд.

Дар соли 2017, тибқи ҳисобҳои тахминии ТУТ, гирифтгориҳои ба бемории сил ба 100 000 аҳоли 91 нафарро ташкил дод [Global TB Report WHO, 2018]. Бояд таъкир дод, ки зиёда аз 60,0 фоизи беморони сили ба қайдгирифташударо ҷавонон ташкил медиҳанд. Мушоҳидаҳои динамикаи вазъи бемории сил дар Тоҷикистон нишон медиҳад, ки сарфи назар аз коҳиши умумии мавориди нави бемории сил дар миёни аҳоли, дарсади муҳочирони кории тоҷик, аз ҷумла мубталоёни муштараки ВНМО/сил, инчунин МЛУ/ТБ низ афзоиш меёбад [Бобоҷоҷаев О.И. ва ҳаммуал., 2020].

Ҳамин тариқ, таҳлили омилҳои ҳатари рафтори мо имкон медиҳад иброз дорем, ки дар паҳншавии бемориҳои дорои аҳамияти иҷтимоӣ КЧ, мардоне, ки бо мардон алоқаи ҷинсӣ доранд (ММАЧ), ИМТ, муҳочирони меҳнатӣ, зану фарзандони онҳо, инчунин никоҳи бисёрзанӣ аҳамияти баланди эпидемиолоғӣ доранд. Раванди эпидемиолоғӣ на танҳо шахсонӣ дорои рафтори хавфнокро фаро мегирад, балки доираи истеъмолкунандагони хизматрасониҳои КЧ, ММАЧ, ИМТ хеле васеъ аст - наврасон, донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти миёна ва олӣ, кормандони давлатӣ, муҳочирон, шахравандони хоричӣ, ки ин паҳншавии босуръати ВНМО ва бемориҳои, ки бо роҳи ҷинсӣ мегузаранд, мефаҳмонад.

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои гузаронида гувоҳи онанд, ки ба барномаҳои коҳиш додани зарар гурӯҳҳои ҷавонони дар боло зикргардида роҳи ворид кардан зарур аст.

Яъне, расонидани ёрии аввалини тиббии муассир дар соҳаи солимии репродуктивии ҷавонон бояд ба принципҳои тақвияи саломатии ҳар шахс асос ёбад. Аз ин рӯ, ба ҷавонон пешниҳод кардани дониш ва имкониятҳои, ки барои муҳофизати худ ва дигарон аз изҳори хатарноки шахвоният ба онҳо лозиманд, бениҳоят муҳим боқӣ мемонад, баҳусус имрӯз, дар робита ба заиф шудани маҳдудиятҳои анъанавӣ дар масъалаи рафтори ҷинсӣ ва паҳншавии бемориҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ аҳамиятнок, бемориҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда/ВНМО.

Заминаҳои меъёрию ҳуқуқии масъалаи дастрасии хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ба ҷавонон. Сиёсати давлатӣ оид ба ҷавонон ба он асос ёфтааст, ки ҳама гуна ҳуқуқу озодиҳои иқтисодӣ, иҷтимоӣ, сиёсӣ ва шахсии шахрвандони ҷавон, ки Конститутсия ва дигар санадҳои қонунгузорию Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар намудаанд, бояд эътироф карда шаванд [Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон "Дар бораи ҷавонон ва сиёсати давлатӣ оид ба ҷавонон" аз 15 июли соли 2004 № 52 дар таҳрир аз 27 ноябри соли 2014 №1161]. Пеш аз ҳама, ин ҳангоми дар амал татбиқ намудани ҳамаи ҳуқуқу манфиатҳои, ки дар ҷомеаи имрӯза нисбати шахрвандони ҷавон қонунан муқаррар гардидаанд, ба назар гирифта мешавад.

Дар Консепсияи Сиёсати давлатии демографии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2003-2015 тадбирҳои комплексие муайян карда шудаанд, ки татбиқи онҳо бояд боиси беҳтар шудани вазъи демографии ҷумҳурӣ ва баланд шудани сатҳу сифати зиндагии мардуми кишвар гардад.

Мо ҷанбаҳои ҳуқуқӣ ва меъёрии ҳифзи саломатии ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистонро, ки Қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз ҷумла қонунҳои зерин инъикос ёфтаанд, мавриди таҳлил қарор додем: «Дар бораи ҳифзи саломатии аҳоли» (2004), «Саломатии репродуктивӣ ва ҳуқуқҳои репродуктивӣ» (2002), «Дар бораи расонидани ёрии наркологӣ» (2003), «Дар бораи мубориза бар зидди вирусии норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният» (2005), «Дар бораи муҳофизати аҳоли аз бемории сил» (2008), ки бинобар қабули Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон эътибори худро гум кардааст.

Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (моддаи 88) ҳуқуқи наврасон ва ҷавононро ба ҳифзи солимии репродуктивӣ муайян кардааст:

- Ноболиғон ва ҷавонон ҳуқуқи гирифтани таълиму тарбияи ахлоқӣ ва ҷинсӣ, гирифтани хизматрасониҳо дар соҳаи солимии репродуктивиро доранд;

- Таҳияи барномаҳои таълимӣ оид ба таълиму тарбияи ахлоқию ҷинсӣ, ҳифзи саломатии репродуктивӣ, омодагии ноболиғон ва ҷавонон ба ҳаёти оилавӣ аз ҷониби мақомоти давлатии ваколатдор дар соҳаи маориф ва тандурустӣ амалӣ карда мешавад;

- Таълим ва тарбияи ахлоқию ҷинсӣ, ба ҳаёти оилавӣ омода намудани ноболиғон ва ҷавонон дар муассисаҳои таълимӣ, табобатӣ ва дигар муассисаҳо, ташкилотҳои тибқи барномаҳои таълимӣ бо назардошти ҷинс, синну сол, хусусиятҳои инкишофи психофизикӣ таҳия гардида, бо тартиби муқарраргардида тасдиқ ва аз тарафи шахсоне, ки тайёрии махсус доранд, гузаронида мешавад.

- Барои ноболиғон ва ҷавонон, аз ҷумла ба намоёндагони гурӯҳҳои хавф, хизматрасониҳои тиббӣ ва машваратҳои дар соҳаи солимии репродуктивӣ бо тартиби муқаррарнамудаи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида мешаванд [Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30.05. .2017. - № 1413 «Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»].

Дар кишвар қонунҳо ва стратегияҳои дигаре низ амал мекунанд, ки дастрасии баробари писарону духтарони ҷавонро ба зиндагии босифат таъмин мекунанд:

- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи кафолатҳои давлатии баробарҳуқуқии мардону занон ва имкониятҳои баробар барои амалисозии онҳо»;

- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи пешгирии зӯрварӣ дар оила дар Ҷумҳурии Тоҷикистон»;

- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи ҷавонон ва сиёсати давлатии ҷавонон»;
- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи мубориза бар зидди вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният»;
- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд»;
- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи танзими анъана ва ҷашну маросим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон»;
- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи бақайдгирии давлатии асноди ҳолати шаҳрвандӣ»;
- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи кӯмаки суроғавии иҷтимоӣ»;
- Барномаи давлатии пешгирии зӯрварӣ дар оила дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2014-2023;
- Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030;
- Стратегияи миллии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020;
- Стратегияи миллии муқовимат ба эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2017;
- Стратегияи миллии мубориза бар зидди муомилоти ғайриқонунии маводи муҳаддир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2020;
- Нақшаи чорабиниҳои Стратегияи миллии фаъолгардонии нақши занон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2020;
- Нақшаи чорабиниҳо оид ба солимии ҷинсӣ ва репродуктивии модарон, навзодон, кӯдакон ва наврасон дар доираи Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2016-2020.

Барномаҳо дар баҳши ҳифзи саломатии репродуктивӣ метавонанд тавассути пешниҳоди иттилоот ва хизматрасониҳои машваратӣ оид ба масъалаҳои муҳиме, аз қабили ҳаёти ҷинсӣ, нақши мардон ва занон, зӯрварӣ дар заминаи ҷинсӣ ва иртиботи он бо интиқоли ВНМО, паҳншавии пешгирандаҳои ҳомилашавӣ барои мардон (рифолаҳо) ва занон, ташхис ва табобати СГРЧ, таҳияи стратегияҳо барои муайян намудани сарчашмаҳои сироят, фиристодани шахсони гирифтور ба ВНМО барои табобат миқёси паҳншавии СГРЧ/ВНМО-ро коҳиш диҳанд [Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 31 августи соли 2004 № 348 «Нақшаи стратегии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба солимии репродуктивии аҳоли барои давраи то соли 2014»// Душанбе, 2005. – с.12].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон масъалаҳои пешгирии сирояти ВНМО бо Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи мубориза бар зидди вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният», Стратегияи миллии мубориза бар зидди эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2017, Барномаи миллии мубориза бо ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025 ва «Нақшаи стратегии фаъолияти муштарақ оид ба пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории сил/ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2020» танзим карда мешавад.

Муқовимат ба эпидемияи ВНМО ва паҳншавии бемории сил аз ҷониби Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон яке аз масъалаҳои мубрам эътироф шудааст, ки ба ҳалли онҳо саломатии зиёд шаҳрвандони кишвар вобастагӣ дорад.

Моҳи феврالی соли 2021 барномаҳои давлатии шашумини «Барномаи мубориза бар зидди ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025» ва «Барномаи миллии ҳифзи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз бемории сил барои солҳои 2021-2025» қабул карда шуданд, ки равишҳои нави таъмини дастрасии ҷавонони дорои рафтори хавфнокро ба хизматрасониҳои саривактии пешгирикунанда ва босифати табобатӣ ва ташхисӣ инъикос мекунанд.

Робитаҳои байниидоравиро дар кишвар Кумитаи миллии ҳамоҳангсозии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба мубориза бар зидди БПНМ, сил ва вараҷа танзим мекунад, ки ба ҳайати он намоёндагони тамоми вазорату идораҳои манфиатдор, шарикони рушд, инчунин ташкилотҳои ғайриҳукумати шомиланд [Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 феврالی соли 2015, №127 «Дар бораи Кумитаи миллии ҳамоҳангсозӣ оид ба мубориза бар зидди БПНМ, сил ва вараҷа дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» // Душанбе, 2015].

Аз 1 июли соли 2016 дар ҷумҳурӣ тағйиру иловаҳо ба Қонун «Дар бораи бақайдгирии давлатии асноди ҳолати шахрвандӣ», ки издивочи хешовандони наздикро манъ мекунад ва қонун дар бораи муоинаи ҳатмии тиббии издивочқунандагон эътибор пайдо карданд.

Ҳамаи ин аснод заминаҳои меъёрӣ-ҳуқуқии дар сатҳи зарурӣ нигоҳ доштани сифати зиндагии мардумро танзим намуда, ба рафъи монеаҳо дар дастрасӣ ба хидматрасониҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ барои ҷавонони Тоҷикистон равона шудааст.

Айни замон аз ҷониби Ҳукумати Тоҷикистон Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030 ва Барномаи миёнамуҳлати рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2016-2020 амалӣ карда мешавад, ки дар таҳияи он дар баробари самтҳои афзалиятноки рушди устувори кишвар, вазифаҳои дар доираи Ҳадафҳои рушди устувор муайяншуда ба қадри имкон ба назар гирифта мешаванд. Ба ин Барномаи ҷаҳорҷубавии стратегияи мувофиқашудаи СММ оид ба мусоидат ба рушд дар Тоҷикистон барои давраи аз соли 2016 то 2020 мусоидат кардааст.

Ба ин тариқ, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар марҳилаи ҷорӣ татбиқи ҳамаҷонибаи барномаҳои равона ба соҳаи иҷтимоӣ ҷавонон, дастгирии саломатӣ ва некӯахлоқии насли наврас таъмин карда мешавад. Ташаббусҳои созмонҳои байналмилалӣ, аз қабилӣ шуъбаҳои машварати тиббӣ барои ҷавонон дастгирӣ карда мешаванд.

Ҳарчанд дар ҶТ оид ба мушкилоти ҷавонон бисёр санадҳои меъёрӣ ҳуқуқӣ қабул шудаанд, аммо заминаи ҳуқуқӣ бинобар зудтағйирёбанда будани шароит ва ислоҳоти низомӣ тандурустӣ ва маориф ба такмил ниёз дорад.

Ба назар мерасад, ки омӯзиши монеаҳо дар роҳи дастрасӣ ва ниёз ба кумаки тиббӣ иҷтимоӣ ба ҷавонон дар мисоли КҶ, ММАҶ ва ИММТ ва муҳоҷирони меҳнатӣ барои муайянсозӣ ва ислоҳкунии саривақтӣ зарур аст.

Дар баробари ин, нишондиҳандаҳои саломатии ҷавонон дар сатҳи паст боқӣ мондаанд. Ин далел имкон медиҳад тахмин кунем, ки масъалаи мониторинги дастрасии аҳоли ба хидматрасониҳои тиббӣ иҷтимоӣ дар умум дар байни ҷавонон, инчунин омилҳои рафторӣ хавфнок аз мадди назар дур мондаанд.

Таҳлили натиҷаҳои ҷорикунии модели пешкашшудаи ташкили клиникаҳо, муносибати дӯстона ба ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Мо бори нахуст усулҳои нави «дӯстона»-и расонидани ёрии тиббӣ ба наврасону ҷавонон ҷорӣ кардем, ки ташкили машваратҳо барои наврасону ҷавонони солим оид ба масъалаҳои репродуктивӣ, ҷинсӣ ва солимии равонӣ, ташаккули эҳтиёҷ ба тарзи ҳаёти солим, ҳифзи иҷтимоӣ ҳуқуқиро дар бар мегирад, ки соли 2006 аз ҷониби Маркази шаҳрии солимии репродуктивӣ дар шаҳри Душанбе барои ин ҳадафҳо «ҳучраи боварӣ» ташкил карда шуд.

Беҳуда нест, ки чунин равиши ташкили ёрии тиббӣ ба ҷавонон "дӯстона" ном гирифтааст: дар шароити чунин муносибат хизмати тиббӣ мувофиқи талабот ва интизории ҷавонон сурат мегирад.

Лоихаи ЮНФПА «Тавсеаи дастрасии ҷавонон ба ҳадамот ва иттилоот дар соҳаи солимии репродуктивӣ» барои таъсиси марказҳои махсуси саломатии ҷавонон – шуъбаҳои клиникӣ ва машваратии ҷавонон дар назди Марказҳои солимии репродуктивӣ асос гардид.

Созишнома байни Вазорати тандурустӣ, Вазорати маорифи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ЮНФПА оид ба татбиқи лоиха соли 2006 ба имзо расид; татбиқи он тамоми минтақаҳои

географии Тоҷикистонро фаро гирифт. Бори аввал дар заминаи Маркази шаҳрии солимии репродуктивии шаҳри Душанбе соли 2007 шуъбаи машварати тиббӣ барои ҷавонон ва наврасон (ШТМЧ) ташкил карда шуд.

Ҳоло дар саросари кишвар 21 ШТМЧ вучуд дорад. Дар соли 2011 ин марказҳо бо роҳи тақсими ҷойҳои корӣ ва маблағгузори зарурӣ созмон дода шуданд.

Ҳама ШТМЧ-ҳои амалкунанда нигоҳдории рамзи ягонаи мушаххасро (РЯМ) барои мониторинги бемор дар ШТМЧ-ҳо бо мақсади нигоҳдорӣ ва таъмини махфият ва пушиданомӣ ҷорӣ кардаанд.

Ба вазифаҳои маъмулии ШТМЧ, аз ҷумла, инҳо дохил мешаванд:

1. Корҳои профилактикӣ оид ба тарғиби фаъолони тарзи ҳаёти солим, рафтори дурусти репродуктивӣ, тарбияи ҷинсӣ ва маърифатнокӣ дар самтҳои зерин:

➤ дар ҷавонон ташаккул ва тақвия додани малакаҳо оид ба пешбурди тарзи ҳаёти солим, рафтори дурусти иҷтимоӣ ва репродуктивӣ;

➤ пешгирии беморӣ – ошкорсозӣ ва ислоҳи барвақти ихтилоли вазъи солимии рӯҳӣ ва ҷисмонии наврасон;

➤ ошкор ва тағйир додани қолаби рафтори хавфнок, пешгирии майзадагӣ, нашъамандӣ, токсикомания дар байни ҷавонон;

➤ пешгирӣ ва ошкорсозии барвақти бемориҳои системаи репродуктивӣ, сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда;

➤ баланд бардоштани сатҳи огоҳии ҷавонон дар масъалаҳои рушди ҷинсӣ, таҳкими солимии репродуктивӣ;

➤ пешгирии ҳомилашавии номатлуби духтарони наврас, омӯзонидани усулҳои муосири пешгирии ҳомилагӣ ба ҷавонон;

➤ тарбияи муносибати масъулиятнок ба саломатӣ дар наврас;

➤ ташаккули ҳавасмандӣ барои татбиқи дониш ва малакаҳои гирифташуда дар рафтори худ.

2. Расонидани ёриҳои аввалияи машваратӣ ва махсуси тиббӣ ба наврасон ва ҷавонон.

3. Таъмин намудани алоқамандӣ дар кор бо дигар ташкилотҳои нигоҳдории тандурустӣ, самтҳои муосир дар машварат дар муассисаҳои дахлдор.

4. Расонидани ёриҳои тиббӣ- психологӣ ба наврасон.

5. Рушди корҳои волонтерӣ барои ташвиқ ва ташаккули малакаҳои тарзи ҳаёти солим дар ҷавонон.

6. Омӯзонидан ва огоҳонидани кормандони тиббӣ, кормандлони идораҳои дигар, намояндаҳои ташкилотҳои ҷамъиятӣ ва ҷавонон оид ба масъалаҳои мазкур.

7. Ворид намудани технологияҳои нави профилактика, ташхис, табобат ва реабилитатсия; иштирок дар конференсияҳо; нашр кардани коркардҳои таълимӣ- методӣ, воситаҳои таълимӣ; фаъолияти илмӣ.

8. Таъмини наврасони ва ҷавонон бо хизматрасониҳои иҷтимоӣ-ҳуқуқӣ.

Гузaronидани таҳлил имконият медиҳад, ки беморонро бо мақсади таъмин намудан бо хизматрасониҳои имконпазири зарурӣ дар ҳуди ШТМЧ ва ба таври суроғавӣ аз нав фиристодан ба марказҳои махсус ба таври объективӣ «ҷудо кардан», ҳам аз нуктаи назари исботшуда ва ҳам аз нуктаи назари иқтисодӣ маъқул доништа мешавад. Дар ин шароитҳо, ШТМЧ муассисаи ягонаи нигоҳдории тандурустӣ ба ҳисоб меравад, ки дар ин ҷо ба таври максималӣ пешниҳод кардани маҷмуи хизматрасониҳои профилактикӣ ва табобативу ташхисӣ, аз ҷумла барои ҳомилаҳо мутамарказонида шудаанд, ки нигоҳ доштани ҳамл ва таваллуд кардани навзоди солимро таъмин мекунанд. Маводи таҳқиқоти мазкур дар заминаи маълумотҳои ҷамъбасти ҳисоботҳои солонаи 21 ШТМЧ асоснок карда шудаанд (ҷадвали 9).

Дар соли 2018 ба ШКМЧ Ҷумҳурии Тоҷикистон 28 951 нафар мурочиат кардааст, ки аз онҳо 19816 нафар – зан (68,5%) ва 9135 нафар – мард (31,5%) буданд. Ба таври дигар гӯем, ҳар як мурочиаткунандаи сеюм барои гирифтани ёрии машваратӣ дар ШКМЧ мард буд. Дар ин маврид, мурочиати такрорӣ дар 2748 нафар (9,38%) ба қайд гирифта шуд, ки дар байни онҳо 2072 нафар – зан (75,4%) ва 676 нафар – мард (24,6%) буданд.

Дар соли 2019 ба ШКМЧ Ҷумҳурии Тоҷикистон 29152 нафар мурочиат кардааст, ки аз онҳо 20217 нафар – зан (69,4%) ва 8935 нафар – мард (30,6%) буданд. Таносуби байни занҳо ва мардҳо тақрибан мисли соли 2018 буд.

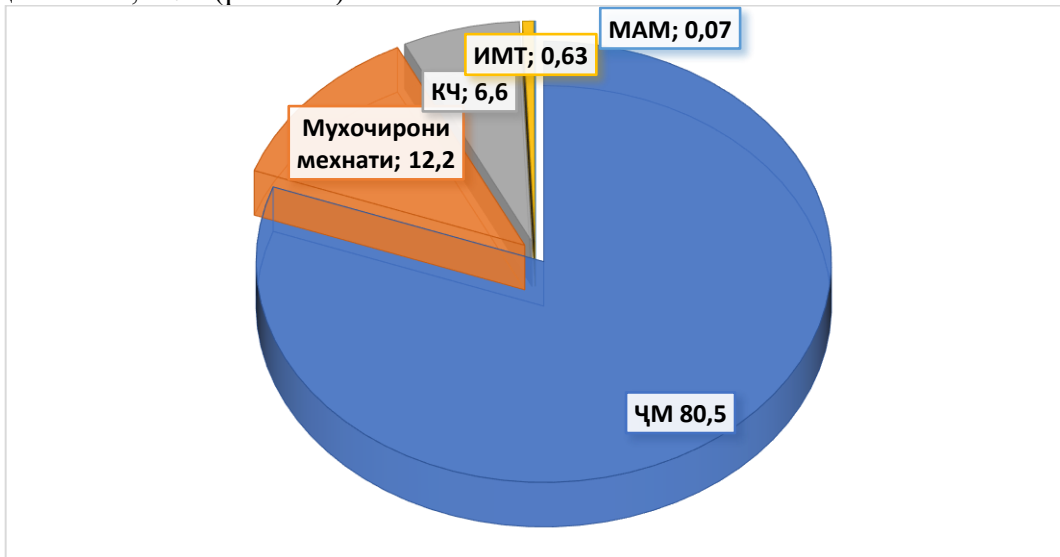
Ҷадвали 9. - Тавсифи мурочиаткунандагон ба Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон аз рӯи гуруҳи хатар

Сол-ҳои муоина	Мансубияти ҷинсӣ	Воҳиди ҳенкунӣ	Ҷавонон ҳамагӣ	Ҷавонони дорои рафтори хатарнок						Ҷавонони муташаққил	
				КЧ	ИМТ	Аз ҷумла КЧ/ИМТ	Мардони бо мардон	Аз ҷумла МБМ/ИМТ	Муҳоҷирон		
2018	Ҷавонон	мутл.	9135	-	123	-	21	4	2051	6940	
		%	100	-	1,351	-	0,230	0,044	22,5	76,0	
	Духтарон	мутл.	19816	1364	6	3	-	-	1868	16578	
		%	100	6,88	0,030	0,015	-	-	9,43	83,7	
	p			<0,001	-	<0,001	-	-	-	<0,01	<0,001
	Ҳамагӣ	мутл.	28951	1364	129	3	21	4	3737	23518	
%		100,0	4,71	0,450	0,010	0,073	0,014	12,9	81,2		
2019	Ҷавонон	мутл.	8935	-	221	-	19	3	1390	7305	
		%	100	-	2,47	-	0,213	0,034	15,6**	81,2**	
	Духтарон	мутл.	20217	2473	17	8	-	-	1783	15944	
		%	100	12,2***	0,084*	0,040*	-	-	8,82	78,9	
	p			<0,001	-	<0,001	-	-	-	<0,01	<0,001
	Ҳамагӣ	мутл.	29152	2473	238	8	19	3	3173	22167	
%		100,0	8,48	0,82	0,027	0,065	0,010	10,9	76,0		
2018 ва 2019	Ҷавонон	мутл.	18070	-	344	-	40	7	3441	14245	
	Духтарон	мутл.	40033	3837	23	11	-	-	3651	32522	
	P			<0,001	-	<0,001	-	-	-	<0,05	<0,001
	Ҳамагӣ	Мутл.	58103	3837	367	11	40	7	7092	46767	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни ҷавонон ва духтарон; *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 – ҳангоми муқоиса кардан бо ҳамин гунна нишондодҳо дар соли 2018

Ҳамагӣ дар 2 соли таҳлилшуда ба ШТМЧ Ҷумҳурии Тоҷикистон 58103 мурочиат намудааст, аз ҷумла: ҷавонони муташаққил (донишҷӯёни МТО, МТМ ва хонандагон) – 46767 нафар; муҳоҷирони меҳнатӣ – 7092 нафар; кормандони ҷинсӣ – 3837 нафар; мардони бо мардон алоқаи ҷинсидошта – 40 нафар; истеъмолкунандагони муҳаддироти тазриқӣ (ИМТ) – 367 нафар. Тавсифи муоинаҳои мутахассисони ШТМЧ нишон дод, ки бештари ҷавонон ва духтарон аз хусуси мушкилоти умумисоматикӣ мурочиат кардаанд. Ҳамин тавр, гуруҳи асосие, ки хизматрасониҳои соҳаи ҳифзи СҶР (солимии ҷинсӣ ва репродуктивӣ)-ро дар ШТМЧ гирифтаанд, ба таври зайл аст: ҷавонони муташаққил (донишҷӯёни МТО, МТМ

ва хонандагон) -80,5%; муҳочирони меҳнатӣ – 12,2%; кормандони ҷинсӣ - 6,60%; истеъмомкунандагони муҳаддироти тазриқӣ (ИМТ) - 0,63%; мардони бо мардон алокаи ҷинсидошта - 0,07% (расми 2).



Расми 2. – Гурӯҳи асосие, ки хизматрасониҳои соҳаи ҳифзи СҚР-ро дар Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон гирифтаанд (бо %).

Дар ин маврид дар 11 духтар якҷояшавии секси тичоратӣ бо истемоли маводи муҳаддир, дар 7 нафар ҷавон якҷояшавии секс бо мардҳо бо истемоли маводи муҳаддир ба қайд гирифта шудааст, кик и водор месозад онҳоро ба гурӯҳҳои махсуси хатарнок ҷудо кунем. Миқдори бештари ҷавонон ба ШТМЧ бо мақсади гирифтани машварат оид ба масъалаҳои солимии репродуктивӣ ва ҷинсӣ, ҳуқуқҳои репродуктивӣ ва банақшагирии оила - 8019 (31,0%) муроҷиат кардаанд, баъдан диққати онҳоро восиатҳои муосири контрацепсия – 7141 (27,6%), СРЧГ/ВНМО/БПНМ – 5399 (21,0%) ҷалб кардааст.

Барои гирифтани хизматрасониҳои машваратӣ оид ба масъалаҳои тарзи ҳаёти солим 2596 одамони ҷавон (10, 0%), оид ба масъалаҳои ҳомилагӣ, валодат ва сикт - 2135 (8,3%) ва миқдори камтари одамони ҷавон - 532 (2,3%) – ба масъалаҳои муносибатҳои гендерӣ, стигма (нанг), таъбиз (дискриминатсия) тавачҷуҳ зоҳир намудаанд, гарчанде ин масъалаҳо имрӯзҳо яке аз масоили актуалӣ ва ҷиддии таъсирасонӣ ба сифати ҳаёт маҳсуб мешаванд.

Маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда гувоҳӣ медиҳанд, ки: дар ҳар як муроҷиаткардаи дуҷум – 10634 (46, 6%), таҳқиқоти уммии клиникӣ, дар ҳар як муроҷиаткардаи ҷорум 5079 (25,0%) таҳқиқоти зарурии лабораторӣ гузаронида шуд. Таҳқиқоти ултрасадоӣ дар 3140 (13, 8%) муроҷиаткунандаи ШТМЧ иҷро карда шудааст. Аз ҷумлаи таҳқиқшудагон 873 (3,8%) нафар ба назди мутахассисони дигар фиристода шуданд ба маркази СРЧГ, маркази профилактика ва мубориза бар зидди сил, маркази БПНМ ва ғ.

Вазъи иҷтимоии ба хизматрасонии СҚР фарогирифташуда чунин ба назар мерасад: аксари бештарро хонандагон (57, 0%); бе шугли муайян -14,6%; хизматчиён -14,0 %; соҳибхоназанҳо- 8,3%; коргарон – 6,1% ташкил доданд. Аз ҳисоби респондентҳо дорони маълумоти миёна 40,0%, оӣ - 32,0 %; ибтидоӣ – 20,1%; бе маълумот - 7,2% буданд. Вазъи оилавӣ: хонадор нашудагӣҳо қисми бештарро ташкил доданд - 65,4%; бо никоҳи расмӣ 23,9% респондентҳо, бо никоҳи ғайри расмӣ - 10, 7% респондентҳо буданд. Аз ҷумлаи ба ШКМЧ муроҷиаткардаҳо қисми бештари респондентҳо фарзанд надоранд – 70,4%; камфарзанд - 18, 4%; фарзандон бо миқдори миёна – 11,2%. Оид ба масъалаҳои СР/СЧ ва ПС - 1817 нафар ҷавонон машварат гирифтаанд. Синну соли оптималии хонадоршавиро бештари респондентҳои ҷинси мард 25-29 солагиро меҳисобанд (40,0 %), духтарон синну соли оптималии хонадоршавиро 17- 18-солагӣ (57,8%) мешуморанд.

Аз миқдори умумии ба ШТМЧ мурочиаткардагон хизматрасонию муолиҷавӣ ба 6684 одамони ҷавон расонида шудааст, ки 25,8 %-ро ташкил медиҳанд, яъне ҳар як мурочиаткардаи ҷорум ба гузаронидани ҷорабиниҳои муайяни таъобати бемориҳои соматикӣ, ихтилолҳои солимии репродуктивӣ ва ҷинсӣ зарурат доштаанд.

Тавре ки аз маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда маълум мегардад, бештар дар байни мурочиаткунандагони ШТМЧ бемориҳои илтиҳобии кӯс ва бемориҳои системаи пешобу таносулӣ муайян карда шуд. Хизматрасониҳо ҷиҳати таъобати бемориҳои илтиҳобии кӯс ба 2601 (38,9%) расонида шуд, асоси ин гурӯҳи беморонро ҷинси зан ташкил додаст, дар байни ҷавонон бошад, бемориҳои системаи пешобу таносулӣ бартардоранд. Хизматрасониҳо ҷиҳати таъобати бемориҳои системаи пешобу таносулӣ ба 1043 (15,6%) нафарони ҷавони мурочиаткарда расонида шуд. Минбаъд аз ҷиҳати паҳншавӣ бемориҳои пӯст ва ҳуҷайрабофт меистанд, ки аз хусуси онҳо хизматрасониҳои тиббӣ ба 846 (12,6 %) мурочиаткунандагони ШТМЧ расонида шуд.

Ҳамин тавр, маълумотҳои ба даст овардашуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки мушкилоти нисбатан ҷиддитари тиббӣ-иҷтимоӣ дар гурӯҳи ҷавонони дорои хатари баланд нисбат ба ҷавонони муташаккил ба назар мерасанд, ин далели он аст, ки одамони ҷавон ба ҳадамоти ёрии аввалияи тиббӣ санитарӣ (КАТС), дӯстона бо ҷавонон зарурат доранд.

Хулосаҳо

1. Индекси (шоҳиси) солимии соматикӣ ҷавонон. Сатҳи умумии беморшавии аввалияи ҷавонони Тоҷикистон синну соли аз 15 то 30-сола мувофиқи маълумотҳои мурочиат ба ШТМЧ дар солҳои 2018–2019 муайян карда шуд, вай 638 промилле (pro mille)-ро ташкил дод, ин нишондиҳанда дар байни ҷавонон 778,2 промилле, дар байни духтарҳо 4392,5 промилле буд [1-М, 3-М, 20-М, 21-М, 39-М, 47-М, 50-М].

2. Бемориҳои соматикӣ дар 1030 ҷавон (55,1%) ва дар 840 духтар (44,9%) муайян карда шуд, яъне ҳар як мурочиаткардаи дуум дорои ин ё он бемории соматикӣ аст; дар 71,4% ҷавон ва дар 28,6% духтар яқояшавии 2 ё зиёда беморӣ ба қайд гирифта шуд. Дар сохтори бемориҳои соматикӣ ҷавонон ба панҷгонаи бемориҳои зиёд дучоршаванда бемориҳои роҳҳои пешоброн (35,3%), бемориҳои эндокринӣ (24,1%), камхунӣ (17,6%), инвазияи гиччасароӣ (14,4%), бемориҳои узвҳои роҳи ҳозима (10,2%) дохил мешаванд. Бемориҳои музмини соматикӣ барои паст шудани сатҳи сифати ҳаёти ҷавонон – ҷанбаҳои ҷисмонӣ ва эмотсионалии онҳо мусоидат мекунанд [1-М, 3-М, 4-М, 20-М, 21-М, 39-М, 47-М, 50-М].

3. Фарқияти гендерӣ дар сохтори бемориҳои соматикӣ ҷавонон муайян карда шуд: дар байни ҷавонон бештар гелминтозҳо дида шуданд – дар ҳар як ҷавони панҷум бемориҳои инвазияи гиччасароӣ (22,1%), бемориҳои роҳҳои пешоброн дар (20,7%) респондентҳо, бемориҳои системаи эндокринӣ дар (15,6%), бемориҳои роҳҳои ҳозима дар (10,3%) ва камхунӣ дар (8,6%) респондентҳо мавҷуд буд. Дар байни духтарҳо чунин таносуби 5 бемории зиёд дучоршаванда муайян карда шуд: бемориҳои системаи роҳҳои пешоброн (51,0%), бемориҳои эндокринӣ (33,2%), камхунӣ (29,3%), бемориҳои роҳҳои ҳозима (10,0%) ва инвазияи гиччасароӣ (9,33%) [1-М, 3-М, 20-М, 21-М, 39-М, 40-М, 47-М, 50-].

4. Муқаррар карда шуд, ки аз миқдори умумии 1698 ҳолатҳои СРҶГ-и ошкор кардашуда- 1563 (92,0%) ҳолат дар байни духтарон ва 135 (7,95%) ҳолат дар байни писарон ба қайд гирифта шуд. Ҳолатҳои СРҶГ-и нисбатан паҳншуда дар байни духтарон инҳо буданд: сирояти хлоамидӣ 16,1%, сирояти ситомегаловирусӣ -11,9%; сироятнокшавӣ аз герпеси оддӣ -12,9%; кандидоз -5,05%; сифилис -4,35%, инчунин сирояти ВНМО – дар 7,41% ҳолат ташхис карда шуд. Ҳиссаи микоплазма, уреоплазма, токсоплазма ва гарднереллеза дар сохтори СРҶГ тақрибан як хел буда, мутаносибан 0,23%, 0,32%, 0,27% ва 0,72%-ро ташкил доданд. Дар байни ҷавонон бештар аз ҳама сӯзок (гонорея) – 45,2%, трихомониаз – 14,8%, сифилис – 10,4%, хламидиоз – 8,89% ба назар расид. Сирояти ВНМО дар 7,41% ҳолат ташхис карда шуд. Ҳиссаи сирояти ситомегаловирусӣ ва сироятнокшавӣ аз

герпеси оддӣ дар сохтори СРҶГ дар ҷавонон якхела буд ва мутаносибан 5,19% и 5,19%-ро ташкил дод [1-М, 2-М, 23-М, 31-М, 41-М].

5. Фарқиятҳои назаррасе дар сохтори СРҶГ дар байни духтарон ва ҷавонон муайян карда шуд: сӯзок (гонорея) дар байни ҷавонон нисбат ба духтарон 19,6 маротиба, сифилис то 2,3 маротиба, трихомониаз 5,1 маротиба, сирояти ВНМО –1,9 маротиба бештар ба мушоҳида расид. Фарқиятҳои саҳеҳ дар сохтори СРҶГ дар байни духтарон нисбат ба писарон муайян карда шуд, ки дар нишондиҳандаҳои гирифторшавӣ ба бемории кандидоз - 1,7 маротиба, хламидиоз – 1,8 маротиба, сироятнокшавӣ аз герпеси оддӣ –2,4 маротиба, сирояти ситомегаловирусӣ– то 2,2 маротиба бештар буд [1-М, 15-М, 23-М, 31-М, 36-М, 38-М, 39-М, 40-М, 41-М].

6. Сатҳи баланди беморшавии КҶ, мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсӣ кунанда, ИТМ, муҳочирони меҳнатӣ ва спектри васеи СРҶГ/ВНМО бо бартарӣ доштани микст-сироятт дар натиҷаи рафтори махсуси девиантӣ пайдо мешаванд ва барои ташаккул ёфтани оризаҳои хусусияти репродуктивӣ ва ҷинсидошта мусоидат мекунанд. Дар ин маврид омили вазнинкунанда дар пайдошавӣ ва паҳншавии СРҶГ/ВНМО маҳдуд будани дастрасӣ ба хизматрасониҳои соҳаи солимии репродуктивва ҷинсӣ маҳсуб мешаванд, ки ба феномени стигматизатсия ва дар баъзе ҳолатҳои дигар ба таъбиз (дискриминатсия) иртиботдоранд. Сифати ҳаёти ҷавонони гурӯҳи хатари баланд аз ҷиҳати ҷисмонӣ ва эмотсионалӣ, ҳамчунин фаолияти иҷтимоӣ паст аст [1-М, 2-М, 6-М, 8-М, 17-М, 24-М, 26-М, 27-М, 28-М, 32-М, 33-М, 35-М, 37-М, 42-М, 47-М].

7. Ҷавонони гурӯҳи хатари баланд (кормандони ҷинсӣ, мардони бо мардҳо алоқаи ҷинси дошта, муҳочирони меҳнатӣ, истеъмолкунандагони муҳаддироти тазриқӣ ва шахсони дар никоҳи полигамӣ қарордошта) дар паҳншавии бемориҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ аҳамиятдошта дорои аҳамияти баланди эпидемиологиянд. Ба протсессии эпидемиологӣ на танҳо шахсони дорои рафтори хатарнок ҷалб карда шуданд, балки доираи истеъмолкунандагони хизматрасониҳои КҶ, мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсикунанда, ИТМ ба қадри кофӣ густурда аст- наврасон, хонандагони мактабҳои таҳсилоти миёна ва олӣ, кормандони сохторҳои давлатӣ, муҳочирон, шаҳрвандони хориҷӣ, ҳамаи ин сабаби босуръат паҳн шудани СРҶГ/ВНМО дар байни аҳолии умумӣ ва паст шудани сифати ҳаёти ҷавонон аз ҷиҳати ҷисмонӣ ва эмотсионалӣ ва фаъолияти иҷтимоӣ мегардад [1-М, 2-М, 6-М, 8-М, 17-М, 24-М, 26-М, 27-М, 28-М, 32-М, 33-М, 35-М, 37-М, 42-М, 47-М].

8. Дар КҶ-и таҳқиқшуда дар байни бемориҳои соматикӣ нисбатан зиёд паҳншуда, бештар бемориҳои роҳҳои пешобронӣ (36,6%), бемориҳои системаи эндокринӣ (19,6%), камхунӣ (10,1%), бемориҳои роҳи ҳозима (10,2%), инвазияи гиччасароӣ (10,0%), бемориҳои узвҳои нафаскашӣ 2,7% муайян карда шуданд. Дар 34,4% бемориҳои якҷояшуда ба назар расид. Сатҳи баланди СРҶГ муайян карда шуд. Аз миқдори умумии шахсони таҳқиқшуда СРҶГ дар 20,4% муайян карда шуд, яъне ҳар КҶ дорои ин он бемории бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда мебошад. Дар сохтори СРҶГ-и ошкор кардашуда ҷойи асосиро сирояти вирусӣ, аз ҷумла ситомегаловирус -14,5%, вируси герпеси оддӣ -13,7% ишғол мекунанд. Баъди инҳо аз ҷиҳати басомад хламидиоз-18,1%, кандидоз -12,4%, ва пас аз инҳо трихомониаз- 17,4%, уреоплазмоз -12,6%, ВНМО-сироят- 4, 9%, сифилис-4,3% меистанд. Дар сохтори бемориҳои гинекологӣ дар КҶ бештар бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос (БИУК) дида мешаванд, ки – 94,3%-ро ташкил медиҳанд. Вазни ҳолиси бемориҳои дигар хеле паст буда, миқдори зеринро ташкил доданд: бенаслӣ – 13,3 %; вайроншавии сикли ҳайзбинӣ - 7,2%; ҳолати пешазсаратонии гарданаки бачадон - 5,8%, гипоплазияи бачадон - 4,2%; миомаи бачадон - 3,2 %, кистаҳои тухмдонҳо - 2,3% [1-М, 2-М, 6-М, 8-М, 17-М, 26-М, 27-М, 28-М, 32-М, 33-М, 35-М, 37-М, 42-М].

9. Дар таҳқиқоти мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсикунанда дар сохтори бемориҳои соматикӣ инҳо бартарӣ доранд – бемориҳои роҳҳои пешоброн (44,7%), бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (20,5%), бемориҳои узвҳои ҳозима(33,7%), бемориҳои системаи эндокринӣ

(19,6%), камхунӣ (10,1%), инвазияи гиччасорӣ (10,0%). Дар 53,4% ҳолат бемориҳои якҷояшуда ба мушоҳида расид. Сатҳи баланди СРҶГ ба қайд гирифта шуд. СРҶГ -и нисбатан паҳншуда дар байни мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсикунанда хламидиоз (28,7), сӯзок (гонорея) (20,0%), кандидоз (15,3%), трихомониаз (14,5%), сифилис (12,3%), уреоплазмоз (13,2%), гарднереллез (13,3%) буданд. ВНМО–сироят дар 7,2% мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсикунанда дида шуд. Дар 53,2% ҳолат бемориҳои якҷояшуда ба мушоҳида расид. Бемориҳои роҳҳои пешоброн дар ҷавонони аз гурӯҳи мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсикунанда аксар вақт дар шакли уретритҳо ва систитҳо ба назар расид, онҳо шакли музминро ба худ гирифта, аксар вақт ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти мақсадноки ҷуфти ҳамсарҳо барои муайян кардани сироятҳои урогениталӣ аз хусуси бенасли ва нигоҳ дошта натавонистани ҳамл ошкор кардашуданд [1-М, 2-М, 24-М, 42-М, 47-М].

10. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқотҳои мо дар байни ИМТ (истеъмолкунандагони муҳадироти тазриқӣ) бемориҳои зерин нисбатан паҳншудатар буданд- бемориҳои узвҳои пешоброн - 42,5%, бемориҳои узвҳои нафаскашӣ - 22,4%, бемориҳои системаи эндокринӣ - 18,7%, инвазияи гиччасорӣ - 12,7%, бемориҳои узвҳои ҳозима -10,0%. Бемории сил дар 5,1%, ВНМО-сироят – дар 8, 2% ҳолат дида шуд. СРҶГ-и нисбатан паҳншуда дар байни ИМТ инҳо мебошанд- гепатит С - 47,8%, гонорея – 22,3%, сифилис - 13,4%, ВСМ (вируси ситомегалия) - 17,9%, вируси герпеси одди (ВГО) - 15,6%, хламидиоз – 17,3%, уреоплазмоз – 15,7%, токсоплазмоз - 13,4%, трихомониаз – 15,7%, кандидоз – 17,3% [1-М, 2-М, 3-М, 23-М, 38-М, 42-М, 50-М].

11. Дар байни муҳочироне, ки ба ШТМҶ муроҷиат намудаанд, бемориҳои нисбатан паҳншудатари соматикӣ боз ҳам бемориҳои узвҳои пешоброн (34,6%), бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (20,2%), бемориҳои системаи эндокринӣ (16,7%), камхунӣ (12,5%), инвазияи гиччасорӣ (13,0%), бемориҳои узвҳои ҳозима (10,0 %) буданд. Бемории сил дар 12,7%, ВНМО-сироят – дар 9, 3%-и муҳочирон ба қайд гирифта шуд. Дар сохтори СРҶГ дар муҳочирон бештар трихомониаз (22,8%), кандидоз (18,8%), ВСМ (15,0%), ВГО (вируси герпеси оддӣ) (14,4%), уреоплазмоз (16,4%), хламидиоз (14,2%), гарднереллез (10,2%), сӯзок (гонорея) (12,0%), сифилис (4,7%) муайян карда шуд [1-М, 2-М, 3-М, 23-М, 38-М, 42-М, 50-М].

12. Аз миқдори умумии 13070 ҳолати шахсони ба ВНМО-сироят гирифташуда дар давраи солҳои 1991–2020 миқдори 3611 нафар (27,5%) –ро ташкил дод. Шахсони бо ВНМО-сироят зиндагикунанда 9459 (72,5%), аз ҷумла мардҳо - 8342 (63,9%), занҳо -4728 (36,1%) буданд. Дар байни онҳо истеъмолкунандагони муҳадироти тазриқӣ (ИМТ) 3786 (29,1%), муҳочирони меҳнатӣ -1663 (12, 7%), кормандони чинсӣ- 234 (1,8%), маҳбусон - 853 (6,5%) –ро ташкил карданд. Роҳи асосии интиқоли ВНМО-сироят роҳи чинсӣ - 60,0%, тазриқӣ (инъексионӣ) -29,4% буданд [1-М, 2-М, 3-М, 15-М, 23-М, 31-М, 36-М, 38-М, 41-М, 42-М, 50-М].

13. Муроҷиати солонаи ҳомилаҳо ба ШТМҶ ба ҳисоби миёна 5%-и миқдори умумии муроҷиаткардаҳо ташкил дод, ки зиёда аз 85%- и онҳо ҳомилагиро таҳти муоинаи тиббӣ нигоҳ медоранд. Қатъ кардани ҳомилагӣ дар 90%-и ҳолатҳо ғайририхтиёрӣ аст ва дар 10%-и ҳолатҳо қатъкунии сунъии ҳомилагӣ (сиқти тиббӣ) ҳангои ҳомилагии номуносиб ё тибқи нишондодҳои тиббӣ сурат мегирад. Дар сохтори сабабҳои қатъкунии сунъии ҳомилагӣ аномалияҳои генетикӣ ва хромосомии чанин (17,9% ҳолат) сабаби сиқт дар 70% -и ҳолатҳо то ҳафтаи 12-ум ва дар 30% - и ҳолатҳо сиқт пас аз ҳафтаи 12-и ҳомилагӣ гаштаанд. Дар байни дигар сабабҳо бемориҳои сироятии аз сар гузаронидашуда (15,6%), ҳомилагии хоричи бачадонӣ (12,0%), сиқтҳои маъмулӣ (8,12%), дар 36,0% ҳолат сабаби сар задани сиқт муайян карда нашуд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 5-М, 7-М, 9-М, 10-М, 11-М, 13-М, 16-М, 18-М, 19-М, 25-М, 29-М, 30-М, 34-М, 46-М, 49-М].

14. Сифати ҳаёт дар гурӯҳҳои мухталифи ҷавонон фарқ мекунад: балли миёнаи нисбатан баландтарро ҷавонони муташаккил (ба ҳисоби миёна 4,2 балл) соҳиб шудаанд,

балли камтаринро КЧ – (3,3 балл), мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсикунанда (3,3 балл) ва ИМТ (3,2 балл) гирифтаанд, ифодаи миёна – дар муҳоҷирони меҳнатӣ (3,4 балл) буд. Ба сифати ҳаёти ҷавонон чинс, рафтори репродуктивӣ ва чинсӣ таъсир мерасонанд. Микдори нокофии барномаҳо оид ба маълумот ва маърифати чинсӣ барои ҷавонон дар маҷмӯъ, дар ҳамбастагӣ бос уст шудани системаи расонидани ёрии тиббӣ аз хусуси СРҶГ ва сироятҳои вирусӣ (ВНМО ва гепатити вирусии В/С) омилҳои осебпазирии гурӯҳҳои дар боло зикршударо нисбат ба СРҶГ ва ВНМО ва гепатити вирусӣ пурқувват месозад [1-М, 24-М, 47-М, 50-М].

15. Вазъияти демографӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар тамоми даврони соҳибистиклолии кишварамон мураккаб боқӣ мемонад, ки дар ин бора хусусиятҳои микдорӣ ва сифатии таваллудкунӣ, фавтият, нишондиҳандаҳои давомнокии миёнаи умр гувоҳӣ медиҳанд. Гарчанде тамоюли устувори пастшавӣ, сатҳи баланди таваллудкунӣ дар якҷоягӣ бо фавтияти нисбатан паст барои афзоиши табиӣ аҳолии мусоидат мекунад. Ин аз бисёр ҷиҳат ба потенциали демографӣ дар кишвар – синну соли ҷавони сохтори аҳолии вобастагӣ дорад [1-М, 3-М, 7-М, 12-М, 22-М, 30-М, 43-М, 44-М, 45-М, 48-М, 51-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои тадқиқот

1. Таҷрибаи мусбӣ ноҳияҳои таҷрибавиро ба назар гирифта, дар марказҳои саломатии шаҳру ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон шуъбаҳои хизматрасониро барои ҷавонон бо роҳи ташкил намудани Шуъбаҳои тиббӣ-машваратӣ васеъ кардан зарур аст;
2. Бо мақсади беҳтар намудани хизматрасонии солимии соматикӣ, репродуктивӣ ва шахвонӣ ба ҷавонон бояд дар дигар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон модели таҳияшудаи расонидани кӯмаки машваратии тиббӣ ва махсусгардонидашуда ба ҷавонон бо риояи принципҳои махфият, дастрасӣ ва қобили қабул ҷорӣ карда шавад.
3. Таҷдиди назар ва таҷдиди санадҳои меъёрии ҳуқуқии танзимкунандаи фаъолияти хадамоти солимии репродуктивӣ боздид намудан зарур аст;
4. Тасдиқи усули диспансерии пешгирӣ ва табобати бемориҳои наврасон дар Марказҳои саломатӣ бо дастрасии гурӯҳҳои махсусан осебпазир (дар байни КЧ, ММАҶД, ИМТ ва муҳоҷирони меҳнатӣ);
5. Барои беҳтар намудани хизматрасонии гинекологии ноболиғон бояд протоколҳои клиникӣ ва стандартҳои алгоритми ташҳис, табобат ва пешгирии бемориҳои гинекологӣ таҳия карда шаванд;
6. Барои баланд бардоштани сифати зиндагии ҷавонон дар соҳаҳои ҷисмонӣ, эҳсостӣ, инчунин дар соҳаи иҷтимоӣ фаъолиятҳоро равона кардан зарур аст;
7. Ҳамкориҳои мақомоти давлатӣ ва ғайридавлатӣ ва ташкилотҳо бояд ҷиҳати таъмини муоинаи скрининг, табобат ва пешгирии бемориҳои сироятӣ дар клиникаҳои махсуси дерматовенерологӣ ва марказҳои саломатӣ беҳтар карда шавад;
8. Дар муассисаҳои таҳсилоти миёнаи умумӣ ва олий барномаҳои таълимӣ оид ба баланд бардоштани сатҳи огоҳии духтарону занони ҷавон ва писарон дар робита ба паҳншавии сирояти ББАҶГ/ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо паҳншавии чинсии бартаридошта таҳия карда шаванд, гузаронидани ҷаласаҳои иттилоотӣ оид ба пешгирии алоқаи барвақти чинсӣ, рафтори хатарнок, нашъамандӣ, баланд бардоштани сатҳи огоҳии ҷавонон дар бораи Бемориҳои илтиҳоби коси хурд, ББАҶГ ва сирояти ВНМО;
9. Аз сабаби он, ки индекси саломатии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паст арзёбӣ мешавад, зарур аст, ки равишҳои ҷорӣ дар соҳаи хизматрасонии тиббию иҷтимоӣ бо дарназардошти омилҳои муҳимтарини ба сифати ҳаёти ҷавонон таъсиркунанда аз нав дида баромада шаванд: ба монанди паст будани вазъи иҷтимоӣ-иқтисодии оила, шароити гайриканоатбахши моддию маишӣ ва гайра;

10. Бояд ба назар гирифт, ки дар байни сифати зиндагии кӯдакону наврасон, солимии равонӣ ва дигар паҳлӯҳои психологӣ онҳо робитаи зич мавҷуд буда, силсилаи шуъбаҳоро бо психологҳои ботаҷриба таъмин карда шавад;
11. Бояд низоми муроҷиат ва роҳнамоӣ аз сатҳи КАТС ба ёрии махсуси тиббӣ, ки метавонад муттасилии расонидани ҳадамоти зарурии профилактикӣ ва табобатӣ-диагностикиро ба ҷавонон таъмин намуда, ба ин васила дастрасӣ ва далелҳои асосноки таъинотро ба назар гиранд.
12. Мутахассисоне, ки ба ҷавонони табақаҳои осебпазири аҳолии хизматрасонии тиббӣ мерасонанд, бояд тартиби расонидани кӯмакро омӯзанд, малақаҳои машваратдиҳӣ ва арзёбии солимии соматикӣ ва репродуктивиро дошта бошанд;
13. Барои сари вақт ошкор ва ислоҳ кардани онҳо монеаҳои дастрасӣ ва зарурати кумаки тиббӣю иҷтимоӣ барои ҷавононро дар мисоли коргарони шахвонӣ, ақаллиятҳои ҷинсӣ, ИМТ, муҳоҷирони меҳнатӣ ва ашхоси издивоҷи бисёрзанӣ омӯхтан зарур аст;
14. Протоколҳои муоина ва табобатро барои табақаҳои махсусан осебпазири аҳолии дар Марказҳои саломатӣ таҳия ва татбиқ карда шаванд;
15. Ба равандҳои мавҷудаи табобат ва тавонбахшии ҷавонон тавассути ташкили телефонҳои боварӣ расонидани ёрии психологӣю иҷтимоӣ қорӣ карда шавад.

РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО

- ВНМО – вируси норасогии масунияти одам
КАТС – кӯмаки аввалияи тиббӣю санитарӣ
ТУТ – Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ
ВГО – вируси герпеси одди
СРҶГ – Сирояти бо роҳи ҷинсӣ гузаранда
КДМ – Клиникаи муносибати дӯстона бо ҷавонон
ШВСЗ – Шахсони бо вируси БПНМ зиндагикунанда
ВТ ва ҲИА ҶТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ШТМҶ – Шуъбаи тиббӣ-машваратии ҷавонон
ММАҶД – Мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсидошта
ИМТ – истеъмолкунандагони муҳадироти тазриқӣ
ПИМК – Профилактикаи интиқол аз модар ба кӯдак
СР – Солимии репродуктивӣ
КҶ – Кормандони ҷинсӣ
ҶТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон
СҶ – Солимии ҷинсӣ
ВАО – Воситаҳои ахбори омма
БПНМ – Бемории пайдошудаи норасогии масъуният
ҲРЗ – Ҳадафи рушди ҳазорсола
ҲРУ – Ҳадафи рушди устувор
ЮНЕСКО (аз англ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) — Муассисаи махсуси СММ оид ба масъалаҳои маориф, илм ва фарҳанг.
ЮНИСЕФ – Фонди кӯдакони СММ

**Корҳои илми нашршуда оиди мавзӯи диссертатсия
Монография ва дастурҳои таълимӣ-методӣ:**

[1-А] Бобоходжаева М.О. Состояние и проблемы репродуктивного здоровья молодежи в современных условиях / А.Ахмедов // Монография. -Душанбе, ГУП ИПК «Шарки озод», 2019. – 190 с.

[2-А] Бобоходжаева М.О. Современные принципы оказания медицинских услуг подросткам и молодежи групп высокого риска / Т.С. Джабарова, И.С Махмудзода, М.К. Касимова, Ф.М. Набиева // Учебное пособие. -Душанбе, 2017. -29 с.

[3-А] Бобоходжаева М.О. Медико-демографические аспекты состояния здоровья населения / М.К.Касимова // Учебное пособие. -Душанбе, 2017. –53 с.

[4-А] Бобоходжаева М.О. Врожденные пороки развития у новорожденных (профилактика, диагностика, лечение) / Х.Р. Зурхолова, П.Г. Зарифова, Д. Шарипова, Е.В. Сыпало, Г. Садриддинова // Учебно-метод. пособие. -Душанбе, 2019. –28 с.

Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақриздихандаи ҚОА нашршуда:

[5-А] Бобоходжаева М.О. Компоненты репродуктивного поведения населения Таджикистана в переходный период / А.А.Ахмедов, М.К.Касимова, Н.Н. Беков // Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№1. -С. 173-177.

[6-А] Бобоходжаева М.О. Социальная характеристика и поведенческие факторы риска ИППП/ВИЧ среди работниц коммерческого секса в г. Душанбе / А.А.Ахмедов // Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№3. -С. 5-10.

[7-А] Бобоходжаева М.О. Тенденции изменения рождаемости в Республике Таджикистан в новых экономических условиях / А.А.Ахмедов, М.А.Назирова, М.К.Касимова, Н.Н.Беков // Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№2. С. 5-11.

[8-А] Бобоходжаева М.О. Аутрич в системе повышения медицинской информированности по профилактике ИППП/ВИЧ среди работниц коммерческого секса / А.А.Ахмедов, М.К.Касимова, М.Дж. Муминова // Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№4. -С. 9-10.

[9-А] Бобоходжаева М.О. Детская смертность в Республике Таджикистан в контексте достижения целей развития тысячелетия / А.А.Ахмедов, М.А. Назирова, М.К.Касимова, С.А. Шахобова // Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№4. -С. 11-15.

[10-А] Бобоходжаева М.О. Репродуктивное поведение семьи в полигамном браке / А.А.Ахмедов, М.А.Назирова, М.К.Касимова // Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№4. -С. 5-12.

[11-А] Бобоходжаева М.О. Практика использования аборта в Республике Таджикистан в современных условиях / М.К.Касимова // Известия Академии наук Таджикистана: отделение общественных наук. -2012. -№3. -С.67-71.

[12-А] Бобоходжаева М.О. Межсекторальное сотрудничество по профилактике ИППП/ВИЧ/СПИД среди работниц секса в городе Душанбе / А.А. Ахмедов, М.К. Касимова // Здравоохранение Таджикистана. –2013. -№ 1. –С. 5-11.

[13-А] Бобоходжаева М.О. Динамика и детерминанты контрацептивного поведения населения Республики Таджикистан в современных социально- экономических условиях / М.А. Назирова, М.К. Касимова, А. Ахмедов, Ф.О. Мирзоева // Здравоохранение Таджикистана. -2014. -№1. -С. 5-11.

[14-А] Бобоходжаева М.О. Медико-демографический профиль молодежи групп высокого риска в г.Душанбе Республики Таджикистан // Научный журнал Таджикского Национального Университета. –2015. -№1/3(164). -С. 207-211.

[15-А] Бобоходжаева М.О. Коммерческий секс как эпидемический фактор риска распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях / А. Ахмедов, М.К. Касимова // Здравоохранение Таджикистана». –2015. -№ 4. -С.8-12 .

[16-А] Бобоходжаева М.О. Аборты среди работниц секса: частота, мотивы, медицинские аспекты / М.К. Касымова, А. Ахмедов, Ф.О. Мирзоева // Здравоохранение Таджикистана. –2015. -№2. -С. 62-67.

[17-А] Бобоходжаева М.О. Заболеваемость работниц коммерческого секса инфекциями, передаваемыми половым путем и ВИЧ / М.К.Касымова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2016. -№1. -С. 17-22.

[18-А] Бобоходжаева М.О. Тенденции в сфере рождаемости в Республике Таджикистан в эпоху распространения практики планирования семьи / М.К. Касымова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2017. -№2. -С. 37-43.

[19-А] Бобоходжаева М.О. Эффективность функционирования Молодежных клиничко-консультативных отделений // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -2018. -№3(8). -С. 302-306.

[20-А] Бобоходжаева М.О. Ультразвуковая и доплерометрическая диагностика доброкачественных новообразований придатков матки у женщин репродуктивного возраста / С.С. Холова, Э.Х. Хушвахтова, З.Р. Нарзуллоева // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2019. -№3. - С. 78-83.

[21-А] Бобоходжаева М.О. Структура соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу / Здравоохранение Таджикистана. -2021. -№3. -С. 16-21.

[22-А] Бобоходжаева М.О. Структура заболеваний репродуктивных органов молодежи / Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. -2021. - №4. -С. 13-18.

[23-А] Бобоходжаева М.О. Структура заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. -2021. №3. -С.5-9.

[24-А] Бобоходжаева М.О. Показатели качества жизни молодежи с безопасным и рискованным поведением / Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2022. -№1. – С. 17-23.

[25-А] Бобоходжаева М.О. Преимущество предоставления услуг и уровень первичной заболеваемости молодежи в Республике Таджикистан //Здравоохранни Таджикистана. -2022. -№2. – С.17-22.

Маколаҳо ва фишурдаи маърузаҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо:

[26-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты девиантного поведения населения и социально-обусловленные заболевания / С. Раджабова // Материалы научно-практической конференции «Коммерческий секс: проблемы и пути решения в РТ (28-29 ноября 2007 г., Душанбе). -Душанбе, 2008, С. 84-89.

[27-А] Бобоходжаева М.О. Особенности девиантного поведения работниц коммерческого секса в условиях распространения ИППП/ВИЧ в г. Душанбе / Научно-практический журнал «Мать и дитя». – 2010. -№3. -С. 114-116.

[28-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты девиантного поведения населения и социально-обусловленные заболевания / М.К. Касымова // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию государственного образования РТ и 60-летию Академии наук РТ (24 мая 2011 г., Душанбе). -Душанбе, 2011, С. 83-89.

[29-А] Бобоходжаева М.О. Доступ уязвимых слоёв населения к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья в условиях широкого распространения ИППП/ВИЧ / Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК. -2011. -№1. -С. 24-27.

[30-А] Бобоходжаева М.О. Тенденции воспроизводства населения Республики Таджикистан в новых экономических условиях / А.А.Ахмедов, М.К.Касымова, М.А.Назирова, А.А. Хусаинова // Научно-практический журнал ТИППМК. -2011. -№2. -С. 19-25.

[31-А] Бобоходжаева М.О. Распространенность инфекций, передающихся половым путем/вируса иммунодефицита человека среди работниц секса в г. Душанбе / А. Ахмедов, М.К. Касымова, М.А. Назирова, А.А. Хусаинова // Научно-практический журнал ТИППМК. -2011. -№1. -С. 42-44.

[32-А] Бобоходжаева М.О. Репродуктивное здоровье работниц коммерческого секса / Научно-практический журнал ТИППМК. -2011. -№4. -С. 9-13.

[33-А] Бобоходжаева М.О. Потребности работниц секса в услугах по репродуктивному здоровью и планированию семьи / Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. -2013. -№1. -С. 8-12.

[34-А] Бобоходжаева М.О. Молодежное медико-консультативное отделение – новая служба здравоохранения, дружественная к подросткам и молодежи групп высокого риска в Таджикистане / Ф. Набиева, Ф.О. Мирзоева // Материалы научно-практической конференции, посвященной юбилею 90-летия присвоения статуса столицы города Душанбе «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка». - Душанбе, 2014. -С.123-134.

[35-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты распространения ИППП/ВИЧ среди работниц секса / А. Ахмедов, М.К. Касымова // Материалы научно-практической конференции, посвященной юбилею 90-летия присвоения статуса столицы города Душанбе «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка». - Душанбе. -2014. -С. 129-132.

[36-А] Бобоходжаева М.О. Интегральный подход в профилактике ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста / А. Ахмедов // Сборник трудов научно-практической конференции ГУ Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии. -Душанбе, 2014. -С. 77-80.

[37-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты репродуктивного и сексуального здоровья групп наивысшего риска молодежи в современных условиях / А.Ахмедов, М.К. Касымова, Е.В. Маслова, А.А. Хусаинова // Материалы ежегодной XX научно-практической конференции ИПОвСЗРТ «Внедрение здоровьесберегающих технологий на современном этапе и перспективы развития в РТ» // Научно-практический журнал ИПОвСЗРТ. -Душанбе, 2014. - №4. - С. 60-63.

[38-А] Бобоходжаева М.О. Информированность уязвимых слоев населения об ИППП и методах профилактики / М.К. Касымова // Материалы ежегодной XX научно-практической конференции ИПОвСЗРТ «Внедрение здоровьесберегающих технологий на современном этапе и перспективы развития в РТ» // Научно-практический журнал ИПОвСЗРТ. -Душанбе, 2014. -№4. -С. 58-60.

[39-А] Бобоходжаева М.О. Влияние гендерных отношений на репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье населения / М.К. Касымова, А. Ахмедов, Ф.О. Мирзоева // Научно-практический журнал ИПОвСЗРТ. -2014. -№1. -С. 23-28.

[40-А] Бобоходжаева М.О. Гендерные проблемы репродуктивного здоровья / А. Ахмедов, М.К. Касымова, Е.В. Маслова // Научно-практический журнал ТИППМК. -2015. -№4. -С.5-11.

[41-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые особенности распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях/ А.А. Ахмедов, М.К.Касымова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2015. -№2. -С. 25-29.

[42-А] Бобоходжаева М.О. Особенности предоставления медицинских услуг молодежи из группы высокого риска / Ф.А. Олимова, Ф.М. Набиева, Б.М. Мирзоева // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 80-81.

[43-А] Бобоходжаева М.О. Правовые аспекты охраны здоровья молодежи в РТ / Ф.М. Набиева // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 82-83.

[44-А] Бобоходжаева М.О. Нормативно-правовая база охраны здоровья молодежи в РТ / М.К. Касимова, С. Раджабова, М.Х. Халикова, Т. Гафурова // Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. -Душанбе, 2016. -С. 225-228.

[45-А] Бобоходжаева М.О. Государственная молодежная политика и задачи сектора здравоохранения Республики Таджикистан / Т.У. Гафурова //Материалы ежегодной XXII научно-практической конференции «Роль последипломного образования в развитии медицины Республики Таджикистан» (25 ноября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 8-10.

[46-А] Бобоходжаева М.О. Некоторые аспекты контрацептивного поведения населения в современных условиях / М.К. Касимова, М.А. Назирова // Материалы ежегодной XXII научно-практической конференции «Роль последипломного образования в развитии медицины Республики Таджикистан» (25 ноября 2016 г., Душанбе). -Душанбе, 2016. -С. 16-19.

[47-А] Бобоходжаева М.О. К вопросу о качестве здоровья молодежи Таджикистана // Материалы ежегодной XXIII научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ «Медицинское образование и здоровье в XXI веке». -Душанбе, 2017. -С. 17-19.

[48-А] Бобоходжаева М.О. Новые репродуктивные технологии: этико-правовые аспекты / М.К.Касимова // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ «Юбилейные научные чтения». -Душанбе, 2018. -С. 18-20.

[49-А] Бобоходжаева М.О. Анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С.14-15.

[50-А] Бобоходжаева М.О. Медико-социальные проблемы молодежи в Республике Таджикистан / С.Ганиева., Ф.М. Набиева, Ш. Орипова //Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С. 17-18.

[51-А] Бобоходжаева М.О. Пайдарпайи хизматрасонӣ ва сатҳи беморшавии аввалияи ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон /А.Аҳмадов //Вестник медико-социального института Таджикистана. - Душанбе, 2022. -С. 5-11.

АННОТАЦИЯ
БОБОХОДЖАЕВА МАСУДА ОБЛОКУЛОВНА
«МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН»

Ключевые слова: Организованная молодёжь, мужчины имеющие секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, работницы секса, качество жизни, заболеваемость, репродуктивное здоровье, сексуальное здоровье, молодёжные медико-консультативные отделения.

Цель исследования. Изучить особенности качества жизни молодёжи, связанное со здоровьем и разработать научно-обоснованный алгоритм по дальнейшему совершенствованию предоставления медико-социальных услуг по улучшению соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодёжи в современных социально-экономических условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Объектом исследования является современная таджикская молодёжь как социально-демографическая группа, молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет, всего 58103 чел.: организованная молодёжь (студенты ВУЗ-ов, СУЗ-ов, школьники) – 46767 чел.; трудовые мигранты – 7092 чел.; работницы секса (РС) – 3837 чел.; мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) – 40 чел.; потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – 367 чел., которым были проведены общее объективное и гинекологическое исследование, другие медицинские услуги: психокоррекция поведения, добровольное диагностирование, лечение и реабилитация с целью профилактики и раннего выявления заболеваний репродуктивной системы, включая нежелательную беременность; УЗИ органов малого таза; лабораторная диагностика. Проведен клинико-статистический анализ электронных карт молодёжи, ранее обратившихся в молодёжные медико-консультативные отделения Центров здоровья (ММКО) - 2008 карт: 1569 девушек и 439 юношей с использованием опросника, рекомендованный ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) с нашими дополнениями. Также в ходе исследования был проведен анализ данных амбулаторных карт (форма 025/к – индивидуальная карта пациентки, использующей контрацептивы; проведено клиническое наблюдение 2008 обратившихся в ММКО молодёжи с анализом электронных карт мониторинга числа посещений и полученных услуг пациентом с применением системы кодирования молодёжи, среди них 1569 лиц - женского и 439 мужского пола. Было использовано ведение унифицированного идентификационного кода наблюдения за пациентом в ММКО, разработанного и введенного в практику использования с целью сохранения и обеспечения конфиденциальности и анонимности. Услуги, предоставляемые в ММКО были классифицированы как консультативные, диагностические и лечебные. Классификация заболеваний произведена по МКБ -10 (ВОЗ,1998).

Полученные результаты и их новизна: Соматические заболевания выявлены у 1870 чел. (3,22%) из числа обратившихся, в том числе 1030 случаев среди юношей (55,1%) и 840 случаев – среди девушек (44,9%). У 135 (0,77%) и из 40033 обратившихся за медицинскими услугами девушек у 1563 (3,90%) были выявлены те или иные ИППП. Среди юношей обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались воспалительные заболевания мочеполовой системы (53,6%), затем выделения из мочевыводящих путей (34,5%), боли внизу живота (19,3%), опухоли яичек (2,85%) и генитальные язвы (0,88%). Среди девушек обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались также воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) - 25,6%, затем нарушения менструального цикла - 17,5%, ювенильные кровотечения - 12,7%, доброкачественные образования яичников - 5,8%, заболевания молочной железы - 1,41%. В течение последних двух лет в ММКО всего было установлено 2141 случаев беременности, что составило 5,35% от общего обратившихся, которым оказывался полный спектр медико-социальных услуг. В структуре причин самопроизвольного прерывания беременности выявленные генетические, хромосомные аномалии плода (17,9% случаев) стали причиной в 70% случаев выкидышей в сроке до 12 недель и в 30% - после 12 недель беременности. Среди других причин были перенесенные инфекционные

заболевания (15,6%), внематочная беременность (12,0%), привычные выкидыши (8,12%), в 36,0% случаев причина выкидыша не была установлена, раннее безопасное прерывание беременности было в 10,4% случаях. Показатель общей первичной заболеваемости составил 638 ‰ среди всей молодежи, 778,2 ‰ у юношей и 4392,5 ‰ у девушек. Изучение качества жизни у разных групп молодежи с использованием опросника ВОЗ дополненного нами анкетой, выявил следующее: наибольший средний бал получен у организованной молодежи, наименьший – у РС, МСМ и ПИН, средние значения – у трудовых мигрантов.

Нами впервые были внедрены новые «дружественные» подходы к оказанию медицинской помощи подросткам и молодым людям, включающие полный спектр предоставления медико-социальных услуг молодежи, включая группы высокого риска, такие как РС, ПИН, МСМ и трудовые мигранты, которые уязвимы не только по ВИЧ и ИППП, они имеют низкий индекс соматического, сексуального, репродуктивного и психического здоровья.

Рекомендации по использованию: Разработанная и внедренная модель оказания медико-консультативной и специализированной помощи молодежи позволит в дальнейшем совершенствовать службы соматического, репродуктивного, сексуального и психического здоровья молодежи в Республике Таджикистан. Научно обосновано для практического применения, что отлаженная система перенаправления пациентов от уровня ПМСП до специализированной медицинской помощи способна обеспечить преемственность предоставления необходимых профилактических и лечебно-диагностических услуг молодежи, тем самым повышая их доступность и доказательную обоснованность назначений.

Области применения: Общественное здоровье и здравоохранение, акушерство и гинекология.

АННОТАТСИЯИ

Бобоходжаева Масуда Облокуловна

дар мавзӯи «Чанбаҳои тиббӣ-ичтимоӣ ва ташкилии ҳифзи солимии репродуктивии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» барои дарёфти дараҷаи илмии доктори илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси 14.02.03. – Тандурустии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ

Калимаҳои калидӣ: ҷавонони муташаккил, мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинси дошта, истеъмолкунандагони муҳадироти тазриқӣ, кормандони ҷинсӣ, сифати ҳаёт, солимии репродуктивӣ, солимии ҷинсӣ, шуъбаи тиббӣ машваратии ҷавонон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои сифати ҳаёти ҷавонон, ки бо саломатӣ алоқаманданд ва коркарди алгоритми аз ҷиҳати илмӣ асоснок барои тақмили минбаъдаи пешниҳод намудани ҳадамоти тиббӣ-ичтимоӣ ҷиҳати беҳтар сохтани солимии ҷисмонӣ, репродуктивӣ ва ҷинсии ҷавонон дар шароити муносири иҷтимоӣ-иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Объекти таҳқиқот ҷавонони муносири Тоҷикистон мебошанд, ҳамчун гурӯҳи иҷтимоӣ – демографӣ, одамони ҷавони синну соли аз 15 то 30-сола, ҳамагӣ 58103 нафар: - ҷавонони муташаккил (донишҷӯёни МТО, МТМ, хонандагон) - 46767 нафар; - муҳожирони меҳнатӣ – 7092 нафар;- кормандони ҷинсӣ – 3837 нафар;- мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсӣ доранд – 40 нафар;- истеъмолкунандагони муҳадироти тазриқӣ 367 нафар, ки дар онҳо таҳқиқоти умумии объективӣ ва гинекологӣ, дигар хизматрасониҳои тиббӣ: ислоҳи равонии рафтор, ташҳиси ихтиёрӣ, табобат ва реабилитатсия бо мақсади пешгирӣ ва барвақт ошкор сохтани бемориҳои системаи репродуктивӣ, аз ҷумла ҳомилагии номатлуб; ТУС (таҳқиқоти ултрасадоӣ)-и узвҳои коси хурд; ташҳиси лабораторӣ гузаронида шуд.

Таҳлили клиникӣ-омории 2008 картаҳои электронии ҷавонони қаблан ба ШТМЧ (шуъбаи тиббӣ - машваратии ҷавонон)-и Марказҳои саломатии машваратӣ мурочиатнамуда таҳлил карда шуд: аз он ҷумла 1569 дутар ва 439 писар бо роҳи истифода аз пурсишномаи тасиянамудаи ТУТ бо иловаи мо барои баҳогузорӣ ба сифати ҳаёт (WHOQOL-BREF). Ҳамчунин дар чараёни таҳқиқот таҳлили маълумотҳои картаҳои амбулаторӣ (формаи 025/к – картаи инфиродии беморзане, ки контрасептиҳоро истифода намудааст) анҷом дода шуд; муоинаи клиникӣ 2008 нафар ҷавонони ба ШТМЧ мурочиатнамуда гузаронида шуд, ки дорои таҳлили картаҳои электронии мониторинги миқдори мурочиатҳо ва хизматрасониҳои тиббӣ ба беморон буданд бо истифода аз рамзгузори ҷавонон, дар байни онҳо 1569 нафар – ҷинси зан ва 439 нафар ҷинси мард буданд. Татбиқи рамзи ягона ва идентификатсияшудаи муоина беморон дар ШТМЧ истифода шуд, ки бо мақсади нигоҳдорӣ ва таъмин намудани махфият ва анонимӣ коркард ва дар амал татбиқ шудааст. Хизматрасонӣ, ки аз тарафи ШТМЧ пешниҳод карда мешаванд, ҳамчун хизматрасониҳои машваратӣ, ташҳисӣ ва табобатӣ тасниф шудаанд. Таснифи бемориҳои тибқи ТББ -10 (ТУТ,1998) сурат гирифт.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағсонии онҳо: Бемориҳои соматикӣ дар 1870 (3,22%) аз ҳисоби мурочиаткардагон ошкор карда шуд, ки аз ҷумла дар 1030 ҳолат дар байни ҷавонон (55,1%) ва 840 ҳолат дар байни духтарҳо (44,9%) ба назар расид.

Дар 135 (0,77%) нафар ва аз 40033 духтарҳои мурочиаткунанда барои гирифтани хизматрасонии тиббӣ дар байни духтарҳо 1563 (3,90%) ин ё он СРЧГ муайян карда шуд. Дар байни ҷавононе, ки ба ШТМЧ мурочиат намудаанд, бештар аз ҳама бемориҳои илтиҳобии системаи пешоброн 53,6%), баъдан ифрозоти роҳҳои пешоброн (34,5%), дард дар қисми поёни шикам (19,3%), омози тухмдонҳо (2,85%) ва решҳои гениталӣ (0,88%) ба назар расиданд. Дар байни духтароне, ки ба ШТМЧ мурочиат намудаанд, бештар аз ҳама бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос - 25,6%, баъдан ихтилоли сикли ҳайзбинӣ - 17,5%, хунравии ювенилӣ - 12,7%, номияҳои хушсифати тухмдонҳо - 5,8%, бемориҳои гадуи шир - 1,41% дида шуданд.

Дар давоми ду соли охир дар ШТМЧ хамагӣ 2141 ҳолати ҳомилагӣ ба қайд гирифта шудааст, ки 5, 35%-и ҳамаи мурочиаткардаҳоро, ки ба онҳо спектри пурраи хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ расонида шудааст, ташкил медиҳад.

Дар сохтори сабабҳои қатъшавии ғайриихтиёрии ҳомилагӣ аномалияҳои генетикӣ, хромосомии чанин (17,9% ҳолат) дар 70% ҳолат сабаби сиқти чанин дар муҳлати то 12 ҳафта ва дар 30%-и ҳолатҳо пас аз ҳафтаи 12-уми ҳомилагӣ рух додааст. Дар байни сабабҳои дигар бемориҳои сироятии аз сар гузаронидашуда (15,6%), ҳомилагии хориҷи бачадонӣ (12,0%), сиқтҳои маъмулӣ (8,12%), дар 36,0% ҳолат сабаби сиқт муқаррар карда нашуд, қатъкунии барвақту бехатари ҳомилагӣ дар 10,4% ҳолат дида шуд.

Нишондиҳандаҳои умумии беморшавии аввалия дар байни ҳамаи ҷавонон 638 ‰ -ро ташкил дод, ки аз онҳо 778,2 ‰ дар ҷавонон ва 4392,5 ‰ дар духтарон буданд. Омӯзиши сифати ҳаёт дар гурӯҳҳои гуногуни ҷавонон бо истифода аз пурсишномаи ТУТ бо анкетаи илованамаудаи мо чунин ҳолатро нишон дод: балли миёнаи нисбатан баландро ҷавонони муташаккил ва камтаринро КЧ, мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсидошта ва ИМТ, балли миёна дар муҳочирони меҳнатӣ ба қайд гирифта шуд.

Аз тарафи мо бори нахуст муносибатҳои «дӯстона» ҷиҳати расонидани ёрии тиббӣ ба наврасон ва ҷавонон, аз ҷумла спектри пурраи хизматҳои тиббӣ-иҷтимоии барои ҷавонон, аз ҷумла гурӯҳи хатари баланд, ба монанди КЧ, ИМТ, мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсидошта ва муҳочирони меҳнатӣ пешниҳодшаванда татбиқ карда шудааст, ки на танҳо ба ВНМО ва СРҚГ оғозпазиранд, балки онҳо дорои шохиси (индекси) пасти солимии соматикӣ, ҷинсӣ, репродуктивӣ ва раванӣ низ ҳастанд.

Тавсияҳо оид ба истифода: Модели таҳияшуда ва татбиқшудаи расонидани хизматрасониҳои тиббӣ-машваратӣ ва махсус ба ҷавонон имконият медиҳад, ки дар оянда ҳадамоти солимии соматикӣ, репродуктивӣ ва ҷинсии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тақмил дода шавад.

Барои истифодаи амалӣ илмӣ асоснок карда шудааст, ки системаи мунтазами аз нав фиристодани беморон аз сатҳи КАТС то ёрии ихтисосии тиббӣ метавонад пайдарпайии пешниҳод намудани хизматрасониҳои зарурии профилактикӣ ва табобатӣ-ташхисии ҷавонро таъмин намояд ва ба ин восита дастрасӣ ва асонокии исботшудаи таъйинотро баланд бардорад.

Соҳаи истифода: Тандурустии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ, акушерӣ ва гинекология.

ANNOTATION
BOBOKHOJAEVA MASUDA OBLOKULOVNA
"MEDICAL-SOCIAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF YOUTH
REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN"

Keywords. Organized youth, men who have sex with men, injecting drug users, sex workers, quality of life, morbidity, reproductive health, sexual health, youth medical advisory departments.

Purpose of the study. To study the features of the quality of life of young people related to health and develop a scientifically based algorithm for further improving the provision of medical and social services to improve the somatic, reproductive and sexual health of young people in the current socio-economic conditions of the Republic of Tajikistan.

Material and research methods. The object of the study is modern Tajik youth as a socio-demographic group, young people aged 15 to 30 years old, in total 58103 people: organized youth (students of universities, colleges, schoolchildren) - 46767 people; labor migrants - 7092 people; sex workers (SW) - 3837 people; men who have sex with men (MSM) - 40 people; injection drug users (IDUs) - 367 people who underwent a general objective and gynecological examination, other medical services: psychocorrection of behavior, voluntary diagnosis, treatment and rehabilitation for the prevention and early detection of diseases of the reproductive system, including unwanted pregnancy; Ultrasound of the pelvic organs; laboratory diagnostics. A clinical and statistical analysis of electronic records of young people who had previously applied to the youth medical advisory departments of Health Centers (IMCO) was carried out - 2008 cards: 1569 girls and 439 boys using the WHO-recommended questionnaire for assessing the quality of life (WHOQOL-BREF) with our additions. Also, in the course of the study, an analysis was made of data from outpatient cards (form 025 / k - an individual card of a patient using contraceptives; a clinical observation of 2008 young people who applied to the MMCS was carried out with an analysis of electronic cards for monitoring the number of visits and services received by the patient using the youth coding system, among them 1569 females and 439 males. The Uniform Patient Identification Code of the IMCS was used, developed and put into practice in order to maintain and ensure confidentiality and anonymity. The services provided in the IMCS were classified as advisory, diagnostic and therapeutic. The classification of diseases was made according to ICD-10 (WHO, 1998).

The results obtained and their novelty: Somatic diseases were detected in 1870 people. (3.22%) of those who applied, including 1030 cases among boys (55.1%) and 840 cases among girls (44.9%). In 135 (0.77%) and out of 40,033 girls who applied for medical services, 1,563 (3.90%) had certain STIs. Among the young men who applied to the MMCS, inflammatory diseases of the genitourinary system (53.6%) were most common, followed by discharge from the urinary tract (34.5%), pain in the lower abdomen (19.3%), testicular tumors (2.85%) and genital ulcers (0.88%). Among the girls who applied to the MMCS, inflammatory diseases of the pelvic organs (PID) were also most common - 25.6%, then menstrual disorders - 17.5%, juvenile bleeding - 12.7%, benign ovarian formations - 5.8%, breast diseases - 1.41%. Over the past two years, a total of 2,141 cases of pregnancy were detected at the MMCS, which accounted for 5.35% of the total number of applicants who were provided with a full range of medical and social services. In the structure of the causes of miscarriage, identified genetic, chromosomal abnormalities of the fetus (17.9% of cases) caused 70% of miscarriages up to 12 weeks and 30% after 12 weeks of pregnancy. Other causes included past infectious diseases (15.6%), ectopic pregnancy (12.0%), habitual miscarriages (8.12%), in 36.0% of cases the cause of miscarriage was not established, early safe abortion was in 10.4% of cases. The overall primary morbidity rate was 638% among all young people, 778.2% among boys and 4392.5% among girls. The study of the quality of life in different groups of young people using the WHO questionnaire supplemented by us with a questionnaire revealed the following: the highest average score was obtained from organized youth, the lowest - from SWs, MSM and IDUs, average values - from labor migrants.

For the first time, we have introduced new “friendly” approaches to the provision of medical care to adolescents and young people, including a full range of medical and social services for young people, including high-risk groups such as SW, IDUs, MSM and labor migrants who are vulnerable not only to HIV and STIs, they have a low index of somatic, sexual, reproductive and mental health.

Recommendations for use: The developed and implemented model for providing medical advisory and specialized assistance to young people will further improve the services of somatic, reproductive, sexual and mental health of young people in the Republic of Tajikistan. It is scientifically substantiated for practical application that a well-functioning system of referral of patients from the level of PHC to specialized medical care can ensure the continuity of the provision of the necessary preventive and treatment and diagnostic services to young people, thereby increasing their availability and evidence-based prescriptions.

Applications: Public health and healthcare, obstetrics and gynecology.