

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

**УДК 613:613.8(075.8)**

На правах рукописи

**БОБОХОДЖАЕВА МАСУДА ОБЛОКУЛОВНА**

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

**Диссертация**

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

по специальности

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Научный консультант:**

Член-корреспондент Национальной Академии  
наук Таджикистана, д.м.н., профессор А. Ахмедов

Душанбе – 2022

## Оглавление

<b>Перечень сокращений и условных обозначений .....</b>	<b>4</b>
<b>Введение .....</b>	<b>6</b>
<b>Общая характеристика исследования .....</b>	<b>14</b>
<b>Глава 1. Обзор литературы .....</b>	<b>24</b>
1.1. Дефиниции молодежи как социально-демографической группы .....	24
1.2. Медико-социальные детерминанты здоровья молодежи .....	30
1.2.1. Качество жизни молодёжи, связанное со здоровьем .....	30
1.2.2. Соматический статус здоровья и инфекции, передаваемые половым путём у молодежи .....	41
1.2.3. ВИЧ инфицированность среди молодежи .....	51
1.3. Репродуктивное и сексуальное здоровье молодежи с социально-безопасным и рискованным поведением .....	59
1.3.1. Предикторы девиантного поведения молодежи .....	59
1.3.2. Репродуктивное и сексуальное здоровье мужчин молодого возраста .....	63
1.4. Проблемы в доступности медико-социальных услуг для некоторых групп риска (трудовые мигранты, работницы секса, сексуальные меньшинства, потребители инъекционных наркотиков) .....	75
1.5. Стратегии укрепления здоровья молодежи .....	85
1.5.1. Межведомственное взаимодействие .....	85
1.5.2. Организация профилактических осмотров и просветительных мероприятий .....	93
1.5.3. Опыт организации клиник дружеского отношения к молодёжи .....	96
<b>Глава 2. Материал и методы исследования .....</b>	<b>102</b>
<b>Глава 3. Соматическое, репродуктивное и сексуальное здоровье молодёжи в Республике Таджикистан.....</b>	<b>116</b>

3.1.	Структура основных соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан .....	116
3.2.	Структура заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем среди молодежи в Республике Таджикистан .....	120
3.3.	Структура заболеваемости органов репродуктивной системы молодежи в Республике Таджикистан .....	122
3.4.	Предоставление консультативных и лечебно-диагностических услуг беременным в условиях Молодёжных медико-консультативных отделений .....	126
3.5.	Преимственность предоставления услуг и показатель первичной заболеваемости молодёжи в Республике Таджикистан ...	132
<b>Глава 4.</b>	<b>Медико-демографическая характеристика качества жизни молодежи Республики Таджикистан (по результатам социологического исследования) .....</b>	<b>137</b>
4.1.	Демографическое поведение молодежи в Республике Таджикистан	137
4.2.	Результаты проведенного социологического исследования среди молодежи .....	153
4.3.	Медико-социальная характеристика молодежи высокой группы риска .....	169
<b>Глава 5.</b>	<b>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 .....</b>	<b>183</b>
5.1.	Нормативно-правовая база, проблемы доступности молодёжи к медико-социальным услугам .....	183
5.2.	Анализ результатов внедрения предложенной модели организации клиник, дружеского отношения к молодёжи в Республике	191

Таджикистан .....	
<b>Глава 6. Обзор результатов исследований .....</b>	<b>215</b>
<b>Выводы .....</b>	<b>243</b>
<b>Рекомендации по практическому использованию результатов исследования .....</b>	<b>249</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>252</b>
<b>Публикации по теме диссертации .....</b>	<b>305</b>
<b>Приложения .....</b>	<b>312</b>

**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

## 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 [57].

Согласно прогнозу 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 [41].

Становление молодежи как отдельной социально-демографической группы в Республике Таджикистан проходило в сложных социально-экономических условиях. Гражданская война, которая началась сразу же после распада СССР в 1992 г., нанесла огромный демографический урон Таджикистану, погибло около 60 тыс. человек. Число внутренних переселенцев достигло 1 млн чел., около 250 тыс. чел. стали беженцами. Последствием братоубийственной войны стал факт того, что Таджикистан «де-факто» вошёл в число самых экономически отсталых стран, несмотря на то, что «де-юре» ООН в тот период не признавал этого. Во враждующих регионах страны фактически почти все медицинские, образовательные, социальные и культурные учреждения были уничтожены. Это привело к резкому ухудшению доступности населения ко всем соответствующим вышеуказанным учреждениям, услугам. Несколько десятков женщин овдовели, их дети осиротели [71].

Более миллиона человек лишились жилья, вследствие чего большинство беженцев сбежали в Афганистан, Иран, Пакистан и Турцию, а также в Узбекистан, Россию, Кыргызстан и Казахстан, небольшая часть мигрировали в страны Европы, в США и Канаду. С истечением нескольких лет после окончания

гражданской войны часть из этих беженцев возвратились, но большинство больше не вернулись в Таджикистан [154].

Плохое обеспечение населения питьевой водой стали следствием эпидемии брюшного тифа, которым заболели свыше 26 тысяч человек, из которых умерли 337 человек [219]. В некоторых регионах страны отмечался резко повысился уровень заболеваемости туберкулёзом, холерой и чумой [225].

Экономический и социально-гуманитарный кризис отбросил Таджикистан как минимум на 50 лет назад, были разрушены промышленные предприятия, заводы и фабрики, в стране резко увеличился уровень безработицы, которая сопровождалась отъездом интеллигенции. В эти годы уровень трудовой миграции возрос в разы, молодые люди уезжали в основном в Россию, Казахстан, Турцию, США, в страны Европы. В стране было заметно нарушение соотношения нехватки мужчин с преобладанием женщин и детей. Следует отметить, что данный процесс миграции и в настоящее время является важной проблемой [154].

Состояние и развитие таджикской нации было прямо пропорционально зависимо от качества жизни и уровня здоровья молодежи [147].

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 [121]. В последующие годы этот показатель стал равен 22,4 года [29, 30]. Население Республики Таджикистан согласно данным официальной статистики на начало 2020 г. составило 9 313 800 чел., причем мужчин несколько больше, чем женщин (50,7%). Таким образом, преобладающее большинство населения Таджикистана составляет молодежь [12].

В мире каждый шестой человек относится к подростковой категории в возрасте от 10 до 19 лет, составляя 1,2 миллиарда человек [28].

Независимо от коренных изменений в положительном отношении к РСЗ, которые были достигнуты после проведения Международной конференции по народонаселению в 1994 году, состояние РСЗ всё же остается серьезной проблемой [87]. В Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН, прошедшей в 2013 году в Женеве по Последующей деятельности в связи с вышеназванной конференцией в период после 2014 года, были сформулированы адресные рекомендации по улучшению РСЗ, требующих продолжить улучшение сферы РСЗ [88].

На основе Декларации Тысячелетия ООН были разработаны Цели развития тысячелетия, подписанные в сентябре 2000 года на 15 лет, которые состояли из 8 целей и 21 задачи. Пятая Цель развития тысячелетия (ЦРТ) состояла в улучшении охраны материнского и РЗ и включала сокращение на три четверти показателя материнской смертности за период с 1990 по 2015 гг. и к 2015 г. обеспечение всеобщего доступа к услугам в сфере охраны РЗ [123]. В мире приближение к пятой ЦРТ происходило слишком медленно [9].

25 сентября 2015 года 193 страны приняли Цели устойчивого развития (ЦУР), официально известные, как адресные таргеты для партнеров по развитию по сотрудничеству с государствами на период до 2030 года [64].

Цели устойчивого развития обеспечивают сбалансированность экономического, социального и экологического компонентов развития общества, среди которых третья цель посвящена проблемам здоровья [68].

В рамках достижения этой цели запланированы индикаторы отслеживания материнской смертности; к 2030 году реализовать меры по улучшению доступности по РСЗ, включая информацию и образование, а также включение вопросов репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы.

Политический форум высокого уровня, центральная платформа Организации Объединенных Наций (ООН) для осуществления последующей деятельности и обзора Повестки дня для устойчивого развития 2030 года и ЦУР, предусматривал полное и эффективное участие всех государств - членов ООН и государств - членов специализированных Агентств [68].

Правительством страны приняты новые долгосрочные стратегии, при разработке которых, наряду с приоритетными направлениями устойчивого развития страны, максимально учтены задачи, определенные в рамках ЦУР [32]. Этому способствовала рамочная стратегия ООН по дальнейшему развитию Таджикистана [117]. В этом документе в целях улучшения РСЗ молодежи сделан акцент на профилактику распространения ИППП; предупреждение подростковой беременности; оказание услуг в соответствии с клиническими протоколами; широкое информирование населения о РСЗ, с акцентом на семью, школу и другие учебные заведения, включая поддержку научных исследований по РСЗ молодежи [199, 227].

Сегодняшнее поколение молодежи – самое большое, которое когда-либо знал мир, и подавляющее большинство молодых людей проживает в развивающихся странах. Это представляет беспрецедентные возможности для повышения благополучия всего человечества [2].

В пятилетней программе действий ООН, принятой в январе 2012 г. Генеральный Секретарь ООН Пан Ги Мун определил молодежь как одно из пяти приоритетных направлений. В ней, в частности, г-н Пан Ги Мун призывает: «Удовлетворять потребности крупнейшего в истории человечества поколения молодых людей, путем усиления внимания к вопросам молодежи существующих программ занятости, предпринимательства, политической интеграции, гражданства и защиты прав, а также образования, в том числе, по вопросам репродуктивного здоровья» [97].

1985 год был впервые объявлен Международным Годом Молодежи [72]. В 1995 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Всемирную программу действий, касающейся молодежи до 2000 г. и на последующий период. Данная Программа охватывает 15 приоритетных областей молодежной политики, где вопросы охраны здоровья молодежи отнесены в первые пять приоритетных [67]. Через 25 лет Организацией Объединенных Наций был повторно объявлен 2010 год Международным Годом Молодежи [69].

Более того, Генеральная Ассамблея ООН ратифицировала рекомендации Лиссабонской всемирной конференции, чтобы впредь 2 августа был объявлен "Международным Днём Молодежи" [97].

Политика страны, направленная на поддержку молодежи, предусматривает реализацию комплекса мероприятий по совершенствованию законодательства с учётом потребностей молодежи.

Молодежная политика в постсоветских странах была приоритизирована в самостоятельную сферу государственной деятельности с принятием союзного Закона «Об общих началах государственной молодежной политики в СССР» [79].

Политика страны, направленная на поддержку молодежи в Республике Таджикистан рассматривается как стратегическое и приоритетное направление государственной политики. Это позволило принятию важных мер развития охраны здоровья молодежи, адаптивированию международных стратегий в области защиты приоритетов женского и детского населения «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» (1993), «Конвенция о правах ребенка» (1993) [84, 86, 100].

В 2006 г. принята целевая программа, направленная на здоровье молодежи в Республике Таджикистан, включая «Развитие и внедрение политики услуг, доброжелательных к молодежи» [98].

Это способствовало организации соответствующих межведомственных координационных механизмов, включая государственные и негосударственные структуры, которые были направлены на предупреждение рисков в обеспечении доступности для с акцентом на молодежь из групп риска [98].

Первый опыт пилотного проекта по организации дружелюбных услуг для молодежи был реализован в городах Душанбе, Курган-тюбе и Худжанде.

Вышеизложенное позволяет резюмировать, что Правительство страны имеет сильную приверженность по приоритизации мер, направленных на доступность к услугам здравоохранения для молодежи, при этом совершенствовал законодательную базу охраны здоровья молодежи.

Ганизода М.Х. (2020) в своей работе наряду с высокой потребностью, у подростков выявила множество барьеров в доступности медико-социальным и репродуктивных услуг [365]. Известно, что РЗ девочек более уязвимо, чем у юношей [90, 237].

Актуальность настоящего исследования определяется необходимостью комплексного изучения состояния репродуктивного здоровья молодежи, 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 [218].

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 [302, 317, 319, 320, 323, 325, 327, 329].

Аналитический обзор данных по качеству жизни молодёжи 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 темы научно-исследовательских работ (НИР) кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» на тему «Совершенствование и внедрение новых методов организации и управления медицинской службы в Республике Таджикистан», № ГР 0116ТJ00524. В последующие 2019-2020 гг. работа была продолжена в условиях Института акушерства, гинекологии и перинатологии.

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 молодёжи в Республике Таджикистан на период 2013-2015 гг; Национальной программы развития здоровья молодёжи на период 2006-2010 гг.

### **Общая характеристика исследования**

**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.

#### **Задачи исследования.**

1. Изучить уровень соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодёжи с социально-безопасным поведением и молодёжи 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 дородовых 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 [13]. 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 Республике Таджикистан [103].

На основании полученных данных были разработаны пути совершенствования предоставления медико-социальных услуг по улучшению соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодёжи 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

молодёжи, 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 молодежи, уровня соматического, репродуктивного и сексуального здоровья молодежи с социально-безопасным поведением и молодежи 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 последипломного 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 последипломного 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 312 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» с двумя подглавами, 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), публикаций по научной теме и приложений. Работа содержит 32 таблицы и 4 рисунков. В конце текста диссертации приведены приложения.

## Глава 1. Обзор литературы

### 1.1. Дефиниции молодежи как социально-демографической группы

Сегодняшнее поколение молодежи – самое большое, которое когда-либо знал мир, и подавляющее большинство молодых людей проживает в развивающихся странах. Это представляет беспрецедентные возможности для повышения благополучия всего человечества [97].

Демографические данные свидетельствуют о том, что 44% населения всего мира являются молодыми людьми в возрасте до 25 лет, большинство из которых (около трех миллиардов) проживают в развивающихся странах [26, 136].

В пятилетней программе действий ООН, принятой в январе 2012 г. Генеральный Секретарь ООН Пан Ги Мун определил молодежь как одно из пяти приоритетных направлений. В ней, в частности, г-н Пан Ги Мун призывает: «Удовлетворять потребности наикрупнейшего в истории человечества поколения молодых людей, путем усиления внимания к вопросам молодежи существующих программ занятости, предпринимательства, политической интеграции, гражданства и защиты прав, а также образования, в том числе, по вопросам репродуктивного здоровья» [2].

Для правильного осознания проблем молодёжи, необходимо пользоваться едиными дефинициями молодежи как самостоятельной социально-демографической группы населения [26, 139].

Наиболее полную дефиницию понятия "молодёжь" сформулировал В.Т. Лисовский: "Молодёжь - поколение людей, проходящих стадию социализации, усваивающих, а в более зрелом возрасте уже усвоивших, образовательные, профессиональные, культурные и другие социальные функции; в зависимости от конкретных исторических условий возрастные критерии молодёжи могут колебаться от 16 до 30 лет" [180].

Также вполне всеобъемлемое понятие сформулировал И.С. Кон: "Молодёжь - это социально-демографическая группа, выделяемая на основе

совокупности возрастных характеристик, особенностей социального положения и обусловленных теми или другими социально-психологическими свойствами. Молодость как определённая фаза, этап жизненного цикла биологически универсальна, но её конкретные возрастные рамки, связанный с ней социальный статус и социально-психологические особенности имеют социально-историческую природу и зависят от общественного строя, культуры и свойственных данному обществу закономерностей социализации" [137].

Понятие “молодежь” международные эксперты употребляют в контексте существующих определений понятия “молодежь” в данной конкретной стране и/или регионе, при этом уделяя внимание в основном девушкам и юношам в возрасте от 15 до 24 лет, в то же время включая молодых мужчин и женщин в возрасте от 25 до 30 лет (и даже до 35 лет) [72].

Согласно дефинициям ООН, «подростки» - это люди от 10 до 19 лет, «молодые люди» - представители возрастной группы от 10 до 24 лет, «молодежь» - люди из подростковой возрастной группы с добавлением ещё пяти лет [50].

В 2018 г. численность населения Земли составила 7,7 миллиарда, из них в возрасте 10-24 лет в мире составила более 2 миллиардов человек, большая часть которых проживала в развивающихся странах. Один из пяти человек в мире находится в возрасте от 15 до 24 лет. Доля молодежи 15-24 лет составляет 16% в 2019 году, хотя также несколько сократилась по сравнению с 1950 годом (18%) [342].

Во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) ожидается стабилизация численности молодежи на уровне 17% от общего числа населения к 2075 году [124]. Однако во многих странах мира ожидается увеличение доли населения старшей возрастной категории.

В последние 50 лет в странах ВЕЦА отмечаются существенные изменения в численности молодежи (в возрасте от 10 до 24 лет), лиц трудоспособного

возраста и старшего поколения в процентном отношении к общему числу населения. Численность молодежи достигла пика в 2000 году и несколько снизилась в последнее десятилетие как в абсолютном выражении, так и в виде доли от общей численности населения (с 26% до 23%) [16].

Самые «молодые» государства со средним возрастом населения в 17 лет, это в основном африканские и азиатские страны, в которых превалируют религиозные уклады рождаемости [68].

В Казахстане средний возраст населения 30 лет, в Иране – 28,8, в Узбекистане – 27,6, Индии – 27,3, Туркменистане – 27,1, Кыргызстане – 26,0, Таджикистане – 23,9, Пакистане – 23, Ираке – 19,7 лет [28].

В Российской Федерации дефиниция "молодежи", включает лиц в возрасте от 14 до 30 лет, и в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, - до 38 лет [172].

В Законе Российской Федерации «О молодежи» также предусматривается расширение возрастного ценза до 35 лет [172]. Однако, число молодежи в России продолжает снижаться. В 2011 году молодых людей указанного возраста насчитывалось 32,4 миллиона человек, в 2009 - 33,7 миллиона человек. Таким образом, в последние годы количество молодых людей и их доля в общей структуре населения страны неуклонно снижается. Есть мнения, что уже через 10 лет число проживающих в Российской Федерации молодых людей уменьшится до 25 миллионов человек [167].

Например, в Республике Хакасии происходит более выраженная естественная убыль населения, как и в целом по Российской Федерации, что диктует необходимость принятия мер по социальной поддержке демографических моментов [174]. Результатом этого, начиная с 2007 года был зафиксирован положительный прирост населения. Согласно данным Госкомстата, численность детей и подростков до 17 лет в структуре населения Республики Хакасия составляет 21,4 % (114 047 человека). Тем не менее,

численность детей и подростков до 17 лет здесь сократилось на 33,8 %, т. е. на 1/3, и сегодня можно говорить о демографическом провале [174].

Другой пример по Самарской области, где демографические показатели характеризуются стабильностью постоянного населения, отрицательным естественным приростом, регрессивным типом возрастного состава населения (детей - 16%, пожилых людей - 21%), низким показателем суммарного коэффициента рождаемости и низким показателем ожидаемой продолжительности жизни [375].

Законодательство Республики Беларусь определило возраст несовершеннолетнего – до 18 лет, малолетнего – до 14 лет, подростка - в возрасте от 14 до 18 лет [179]. В этой стране число несовершеннолетних лиц за пять лет сократилось на треть, процент несовершеннолетних в 2014 году составила 6,0% от общей численности населения (в 2011 г. – 6,2%, в 2010 г. - 6,6%, в 2009 г. - 7,0%, 2000 г. - 8,1%) [153, 239].

В настоящее время в Республике Беларусь реализуется Национальная демографическая программа, которая в том числе охватывает решение многих проблем депопуляции, уровня рождаемости, деградации института семьи и других. По данным исследования, основываясь на полученных фактах, что только 60% из числа молодежи ведущих половую жизнь предохраняются и только 38% допускают аборт в случае наступления незапланированной беременности, авторы делают вывод, что репродуктивное поведение студентов нельзя расценивать позитивно [200].

Население Украины до специальной военной операции со стороны России составляло более 42 миллиона человек. Численность мужского населения традиционно меньше - 19,5 млн, чем женского - почти 23 млн. И тенденция роста населения не наблюдалась, наоборот, смертность значительно превышала рождаемость. Население в возрасте до 15 лет на Украине составляло всего

13,7% от общего населения [118]. В настоящее время, конечно же невозможно сослаться на какие-то демографические показатели данного государства.

В Болгарии молодые люди составляют 17% населения [201].

В Республике Молдова также остро стоят проблемы, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем молодежи, которые решаются при вовлечении международных неправительственных организаций [151].

Репродуктивный потенциал характеризуется комплексом, включающим высокий уровень физического, психического статуса молодежи, имеющего хорошее качество жизни, репродуктивную функцию, половое развитие, репродуктивное и сексуальное образование. И наоборот, склонность к асоциальному образу жизни, наркомании и алкоголизму, табакокурению, раннему началу половой жизни, не придерживанию правил безопасного секса и другие негативные факторы, отрицательно влияют на репродуктивный потенциал [372].

Учитывая эти факторы, с целью обеспечения доступа к подобным категориям молодежи, сегодня во многих странах мира организуются учреждения, дружеского отношения к молодежи. Активное участие в решении проблем РЗ и СЗ различных ведомств и муниципальных органов и учреждений обеспечивает высокую медицинскую и социальную эффективность в улучшении как общего, так и репродуктивного состояния здоровья [197, 227, 247].

Качество жизни (англ. Quality of Life) –междисциплинарное понятие – физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе. Качество жизни наиболее часто характеризуют по показателям здравоохранения, образования, демографии, экономических условий, экологической обстановки, условий жизни, занятости и реализации конституционных прав [63].

Качество жизни человека зависит от благополучия и влияния здоровья на физическое, социальное, интеллектуальное и эмоциональное состояние [153].

Количество детей в семье и её социальный статус имеют непосредственное влияние на качество жизни [221].

Вышеизложенное позволяет заключить, что молодёжь сегодня является социально-демографической группой общества, выделяемая на основе совокупности характеристик, особенностей социального положения и обусловленная теми или другими социально-психологическими свойствами.

Численность молодежи в различных странах мира неодинакова. Имеются как «стареющие» страны, так и страны с преобладанием молодежи.

Действующий Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике» определяет под понятием «молодежь» лиц от 14 до 30 лет [73].

Приоритетность изучения вопросов здоровья молодежи несомненна, о чем свидетельствуют глобального и национального уровней политические и отраслевые документы.

**Резюме.** Одинаковая интерпретация дефиниций термина «молодежь» важна для правильного осознания глобальности социально-демографической проблемы. В данном разделе обзора литературы мы попытались провести анализ разных взглядов на нынешнее положение молодежи как самостоятельной социально-демографической группы населения. Группа экспертов Всемирного Банка (2015) отметили, что в Европе скоро завершится демографический переход к стабилизации населения, а Центральная Азия, где пока еще относительно молодое население, быстро следует по стопам Европы [14]. Анализируя представленные в обзоре данные по среднему возрасту населения многих стран, конечно же можно не согласиться с данным утверждением, хотя увеличение среднего возраста в странах Европы и Центральной Азии в значительной степени обусловлено снижением рождаемости, а не ростом долголетия [307].

## **1.2. Медико-социальные детерминанты здоровья молодежи**

### **1.2.1. Качество жизни молодёжи, связанное со здоровьем**

Здоровье человека - это качественная характеристика, которая определяет состояние живого человеческого организма как физического тела; способность организма в целом и всех его органов в отдельности выполнять свои функции по поддержанию и обеспечению жизнедеятельности [144].

Качество жизни населения – это степень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей человека [203].

Всемирная организация здравоохранения даёт следующую дефиницию здоровью: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [111].

Здоровье молодежи, равно как и качество жизни, зависят от ряда факторов: социально-экономические; социально-биологические; медицинские; природно-климатические [181, 369].

Наиболее значимые категории факторов риска - условия и образ жизни (50%), экология (20-25%), генетические факторы (10-15%) и 10-15% риска составляют проблемы, связанные с состоянием здравоохранения. Однако разделение факторов на приведенные группы весьма условно, т.к. обычно человек испытывает комплексное воздействие взаимосвязанных и взаимообусловленных друг друга факторов [144].

Качество жизни считается показателем общего благополучия, включающего в себя счастье и удовлетворенность жизнью в целом [383, 423]. Наиболее распространенное определение качества жизни, предложенное Всемирной организацией здравоохранения, было: «восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых он живет, и в связи с его целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [419, 420].

Качество жизни, связанное со здоровьем, в свою очередь, имеет более ограниченный охват, относясь к аспектам, связанным с заболеванием или медицинскими вмешательствами. Несмотря на то, что терминология «Качество жизни, связанное со здоровьем» часто используется для клинической популяции, мы рекомендуем его также применять к популяции детей и подростков [421, 422].

Качество жизни, связанное со здоровьем, может быть связано с физическими (например, здоровье), индивидуальными (например, самооценка, положительные и отрицательные эмоции, стресс) и социальными (например, удовлетворенность социальной поддержкой, отношения с семьей и группой сверстников) измерениями [384, 385].

Становится уместным знать, какие факторы способствуют здоровью и благополучию подростков, чтобы способствовать их позитивному развитию. Этот позитивный подход предполагает, что подростки являются «производителями собственного развития» и, следовательно, это путь для предотвращения проблем. Это особенно важно в подростковом возрасте, поскольку является решающим периодом жизни, характеризующимся сопутствующими изменениями на биологическом, психологическом, социальном и когнитивном уровнях, что может повлиять на восприятие подростками качества жизни, связанного со здоровьем. Кроме того, на этом этапе подростки начинают обретать самостоятельность, чтобы сформировать свой собственный образ жизни

и это может повлиять на их здоровье и благополучие в долгосрочной перспективе [413, 414, 415].

Следует также учитывать, что существуют гендерные различия в качестве жизни детей и подростков. Исследования показали, что юноши сообщили о более высоких уровнях качества жизни, связанного со здоровьем, а именно физического и психологического благополучия, отношений и автономии

родителей, чем девушки. Девушки сообщали о худшем качестве жизни во всех областях - физическом и психологическом благополучии, настроении и эмоциях, самовосприятии, автономии, отношениях с родителями и семейной жизни и социальное признание – за исключением области школьной среды, по сравнению с мальчиками. Девушки чаще сообщают о более высоком уровне социальной поддержки сверстников и в любом возрасте [387, 388].

Подростки, посещающие 7-й класс школы, сообщали о худшем качестве жизни, связанного со здоровьем по всем параметрам: физическому и психологическому благополучию, настроению и эмоциям, самовосприятию, автономии, отношениям с родителями и семейной жизни, социальной поддержке и сверстникам, школьной среде. Подростки старшего возраста также показали худшее качество отношений с родителями, чем младшие [405].

Наконец, учащиеся, которые сообщили о наличии хронического заболевания, показали более низкое качество жизни, связанное со здоровьем, за исключением школьной среды, где не было существенных различий [390].

Следует учитывать, что существует тесная связь между качеством жизни детей и подростков, их психическим здоровьем и другими положительными психологическими аспектами, такими как счастье или субъективное благополучие. Согласно данным, у старшеклассников как физическое, так и психическое здоровье влияют на восприятие качества жизни [391]. Тем не менее, психическое здоровье, по-видимому, в большей степени влияет на качество жизни. Больше ощущение счастья и удовлетворенности. Более того, большее счастье и удовлетворенность жизнью были связаны с более высоким общим качеством жизни, а также более высоким физическим, психологическим, социальным качеством жизни и качеством окружающей среды. Самооценка также была положительно связана с качеством жизни, связанного со здоровьем – физическим благополучием, психологическим благополучием, настроением и эмоциями, самовосприятием, автономией, отношениями с родителями и

семейной жизнью, финансовыми ресурсами, социальной поддержкой и сверстниками, школьной средой [403].

В частности, дети и подростки считают семейные отношения и социальную поддержку важными для их психологического благополучия. Предложена связь между стилями воспитания и благополучием подростков. Подростки, считающие стиль воспитания авторитарным (родители одновременно требовательны и отзывчивы) или разрешительным (родители отзывчивы, но не требовательны), показали более высокий уровень самооценки и удовлетворенности жизнью по сравнению с теми, кто считает родителей авторитарным (родители требовательны). В том же смысле обнаружено, что у старшеклассников авторитарный стиль воспитания был связан с более высокой самооценкой и удовлетворенностью жизнью. С другой стороны, что касается отношений подростков со сверстниками, подростки, сообщившие о более высоком качестве дружбы, показали более высокий уровень удовлетворенности жизнью, субъективного счастья и самооценки, чем те, кто сообщил о более низком качестве дружбы. Более того, более высокий уровень стресса в школе был тесно связан с более низким уровнем счастья [398, 399].

Качество жизни, связанное со здоровьем связано не только с положительными психологическими аспектами, но также и с негативными психологическими аспектами. Действительно, подростковый возраст - это переходный период, характеризующийся эмоциональными требованиями, которые могут привести к развитию ментальных проблем, таких как симптомы тревоги, депрессии и стресса. Эти симптомы, хотя и не являются клинически значимыми, могут оказывать негативное влияние на нормативное качество жизни подростков [400].

Тяжелые симптомы тревоги были связаны с ухудшением качества жизни в таких областях как семья, жилая среда, личная компетентность, социальные отношения, внешний вид, психологическое благополучие и боль. Обнаружена

отрицательная связь социальной поддержки со стрессом и депрессивными симптомами у студентов университетов; и между депрессивными симптомами и качеством отношений подростков с родителями. Подростки, которые чувствуют, что их родители не поддерживают их автономию (например, их мысли, чувства, выбор), демонстрировали более высокие уровни депрессивных симптомов с течением времени. Напротив, была обнаружена связь между авторитарным стилем воспитания и более низким уровнем депрессии [393].

Качество жизни, связанное со здоровьем, представляет собой многомерное понятие, которое включает области, связанные с физическим, умственным, эмоциональным и социальным функционированием [395].

Развитие этих областей зависит от набора социально-экономических факторов, в которых уровень образования играет важную роль. Образование подразумевает обучение: знания, модели поведения, навыки и установки, которые могут влиять на здоровье и благополучие [394].

Усовершенствования в системе образования привели к лучшему пониманию проблем со здоровьем [402]. При этом условия проживания и состояние здоровья молодежи (объективный аспект качество жизни) влияют на их образование и возможности трудоустройства [401]. ВОЗ считает, что хорошее здоровье является одновременно правом отдельных лиц и ресурсом для общества. Тесная связь между образованием и здоровьем бесспорна как на уровне индивидуальных, так и на уровне государственных инвестиций [411]. Улучшение здоровья увеличивает доступность и равенство в существующих образовательных учреждениях, которые характеризуются разнообразием (возраст учащихся и этническое происхождение, стили преподавания, содержание и ценности, требования к учебным программам и т. д.).

Целенаправленная государственная политика в области образования может не только положительно отразиться на уровне образования наших молодых граждан, они также могли бы привести к улучшению качества жизни.

Это предполагает лучшее понимание связи между качеством жизни и уровнем образования. Эти различия могут быть обнаружены в различных показателях, например, стресс и несчастные случаи более распространены среди мальчиков и тревожность более распространена среди девочек. На самом деле эти различия сохраняются на протяжении всей жизни. В исследовании, показатель качества жизни, связанного со здоровьем, был значительно ниже во всех возрастных группах для женщин. Кроме того, у женщин больше всего повысилась тревожность, депрессия и боль/дискомфорт. Точная причина этих неравенств в отношении здоровья дискутабельна и влияние социально-экономических переменных на различия в состоянии здоровья молодых людей требует более глубокого исследования [390]. Доход, род занятий, место жительства и уровень образования по-прежнему являются показателями социального класса; уровень образования, род занятий (доступ к более высокооплачиваемой, более стабильной занятости) и заработок [383].

Meade, T. и Dowswell, E. [398] перечислили взаимодействия между образовательным уровнем и параметрами здоровья. Первое: образование, семейное и социально-экономическое наследование охватывают жизненный цикл и оказывают влияние на настоящие и будущие ресурсы личности (состояние здоровья, социальные сети, жизненные условия и др.). Второе: высший образовательный уровень позволяет улучшить доступ и использование ресурсов здравоохранения, улучшить понимание медицинской информации и соблюдение здорового образа жизни. Третье: проблемы со здоровьем в детстве связаны с более низкой успеваемостью и последующими осложнениями со здоровьем, которые могут привести к трудностям с трудоустройством. Связь между уровнем образования и здоровьем с другими переменными, такими как пол и возраст, могут накапливаться в течение жизненного цикла. Эти взаимодействия заставляют нас предположить, что неравенства в отношении здоровья увеличиваются с возрастом [398].

Разнообразие теоретических моделей направлено на изучение взаимосвязи между образованием и здоровьем [383]: с материалистической точки зрения отрицательные последствия депривации и социальной изоляции позволяют предположить, что более низкий уровень образования означает худшие показатели здоровья; следовательно материалистическая точка зрения включает в себя социальные последствия: бедность, различия в ожидаемой продолжительности жизни. В формальном образовании удостоверение (владение звания и сертификаты, присвоенные системой образования) проявляется в лучшей занятости, которые приводят к улучшению качества жизни. Одна из функций системы образования, должна заключаться в сокращении разрывов в здравоохранении и образовании, которые порождают первоначальное социальное неравенство. Модель влияния событий на протяжении всей жизни утверждает, что образование позволяет развивать когнитивные навыки, связанные с уходом за собой. Модель причинного отбора фокусируется на объяснении как осложнения со здоровьем с детства связаны с плохой учебой и производительностью на работе. Здоровье рассматривается как определяющий фактор для социального класса - не наоборот. Эти модели анализа основаны на определении здоровья, которое выходит за рамки болезни и распространенности риска поведения. Образовательный уровень является показателем социального класса, который ставит под угрозу возможности личного и социального развития [405].

Исследование качества жизни, связанного со здоровьем среди молодежи, не должны ограничиваться сферой эпидемиологии и психического здоровья. Термин «Качество жизни, связанное со здоровьем» согласуется с восприятием индивидуумом собственной жизненной позиции в контексте своей культуры и системы ценностей и по отношению к их целям, ожиданиям, стандартам и интересам [396]. Проанализировано воздействие детерминант здоровья, таких как питание и место жительства на качество жизни подростков. В этом контексте

школа получила значительное внимание: Качество жизни, связанное со здоровьем, было напрямую связано с качеством обучения, образовательной средой. Чувство принадлежности к образовательному учреждению и поддержка со стороны семьи и сверстников улучшает восприятие качества жизни [411].

Состояние качества жизни молодежи, связанное со здоровьем, определяется также качеством и доступностью их к медико-социальным услугам, социокультурных факторов, социальных норм и ценностей поведения в сфере РСЗ [145, 167, 247]. Отрицательно влияют на качество жизни, асоциальный образ жизни, уровень образования молодежи, уровень стигматизации семьи, их социальный статус, влияние физического и социального окружения [153, 221].

Результаты изучения состояния качества жизни молодежи, выявили особенности у жителей сельской местности и у пребывающих в учреждениях пенитенциарной системы [4, 373].

Например, образ жизни девушек Московского мегаполиса характеризуются изменившимися жизненными приоритетами, ранним повзрослением и началом половой жизни (15,8 лет), высокой распространенностью вредных привычек: курение - 38,0%, употребление алкоголя - 95,5%, наркотиков - 10,2%. Неблагоприятные социально-экономические и социально- психологические условия проживания (60%); в полной семье живёт только 40,0% подростков, 27,0% - в неполных семьях, а 33,0% подростков воспитываются в приютах и интернатах; 75,7% матерей курили, 54,1% отцов употребляли алкоголь; конфликтные отношения детей с родителями (80,0%) [180, 208, 247].

Эффективность подобных подходов описаны в многочисленных публикациях исследователей из разных стран мира [133, 166, 238, 288, 295, 313, 340].

Влияние образа жизни можно рассмотреть на примере чрезмерного злоупотребления алкоголем [214, 216, 312, 348]. Серьезную озабоченность во многих странах вызывает распространенное среди подростков пьянство, наносящее ущерб здоровью. Пьянство снижает самоконтроль и способствует поведению, сопряженному с риском, например, небезопасным половым сношениям. Пьянство является первейшей причиной травм (включая травмы, вызванные дорожно-транспортными происшествиями), насилия (особенно со стороны партнера) и преждевременной смерти. Оно также может вести к проблемам со здоровьем в более поздний период жизни и отразиться на ожидаемой продолжительности жизни. К числу способов сокращения масштабов, наносящего ущерб здоровью потребления алкоголя, относится установление минимального возраста для покупки и потребления алкоголя, а также регулирование того, каким образом алкогольные напитки ориентируются на молодежную часть рынка. Наряду с этим, озабоченность вызывает потребление наркотиков в возрастной группе от 15 до 19 лет.

Важную роль в этих вопросах играет семья, которой отводится важная роль в проведение социально-психологической подготовки подростков к самостоятельной жизни [136, 209, 275, 373]. И в этом вопросе сегодня в западных странах пропагандируется искаженное понимание ценностей взаимоотношения между мужчиной и женщиной.

В ряде неблагополучных семьях формируется криминогенно-виктимогенная среда несовершеннолетних [237]. В связи с этим предлагается максимальное использование потенциала социо-защитных учреждений – центров социальной помощи семье и детям, а также перестройки их работы в направлении формирования эффективной системы ресоциализации несовершеннолетних правонарушителей, их возвращения в общество [209].

Из анализа проведенного анкетирования 1016 девочек-подростков, проживающих в разных городах Кыргызской Республики, установлено, что

79,1% девочек-подростков живут с одним из родителей, что приводит к более раннему взрослению [222].

В случаях, когда семья не оказывает должного влияния на формирование социо-психологического статуса у подростков и не воспитывают в ребенке индивидуума, это может привести к различным отклонениям в поведении [223]. На выработку индивидуальных особенностей в поведении подростков влияют наличие вредных привычек у родителей [158].

Другим фактором влияния на формирование подростка является материальное положение семьи, уровень образованности родителей, факт наличия неполной семьи [181].

Обзор Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане на 2011–2015 гг., проведенный экспертами ЕРБ ВОЗ показал, что в результате всестороннего и комплексного подхода, направленного на расширение возможностей населения при помощи информирования о вопросах здоровья, резко повысился уровень обращаемости за услугами ПМСП. Повышенный уровень обращаемости в регионах страны отразился на показателях первичной заболеваемости, в особенности у молодежи.

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. Выделение приоритетных направлений и целевое финансирование на нынешнем этапе обеспечили позитивные изменения медико-демографической ситуации, однако все ещё сохраняются высокие показатели смертности и негативная динамика состояния здоровья подрастающего поколения, что диктует необходимость адекватных организационных решений, основанных на комплексной оценке здоровья детей и подростков.

В совокупности, всевозможные факторы влияющие на здоровье обобщила в своем исследовании Лялина С.Б., которая выделила 9 из них: 1) экономический статус семьи; 2) размер семьи; 3) уровень образованности семьи; 4) злоупотребление вредными привычками родителей; 5) наличие воспитательного фактора в семье; 6) наличие режима быта и распорядка дня в семье; 7) наличие заботы о здоровье ребёнка в семье; 8) наличие психологического контакта с ребенком в семье; 9) наличие фактора воспитания в ребенке индивидуума [209].

Не следует не учитывать также и фактор питания подростка, который взаимосвязан с состоянием здоровья [214].

Взрослея в неблагополучных семьях, дети сталкиваются с многими бытовыми, психологическими и медико-социальными проблемами. Подростки из таких семей обычно имеют здоровье ниже средних показателей [197, 227].

В Республике Таджикистан Президент страны и Правительство уделяют значимое внимание проблемам здоровья молодежи. Нами проведен анализ правовых аспектов охраны здоровья молодежи в Республике Таджикистан, который будет описан в отдельной главе. Все анализированные документы, регулируют нормативно-правовую основу поддержания на должном уровне качества жизни и здоровья молодежи Таджикистана.

**Резюме.** Несмотря на то, что многогранное понятие «качество жизни» вбирает в себя физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе, ключевым словом в этой дефиниции является слово «здоровье». В отношении такой социально-демографической группы как молодежь изучение качества жизни наиболее актуально, в связи с тем, что молодежь создаёт культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал страны.

### **1.2.2. Соматический статус здоровья и инфекции, передаваемые половым путем у молодежи**

Проблемы охраны здоровья подростков и молодежи относятся к числу первостепенных медицинских и социальных проблем. Данный возрастной контингент имеет как общие, так и специфические особенности, характеризующиеся достаточно быстрым переходом острых форм заболеваний в хронические и рецидивирующие [221]. В настоящее время 70% молодежи страдают хронической патологией. Заболеваемость подростков отличается комплексностью, сочетанностью патологических отклонений. Так, гипертоническая болезнь в изолированной форме встречается в 30,0% случаев, заболевания почек – в 24,7%, бронхиальная астма – в 31,2%, сахарный диабет- в 16,5% [194, 198, 207, 239, 379].

Подростковый возраст - это переходный критический период в биологическом, психическом и социальном развитии человека. Именно в подростковом возрасте формируется репродуктивный, интеллектуальный, трудовой и обороноспособный потенциал страны [181].

Сегодня является общепризнанным фактом, что современная молодежь сталкивается с более сложными проблемами в области здоровья, чем поколение их родителей. В 2002 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) классифицировала молодежь от 10 до 24 лет как группу приоритета для работников системы здравоохранения [9].

В последние годы ряд публикаций ВОЗ посвящены вопросам, касающимся охраны репродуктивного здоровья, поскольку данный фактор является основополагающим в формировании подростков [10].

В соответствии с исследованиями, проведенным Всемирным банком и ВОЗ, проблемы репродуктивного здоровья представляют более 30% общего бремени болезней и инвалидности среди женщин, а среди мужчин 12%. Вторую

строчку занимают болезни, передаваемые половым путем (ИППП), на которые приходится 8,9% [56, 57, 58, 364].

Общеизвестно, что ИППП оказывают глубокое воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения ежедневно более одного миллиона человек приобретают ИППП. По оценкам, ежегодно 357 миллионов человек приобретают одну из четырех ИППП — хламидиоз (131 миллион), гонорею (78 миллионов), сифилис (5,6 миллиона) или трихомониаз (143 миллиона). Более 500 миллионов человек живут с инфекцией генитального ВПГ (герпеса). На любой момент времени более 290 миллионов женщин инфицированы ВПЧ, одной из наиболее распространенных ИППП. ИППП могут иметь серьезные последствия помимо непосредственного воздействия самой инфекции. Такие ИППП, как герпес и сифилис, могут повышать риск приобретения ВИЧ в три или более раз. Передача ИППП от матери ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, рождению ребенка с низкой массой тела, недоношенности, сепсису, пневмонии, неонатальному конъюнктивиту и врожденным дефектам. Сифилис во время беременности ежегодно приводит примерно к 305 000 случаев смерти плода и новорожденного и к рождению 215 000 детей с повышенным риском смерти в связи с недоношенностью, низкой массой тела при рождении или врожденным заболеванием. Инфекция ВПЧ ежегодно приводит к 530 000 случаев заболевания раком шейки матки и к 275 000 случаев смерти от рака шейки матки. Такие ИППП, как гонорея и хламидиоз, являются основными причинами воспалительных заболеваний органов малого таза, неблагоприятных исходов беременности и бесплодия.

Консультирование и меры, направленные на изменение поведения, предлагают первичную профилактику ИППП (включая ВИЧ), а также предотвращение нежелательной беременности. Они включают:

- всестороннее просвещение по вопросам сексуальности, консультирование в отношении ИППП и ВИЧ до и после тестирования;
- консультирование в отношении более безопасного секса/снижения риска, пропаганда использования презервативов;
- меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения, такие как подростки, работники секс-индустрии, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и лица, употребляющие инъекционные наркотики;
- просвещение и консультирование с учетом потребностей подростков.

Кроме того, консультирование может улучшать способность людей распознавать симптомы ИППП и повышать вероятность того, что они обратятся за медицинской помощью или будут рекомендовать это своим сексуальным партнерам. К сожалению, общественная неосведомленность, неподготовленность работников здравоохранения и стойкая и широко распространенная стигматизация вокруг ИППП остаются препятствиями для более широкого и эффективного применения этих мер.

По данным современной литературы, на фоне воздействия стрессогенных социально-экономических, политических, психологических факторов увеличилась распространенность хронической соматической патологии и нарушений репродуктивной функции женщин [202, 367].

По данным исследований, в Российской Федерации уровень здоровья среди молодежи ниже, чем в других странах. Подобные данные получены при проведении исследования по самооценке уровня здоровья молодежи в ряде стран. Так, например в Швейцарии исследование по самооценке среди молодых людей показала, что 93% считают себя здоровыми, в Швеции – 72%, во Франции – 55%, в Германии – 40%, в России – 28% подростков [46]. Если же обратиться к данным официальной статистики из этих стран, то можно отследить прямую корреляционную связь этому факту. Так, например, в России общая

заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет за период с 2005 по 2012 гг. возросла на 19,3% [115].

Результаты многоцентровых исследований в ряде стран продемонстрировали тревожные факты, свидетельствующие об ухудшении состояния здоровья молодежи. В некоторых странах темп прироста первичной заболеваемости приближается к 50 % планке, что позволяет заключить, что мероприятия задействованных структур в странах не в полной мере соответствуют нуждам молодежи [369].

Ещё один пример по Республике Беларусь, который сравним с данными из других стран, свидетельствует о том, что около 50 % детей относятся ко II группе здоровья (имеющих факторы риска), треть - к I группе, то есть практически здоровых, около 20% - к III группе и чуть более 1 % – к IV группе здоровья [153, 179, 239].

Данные последних исследований свидетельствуют о том, что более высокие темпы роста показателей общей заболеваемости характерны для подросткового возраста, чем у взрослых. В детских возрастных группах темп прироста заболеваемости составляет +26,4% [239].

Прирост среднего уровня среднегодового показателя общей заболеваемости в подростковом возрасте за последние 10 лет оказался в 1,4 раза выше, чем у взрослых. При этом, прирост более выражен у юношей, чем у девушек [207].

Среди основных групп заболеваний, ведущее место занимают болезни органов дыхания, травмы, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни нервной системы, болезни горла и носа [239]. Наряду с ростом уровня общей заболеваемости, всё чаще причиной смерти подростков становится убийство или смерть от насильственных травм [153].

Увеличение общей заболеваемости у подростков отмечают практически по всем классам болезней [46]. По данным исследования, в структуре общей

заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания, далее болезни глаз и болезни органов пищеварения, на четвертом – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [370].

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 [145].

Понятно, что здоровье молодежи, должно находиться в центре внимания людей, принимающих решение по данной проблеме, так как состояние здоровья молодежи определяет темп развития общества, формируя при этом нацию и её многосторонний потенциал [181].

Выделение приоритетных направлений и целевое финансирование на нынешнем этапе обеспечили позитивные изменения медико-демографической ситуации. Однако все ещё сохраняются высокие показатели смертности и негативная динамика состояния здоровья подрастающего поколения, что диктует необходимость адекватных организационных решений, основанных на комплексной оценке здоровья детей и подростков [239].

По данным другого исследования, в результате профилактических осмотров отмечено, что в структуре хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации молодежи, преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта, затем - органов дыхания, нервно-психические заболевания, врожденные болезни и болезни глаз [89].

По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия является наиболее частой причиной заболеваний и инвалидностей среди подростков, а суицид как причина смерти находится на третьем месте. Насилие, бедность, унижение и ощущение ненужности, может усилить риск развития проблем психического здоровья. Содействовать хорошему психическому здоровью может воспитание у детей и подростков жизненных навыков, предоставление им

психосоциальной поддержки в школах и других социальных условиях. Кроме этого, большое значение имеют программы, помогающие укреплению связей между подростками и их семьями. При возникновении проблем их следует выявлять и решать действиями компетентных и заботливых работников здравоохранения.

Например, в Республике Беларусь самой частой причиной, приводящей к инвалидности среди молодежи, являются психические расстройства, далее – онкологические заболевания, врожденные болезни и заболевания нервной системы [239]. Также отмечен факт роста смертности от несчастных случаев, травм и отравлений, самоубийств [153]. Самой частой инвалидизирующей патологией у подростков являются психические расстройства (22,3%) [179].

Частота развития психических расстройств имеет непосредственную взаимозависимость от наличия вредных привычек, от выраженности девиантного поведения, асоциального образа жизни [320, 372].

В подростковом возрасте отмечен максимальный прирост уровня заболеваемости по всем заболеваниям, которые впоследствии формируют хронизацию этих нарушений. В этом плане, необходимо уделять внимание болезням органов дыхания (72% в структуре заболеваемости), внешние воздействия, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни нервной системы. По данным анкетирования, треть подростков имела хроническую патологию, к часто болеющим может быть отнесен каждый четвертый подросток. В структуре повторяющихся жалоб первое место занимали жалобы, связанные с системой пищеварения, далее следовали жалобы на раздражительность, слабость, головные боли, боли в спине и сердце [179].

Показана распространенность стереотипов поведения, сопряженных с риском ухудшения здоровья: дефицит сна (две трети опрошенных), недостаточная двигательная активность (44%), табакокурение (32,6%), частое

употребление алкогольных напитков (17,5 %), нарушения режима питания (до 70 % опрошенных) [227].

К факторам риска может быть отнесена работа в свободное от учебы время, которой занимается почти 40 % подростков в связи с тем, что большинство не оформляет трудовые отношения и работает неофициально. Показана эффективность использования показателей качества жизни для оценки влияния социальных (качество питания) и учебных факторов риска (обучение в профильных классах школы и профессиональных колледжах при несформированном профессиональном самоопределении) [133].

Соматические заболевания, хроническое инфицирование (в том числе ИППП), эндокринные нарушения у девочек в детском и подростковом возрасте приводят к неполноценному морфофункциональному развитию репродуктивной системы, реализующемуся в детородном возрасте бесплодием, невынашиванием беременности. Кроме того, они создают критически неблагоприятный фон для зачатия ребенка [73, 200].

В рамках оказания помощи по охране репродуктивного здоровья дородовый уход становится основой для проведения важных мероприятий в сфере здравоохранения, включая пропаганду здорового образа жизни, скрининг, диагностику и профилактику болезней [27].

Вовлечение специалистов по работе с молодежью в деятельность по изменению отношения медицинских работников ПМСП и улучшения качества дородового наблюдения, оказалось очень эффективной мерой по усилению услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, учитывая большое число беременных женщин среди молодежи Таджикистана [95].

Среди болезней репродуктивной системы у женщин самым частым из онкологических болезней является рак молочной железы [216]. Более 80% случаев рака шейки матки имеют место в странах с малым доходом. Рак шейки матки является вторым наиболее распространённым заболеванием у женщин в

развивающихся странах, а также единственной широко распространённой причиной смерти от рака в этих странах [125].

Все большее число молодых людей вступают в половую жизнь в раннем возрасте и не всегда предохраняются от беременности или инфекции [200].

Например, в Российской Федерации, отмечен высокий стабильный темп роста ИППП и ВИЧ-инфекции [142]. Рост экономики и уровня благосостояния, создали благоприятные условия росту групп молодежи, уязвимых в отношении ИППП и ВИЧ-инфекции. И, наоборот, в других прослойках молодежи – безработица и бездействие семьи привело к росту числа девушек, занимающихся коммерческим сексом, при этом употребляющим психотропные и наркотические средства [213].

Молодые парни также не отстают в своей асоциальности, что привело к росту числа мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ) [17, 171].

Все указанные факты роста уязвимости молодежи и подверженности их к ИППП, ВИЧ и вирусным гепатитам, взаимосвязаны с недостатком образовательных программ среди молодежи по РСЗ [170, 324, 330].

Как мы указывали выше, исследованиями выявлен рост заболеваемости ИППП среди подростков и молодежи. При этом, девушки более подвержены ИППП, чем взрослые, что связано с не сформировавшейся репродуктивной системы [197, 227, 365].

Факторы риска, влияющие на распространение ИППП: раннее начало половой жизни 15,9 лет у девушек и 14,9 лет у юношей, промискуитет 27,8% молодежи ведет беспорядочную половую жизнь, низкая «половая» грамотность 48% и настороженность в отношении заболевания ИППП [50, 52, 53]. Распространенность факторов риска ИППП у подростков выше, чем в группе сравнения: низкая половая грамотность (48% и 82,5 % грамотных респондентов соответственно), промискуитет (33,7% и 20,5% респондентов

ведущих беспорядочную половую жизнь), низкий уровень барьерной контрацепции (32,7% и 77,7% регулярно используют [197, 227].

К факторам риска распространения ИППП среди подростков, относящихся к категории «беспорядочные» и «безнадзорные», следует отнести раннее начало половой жизни, случайный характер половых связей, отсутствие теоретических знаний и чисто практических навыков о методах и способах предохранения от заражения ИППП, отказ от использования методов контрацепции, в первую очередь барьерной (презерватив), что, безусловно, способствует распространению ИППП у данного контингента [27, 178, 198, 199].

При анализе заболеваемости гонококковой инфекцией в 2001-2011 годах в Архангельской области установлены более высокие показатели по сравнению с показателями в Российской Федерации (в 1,3-2,0 раза) [66].

Среди ИППП ведущее место занимают гонококковые инфекции, среди основных последствий которых можно отметить следующие:

- увеличение передачи ВИЧ-инфекции;
- бесплодие;
- хронические ВЗОТ;
- эктопической беременности;
- произвольным абортам;
- различным неонатальным заболеваниям [112].

Среди инфекций, передаваемых половым путем у подростков г. Москвы, преобладают трихомониаз и хламидиоз - 49,0% всех случаев заболеваний, второе место занимают сифилис и гонорея - 32,8%, далее следуют инфекции «нового поколения» - аногенитальные бородавки и урогенитальный герпес - 18,2% [247].

Необходимо отметить, что ИППП и ВИЧ-инфекцией женщины заболевают в три - пять раз чаще, чем мужчины [146].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ИППП, относятся к числу основных причин обращения молодежи в лечебно-профилактические учреждения [83]. ИППП, в конечном итоге, отражаются и на состоянии здоровья детей этих подростков [227].

Серьезным потенциальным последствием сексуальной активности для юношей также является заражение или передача ИППП. Например, каждый шестой мужчина в США в возрасте 15-49 лет (около 11 миллионов), страдает генитальным герпесом - неизлечимой вирусной инфекцией, в том числе 25% бедных мужчин и 31% чернокожих мужчин [292].

Зарегистрированные показатели хламидиоза и гонореи - излечимые бактериальные инфекции - являются самыми высокими среди молодых мужчин, достигающих 500-600 новых случаев в год на 100 тыс. мужчин в возрасте 20 лет. Оба заболевания особенно распространены среди чернокожих мужчин: например, гонорея сообщается у черных мужчин более чем в 40 раз чаще, чем у белых мужчин [301].

По оценкам других авторов, 50% случаев хламидий и 30% случаев гонореи не сообщаются, отчасти потому, что мужчины часто не испытывают никаких симптомов [327].

По данным И.А. Киясова и Ф.В. Хузиханова (2018), даже когда мужчины не испытывают симптомов этих ИППП, они все равно могут стать бесплодными, иметь повышенную уязвимость к ВИЧ-инфекции и непреднамеренно передавать инфекции, которые могут поставить под угрозу беременность их партнера, а также здоровье и рождаемость в будущем [142].

Факторы риска, влияющие на распространение ИППП у подростков: раннее начало половой жизни 15,9 лет у девушек и 14,9 лет у юношей, промискуитет, 27,8% молодежи ведет беспорядочную половую жизнь, низкая «половая» грамотность и настороженность в отношении заболевания ИППП, низкий уровень барьерной контрацепции, 32,7% регулярно используют. На

факторы риска распространения ИППП влияют также такие факторы как социальный статус молодежи, близкое социальное окружение, взаимоотношение с родителями и сверстниками, вероятность возникновения отклоняющегося поведения, девиантное поведение, наркомания и прочие поведенческие факторы [178, 185, 210, 235, 265, 274, 317].

**Резюме.** Общеизвестен интересный факт, когда среди здоровой популяции подростков переходя от наблюдения детского врача к взрослому врачу терапевту, зачастую в период призывной медицинской комиссии, вдруг, почти на одну треть выявляются различные соматические заболевания или ИППП. Это и было основным толчком для развития института семейной медицины во многих странах, когда один врач наблюдает ребенка начиная от рождения и в течение всей его последующей жизни. В данном разделе мы попытались проанализировать уровень заболеваемости молодежи основными соматическими заболеваниями и ИППП соизмеримо с рисками ухудшения здоровья и уровнем их информированности о минимизации этих рисков.

### **1.2.3. ВИЧ-инфицированность среди молодежи**

На современном этапе развития общества эпидемия ВИЧ/СПИДа является одним из следствий расширяющейся пропаганды во многих европейских странах изменения ориентации, лезбиянства и гомосексуализма, с одновременной легализацией некоторых форм наркомании, вызывает серьёзную проблему в поиске новых мер своевременного реагирования [123, 130]. Важность принятия неотложных мер по предотвращению роста ВИЧ/СПИДа была указана и признана ООН как одна из основных Целей развития тысячелетия – это цель № 6 [92, 130].

В политическом документе Всемирной организации здравоохранения «Здоровье-2020» сформулирована стратегическая цель взять под полный контроль распространение ВИЧ-инфекции [10].

Данные ВОЗ свидетельствуют, что в 2014 году в мире насчитывалось более 35 млн людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) и в последующие годы число новых случаев имеет тенденцию к снижению [54, 127]. В то же время, ВИЧ/СПИД всё ещё остаётся одной из самых ведущих причин смерти [55, 128]. Число умерших от ВИЧ/СПИДа в 2012 году в мире приблизилось к 2 млн. [61].

Основным путем передачи ВИЧ инфекции (80%) остается половой путь [258], однако, например, в странах Восточной Европы превалирует путь передачи при потреблении инъекционных наркотиков [156, 259, 284].

В Российской Федерации в последние годы нарастает наркотический (55%) и гетеросексуальный (43%) пути передачи ВИЧ-инфекции [135, 170]. При этом, на гомосексуальный путь отводится около 1%.

Причиной смерти от ВИЧ-инфекции и последующих ко-инфекций в 60% является туберкулез. Ученые прогнозируют, что смертность, связанная с ВИЧ-инфекцией, в последние годы может удвоиться [171], при этом увеличение полового пути передачи может привести к качественному изменению распространения ВИЧ-инфекции.

Во всех политических документах ООН классифицирует молодежь как группу высокого риска ВИЧ-инфицирования и призывает уделять этому особое внимание. Во всех руководствах ВОЗ также молодежь отнесена как одно из самых приоритетных групп населения в отношении предотвращения ВИЧ-инфекции [205].

По данным ЮНЭЙДС в мире ЛЖВС составляют более 4,3 млн, треть из которых подростки [17]. В 2012 году распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–24 года составила 0,3%, а в возрасте 15–19 лет – 0,8%. Среди новых случаев ВИЧ-инфекции 39% составляют подростки, первичная

заболеваемость среди которых составила 300,0 на 100 тысяч лиц подросткового возраста [93].

Среди всех причин такого факта самой важной является недостаточный уровень знаний, затем уровень жизни подростков [184], что способствует уязвимости быть вовлеченными в число потребителей психотропных и наркотических средств и секс-индустрию [194, 195, 204, 205].

Ранние сексуальные контакты характерны для мальчиков Словакии (15%), Румынии (46%), для девочек Армении (3%), Македонии, Гренландии (70%), при этом треть из подростков не владеют навыками безопасного секса [252].

В то же время, доступ к интернету позволил молодежи в странах Европейского региона узнать больше о эпидемии ВИЧ-инфекции, что стало следствием применения контрацептивов (71%) и предпочтению к постоянному сексуальному партнеру (42%) [261].

Общеизвестно, что среди ЛЖВС более 60% составляют женщины, в особенности в странах с преобладающим гетеросексуальным механизмом передачи ВИЧ-инфекции [256].

В Российской Федерации опыт сексуальных контактов имели 77% подростков в возрасте от 15 до 17 лет, что является высоким показателем. 50% из них часто меняли половых партнеров и не использовали контрацептивных средств [362]. В крупных мегаполисах факты ранних сексуальных контактов и употребления психотропных и наркотических средств более выражены, чем в сельской местности [363, 372, 373, 378, 381], хотя например употребление наркотиков среди уличных подростков в Приморском крае составляет 39,2% [224]; а в Ставропольском крае – 92,8% [226]. Ещё один пример по Республике Башкортостан, где было установлено, что риск заражения ВИЧ-инфекцией у подростков выше в сельской местности, чем в городской [214].

Показатель ВИЧ-инфицированности беременных ВОЗ установил, как индикатор определения стадии развития эпидемии. Так, при распространенности

ВИЧ-инфекции среди более чем 1% беременных в данном регионе пандемия классифицируется как генерализованная [56]. Поэтому, ВИЧ-инфекция среди беременных, свидетельствует о высоком уровне стигматизации девушек по поводу своего поведения и доступа к медицинским услугам. И таких в мире насчитывается около 1,5 млн [62]. ВИЧ-инфекция является также одной из основных причин смерти женщин и материнской смертности [63]. В то же время, в странах с высоким уровнем доходов эти причины не являются основными причинами смерти женщин [49].

Следует отметить, что среди ВИЧ-инфицированных и употребляющих наркотики случаи материнской смертности встречаются чаще, чем среди ВИЧ-негативных женщин [60]. При этом, большинство беременных с ВИЧ-инфекцией не осознают ответственности ни за свое здоровье, ни за здоровье своего ребенка [167, 375].

Например, в Санкт-Петербурге среди ВИЧ-инфицированных женщин каждая седьмая беременность, закончившаяся родами, была незапланированной, в 88% случаев эти женщины передали инфекцию своему ребенку [234] и каждая шестая женщина ЛЖВС имела проблемы с правоохранительными органами [378].

В Свердловской области выявлена высокая подверженность ВИЧ-инфицированных женщин к туберкулезу [148, 205]. В группе женщин-заклученных ВИЧ-инфицированность выявляется в 1,8 раза чаще, чем среди заключенных-мужчин [194].

Все указанные факты и приведенные статистические данные свидетельствуют о том, что внедрение различных оздоровительных и просветительных программы среди молодежи являются ключевыми мерами воздействия на распространение ВИЧ-инфекции [4, 27, 96, 152].

При этом, следует учитывать, что просто проведение бесед на профилактические темы не доходит до сознания молодежи, необходимо

вовлекать общественные объединения, используя при этом принцип «равный-равному». Такой подход, несомненно, имеет большую результативность. И поэтому сегодня, основополагающие документы ООН и ВОЗ по ВИЧ/СПИДу опираются именно на указанные подходы [54].

Доказано, что самой важной и действенной результативной мерой предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в обществе является повышение информированности молодежи по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции [370]. Хотя имеются множество публикаций, свидетельствующих о недостаточности работы в этом направлении [142, 182, 275, 287, 301, 308, 352].

Достаточный уровень знаний о предупреждении ВИЧ-инфекции имеют лишь 34% молодежи, при целевом показателе 95% Декларации Генеральной Ассамблеи ООН [66].

В этом плане, необходимо акцентировать усилия в средних образовательных учреждениях, где имеется готовая аудитория и возможности в реализации профилактических программ через введение предмета валеология [69, 185, 203].

Приветствуется координация различных структур по сотрудничеству в области здравоохранения, образования, социальной службы с вовлечением родителей и общества [203].

Обучение подростков во время обучения в школе имеет ряд преимуществ, так как позволяют мониторировать данные по полу, возрасту, ВИЧ-статусу, статусу семьи, изменению поведения [108]. Например, в России уже интегрированы в школьный учебный процесс вопросы РСЗ, где проводят как классные, так и внеклассные мероприятия на интерактивной основе [185].

Однако, интеграция этих программ только в школьное образование недостаточно, необходимо использовать принцип непрерывного образования, продолжив его на всех уровнях образования и производства [39].

Тем не менее, следует отметить, что подобные подходы всё ещё не внедрены повсеместно. Так, проведенные исследования в разных регионах России показали на недостаточную информированность о ВИЧ-инфекции среди подростков. Основными источниками информации о мерах профилактики ВИЧ-инфекции для подростков в возрасте 15-17 лет, по данным исследования в 9 городах России (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Нальчик, Ставрополь, Сургут, Омск, Томск, Владивосток), являлись сеть Интернета (87%), друзья (81%), родители (67%), занятия в школе (54%), СМИ (49%), специализированные книги и брошюры (44%), медицинские работники – лишь 23% [373].

Имеются и другие данные по Гродненской области, где студенты как основной источник информации о профилактике ВИЧ-инфекции отметили консультации специалистов (77%), мнение сверстников (47%) и Интернет (32%) [221].

Имеются публикации о позитивном опыте работы в г.Москва организации школы «Анти-ВИЧ/СПИД», которая активно проводит различные массовые, групповые и индивидуальные мероприятия, направленные на распространение информации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции [378]. В Республике Татарстан также описан опыт организации образовательных программ путем вовлечения некоммерческих организаций [369].

Подобный опыт описан по данным 10 регионов РФ (Красноярский край, Татарстан, г. Санкт-Петербург, Тверская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Вологодская, Томская области, Республика Бурятия), в которых внедрен подход гигиенического образования, организации информационных мероприятий, дискотек, флешмобов и встреч в молодежных клубах, с привлечением медицинских работников, учителей и родителей, а также принципа «равный–равному» [362, 378, 380].

В Свердловской области в период внедрения профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди групп высокого риска (ПИН, заключенных) был организован дозорный эпидемиологический надзор, который выявил более высокие показатели по заболеваемости ВИЧ-инфекцией, при сравнении с другими регионами России, с преобладанием инфицирования среди девушек, с преобладанием у подростков нежели у взрослых, с преобладанием полового пути передачи у девушек и при употреблении наркотиков – у молодых мужчин [194, 195, 374].

В связи с указанными факторами риска в конкретном регионе проводится выбор приоритетов [49, 61, 288, 301, 352].

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) содержит комплекс мер, включая заболеваемость и анамнестические особенности передачи ВИЧ-инфекции [69]. С целью предотвращения и ППМР необходимо систематически проводить первичную профилактику среди женщин репродуктивного возраста; предотвращать нежелательные беременности у женщин с ВИЧ-инфекцией; регулярно проводить лечение ВИЧ-инфицированных матерей и детей [7, 15, 19, 182, 189, 192]. Согласно дефинициям ВОЗ ППМР включает обеспечение профилактическими мерами детей, обеспечение мерами профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа у новорожденных, обеспечение мерами выживаемости детей до года, тестирование всех беременных [96, 152].

Несмотря на рекомендации ВОЗ и адаптирование мер ППМР в национальных руководствах, охват обследованием женщин на ВИЧ в рамках ППМР крайне недостаточный и составляет около 37% [127]; а охват тестированием мужчин - лишь 5%. Всё ещё высокий уровень нежелательных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин значительно повышают риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции [45, 292].

В регионе ВЕЦА растет уровень заражения ИППП среди молодежи, а эпидемия ВИЧ является одним из самых быстро распространяющихся в мире, жертвами которых в большинстве случаев становится молодежь [39].

По данным Всемирной организации здравоохранения, более 2 миллионов подростков живут с ВИЧ. Несмотря на то, что общая численность смертных случаев, связанных с ВИЧ, снизилась на 30%, по сравнению с максимальным уровнем, расчеты показывают, что число смертных случаев среди подростков, обусловленных ВИЧ, возрастает. Это увеличение, которое имеет место, главным образом, в африканских странах Региона ВОЗ, может отражать тот факт, что хотя некоторые дети с ВИЧ доживают до подросткового периода, не все они получают помощь и поддержку, в которой нуждаются, чтобы сохранить хорошее здоровье и предотвратить трансмиссию. В странах Африки, южнее Сахары, лишь 10% молодых людей и 15% молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет знают о своем статусе по ВИЧ. Молодым людям нужно знать, как защитить себя, и они должны располагать этими средствами для достижения. Сюда относится возможность иметь презервативы для предотвращения передачи вируса половым путем, а также чистые иглы и шприцы для тех, кто потребляет наркотики внутривенно. Также необходим более широкий доступ к тестированию и консультированию по ВИЧ.

**Резюме.** Всё возрастающая распространенность ВИЧ-инфекции во многих странах мира является чуть ли не единственной ситуацией среди многих других социально-значимых заболеваний, когда несмотря на многомиллионные внешние инвестиции и специально разработанные глобальные и национальные стратегии, тенденции к улучшению не отмечается. Среди многих причин подобной ситуации, в данном разделе указана также не всегда удовлетворительная эффективность мер, предпринимаемых странами, а также уровень грамотности молодежи о путях передачи ВИЧ-инфекции.

### **1.3. Репродуктивное и сексуальное здоровье молодежи с социально-безопасным и рискованным поведением**

#### **1.3.1. Предикторы девиантного поведения молодежи.**

В рамках классического подхода девиация рассматривается как отклоняющееся поведение от установленных норм. Другими словами, смысл девиации заключается в отклонении от норм, вызывающем общественные санкции [199, 236, 246].

Между тем, девиация в большей степени носит социальный характер [135]. Ее нужно рассматривать, прежде всего, с социальных позиций, учитывая интересы огромного множества различных групп и страт современного многополярного общества. Социальные отклонения – это не случайные факты, а процессы, приобретающие определенное распространение в обществе и проявляющие к этому тенденцию. Таким образом, девиация определяется через норму, будучи отклонением от нее [144].

Самосохранительное поведение – это целенаправленные действия человека на самосохранение в течение всей жизни. Изменения в самосохранительном поведении российской молодежи отражают двойственный итог усилий по развитию профилактически ориентированного здравоохранения: с одной стороны, торможение негативной динамики саморазрушительных форм поведения, с другой, - низкую мотивацию к изменению поведения особенно в группах риска [378].

Среди основных причин, приводящих к асоциальному или девиантному поведению в подростковом периоде находится стремление подростка показать себя более взрослым и самостоятельно принимающим решение, продемонстрировать свои геройские качества, стремление не ухудшить свои отношения со сверстниками. Зачастую это приводит к ухудшению отношений в семье и школе [246].

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что около 30% подростков не имеют девиантного поведения, около 60% иногда проявляют девиантное поведение и около 10% всегда ведут девиантный образ жизни. Процент девиантного поведения среди подростков увеличивается с их возрастом [113].

Исследования, проведенные среди «уличных» детей и подростков, показали, что безнадзорный беспризорный образ жизни рано или поздно приводит к правонарушениям, алкоголизму и наркомании, беспорядочной половой жизни, отставанию в умственном развитии, инфантильности и т.д. [188, 198].

Побои подростков со стороны родителей неадекватный образ жизни, плохое питание, неадекватная одежда способствуют девиантности поведения подростка. Треть подростков с девиантным поведением страдают хроническими заболеваниями, большинство из них не имеют доступ к медико-социальным услугам [178].

Стратегии государств по изменению девиантного поведения подростков включают следующие меры [172]:

- гуманное отношение к подросткам, минимизация мер наказания;
- воспитательную работу;
- профилактическую работу;
- вовлечение психологов и социальных педагогов;
- оздоровительные меры;
- интеграцию семейного и общественного окружения;
- оказание медицинской помощи;
- реализацию мер социально-правовой помощи;

Таким образом, для реализации указанных мер по изменению поведения подростков возникает необходимость в интеграции усилий заинтересованных органов, ведомств и учреждений [133].

Попытки решить проблему девиантного поведения подростков, которое сопряжено с преступностью несовершеннолетних, только юридическими воздействиями, являются не эффективными. Интегрированный подход к решению проблем девиантности должен учитывать диагностику причин, способствующих девиации, реализацию профилактических, медицинских, социальных, психологических, педагогических, экономических и правовых услуг [28, 40, 146, 192, 213, 215, 362, 377].

Существует мнение, что вся нормативно-правовая база по правам детей и подростков в Российской Федерации носит декларативный характер. В связи с этим, необходимо разработать механизмы их реализации [139, 172].

Одним из серьезных последствий девиантного поведения у девушек является подростковая беременность и последующие криминальные аборты. Прерывание первой беременности у подростков является серьезным осложнением таких абортов. Принимая во внимание постулат, что только здоровая женщина может родить здорового ребенка, наличие у девушек девиантного поведения различных патологических состояний, зачастую приводят к смерти детей в первые недели жизни, формируются задолго до рождения ребенка и являются следствием заболевания матери, осложнения течения беременности и родов [112, 212, 244].

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире, второй причиной смертных случаев девушек в возрасте от 15 до 19 лет, являются осложнения, связанные с беременностью и родами. Около 11% всех деторождений во всем мире приходится на девушек в возрасте от 15 до 19 лет, и подавляющее большинство из них находятся в странах с низким и средним уровнем доходов. В публикации Мировая статистика здравоохранения за 2019 г. глобальный коэффициент числа рождений, приходящихся на подростков, определен на уровне 49 на 1000 девушек этой возрастной категории – показатели по странам разнятся от 1 до 229 рождений на 1000 девушек. Это указывает на

значительное снижение числа рождений. Это снижение отражается в соответствующем сокращении коэффициента материнской смертности среди лиц в возрасте от 15 до 19 лет. Одна из Целей тысячелетия в области развития, ЦТР 5, состоит в том, чтобы обеспечить всеобщий доступ к репродуктивному здоровью, в отношении которого одним из показателей является показатель беременности в возрастной группе от 15 до 19 лет.

Более широкий доступ к информации и службам контрацепции может снизить количество девушек, которые беременеют и рожают в слишком молодом возрасте. Здесь могут помочь законы, которые устанавливают минимальный возраст брака в 18 лет и которые соблюдаются.

Девочки, которые все же беременеют, должны иметь доступ к качественной дородовой помощи. В тех случаях, когда это допускается законом, подростки, которые предпочитают прервать беременность, должны иметь доступ к безопасным абортам.

На Украине, в связи с политическим кризисом резко осложнилась ситуация с поведением подростков. Это привело к росту как юношей с девиантным поведением, так и девушек со всеми для них последствиями [119]. Нынешняя мужская часть молодежи в связи с массовыми призывами на военную службу полностью лишена доступа к медико-социальным услугам. В то же время девушки, находясь в асоциальных материально-бытовых условиях намного чаще вовлекаются в девиантные взаимоотношения, не соблюдают элементарных принципов РСЗ.

Развитие сексуальной культуры является барьером для нравственного падения общества [40, 151, 185, 362].

И, наоборот, отсутствие сексуальной культуры связанное с отсутствием информированности сексуальных вопросов, приводит ко всем негативным осложнениям как нежелательная беременность, ИППП, изнасилование и сексуальная эксплуатация и пр. [232].

Наряду с указанными проблемами имеет место также и рост заболеваемости репродуктивных органов, включая гинекологические заболевания и ВЗОТ [198, 285, 292, 301, 327, 359].

**Резюме.** В данном разделе обзора литературы представлены наиболее распространенные факторы условий жизни, вынуждающие молодежь к девиантному поведению. Зачастую, такой деморализованный образ жизни сопряжен с повышенным риском ВИЧ-инфицирования, наркозависимости, грабежами и разбоями, несущими преступный характер и в особенности, вовлечением в террористические группировки.

### **1.3.2. Репродуктивное и сексуальное здоровье мужчин молодого возраста**

Несмотря на то, что специалисты начинают уделять особое внимание роли мужчин как отцов и мужей, всё ещё мало внимания уделяется потребностям мужчин в области СЗ и РЗ [388]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эти потребности существенны и долгосрочны: на протяжении большей части своей жизни мужчинам, в особенности подросткам, требуется целый ряд медицинских и, в частности, образовательных и консультационных услуг для защиты собственного здоровья и благополучия, а также для обеспечения себя быть хорошими партнерами и отцами [317, 318]. Однако существуют реальные препятствия для удовлетворения потребностей мужчин, в том числе в отсутствие понимания того, что их потребности существуют.

Малоизвестно, что удовлетворение этих потребностей могло бы улучшить здоровье и благополучие мужчин, одновременно способствуя их способности быть хорошими партнерами, отцами и кормильцами. Возможно, это неудивительно: исторически, когда обсуждались вопросы СЗ и РЗ, они фокусировались на женщинах. Лишь недавно было обращено внимание на мужчин вообще, и даже тогда такие усилия обычно разрабатывались для

решения проблем, которые считались «женскими проблемами»: непреднамеренная беременность, ИППП, насилие в семье и одиночество [310].

По данным Всемирной организации здравоохранения ведущей причиной смертности и инвалидности среди подростков являются непреднамеренные травмы. В 2019 г. около 120 000 подростков скончались в результате дорожно-транспортных происшествий. Молодые водители нуждаются в советах по безопасному вождению, а законы, запрещающие вождение под влиянием алкоголя и наркотиков, должны неукоснительно применяться. Уровни алкоголя в крови должны устанавливаться ниже для водителей подростковой группы. Рекомендуется применение дифференцированных водительских удостоверений для начинающих водителей, предусматривающих нулевую терпимость к вождению в нетрезвом состоянии. Кроме этого, крупной причиной смертных случаев среди подростков является утопление – в 2019 г. утонули 60 000 человек, две трети из них - мальчики. Это акцентирует на важность семьи в воспитании подростка [397].

Глобальный пакет услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья для мужчин и мальчиков-подростков был разработан для поддержки поставщиков услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Он направлен на расширение спектра и качества предоставляемых сексуальных и репродуктивных услуг, которые удовлетворяют особые и разнообразные потребности мужчин и мальчиков-подростков. Он охватывает мужчин и мальчиков-подростков во всем их разнообразии и использует позитивный подход к сексуальному и репродуктивному здоровью, рассматривая это не только как отсутствие болезней, но и как позитивное выражение своего пола, пола и сексуальности [411].

Мужчины имеют существенные потребности в области сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе потребность в контрацепции, профилактике и лечении ВИЧ и ИППП, сексуальной дисфункции, бесплодия и

рака у мужчин. Тем не менее, эти потребности часто не удовлетворяются из-за сочетания факторов, включая отсутствие доступности услуг, плохое обращение мужчин за медицинской помощью, медицинские учреждения, которые часто не считаются «дружественными для мужчин», и отсутствие согласованных стандартов предоставления клинических и профилактических услуг мужчинам и мальчикам-подросткам [418].

Обеспечение достаточного удовлетворения потребностей мужчин и мальчиков-подростков в области СРЗ, а также потребностей женщин и девочек также является частью комплексного гендерно-преобразующего подхода [408].

Существующее гендерное неравенство, в значительной степени обусловленное жесткими гендерными нормами и вредными представлениями о том, что значит быть мужчиной, имеет далеко идущие последствия для здоровья и благополучия. Например, во многих случаях женщины не контролируют принятие решений, включая выбор СРЗ, однако на них лежит значительное бремя использования противозачаточных средств и деторождения. Где мужчины и мальчики-подростки участвуют в борьбе с гендерным неравенством и в продвижении женского выбора, в результате чего получают положительные результаты, и мужчины и женщины могут поддерживать равноправные, здоровые и счастливые отношения [417].

Многие организации привержены работе с мужчинами и мальчиками-подростками в качестве клиентов СРЗ, партнеров и агентов перемен, независимо от возраста, социального статуса или состояния здоровья, инвалидности, сексуальных ориентаций или гендерной идентичности. Международная федерация планирования семьи (ИПФ) формулирует это обязательство в рамках правозащитного подхода, изложенного в двух политиках: Политике гендерного равенства 2014 г. и Политике мужского и сексуального и репродуктивного здоровья 2009 г. Со стороны ЮНФПА, эта приверженность защите сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин и девочек подробно описана в их

Стратегии гендерного равенства и Стратегии 2013 года в отношении подростков и молодежи. Эта политика отражает важность решения проблемы СРЗ мужчин и необходимость работы с мужчинами и мальчиками-подростками, а также с женщинами и девочками, как с равными партнерами в предоставлении услуг в области СРЗ. Эти политики также подчеркивают необходимость создания условий для равноправных отношений для индивидуального здоровья и развития сообществ [417].

Этот пакет услуг поддерживает IPPF, UNFPA, партнерские организации и национальные системы здравоохранения для решения этих проблем и расширения спектра и качества услуг в области СРЗ, мужчинам и мальчикам-подросткам. Важно отметить, что реализация и использование этого пакета услуг не должны приводить к снижению качества и количества услуг, предоставляемых женщинам и девочкам. Подход этого пакета заключается в том, что расширение услуг для мужчин и мальчиков-подростков улучшит СРЗ для всех. Ключевым соображением в этой работе, которое более подробно рассматривается ниже, является то, что сексуальное и репродуктивное здоровье и права женщин, а также их доступ к услугам по-прежнему находятся на переднем крае наших усилий [389].

Этот пакет услуг признает, что мужчины и мальчики-подростки не являются единой однородной группой, а имеют различный опыт и идентичность. Хотя у каждого мужчины свои потребности в СРЗ, у некоторых групп есть определенный набор потребностей в области СРЗ из-за особых рисков и уязвимости. Это необходимо донести до поставщиков услуг. В этом пакете услуг изложены конкретные вопросы, связанные со здоровьем и предоставлением услуг, в отношении подросткового возраста, сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Для простоты общения несмотря на то, что этот пакет услуг включает мужчин во всем их многообразии, во всем документе используется общий термин «мужчины» и «мальчики-подростки» [397].

Мужчины - это мужья, партнеры, отцы, братья и сыновья, и их жизнь тесно связана с женщинами, детьми и другими мужчинами. Однако во всем мире жесткие гендерные нормы и пагубные представления о том, что значит быть мужчиной, имеют далеко идущие последствия. на здоровье и благополучие. Эти нормы приводят к гендерному неравенству, которое резко влияет на жизнь и выбор и выступает в качестве барьеров на пути к оптимальному здоровью женщин и мужчин, подростков, девочек и мальчиков. Во многих случаях женщины не контролируют принятие решений, в том числе в отношении выбора СРЗ, однако на них ложится значительное бремя использования противозачаточных средств и деторождения. И мужчины и женщины могут поддерживать равноправные, здоровые и счастливые отношения [417].

Мужчины и мальчики-подростки во всем мире имеют существенные потребности в области СРЗ, но адекватная интеграция помощи в области СРЗ для этой группы часто отсутствует. В результате не только мужчины заболевают без необходимости, но и их сексуальные партнеры, их семьи, их сообщества и системы здравоохранения, которые их обслуживают. Например, когда мужчины не знают о своем ВИЧ-положительном статусе, они с меньшей вероятностью будут практиковать безопасный секс и, таким образом, с гораздо большей вероятностью заразят ВИЧ своих партнеров-мужчин и женщин. Кроме того, у них меньше шансов получить раннее лечение, и поэтому они чаще нуждаются в постоянном уходе - как со стороны близких (часто женщин), так и со стороны системы здравоохранения [405].

Мужчины имеют различные потребности в области СРЗ, такие как контрацепция, профилактика и лечение ВИЧ и других ИППП, сексуальная дисфункция, бесплодие и онкологические заболевания у мужчин. Тем не менее, эти потребности в области СРЗ часто остаются неудовлетворенными из-за сочетания следующих факторов:

1. низкий уровень использования услуг СРЗ из-за того, что услуги не считаются «дружественными для мужчин», а также из-за того, что мужчины плохо обращаются за медицинской помощью.

2. факторы политического и структурного уровня, такие как инклюзивный язык в политике, доступ к услугам и их доступность, а также устранение структурной стигмы, чтобы можно было успешно охватить мужчин, независимо от сексуальной ориентации;

3. недостаточное внимание к сексуальному и репродуктивному здоровью мужчин и мальчиков-подростков, в том числе: ограниченное определение того, что представляют собой эти услуги, кому они должны предоставляться и как это сделать таким образом, чтобы значимым образом охватить мужчин;

4. недостаточно данных о крупномасштабных и реализуемых подходах к удовлетворению потребностей мужчин в области СРЗ, как поддерживающих партнеров, так и клиентов [418].

Важно отметить, что обеспечение СРЗ для мужчин и мальчиков-подростков заключается не только в оказании услуг в клинических условиях. Необходимы инновационные методы предоставления услуг, например, на рабочих местах, в местах отправления культа, на спортивных мероприятиях и в других общественных местах [диссертант].

В настоящее время проводится целый комплекс исследований, в ходе которых выясняется, что молодые юноши на протяжении всей своей жизни имеют важные потребности в области СЗ и РЗ. Чтобы эффективно удовлетворять эти потребности, необходимо реализовать комплекс мер, чтобы лучше определить набор медицинских, образовательных и консультационных услуг, которые требуются мужчинам-подросткам [19, 126, 156, 255, 262, 323, 329, 343].

Серьезным потенциальным последствием сексуальной активности для мужчин является заражение или передача ИППП [262, 343]. Уровень заболеваемости ИППП высок, особенно среди молодых, бедных и мужчин из

числа меньшинств. Как мы указывали выше, каждый шестой мужчина в США в возрасте 15-49 лет страдает генитальным герпесом, в том числе 25% бедных мужчин и 31% чернокожих мужчин. Показатели хламидиоза и гонореи также являются самыми высокими среди молодых мужчин чаще среди чернокожих мужчин [142]. Даже когда мужчины не испытывают симптомов этих ИППП, они все равно могут стать бесплодными, иметь повышенную уязвимость к ВИЧ-инфекции и непреднамеренно передавать инфекции, которые могут поставить под угрозу беременность их партнера, а также здоровье и рождаемость в будущем [197].

Самым опасным ИППП, конечно же, является ВИЧ. Восемь из десяти американцев, живущих с ВИЧ - мужчины, число которых может достигать 600 тыс. человек. Хотя только 13% мужчин подвергаются воздействию ВИЧ через гетеросексуальную активность, эта доля в последние годы значительно возросла. Кроме того, те мужчины, которые заражаются ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков или занимаясь сексом с другими мужчинами, могут все еще передавать их своим партнерам-женщинам [227].

Другим потенциальным следствием сексуального поведения мужчин является беременность их партнеров, будь то плановая или не запланированная [112]. Мужчины в возрасте 25-49 лет участвуют в 3,7 миллионах беременностей каждый год (исключая беременности, которые приводят к выкидышу), в результате чего 2,8 миллиона рождений (около 1,1 миллиона из которых являются незапланированными) и 800 тыс. абортов (также как правило, при незапланированных беременностях) [212]. Мужчины этой возрастной группы сообщают, что 21% рождений ошибочны, а 17% вообще не нужны [244]. В США мужчины моложе 25 лет участвуют в дополнительных 1,7 миллионах беременностей, что приводит к 1,1 миллионам родов (многие из которых являются незапланированными) и 600 тыс. [294].

В то время, как только четверть мужчин сегодня являются отцом ребенка в возрасте 25 лет, половина из них к 29 годам, уже в возрасте 33 лет половина мужчин не нуждается в дополнительных детях. Отцовство приходит раньше для определенных групп, включая мужчин с низким доходом, меньшинств и лиц с низким уровнем образования (53% в возрасте 25 лет и 75% в возрасте до 30 лет среди мужчин без высшего образования) [275].

Существующие данные позволяют понять, в какой степени мужчины молодого возраста защищают себя от негативных последствий сексуальной активности. Например, риск заражения ИППП связан с наличием нескольких партнеров. Доля мужчин с сексуальным опытом, которые имели двух или более партнеров за последний год, особенно высока - четыре или пять из десяти - среди никогда не состоящих в браке (и разведенных) мужчин в подростковом возрасте, 20, 30 и 40 лет. Женатые или сожительствующие мужчины гораздо реже сообщают о недавних многочисленных партнерах [271].

Риск заражения или передачи ИППП также тесно связан с использованием презервативов [252, 315, 317]. Использование презервативов само по себе или в сочетании с женским контрацептивом снижается с возрастом с 60% среди сексуально активных подростков до 16% среди мужчин в возрасте 30 лет [137, 315]. Это снижение в значительной степени является результатом того, что мужчины вступают в более установившиеся отношения. По сравнению с презервативами, гормональные женские методы контрацепции могут рассматриваться парами как более надежные в предотвращении беременности, менее навязчивыми к сексуальному удовольствию и спонтанности и более подходящими для отношений, основанных на доверии и моногамии [51, 341, 342, 351, 357]. Таким образом, замужние или сожительствующие мужчины в каждой возрастной группе примерно вдвое чаще, чем другие мужчины, пользуются презервативами. С точки зрения защиты от нежелательной беременности, данные литературы свидетельствуют о том, что общее

использование средств контрацепции (мужские и женские методы) остается высоким среди мужчин всех возрастов (80-87%), хотя оно ниже среди женатых мужчин (которые могут планировать отцовство), чем среди тех, кто не женат [диссертант].

Из почти 69 миллионов американских мужчин в возрасте от 15 до 49 лет, достигших пика репродукции, у 62 миллионов были половые контакты, в том числе более половины мужчин-подростков и по меньшей мере девять из десяти взрослых мужчин. Для большинства из них секс в настоящее время является частью их жизни: три четверти мужчин в возрасте от 20 до 30 лет и около девяти из десяти человек в возрасте от 30 до 40 лет занимались сексом в прошлом месяце [275].

Хотя эти показатели свидетельствуют о том, что у мужчин имеются значительные потребности в области охраны СЗ и РЗ, остаются два основных вопроса: какие услуги необходимы и кем и в каких условиях должны предоставляться эти услуги? В настоящее время не существует общепринятого набора услуг по охране СЗ и РЗ для всех мужчин, хотя такие разнообразные организации, разработали прототипы, особенно для определенных целевых групп [294, 301].

Концептуально потребности мужчин просты: мужчины, как женщины, должны избегать потенциальных негативных последствий и достигать желаемых положительных результатов своего сексуального и репродуктивного поведения. Мужчины должны предотвращать нежелательные беременности, как в браке, так и вне его. Они должны защитить себя и своих партнеров от приобретения ИППП, включая ВИЧ, и необходимо пройти обследование и, при необходимости, лечить от таких заболеваний. Кроме того, мужчины должны иметь возможность отцовских детей, когда они и их партнеры выбирают, преодолевают проблемы с рождаемостью и помогают обеспечить здоровую беременность их партнеров. В более общем плане, мужчинам необходимо

самоуважение, самосознание и навыки, чтобы избежать насильственных и принудительных отношений, сексуально привлекаться таким образом, чтобы они уважали себя и своих партнеров, быть частью прочных, полноценных отношений, которые могут помочь им выполнить свои другие задачи [диссертант].

Что поразительно, так это то, что, по крайней мере, в подростковом и юношеском возрасте некоторые из потребностей мужчин в области СЗ и РЗ требуют медицинского вмешательства как такового, за исключением скрининга и лечения ИППП. Вместо этого молодые люди в первую очередь нуждаются в информации, консультациях и навыках, которые могут помочь им противостоять давлению со стороны сверстников, принимать обоснованные и позитивные решения, нести ответственность за свои действия и эффективно общаться со своими партнерами по личным и сексуальным вопросам. По мере взросления мужчин они, скорее всего, нуждаются в медицинской помощи в области РЗ, такой как услуги по бесплодию, вазэктомии, а также для диагностики и лечения рака репродуктивного тракта. Однако ситуация радикально изменится с введением новых мужских противозачаточных или профилактических методов, которые требуют медицинского вмешательства [диссертант].

Как правило, мальчики и молодые люди получают информацию и базовое образование по вопросам СЗ и РЗ у своих родителей и их учителей [диссертант]. Однако фактор стигмы вносит свои коррективы в эти данные [300]. Только 6 из 10 мужчин в возрасте 15-18 лет сообщают о ВИЧ-инфицированности своим родителям, и только четыре из десяти говорили со своими родителями о ИППП или контроле над рождаемостью [353]. Хотя практически все мужчины в возрасте 15-19 лет получают в школе некоторое сексуальное образование, однако у каждого третьего, осознание приходит после того, как они начали половую жизнь. Чтобы заполнить пробелы в их знаниях, мальчики и мужчины молодого возраста обращаются к своим сверстникам, которые часто имеют

неточную информацию. В последние годы многие также обратились к Интернету, хотя выявление надежной информации зачастую затруднено [352, 354].

Общественные организации, мечети, церкви и молодежные группы, становятся важными источниками не только информации, но и важнейших услуг по консультированию и повышению квалификации, которые нужны мужчинам в вопросах сексуальности, отношений, брака и воспитания детей. Некоторые клиники Дружеского отношения и планирования семьи обращаются к мужчинам, особенно к партнерам их клиентов-женщин. Хотя эти учреждения сегодня уже востребованы для предоставления медицинских и консультационных услуг, многие мужчины могут рассматривать их только для женщин, и некоторым провайдером услуг может быть не удобно обслуживать мужчин. Однако специализированные клиники для лечения больных с ИППП, как правило, имеют узкую направленность, чаще служат мужчинам для лечения, чем профилактики, и могут иметь стигму для других мужчин [диссертант].

Очевидно, что врачи также должны играть решающую роль не только в качестве медицинских работников, но и в качестве педагогов и консультантов. Однако, хотя урологи и другие врачи могут обладать определенными навыками в области СЗ и РЗ мужчин, факт остается фактом, что для акушеров-гинекологов нет аналогов для мужчин. Педиатры и семейные врачи ПМСП обращаются с большим количеством мужчин по их общим потребностям в области здравоохранения, но у них может не быть необходимой подготовки или уровня комфорта, чтобы предоставить мужчинам всесторонние услуги в области СЗ и РЗ, в которых они нуждаются [диссертант].

Одним из препятствий, которые могут потребовать их вмешательства, является отсутствие у мужчин общего доступа к медицинскому обслуживанию. Более трети мужчин в возрасте 18-44 лет не имеют постоянного врача, а одна треть не видели врача в прошлом году. Четверть мужчин в возрасте 15-49 лет,

включая 37% мужчин в возрасте 20 лет, не имеют никакого медицинского обслуживания. Эти показатели значительно выше среди бедных и мужчин из числа меньшинств [61].

Следует также отметить, что государственные программы, направленные на РЗ, традиционно ориентированы на обслуживание женщин. Это требует пересмотра подходов к их разработке [диссертант].

Наиболее сложным препятствием является то, что поставщики услуг и широкая общественность мало осведомлены о масштабах потребностей мужчин в области СЗ и РЗ, а тем более о понимании важности их решения. Это отсутствие понимания помогло создать другие препятствия для удовлетворения потребностей мужчин и ограничило усилия по осуществлению изменений. Повышение уровня информированности - это первый шаг к обеспечению мужчин необходимой заботой [диссертант].

Внимание к потребностям мужчин следует также привлекать для улучшения услуг по охране СЗ и РЗ для женщин. Информация, консультации и навыки, необходимые мужчинам, так же важны для женщин, но до недавнего времени они были омрачены существенной потребностью женщин в медицинских репродуктивных услугах. Обращение внимания на потребность мужчин в немедицинских услугах также обещает расширить сферу охвата и улучшить качество услуг, предоставляемых женщинам [диссертант].

РЗ является важным компонентом общего здоровья и благосостояния мужчин. Слишком часто мужчины игнорируют участие в дискуссиях о репродуктивном здоровье, особенно когда репродуктивные проблемы, такие как контрацепция и бесплодие, воспринимаются как связь с женщинами [диссертант].

В целом, удовлетворение потребностей мужчин в области СЗ и РЗ, помогая им принимать информированные решения и действовать ответственно в своей жизни, ради них самих, неизбежно должно приводить к снижению показателей

ИППП и нежелательной беременности, улучшению воспитания детей. В конечном счете это будет способствовать не только благополучию мужчин, но и интересам женщин, семей, общин и общества в целом [диссертант].

**Резюме.** Анализ доступной литературы по проблеме репродуктивного и сексуального здоровья молодежи показал превалирование исследований среди девушек, тогда как представленная в данном разделе обзора литературы информация подтверждает факт актуальности более адресного изучения этих заболеваний среди мужчин молодого возраста.

#### **1.4. Проблемы в доступности медико-социальных услуг для некоторых групп риска (трудовые мигранты, работницы секса, сексуальные меньшинства, потребители инъекционных наркотиков)**

Снижение неравенства в вопросах доступности молодежи к услугам сексуального и репродуктивного здоровья требует вовлечения не только систем здравоохранения, но и образовательного, трудового и общественного секторов. Повышение осведомлённости о существующем неравенстве должно проводиться на всех уровнях и во всех секторах, чтобы уменьшить риск для здоровья, которому подвержены все группы населения, особенно – уязвимые и маргинальные группы [253, 262, 293, 301, 303, 316, 318].

Особую актуальность приобретает на современном этапе изменение осмысливания, мышления в целом по отношению к людям различной ориентации. Активное лоббирование, изменение законодательных основ, традиций и устоев в отношении к лицам, относящим себя к так называемому обществу ЛГБД (LGBD) - лесбиянок (Lesbian), геев (Gay), бисексуалов (Bisexual) и трансгендерных людей (Transgender), превосходит обычное наше толерантное отношение к ним. Сегодня они стремятся изменить и нивелировать личностные

ценности мужчины и женщины, искусственно навязать детям выбор пола, внести судьбоносные изменения в их психику и физиологию [диссертант].

В Соединенном Королевстве (Великобритания) секс-работа регулируется сложным образом, и хотя по большей части она является законной в Англии, Уэльсе и Шотландии (хотя такие действия, как содержание публичного дома и секс-услуги по улицам, по-прежнему являются уголовными преступлениями), в Северной Ирландии незаконно платить за секс [412]. Однако в последние годы, с развитием приложений для мобильных телефонов и веб-сайтов, широко распространено мнение, что рынок секса расширился. Тем не менее, существует мало исследований, позволяющих установить риски для здоровья и социальные риски, с которыми сталкиваются секс-работники при использовании этих цифровых средств, при этом подавляющее большинство исследований общественного здравоохранения секс-работников во всем мире основано на выборках с уличных сайтов или выборках из удобных мест [407]. Однако исследователи предполагают, что эти рамки выборки искажены и, вероятно, не учитывают группы самого высокого риска, маргинализируя некоторых секс-работников, которые не работают в общественных местах, в том числе тех, кто работает в Интернете, как в качественных, так и в количественных исследованиях [406]. Отмечено, например, что, хотя уличная проституция составляет всего 20% рынка в США, она составляет 80% академических исследований [410]. Хотя новые исследования в Великобритании изучают цифровую секс-работу, само по себе это исследование также выявило постоянное внимание к женщинам-уличным секс-работникам [407].

Одной из групп особенно высокого риска являются секс-работники, идентифицирующие себя как трансгендеры (TGISW). Хотя исследования общественного здравоохранения в области сексуальной коммерции в последнее время начали диверсифицировать тех, кого они изучают, особенно привлекая лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, и интерсексуалов секс-работников,

трансгендерные и небинарные секс-работники продолжают получать больше внимания [392, 409]. Такой ограниченный взгляд на исследования, проведенные в Америке, предполагает, что трансгендерные секс-работницы имеют более высокий уровень вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), чем нетрансгендерные секс-работники и население в целом. Исследования показывают, что эти трансгендерные женщины чаще занимаются секс-работой из-за того, что они подвергаются социальной стигме и дискриминации при приеме на работу, что ограничивает возможности получения дохода, в то время как стоимость операций по подтверждению пола может привести к более рискованному поведению, поскольку клиенты обычно платят больше за презервативы, свободный секс и употребление наркотиков [386]. Это исследование также предполагает, что секс-работа может рассматриваться не только как средство выживания и доступа к хирургии, но и как способ получить доступ к социальной поддержке и признанию того, кем они являются, от других членов сообщества TGISW [410]. Действительно, ограниченные доступные исследования показывают, что TGISW сталкиваются со многими препятствиями на пути к хорошему здоровью и благополучию в результате дискриминации по признаку их гендерной идентичности, и что секс-работа одновременно отражает и усиливает эти факторы [396, 412].

Решение проблемы неравенства в области СПЗ, касающейся также и мигрантов, требует осознания (на политическом, программном и исследовательском уровнях) связи между социальными детерминантами здоровья и последствиями для СПЗ. Действия потребуют не только более детального исследования вопроса и данных о том, почему состояние здоровья этой группы хуже, но, что наиболее важно, участие отдельных представителей и всего сообщества мигрантов в этой дискуссии. Только если сами мигранты примут активное участие в процессах, влияющих на их доступ к службам СПЗ,

общество увидит прогресс в этой сфере, равно как и явное улучшение состояния их СРЗ [5, 11, 129, 249, 250].

Или, например, во всём регионе Восточной Европы и Центральной Азии представители рома национальности, равно как и другие этнические меньшинства, бедные, иммигранты и внутренне перемещённые лица систематически оказываются в невыгодном положении в отношении доступа к службам СРЗ [326].

На основании вышеизложенного, можно заключить, что системы здравоохранения в странах ВЕЦА не отвечают потребностям наиболее уязвимых групп населения в области СЗ и РЗ. Очевидна явная необходимость улучшения доступа уязвимых групп к высококачественным службам РЗ. Это подразумевает и улучшение доступа к информации о вопросах и услугах в сфере РЗ, контрацепции, а также службах для беременных и товарах широкого потребления, связанных с РЗ. Улучшение финансовой защиты является ключевой проблемой. Ограниченное число медицинских услуг, покрываемых системой страхования здоровья, исключение многих уязвимых групп из этой системы и продолжающееся взимание неофициальной платы за услуги составляют список наиболее актуальных проблем в улучшении доступа к службам СЗ и РЗ в этой части Европы. Также просматривается необходимость устранения расовой дискриминации по отношению к рома, повышения осведомлённости уязвимых групп и улучшения информации, а также устранения гендерного неравенства, особенно в вопросах сексуальности молодых людей [диссертант].

По данным Всемирной организации здравоохранения, основной причиной смертных случаев в целом является насилие. Согласно расчетам, ежедневно в результате межличностного насилия погибает 180 подростков. В странах с низким и средним уровнем доходов, в Регионе ВОЗ для стран Америки, от насилия погибает каждый третий подросток мужского пола. В глобальном плане,

примерно 30% девушек в возрасте от 15-19 лет подвергаются насилию со стороны партнера. Предупредить насилие может содействие воспитанию отношений между родителями и детьми в ранний период жизни, обучение жизненным навыкам и уменьшение доступности алкоголя и огнестрельного оружия. Эффективная и внимательная забота о подростках, переживших насилие, и постоянная поддержка могут помочь справиться с физическими и психологическими последствиями.

Домашнее насилие как частое явление среди мигрирующих подростков, является серьёзной проблемой общественного здоровья и требует постоянных законодательных и гражданских мер по предотвращению. Жертвам домашнего насилия необходимы специально отведённые места, где им была бы оказана неотложная финансовая, социальная и юридическая поддержка, а также помощь в трудоустройстве и поиске жилья, консультации [269, 291, 306, 311].

Учитывая права человека, СЗ должно быть доступно всем, независимо от статуса пребывания [106, 107, 109, 110]. Медицинские службы должны иметь возможность для работы с СЗ мигрантов. Необходимо, чтобы услуги для мигрантов в Европе разрабатывались и внедрялись комплексно и компетентно, учитывая культурные и гендерные факторы с целью предотвращения сексуального насилия и ответных политик и мер [120,319, 355].

Миграция является актуальной проблемой как для принимающей страны, так и для самих иммигрантов. В то время как удовлетворение потребностей иммигрантов в сфере здоровья в целом требует немедленных и продолжительных действий, сфера СЗ и РЗ остаётся наиболее проблематичной. Возможно фактором, определяющим разницу в перинатальных рисках, является то, что каждая группа мигрантов сталкивается с различными препятствиями и проблемами в доступе к службам СЗ и РЗ. Несмотря на политические меры, направленные на улучшение доступа иммигрантов к службам СЗ и РЗ, в отдельных странах Европейского региона, различия в исходе беременности у

женщин иммигрантов и женщин из основного населения до сих пор существуют [129]. Это можно объяснить неравенством в доступе к высококачественной помощи в области РЗ, включая антенатальный уход. На уровне служб здоровья это неравенство могут снизить определённые действия: улучшение понимания медицинского персонала трудностей и потребностей мигрантов, создание руководств по антенатальному, послеродовому и неонатальному уходу, ориентированных на нужды [диссертант].

Эпидемиологическая тенденция увеличения показателей заболеваемости ВИЧ в результате передачи инфекции половым путем в Центральной и Восточной Европы подтверждена данными статистики. Основными группами риска являются потребители наркотиков, работники коммерческого секса, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, подростков и молодые взрослые подтвердили, что не всегда использовали презервативы [252].

Изучению организационно-методических аспектов охраны репродуктивного здоровья мальчиков и подростков посвящено много публикаций [253, 255, 256, 258, 260, 265, 266, 272, 273, 274, 281, 288].

Наиболее подвергающиеся риску инфицирования ВИЧ: молодые секс-работники, молодые инъекционные наркоманы и молодые мужчины, вступающие в половые отношения с мужчинами. Многие из этих молодых людей живут за пределами общества и вряд ли будут охвачены мероприятиями, осуществляемыми через школы, службы здравоохранения или средства массовой информации [285, 286, 289, 295, 299, 310, 312].

Отмечено увеличение на 50% смертности от ВИЧ среди молодежи и подростков (в возрасте 10-24) с 2005 по 2012 гг. преимущественно у работников секс-бизнеса, транссексуалов и заключенных. Основная причина - доступ к медицинскому обслуживанию [5, 47, 48, 155, 250, 327].

Есть данные развития у молодых мужчин - сексуальных меньшинств генерализованного тревожного расстройства и большой депрессии [127, 157,

191, 238, 319]. Описана офисная организация ухода лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и анкетирование для оценки качества жизни молодежи уязвимых групп со стороны практикующих врачей [268].

Подростки, которые идентифицируют себя в качестве лесбиянок, геев, бисексуалов или транссексуалов, могут столкнуться с дополнительными проблемами из-за дискриминации в обществе и предубеждения против сексуальных и гендерных меньшинств. В связи с этим, в школах, системе патронажного воспитания и системы правосудия в отношении несовершеннолетних, а также в структуре семьи имеются возможности влияния на это неравенство [331].

Подростки геи и бисексуальные мужчины, наряду с другими молодыми людьми, имеющими половые контакты с мужчинами, но которые не идентифицируют себя этими этикетками, в первую очередь страдают от ВИЧ, и в добавок к этому, не знают о своем ВИЧ-инфицировании [146, 151, 171, 184, 224, 226, 252, 256, 258, 259, 261, 280].

Основную долю вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди молодых людей США в возрасте 13-24 составляют мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами. Главные барьеры для тестирования на ВИЧ это отсутствие осведомленности или знаний о тестировании на ВИЧ, страх результатов, страх быть отвергнутым, страх перед раскрытием статуса и проблемы доступа [286, 292, 302, 317].

Выявлена потребность в дополнительном образовании и обеспечении доступности к услугам на всех уровнях предоставления оказания помощи подросткам мужского пола, включая консультирование по вопросам ИППП, снижение риска инфицирования ВИЧ, мужских методов профилактики беременности и др. [252, 315, 317].

Результатами многих исследований выявлено, что подростки геи и бисексуальные мужчины, подвергающиеся непропорционально высокому риску

ВИЧ и других ИППП, могут быть разделены на две группы: сексуально опытные и неопытные (недавно начатые). Во второй группе выявили дополнительные переживания / проблемы, которые появились уникальные для их сексуальной идентичности, в частности, опасения по поводу боли во время анального секса, а также трудности, надежно и точно идентифицирующие однополых партнеров. Сексуально неопытные сказали, что их мотивация сосредоточена на желании, чтобы избежать ИППП и ВИЧ, желание ждать подходящего партнера и особенность секса. С другой стороны, сексуально опытные сказали, что они прекратили заниматься сексом, если бы не был доступен партнер, к которому они имели интерес, или улучшить их романтические отношения. Таким образом, в то время как приведенные данные свидетельствуют о том, что могут существовать общие факторы, по всей сексуальной идентичности, которые влияют на юношеский сексуальное принятие решений, программы здорового сексуальности [268, 274, 286, 287, 317, 325, 329, 331, 354].

McDougal L., с соавт. [2013] было изучено репродуктивное и сексуальное здоровье среди женщин в Мексике, которые вошли в секс-индустрию в подростковом возрасте моложе 18 лет. Выявлена связь начала с сексуальных надругательств, раннее незаконное употребление наркотиков, продолжающееся насилие и ограниченный доступ к службам охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Отмечен в этих группах риск незапланированной подростковой беременности, самопроизвольного аборта или мертворождения, и инфекций, передаваемых половым путем [311].

Похожие результаты опубликованы во многих других исследованиях из разных стран, где было показано, что доступ РС к сексуальному и репродуктивному здоровью хуже у маргинальных женщин [155, 186, 251, 254, 263, 270].

Для изучения потенциального выбора вида противозачаточных средств (таблетки, гель или инъекционные), было проведено исследование среди

женщин-работниц коммерческого секса и мужчин и женщин в серодискордантных пар в Кении, а также подростков и молодых женщин в Южной Африке. Полученные данные свидетельствуют о том, что противозачаточные продукты могут помочь им заработать больше деньги, потому что они будут чувствовать себя безопаснее принимать больше клиентов или секс без презерватива за более высокую цену, могут заменить презервативы и реанимировать сексуальную жизнь супружеских пар [306, 308].

В Эфиопии существует дефицит многоцентровых репрезентативных данных о сексуальном поведении у студентов, чтобы иметь национальную картину в области высшего образования. Из 817 участников исследования, 297 (36,4%) студентов никогда не занимались сексом. Средний возраст первого сексуального опыта приходится на 18,6 лет. Незащищенный секс, имеющие несколько половых партнеров, секс с работниками коммерческого секса практиковалось у 184 (62%), 126 (42,7%), 22 (7,4%) сексуально активных студентов, соответственно. Посещают ночные клубы и смотрят порно видео - 130 (15,8%) и 534 (65,4%), соответственно. Просмотр порно видео, посещение ночных клубов, жевание табака-хат и употребление алкоголя часто были связаны с периодом половых контактов и наличия нескольких сексуальных партнеров [251,276, 277, 316, 336, 338, 341, 344].

В Китае, действует политика и социальное табу на доступ к охране сексуального и репродуктивного здоровья для не состоящих в браке подростков [355, 360].

Многочисленные исследования, проведенные в разных регионах Китая среди девочек-подростков, которые занимаются коммерческим сексом, свидетельствуют о том, что рискованное поведение усугубляется в результате низкого уровня грамотности. Будучи менее информированные о рисках употребления наркотиков и отсутствие знаний по сексуальному и репродуктивному здоровью, они допускают употребления нескольких

наркотиков - полинаркомании (метамфетамин, героин, экстази и кетамина), грубого и продолжительного полового акта, непостоянного использования презервативов и неэффективной практики использования противозачаточных средств. Текущие меры профилактики ВИЧ / ИППП вряд ли удовлетворят спрос женщин подростков, занимающихся употреблением наркотиков и коммерческим сексом [376]. Следует провести всеобъемлющее и скоординированное влияние на снижение вреда и сексуального и репродуктивного здоровья с участием этих наиболее уязвимых подростков [304, 350, 355, 358, 360].

Существует сильная доказательная база, что стигма, дискриминация и криминализация являются ключевыми факторами риска для подростков в возрасте 10-17 лет начать заниматься коммерческим сексом или употреблять инъекционные наркотики. Зачастую на это их подталкивают сотрудники правоохранительных органов, в связи с чем по возможности необходимо исключать аресты, уголовное преследование или задержание любого рода [280].

Рекомендуется шире включать принципы обеспечения информированного согласия и конфиденциальности, в том числе путем отказа от требований согласия родителей, в том числе при проведении ВИЧ-тестирования, лечения заместительной терапии, безопасных аборт, антиретровирусной терапии для подростков транссексуалов [116]. Правовые принципы также предусматривают, что эти подростки должны иметь доступ к адвокату, чтобы оспорить условия их содержания, регулярное посещение коллег, друзей и семьи [136, 151, 186, 265].

Одно из исследований было проведено среди латиноамериканских подростков с опиоидной зависимостью, которое выявило, что используют героин с 13,5 лет и ежедневное употребление начали в возрасте 14,2. Большинство из них (74%) сообщили об эпизодах передозировки в анамнезе. Подростки не имели биологических родителей, и воспитывались воспитателями [349].

В Гондурасе, среди случайно выбранных улиц на основе подростков, взрослых и работников коммерческого секса (РС) осуществляются на месте стандартизированные вопросники лицом к лицу. Воздействие на физическое и сексуальное насилие достигло экстремальных уровней среди уличных подростков. Доступность к лечению уличных подростков, особенно после тяжелого сексуального насилия, оказалась крайне ограниченной. Ассоциация симптомов психического здоровья и токсикомании с воздействием насилия может привести к дальнейшей виктимизации (процесс или конечный результат превращения в жертву преступного посягательства) [319].

**Резюме.** Проблемы доступности молодежи к медико-социальным услугам имеют непосредственную зависимость от степени их рискованного поведения. Чем больше они уязвимы к различным ИППП/ВИЧ/СПИД и наркозависимости, тем больше они сталкиваются с социально-обусловленными барьерами для получения своевременных и качественных профилактических и лечебно-диагностических услуг. Как представлено в данном разделе обзора литературы, доступность молодежи к медико-социальным услугам также зависит и от уровня стигмы и дискриминации в обществе, в особенности в отношении к трудовым мигрантам, РС, сексуальным меньшинствам, потребителям наркотиков и другим группам риска.

## **1.5. Стратегии укрепления здоровья молодежи**

### **1.5.1. Межведомственное взаимодействие**

Многими авторами подчёркивается необходимость межведомственного взаимодействия при регулировании вопросов, связанных с СЗ и РЗ среди молодежи [38, 151, 226, 366, 371].

Женщины в странах ЦА сталкиваются с трудностями получения услуг здравоохранения, необходимых как во время беременности, так и после,

молодые девушки наиболее ущемлены с точки зрения доступа к услугам в области репродуктивного здоровья [42, 108, 176].

Ожидаемое демографами снижение рождаемости корректируется межведомственным взаимодействием посредством введения государственных национальных программ экономического стимулирования рождаемости, что, несмотря на уменьшение числа женщин детородного возраста, позволяет прогнозировать рост рождаемости на 0,6 промилль в год [382].

В Республике Беларусь меры по межведомственной координации вопросов здоровья подростков регулируются Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. (Указ Президента Республики Беларусь №357 от 11 августа 2011 г.; от 12 сентября 2012 г. №406), Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. №218, который регламентирует необходимость внедрения мониторинга деятельности служб здравоохранения по вопросам подросткового здоровья [122].

В Республике Молдова также внедряется программа по профилактике и борьбе с ВИЧ/ИППП и туберкулезом [151].

Индикатором мониторинга и оценки уровня здоровья подростков, является качество жизни, который рассчитывается по специально разработанным критериям [241].

Заинтересованным по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции специалистам по профилактике ВИЧ-инфекции и социально значимых заболеваний, необходимо на практике использовать Интернет и социальные сети, которые сегодня собирают огромную массу людей-пользователей, а это, в основном, молодежь и даже их родители. Сегодня интернет и социальные сети популярны и для педагогов, медиков, юристов и других госслужащих [290, 329, 353].

Проведенные интервью с руководителями и сотрудниками центров здоровья в нескольких штатах США выявили некоторые проблемы на разных

уровнях предоставления услуг по охране репродуктивного здоровья подросткам [285].

Уязвимые группы, в том числе подростки также сталкиваются с серьезными препятствиями в доступности высококачественных услуг в области СЗ и РЗ [108]. Поэтому необходимы политические меры, охватывающие данные группы отдельно.

Политика должна предусмотреть повышение доступности услуг, повышение осведомленности и образования, особенно в форме всестороннего полового воспитания на базе школ и за ее пределами для всех групп молодежи [диссертант].

Наименее благополучные семьи наиболее уязвимы, имеют наименьший доступ к службам здравоохранения и подвержены наихудшим последствиям для здоровья [диссертант].

Наиболее успешные программы по улучшению сексуального и репродуктивного здоровья должны уделять больше внимания социальным детерминантам, как например целевой подход, при котором ставят цель более активного участия общественности, побуждения правительств к поддержке гендерной политики [178].

Социальные детерминанты влияют на материнскую смертность. Они преграждают доступ беременных женщин к службам здравоохранения, которые им необходимы и на которые они имеют право. Эти детерминанты взаимодействуют и приводят к так называемым «трём задержкам». В глобальном понимании проблемы материнской смертности это [63]:

- Задержка при поиске необходимой неотложной акушерской помощи по причинам стоимости, неумения распознавать экстренные случаи, недостаточного образования, и доступности информации, административных преград и гендерного неравенство;

- Задержка в доступе к соответствующей службе по причинам удалённости, инфраструктуры и транспортного сообщения; и
- Задержка в получении необходимой помощи по таким причинам как нехватка квалифицированных сотрудников, нехватка медицинских препаратов, отсутствие водоснабжения или подачи электроэнергии.

Интеграция социальных детерминантов в быструю оценку потребностей позволяет определить наиболее уязвимые группы и разработать вмешательства, отвечающие наиболее срочным нуждам в сфере здоровья [259].

Подростки женщины сталкиваются с значимыми проблемами СЗ и РЗ и являются более уязвимыми, чем их сверстники мужского пола. Авторы описывают методологию Photovoice – подход вовлечения самих подростков в процесс разработки политики, решения неравенств в отношении здоровья и осуществления социальных изменений [278].

Во всем мире женщины-подростки подвергаются риску насилия по признаку пола, включая сексуальное насилие и насилие со стороны сексуального партнера, которые колебались среди 10,2% в Шанхае и 36,6% в Йоханнесбурге [269, 270].

В целях расширения доступа к методам контрацепции для женщин подросткового возраста эффективным подходом является практика консультирования подростков и тренингов для провайдеров услуг [279, 281, 282, 305].

В Республике Узбекистан функционирует Межведомственный Экспертный Совет, который на регулярной основе собирает представителей задействованных министерств, ведомств и партнеров по развитию и обсуждает насущные проблемы касательно здоровья молодежи и подростков. В результате разрабатывается постановление, которое отражает пути решения обсуждаемых проблем, как например «О дополнительных мерах по повышению

эффективности противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан» [2].

Разработанная концепция охраны здоровья девочек-подростков, основанная на межведомственной интеграции, позволила ликвидировать разрыв между учреждениями города по вопросам охраны репродуктивного здоровья, улучшить лечебно- профилактическую и информационно- просветительскую работу, направленную на сохранение репродуктивного потенциала девочек-подростков и улучшение демографической ситуации в г. Уфе [223].

Быстрый успех приносят программы профилактики, построенные на взаимодействии государственных и общественных институтов. Указано, что наиболее эффективными являются программы, адаптированные к местным социально-экономическим условиям, направленные на конкретные группы населения. Показана роль педиатров, работающих с подростками, в скрининговых обследованиях. Особенно оправданной является программа профилактики, пропагандирующая здоровый образ жизни, семейные ценности, предупреждения ранних половых контактов [294].

Как мы выше акцентировали, большую эффективность дают меры с привлечением подростков к реализации различных программ, активное их участие в них. Такой опыт оправдано представлен в ряде публикаций, как например работа по принципу «равный-равному» в общественном центре «Забота» г. Алматы Республики Казахстан. В данном центре оказываются медико-социальные услуги подросткам и молодежи из социально уязвимых семей. Один из эффективных проектов этого центра «Орлеу», был профинансирован Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией через Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и корпорации PSI. Одним из достижений реализации данного проекта стала организация Молодежный центр «Youth power», в комплексе мероприятий которого входили следующие: 1) организация различных информационных

мероприятий по снижению девиантного поведения, включая сексуальные вопросы и наркоманию; 2) обеспечение консультаций психологов и медиков; 3) организация различных оздоровительных занятий; 4) поддержка механизма перенаправления обратившихся через кабинеты доверия в специализированные медицинские учреждения [121, 365].

В Республике Молдова представители общественных организаций реализовали стратегию, направленную на повышение эффективности профилактических программ, сущностью которой является разработка пошагового плана выполнения мер, которую по нарастанию от уличной акции была доведена до общестрановой информационной кампании [151].

Несмотря на большие усилия со стороны партнеров по развитию с вовлечением сообщества, всё же лидирующая роль государства в мониторинге всех проводимых мер профилактики девиантности, всё ещё желает лучшего.

Имеются разрозненные сведения об организации государственных программ профилактики ВИЧ-инфекции среди женщин групп риска (РС) в г.Москва и Республике Татарстан [369]. Согласно другим данным, в 7 территориях России (Алтайский край, Волгоградская, Калининградская, Ленинградская, Саратовская, Свердловская и Челябинская области) была реализована межрегиональная программа с целевой аудиторией женщин ПИН-ов, с акцентом на ППМР [189]. Социологический опрос, проведенный в Иркутской области, выявил, что преобладающее большинство медиков осознают важность интеграции усилий государственных и негосударственных служб при проведении ППМР. В Приволжском федеральном округе описан прекрасный опыт взаимодействия Центра по борьбе со СПИД, акушерско-гинекологической и педиатрической службах здравоохранения с акцентом на поддержку мер по ППМР [377]. Есть опыт работы с акцентом на детей, инфицированных ВИЧ, которым было организовано своевременное обследование и лечение, психосоциальная поддержка [288].

Во всех международных стратегиях по борьбе с ВИЧ-инфекцией сделан акцент на необходимость активизации межсекторального сотрудничества органов здравоохранения, социальных служб, образования, правительственных и неправительственных организаций [92]; на необходимость в организации мульти-дисциплинарных бригад, состоящих из представителей вышеназванных структур [148].

Из всех заинтересованных сторон вопросы межведомственного взаимодействия более хорошо налажено между службами ВИЧ и наркологии, которые смогли наладить преемственность в предоставлении медико-социальных услуг подросткам и молодежи [60, 64, 368]; налажено также межведомственное сотрудничество между центрами по борьбе со СПИД, ПМСП и некоммерческими организациями [230]; диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных проводится на уровне районных центров здоровья под организационным руководством Центра СПИД [171]; реализуется концепция взаимодействия центра СПИД с другими учреждениями здравоохранения и социальной службы, силовых структур и СПИД-сервисных организаций [23, 31, 94].

Хороший опыт межведомственного взаимодействия показали специалисты Центра по борьбе со СПИД Омской области, где реализуются мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции с использованием принципов межведомственного партнерства с вовлечением ЛЖВС [370]. В Санкт-Петербурге также разработана модель мультидисциплинарного сотрудничества центра СПИД и учреждений ПМСП с неправительственными общественными организациями.

Подобные опыты мультидисциплинарного взаимодействия позволяют повысить приверженность к наблюдению за семьями с ВИЧ-инфекцией, что несомненно отражается на частоте передачи ВИЧ от матери ребенку, уменьшении числа детей-сирот и количества материнской и младенческой

смертности [8, 226]; позволяет обеспечить предоставление медицинской и психологической помощи отказным ВИЧ-инфицированным детям [138].

В Свердловской области реализуется межведомственная, мультидисциплинарная программа медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных, освобожденных из пенитенциарных учреждений [194, 195].

Республика Таджикистан имеет свои географические, национальные и ментальные особенности, характеризующиеся серьезными барьерами в доступности к медико-социальным услугам, высоким уровнем стигмы и дискриминации. В доступной нам литературе мы не нашли сведений о проведении подобных работ в области оценки эффективности ППМР, в целом, профилактических мер по снижению риска распространения ВИЧ-инфекции среди молодежи с девиантным поведением, опыта разработки и реализации унифицированных механизмов, внедрении межведомственного сотрудничества и взаимодействия [диссертант].

Центральным звеном при организации межведомственного сотрудничества являются учреждения ПМСП, среди многообразия функций которых профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи занимает ведущее место: выявление, учет, обследование при наличии показаний медицинского характера и лечение несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные или одурманивающие вещества, а также осуществление других входящих в их компетенцию мер по профилактике алкоголизма, наркомании и токсикомании несовершеннолетних; медицинское освидетельствование несовершеннолетних, оставшихся без попечения или законных представителей, и подготовку рекомендаций по их устройству с учетом состояния здоровья, содействие органам опеки и попечительства в их устройстве; обследование и лечение несовершеннолетних, страдающих этими заболеваниями, выявление источников социально значимых заболеваний; оказание консультативной помощи работникам органов и учреждений системы

профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также родителям или законным представителям несовершеннолетних [диссертант].

Снижение частоты социально значимых заболеваний возможно только при наличии координации усилий всех служб и ведомств, сталкивающихся в своей практике с лицами из групп риска по этим заболеваниям, что возможно при реализации модели взаимодействия Министерства здравоохранения с другими учреждениями и организациями по обеспечению медико-социального сопровождения и профилактики социально-значимых инфекций, где Министерство здравоохранения должно выступать координатором усилий в данной области [диссертант].

**Резюме.** В данном разделе обзора литературы представлены различные подходы по улучшению обеспечения доступности молодежи к медико-социальным услугам. Среди разных подходов показана лучшая эффективность в достижении этой цели посредством организации устойчивого межведомственного взаимодействия различных заинтересованных государственных и общественных структур.

### **1.5.2. Организация профилактических осмотров и просветительных мероприятий**

У детей и подростков в современных условиях отмечаются темпы нарастания соматической патологии и репродуктивных расстройств; практически здоровые дети в группе до 14 лет составляют 37%; в подростковой группе - 47% [10]. В структуре гинекологической заболеваемости первое место занимают воспалительные заболевания органов малого таза, второе место - нарушения менструальной функции. 54,5% подростков положительно относятся к проведению профилактических осмотров на выявление гинекологических заболеваний, однако 30,1% учащихся остались неохваченными

профилактическими мероприятиями по причине их отсутствия в учебных заведениях [150].

Практика показывает, что эффективность профилактических мероприятий среди подростков касательно РСЗ остаётся низкой [220]. В связи с этим, авторы рекомендуют стандартизировать комплекс информационной модели. При этом, потребность в предоставлении консультативных услуг по вопросам РСЗ остается высокой, при этом акцент нужно делать на взаимоотношения в семье, представлять информацию об учреждениях, в которых их готовы принять психологи, гинекологи, урологи, и др. специалисты [166]. Подростки стремятся быть в психологическом контакте с врачами, предоставляющими им медико-социальные услуги [133].

В одном из публикаций, авторы рекомендуют внедрить образовательные программы по ВИЧ в учебный процесс в школах, колледжах, вузах (возможно использование для этих целей школьного предмета «Валеология» или «Самопознание») [113].

Степень влияния факторов риска и защитных факторов, связанных с подростками в области сексуального и репродуктивного здоровья, зависит от качества отношений между родителями подростков, присутствия насилия, наркомании, проблем с психическим здоровьем в семье и отношением со сверстниками [328].

Внедрены различные программы медицинского образования для подготовки поставщиков репродуктивных услуг подросткам. Считаем необходимым привести лучшие практики, которые в некоторых случаях основаны на дидактических лекциях и представлении разнообразного стационарного и амбулаторного клинического опыта. Другие, с целью обучения навыкам практикуют вовлечение подростков в клинических наблюдениях и принятии решений. Третьи, основаны на предоставлении инфраструктуры и

ресурсов для предоставления услуг в области репродуктивного здоровья подростков [301, 337].

Знания девочек подростков крупного города о методах контрацепции, последствиях незащищенного полового акта, распространенности инфекций, передающихся половым путем, могут быть расценены как удовлетворительные меньше чем у половины респондентов (47%), причем 17% подростков, живущих половой жизнью, вообще не пользуются контрацептивами, и только каждая четвертая продекларировала личную ответственность за соблюдение контрацепции [108, 314, 333].

Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья должно включать информацию об общей ситуации по репродуктивному здоровью подростков и молодежи, особенностях анатомии и физиологии мужских и женских половых органов, половое развитие подростков, планирование семьи, контрацепция, инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ-инфекция, наркомания, как дополнительный фактор риска, влияющий на репродуктивное здоровье, влияние табака и алкоголя на репродуктивное здоровье, психо-сексуальное здоровье подростков и молодежи, вопросы подростковой беременности и последствий абортов [215, 339].

Описаны различные подходы и алгоритмы консультирования подростков и молодежи по вопросам СЗ и РЗ [27, 321, 345, 346, 347].

Согласно данным медико-социального исследования, среди факторов риска развития нарушений репродуктивной сферы у обследованных детей на первое место вышли: отклонения в физическом развитии (13% у девочек и 7,0% у мальчиков), избыток массы тела (13,7% у девочек и 9,1% у мальчиков), наличие гормональных сдвигов у девочек (4,8%) и андрологических нарушений у мальчиков (3,75%). Результаты медико-социального исследования указали на низкую информированность женского населения о проблеме нарушения

репродуктивной функции [203]. М. Ю. Кадошникова (2015) также акцентирует о необходимости сексуального образования для подростков и их родителей [185].

В Республике Таджикистан попытку проведения оптимизации службы РЗ подростков в рамках выполнения научного исследования описала Ганизода М.Х. (2020) [365]. Однако данное исследование коснулось только изучения особенностей физического и полового развития, их уровня информированности о РЗ и правах, а также структуры генитальной и соматической патологии девушек и девочек подростков.

**Резюме.** В данном разделе обзора литературы представлены данные по опыту разных стран в организации профилактических осмотров подростков и просветительных мероприятий как для молодежи, так и для их родителей. Показана эффективность мер, предпринимаемых центрами по формированию здорового образа жизни. Сделан акцент на роль личной ответственности каждого члена общества, основываясь на факте, что здоровое общество – богатство государства.

### **1.5.3. Опыт организации клиник дружеского отношения к молодёжи**

Таким образом, представленный выше обзор литературных сведений о необходимости разработки новых инновационных подходов для обеспечения доступности молодежи к профилактическим услугам по РСЗ. В этом периоде появилась идея организации специализированных учреждений – кабинетов доверия для подростков и молодежи. В России, первые подобные консультативно-диагностические центры были организованы в Санкт-Петербурге («Ювента») и в Новосибирске («Ювентус»). Позже, в Украине в г. Киев была организована подобная молодежная клиника. В последующие годы эта инициатива была поддержана инвестиционными проектами со стороны ЮНИСЕФ и ЮНФПА, в рамках реализации которых была поддержана организация специализированных молодежных учреждений в разных странах,

таких как Республика Беларусь, Казахстан, Республика Молдова и Таджикистан и других странах региона [143, 202, 229, 233, 295].

Сегодня в этих странах функционирует широкая сеть центров, дружеского отношения к молодежи, в Республике Беларусь – 49, в Казахстане – 87, в Республике Молдова – 36, в Украине – 147, в России - 150 в Республике Таджикистан функционируют 21 ММКО, оказывающее услуги, дружественные молодежи. Правительства стран ВЕЦА и органы охраны здоровья населения поддерживают институализацию и устойчивость деятельности медико-социальных служб, дружественных к подросткам [231, 232].

Акцент на подростковый возраст имеет решающее значение для успеха реализации многих общественных программ в области здравоохранения [335].

Доступ к службам здравоохранения, оказывающим дружественное отношение к молодежи, имеет жизненно важное значение для обеспечения СЗ и РЗ и благополучия в особенности маргинальных или уязвимых подростков в странах с низким и страны со средним уровнем дохода [272].

Центры (кабинеты) планирования семьи выполняют роль пунктов оказания услуг, нежели выступают в качестве методологических центров, ответственных за обучение, консультирование и мониторинг результатов деятельности по вопросам охраны репродуктивного и сексуального здоровья.

В Казахстане отсутствует политика, направленная на обеспечение услугами планирования семьи уязвимых групп населения, имеющих особые потребности [48]. В этой стране из всего многообразия учреждений, доброжелательного отношения можно рекомендовать для примера Молодежный центр «Youth power» или РОО «Взгляд в будущее» (Казахстан) [51, 366].

Описаны примеры оказания медико-социальной помощи безнадзорным и беспризорным детям (на примере ГУСО «Республиканский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних») и др. [117, 178].

При изучении образа жизни подростков выявлены уменьшение продолжительности ночного сна, увеличение продолжительности учебной деятельности, снижение двигательной активности, преобладание позднего и/или ночного досуга, преобладание пассивно - развлекательных видов досуга, высокий уровень курения и потребления алкоголя, низкая медицинская активность. Учитывая выявленные специфические потребности и образ жизни подростков необходимо развивать медико - социальную службу, решающую медико-социальные, правовые и психологические проблемы подростков, а также проблему охраны их репродуктивного здоровья. Одним из вариантов совершенствования оказания подросткам медико - социальной помощи является развитие на базе амбулаторно-поликлинических учреждений модели «Клиника, дружественная к молодежи» [214].

В доступной нам литературе встречаются много публикаций по комплексной реабилитации детей и подростков социального риска в условиях реабилитационных центров [158], представили свой опыт врачи из Сети молодежных клиник [382], Санкт-Петербургского благотворительного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие», который стартовал в сентябре 2012 года, за время его работы было протестировано более 14 000 человек в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Более чем 1500 человек получили положительный результат теста. Всем была оказана психологическая и социальная поддержка, а также содействие в получении медицинской помощи в государственных учреждениях [177].

Внедрение в деятельность детской поликлиники принципов работы КДМ способствует уменьшению случаев нежелательных для подросткового возраста беременностей и абортов. Эффективность работы по сохранению РЗ девушек зависит от объемных показателей, специфичных для деятельности КДМ. Работа детской поликлиники в соответствии с принципами КДМ позволяет повысить уровень информированности девушек по вопросам РЗ, чем способствует

формированию мотивации на сохранение и укрепление фертильного здоровья и повышает качество жизни по всем его параметрам, кроме физического функционирования [229-233].

Общеизвестно, что сексуальная активность является проявлением хорошего физического развития девушек подростков. Для лиц с повышенной сексуальной активностью характерно более раннее половое созревание и более раннее наступление половой зрелости. Однако, для таких лиц характерна более высокая микробная обсемененность генитального тракта и ИППП. Данный факт должен настораживать врачей при работе с таким контингентом [220].

Доступ к медико-социальным службам КДМ делает сами детские поликлиники более привлекательными для подростков, повышает уровень их профилактической работы и диспансеризации, снижает риск беременности и инфекций, передаваемых половым путем, у подростков, способствует сохранению репродуктивного потенциала страны [230].

Шарков К.Г. и др., (2016) представили свой опыт по работе с подростками с девиантным поведением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера», основанный на новой социальной технологии «специализированная социальная квартира» - пошаговое нивелирование девиантного поведения воспитанников, восстановление их социального статуса в коллективе сверстников, в учебном заведении, помощь в оздоровлении и гармонизации детско-родительских отношений [246].

Интересен опыт организации сопровождения подростков с девиантным поведением в условиях социально-реабилитационного центра «Прометей» для несовершеннолетних (Санкт-Петербург) [236].

Кубанов А.А., и др., (2015) делятся своим опытом оказания услуг при девиантном поведении беспризорных и безнадзорных подростков (по данным

социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних) «Доверие» г. Москва [199].

В Кыргызстане в целях оптимизации оказания услуг в КДМ решают следующие задачи: увеличение числа детско-подростковых гинекологических кабинетов; обеспечение прохождения курсов тематического усовершенствования по вопросам детской и подростковой гинекологии семейными врачами, укомплектование специализированных кабинетов необходимым оборудованием, в том числе детским гинекологическим инструментарием, внедрение программы профилактики нарушений в формировании репродуктивного здоровья [160, 161].

В Республике Молдова проекты, направленные на здоровье подростков, финансируются со стороны ЮНЕСКО, которая поддерживает мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции среди молодежи. Данная организация координирует также межведомственное взаимодействие по данной проблеме, вовлечение в мероприятия гражданского общества и неправительственные организации. Так, например, деятельность Центра «Межкультурный диалог» при поддержке ЮНЕСКО координируется со стороны Министерств просвещения и здравоохранения, Институтом педагогических наук по успешной реализации проекта «Содействие развитию и распространению знаний в области биоэтики в Республике Молдова» [151].

В Республике Беларусь данную деятельность координирует Министерство здравоохранения, который своим приказом о совершенствовании предоставления консультативных услуг подросткам и молодёжи утвердил типовые Положения о центре дружественном подросткам и о ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам, при тесной координации с Министерствами образования, социальной защиты, культуры, органами внутренних дел, прокуратуры, общественными и частными организациями, а также СМИ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ [179, 239]. Основная цель

создания подобных центров – повышение информированности и мотивации к здоровому образу жизни, обеспечение условий для социализации подростков и в конечном итоге улучшение репродуктивного, психологического и соматического здоровья молодёжи.

Таким образом, уже в 2014 г. в Женеве в рамках Ассамблеи ВОЗ представители более 20 стран представили свой опыт по работе учреждений, «дружественных к подросткам и молодежи» [28].

**Резюме.** Проведенный анализ доступных данных по опыту разных стран в организации учреждений дружеского отношения к молодёжи, свидетельствует об эффективности организации лечебно-профилактических центров, адресно оказываемых услуги для молодежи. Показана важность максимального приближения их с центрами репродуктивного здоровья, их институализации и преимущество применения перенаправлений в специализированные профильные медицинские центры в случае необходимости. При комплексном подходе, подобные центры обеспечивают надлежащую доступность для всех групп молодежи, независимо от их рискованного поведения.

## Глава 2. Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» МЗ и СЗН Республики Таджикистан за период с 2013 по 2018 гг. и НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии за период с 2018 по 2020 гг.

В данной научной работе использованы данные: 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 Шуъбаи тиббии машваратии ҷавонон Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, утвержденные распоряжением МЗ и СЗН РТ № 655 от 12 ноября 2014 г. (Таблица 2.1.).

**Таблица 2.1. - Перечень проанализированных документов**

Анализируемый материал	Источник	Год
Данные Государственного статистического Агентства при Правительстве РТ	Демографический ежегодник РТ	2018
	Здравоохранение в РТ	2019
	Численность населения РТ на 1 января 2019 г.	2019
Данные Республиканского центра медицинской статистики и информации МЗ и СЗН РТ	Здравоохранение и деятельность учреждений здравоохранения	2013 - 2019

Продолжение таблицы 2.1.		
Сводные данные годовых отчетов Национального, областных и районных центров репродуктивного здоровья	Отчеты ЦРЗ	2018 - 2019
Данные Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИД	Отчет страны о достигнутом прогрессе в противодействии ВИЧ	2019 - 2020
Данные Республиканского центра по защите населения от ТБ	Отчет НТП	2019 - 2020
Анализ нормативно-правовых актов РТ по охране здоровья молодежи	Смотри перечень, представленный в главе 4	2013 - 2019
Данные амбулаторных карт	Форма 025/к	2013 - 2019
Данные индивидуальных карт беременных	Форма 029	2013 - 2019
Данные электронных карт мониторинга числа посещений молодежи и полученных ими медико-социальных услуг с применением системы кодирования	По данным ваучеров	2013 - 2019
Ҳисоботи Шуъбаи тиббии машваратии ҷавонони Вазорати тандурустии ҚТ	Форма № 24	2013 - 2019

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

- 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.

Среди них 1000 чел. были охвачены социологическим исследованием, в том числе 550 - среди организованной молодежи, 200 – трудовых мигрантов, 120 - РС, 30 - МСМ и 100 – ПИН. Методы исследования, охват и годы, выполненных работ представлены в таблице 2.2.:

**Таблица 2.2. - Методы исследований**

<b>Методы исследований</b>	<b>Количество исследований</b>	<b>Год</b>
Анализ документов	22	2012-2019
Клинико-anamnestическое обследование по обращаемости в ММКО, общее объективное и гинекологическое исследование и другие медицинские услуги: психокоррекция поведения, добровольное диагностирование, лечение и реабилитация с целью профилактики и выявления заболеваний репродуктивной системы, включая нежелательную беременность; УЗИ органов малого таза аппаратом сканирования «Logic 3» фирмы «Generalelectric» с трансабдоминальным датчиком и лабораторная диагностика:	58103 чел., в том числе 520 девушек - проспективно:	2018-2019

Продолжение таблицы 2.2.		
<p>1. Организованная молодежь (студенты ВУЗ-ов, СУЗ-ов, школьники)</p> <p>2. Трудовые мигранты</p> <p>3. Работницы секса (РС)</p> <p>4. Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)</p> <p>5. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)</p>	<p>- 46517 чел. ретроспективно и 250 девушек – проспективно;</p> <p>- 7012 чел. ретроспективно и 80 девушек – проспективно;</p> <p>- 3677 чел. ретроспективно и 160 девушек – проспективно;</p> <p>- 40 чел. ретроспективно;</p> <p>- 337 чел. ретроспективно и 30 девушек – проспективно</p>	
<p>Уровень первичной заболеваемости рассчитывали на 1000 человек молодежи по формуле: Уровень первичной заболеваемости = Число первичных обращений молодежи по поводу заболеваний, впервые выявленных в этом году / Среднегодовая численность молодежи *1000</p>	<p>58103 чел.</p>	<p>2018-2019</p>
<p>Социологический опрос для оценки качества жизни среди молодежи согласно разработанной анкеты вопросника, рекомендованного ВОЗ в условиях анонимности с обязательным условием согласия респондента</p>	<p>1000 человек, в том числе 550 среди организованной молодежи, 200 – трудовых мигрантов, 120 - РС, 30 - МСМ и 100 – ПИН</p>	<p>2018-2019</p>

Продолжение таблицы 2.2.		
Клинико-статистический анализ электронных карт молодежи, ранее обратившихся в ММКО	2008 карт: 1569 девушек и 439 юношей	2015-2017
Отчеты о предоставлении аутрич - услуг о проведенном мотивационном консультировании, информационно-образовательных сессиях по формированию здорового образа жизни, по вопросам РЗ и СЗ, обучению методам предупреждения нежелательной беременности, абортов, туберкулеза, заражения ВИЧ-инфекцией и другими ИППП, обеспечению информационными материалами и презервативами	2008 карт: 1569 девушек и 439 юношей	2015-2017
Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США). Количественные показатели представлены в виде их среднего значения и стандартной ошибки	58103 чел. в ММКО, с предоставлением пакета услуг, в том числе 520 девушек - проспективно; 1000-соц. опрос; 2008-данные амб. карт	2020

## Продолжение таблицы 2.2.

<p>(<math>M \pm m</math>), качественные показатели представлены в виде абсолютных значений и их процентного соотношения. При исследовании взаимосвязи между независимыми категориальными величинами использовался критерий <math>\chi^2</math>, в том числе с поправкой Йетса (если число наблюдений было <math>&lt;10</math>), а также точный критерий Фишера (при малом количестве наблюдений <math>&lt;5</math>), при множественных сравнениях использовался критерий <math>\chi^2</math> для произвольных таблиц. Результаты считались статистически значимыми при <math>p &lt; 0,05</math>.</p>		
--	--	--

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) был проведен с использованием специально разработанной нами анкеты, после получения согласия от респондента. В анкете не указывали фамилию и имя респондента, она включала следующие сведения: поло- возрастные характеристики, место проживания, образование, социальный статус, материально-бытовые условия, количество детей в семье, возраст начала половой жизни и характеристику полового поведения, знание профилактических мер по предотвращению заражения ИППП/ВИЧ, информация о средствах контрацепции, наличие вредных привычек (см.приложение №1). Также был использован опросник, рекомендованный ВОЗ: WHOQOL-BREF для оценки качества жизни [сайт

доступа:<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/russian-whoqol-100>]. Опросник содержит 26 вопросов и 5 вариантов ответов (см. приложение №2). Производится перекодировка полученных ответов с вычислением среднего балла по каждой шкале в отдельности и общего балла качества жизни. Система оценки проводится по пятибальной 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, включая следующие параметры:

1. Пол и возраст;
2. Возрастные параметры, характеризующие репродукцию, т.е.:
  - а) средний возраст вступления в брак;
  - б) мотивы вступления в брак;
  - в) отношение к рождению детей;
  - д) восприятие многодетности;
3. Репродуктивное поведение:
  - а) особенности репродуктивного поведения,
4. Контрацептивное поведение – информация о методах контрацепции, использованных контрацептивов;
5. Сексуальное поведение, информированность о ИППП/СПИД.

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.

Реализация семьями своей репродуктивной функции зависит от множества условий и факторов: социально-экономических, социально-психологических, нравственных, культурных, силы традиций, обычаев и др.

Также при выполнении научной работы нами был проведен комплексный анализ данных амбулаторных карт (форма 025/к – индивидуальная карта пациентки, использующей контрацептивы форма 029 – индивидуальная карта беременной женщины и родильницы); проведено клиническое наблюдение 2008 обратившихся в ММКО молодежи с анализом электронных карт мониторинга числа посещений и полученных услуг пациентом с применением системы кодирования молодежи, среди них 1569 лиц - женского и 439 мужского пола.

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. Аутрич-работник вводит в ваучер код, свое имя дату обращения наименование учреждения, куда направлен пациент (квиток аутрич-работника). Врач, к которому был направлен пациент вводит в ваучер свое имя, проводит осмотр и обследование пациента и при необходимости решает вопрос о его перенаправлении к специалисту узкого профиля. При этом, он заполняет квиток врача в ваучере, в котором указывает проведенные исследования. Данная система кодирования позволяет провести отслеживание кратности посещения пациентом ММКО и полученные им медико-социальные услуги путем ведения электронной карты мониторинга числа посещений и полученных услуг закодированным пациентом. Код состоит из 7 знаков: первые 2 знака - первые буквы имени матери, 3 и 4 знак - первые буквы имени отца, 5-

ый знак – пол (1-м, 2-ж) , 6 и 7 –й знаки –последние 2 цифры года рождения. Электронная карта мониторинга числа посещений и полученных услуг пациентом с применением системы кодирования утверждена приказом МЗиСЗН РТ для использования в учреждениях ММКО.

В связи с этим, нами в работе применен также метод аутрич. Аутрич-метод – это работа с целевым сообществом в неконструированных условиях, в районах профессиональной деятельности или сосредоточения этого сообщества. Аутрич-работники готовятся из среды РС, МСМ и ПИН. Аутрич - услуги включали мотивационное консультирование, проведение информационно-образовательных сессий среди молодежи с социально безопасным и рискованным поведением по вопросам РЗ и СЗ, обучение методам предупреждения нежелательной беременности, абортов, туберкулеза, заражения ВИЧ-инфекцией и другими ИППП, обеспечение информационными материалами и презервативами.

Подготовка аутрич-работников по вопросам РЗ и СЗ осуществлялась по специально разработанному модулю по принципу «равный - равному», интерактивным методом с использованием элементов «мозговой штурм», «ситуационные задачи» и т. д. Обучающие программы для аутрич - работников включали вопросы, касающиеся: РЗ и СЗ; контрацепции; небезопасных медицинских абортов и их осложнений; ИППП/ВИЧ; стигмы и дискриминации; гендерных проблем, насилия.

Разработаны модули для аутрич-работников по профилактике ВИЧ/ИППП и туберкулеза среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). На основании отчетов аутрич-работников о текущей деятельности, составлена единая общедоступная клиентская база, которая обеспечивала возможность замены одних аутрич-работников другими.

Таким образом, за анализируемый нами период 2018-2019 годы в 21 учреждения ММКО, которые функционируют при Центрах здоровья обратились всего 58103 молодых людей (Таблица 2.3.).

**Таблица 2.3. - Характеристика обратившихся в Молодежные медико-консультативные отделения по полу и возрасту**

Годы наблюдения	Половая принадлежность	Единица измерения	Всего	Возрастные группы (в годах)		
				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 для молодежи включает:

- консультирование по вопросам СРЗ;

- диагностика, лечение и реабилитация заболеваний репродуктивной системы, включая нежелательную беременность, ИППП/ВИЧ, наркоманию и злоупотребление алкоголем;
- психологическое консультирование поведения подростков;
- при наличии показаний направление для госпитализации больных с осложненным течением заболеваний репродуктивной системы, ИППП/ВИЧ, психологическими нарушениями, наркоманией (перенаправление);
- интеграция с другими службами охраны здоровья.

Для изучения уровня репродуктивного здоровья было проведено общеклиническое, гинекологическое, лабораторное и инструментальное обследование по общепринятой методике.

Клиническое обследование включает сбор анамнеза, общее объективное и гинекологическое исследование по общепринятым методикам, гематологические, бактериологические и ультразвуковые исследования.

В дополнение изложенному, для изучения особенностей физического, полового развития, соматического здоровья и гинекологической патологии сплошным методом обследованы 58103 человек, в том числе 46767 организованной молодежи, 7092 – трудовых мигрантов, 3837 - РС, 40 - МСМ и 367 - ПИН. Среди указанных лиц 520 девушек были обследованы лично диссертантом проспективно. Для проспективного обследования лиц нами была разработана специальная карта, информация, вносимая в которую включала информацию о медико-социальных аспектах, наличие соматических заболеваний и заболеваний репродуктивной системы, данные клинического осмотра, роста, веса и результаты лабораторного исследования обследования.

Кроме сбора данных, указанных выше, проспективное обследование включало:

- Сбор анамнестических данных, включая социально-бытовые условия, перенесенные в детстве заболевания, возраст появления вторичных половых признаков и др.

- Данные объективного исследования молодежи, обратившихся в ММКО по общепринятой методике.

- С целью выявления патологии репродуктивной системы проводили осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза осуществляли с помощью серии продольных и поперечных сечений аппаратом сложного сканирования «Logic 3» фирмы «General electric» с использованием трансабдоминального высокоразрешающего электронного датчика с частотой 5,0 и 7,5 МГц.

После проведения анкетирования и до тестового консультирования всем желающим предлагалось пройти добровольное, анонимное и бесплатное тестирование на выявление антител к ВИЧ на базе Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИД (дир. – д.м.н. Каримов С.С.).

Проведен анализ годовых отчетов Национального, областных и районных центров репродуктивного здоровья; Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИД; Республиканского центра по защите населения от туберкулеза; отчетов центров ММКО по всем регионам Таджикистана в течение двух лет (2018-2019 гг.).

Также были исследованы структура и динамика заболеваний органов репродуктивной системы, соматической заболеваемости, ИППП.

Для работы с молодежью на базе Городского центра репродуктивного здоровья и Центра здоровья №1 г. Душанбе с 2007 года был организован «кабинет доверия» для оказания услуг в области РЗ и СЗ, который в последующем был реорганизован в ММКО.

Комплекс предоставляемых профилактических услуг молодежи, включал организацию аутрич-работы и мини-сессий, с распространением

информационно-образовательных материалов, в случае необходимости - средств контрацепции.

Для молодежи групп высокого риска (девиантное поведение) предоставлен расширенный пакет профилактических и лечебно –диагностических услуг.

Для учета количества визитов со стороны молодежи, представляющих группы наивысшего риска, показателей охвата целевой аудитории услугами в области репродуктивного и сексуального здоровья и планирования семьи, частоты случаев заболеваемости ИППП/ВИЧ, добровольного тестирования и консультирования, эффективности лечения введен универсальный идентифицированный код, обеспечивающий одновременно конфиденциальность и анонимность.

Также проведен анализ нормативно-правовых актов РТ по охране здоровья молодежи; определен демографический профиль молодежи; определены репродуктивные показатели, а также определены потребности девушек и юношей в медико - социальных услугах.

Уровень первичной заболеваемости рассчитывали на 1000 человек населения:  $\text{Уровень первичной заболеваемости} = \frac{\text{Число первичных обращений по поводу заболеваний, впервые выявленных в этом году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} * 1000$  [145].

Взаимодействие ЦЗ (ММКО) с Центрами формирования здорового образа жизни (ЦФЗОЖ), Центрами профилактики и борьбы со СПИД, с Центрами ИППП, Центрами защиты населения от туберкулеза осуществлялось посредством интеграции с учреждениями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

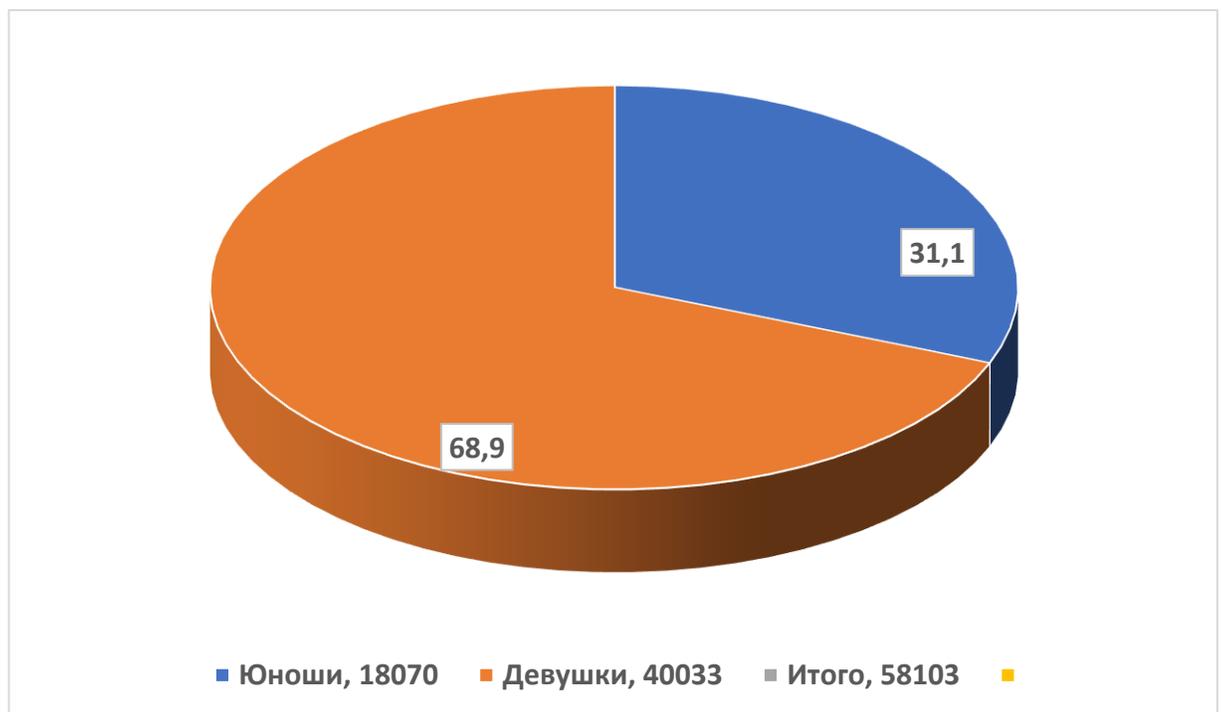
Услуги, предоставляемые в ММКО, были классифицированы как консультативные, диагностические и лечебные. Классификация заболеваний произведена по МКБ -10.

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.

### Глава 3. Соматическое, репродуктивное и сексуальное здоровье молодёжи в Республике Таджикистан

#### 3.1. Структура основных соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан

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 3.1.).



**Рисунок 3.1. - 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%) (Таблица 3.1.).

**Таблица 3.1.- Структура и половые отличия в распространенности соматических заболеваний у молодёжи**

Наименование заболевания	Всего с заболеваниями		Половая принадлежность					
			Юноши			Девушки		
	Абс.	%	Абс.	% по болезни	% по полу	Абс.	% по болезн и	% по полу
Анемии	330	17,6	84	25,5	8,16	246	74,5*	29,3
Болезни мочеполовой системы	660	35,3	201	30,5	20,7	459	69,5*	51,0
Болезни органов пищеварения	190	10,2	100	52,6	10,3	90	47,4	10,0
Болезни эндокринной системы	450	24,1	151	33,6	15,6	299	66,4*	33,2
Новообразования	4	0,21	0	-	-	4	100,0	0,44
Болезни системы кровообращения	20	1,07	10	50,0	1,03	10	50,0	1,11
Болезни органов дыхания	50	2,67	44	88,0*	4,54	6	12,0	0,67
Гельминтозы	240	14,4	214	89,2*	22,1	84	10,8	9,33
Болезни кожи	20	1,07	18	90,0*	1,86	2	10,0	0,22
Туберкулез	10	0,45	10	100,0	1,03	0	-	-
ВИЧ-инфицированность	12	0,64	6	50,0	0,62	6	50,0	0,67

Продолжение таблицы 3.1.								
Сочетания двух и более заболеваний	140	7,49	100	71,4*	10,3	40	28,6	4,76
Итого	1870	100	970	51,9	100	900	48,1	100

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

Как видно из данной таблицы, 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 (см. % по полу). Выявлено, что в пятерку наиболее часто встречаемых заболеваний если 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 было 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 молодёжи обоих полов, среди соматических заболеваний, вышеуказанные 5 болезней встречаются наиболее часто.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что девушки обращаются в ММКО по поводу различных проблем, связанных со здоровьем более чем в два раза чаще, чем юноши (68,9% против 31,1% случаев). Среди молодежи в Республике Таджикистан заболеваемость (по обращаемости) основными соматическими заболеваниями является относительно низкой и составляет 3,24% случаев обращения. В то же время, из числа обратившихся, в 51,9% случаев основные соматические заболевания были выявлены у юношей и 48,1% случаев – у девушек. Среди основных соматических заболеваний среди молодежи, в пятерку наиболее часто встречающихся болезней вошли заболевания мочевыводящих путей (35,3%), эндокринные заболевания (24,1%), анемии (17,6%), глистные инвазии (14,4%) и заболевания ЖКТ (10,2%). При этом, ранжирование по частоте встречаемости указанных болезней у юношей и девушек отличается. У юношей первое место среди основных соматических заболеваний заняли глистные инвазии (22,1%), затем заболевания мочевыводящих путей (20,7%), эндокринные заболевания (15,6%), заболевания ЖКТ (10,3%) и анемии (8,16%). Среди девушек соответственно - заболевания мочевыводящих путей (51,0%), эндокринные заболевания (33,2%), анемии (29,3%), заболевания ЖКТ (10,0%) и глистные инвазии (9,33%).

В Главе 2 мы отмечали, что несмотря на то, что ретроспективно мы провели анализ клинико-anamnestического обследования 58103 чел. по обращаемости в ММКО, в том числе 520 девушек – было обследовано лично диссертантом проспективно: в том числе организованная молодежь (студенты ВУЗ-ов, СУЗ-ов, школьники) - 250 девушек, трудовые мигранты – 80 девушек, РС – 160 девушек, ПИН - 30 девушек. Нами получена полная схожесть заболеваемости основными соматическими заболеваниями с вышеуказанными

результатами: в 45,0% случаев – у девушек были выявлены те или иные соматические заболевания. Среди основных соматических заболеваний, в пятерку наиболее часто встречающихся болезней вошли болезни мочеполовой системы, (55,0%), эндокринные заболевания (36,0%), анемии (22,0%), болезни органов пищеварения (10,0%) и глистные инвазии (10,0%).

### 3.2. Структура заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем среди молодежи в Республике Таджикистан

Различные виды ИППП были выявлены у 1698 чел. (2,92%) из 58103 обратившихся, в том числе 1563 случаев среди девушек (92,4%) и 135 случаев – среди юношей (7,6%) (Таблица 3.2.).

**Таблица 3.2. -Структура и половые отличия в распространенности инфекций, передающихся половым путем 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	-	-

Продолжение таблицы 3.2.				
Выделения из влагалища	314	25,5	-	-
Боли внизу живота	308	22,1	-	-
Итого	1563	100	135	100

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

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%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что из общего числа

обратившихся за медицинскими услугами молодежи - у 0,8% юношей и 3,9% девушек были выявлены те или иные ИППП. Из 1698 молодых людей с различными видами ИППП, 92,4% составили девушки и только 7,6% юноши.

Как мы отмечали выше (см. раздел 3.1.) 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

заболеваемости ИППП с вышеуказанными результатами: у 3,9% были выявлены те или иные ИППП. Среди них наиболее часто выявлялись выделения из влагалища, затем - боли внизу живота, выделения из уретры и генитальные язвы. Из других 14 наименований болезней, пять наиболее выявляемых ИППП были ранжированы по убыванию выявляемости следующие заболевания: хламидиоз, инфицирование вирусом простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция, кандидоз и сифилис.

### **3.3. Структура заболеваемости органов репродуктивной системы молодежи в Республике Таджикистан**

Данное исследование посвящено изучению заболеваемости молодежи (по обращаемости в ММКО) заболеваниями репродуктивных органов.

Различные заболевания органов репродуктивной системы (гинекологические и молочной железы) 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 репродуктивной органов были выявлены у 911 человек или в 5,18% случаев (Таблица 3.3.).

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).

Таким образом, 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 проценте случаев обращения юношей в ММКО было выявлено сочетание двух и более симптомов заболеваний репродуктивных органов.

**Таблица 3.3. - Характеристика заболеваний органов репродуктивной системы в Молодёжных медико-консультативных отделениях (абс. /%)**

Год наблюдения	Половая принадлежность	Всего с заболеваниями яичи	Заболевания молочной железы	Ювенильные кровотечения	Воспалительные заболевания половых органов	Нарушения менструального цикла	Выделения из мочевого пузыря	Выделения из влагалища	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	935/12,7	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

Среди девушек, обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались 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 мочевого пузыря - 18,1% случаев, выделения из влагалища - 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 (см. разделы 3.1. и 3.2.) 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. Также у юношей с признаками преждевременного полового созревания (огрубение голоса, раннее лобковое и подмышечное оволосение, частые непроизвольные эякуляции) были выявлены гонадные опухоли, которые сопровождались уплотнением и отеком в области яичка.

У девушек клинические признаки раннего полового созревания были следующие: зуд в области вульвы; боль в нижней части живота; неприятные ощущения, жжение и частое мочеиспускание; обильные выделения из влагалища, субфебрильная температура, на которую девушка может и не обратить внимания.

Эрозивные или язвенные поражения половых органов, сопровождались выявлением некоторых инфекций, передающихся половым путем, кандидоза и неспецифического эрозивного вульвита.

Из нарушений менструального цикла в основном определялись альгодисменорея (сопровождалась тянущими болями внизу живота, тошнотой,

головными болями, сбоем менструации), дисменорея (нестабильный цикл, проявляющийся резко без сопутствующих симптомов) и гиперменорея (обильное выделение менструации с нормальной продолжительностью).

Ювенильные или пубертатные кровотечения из матки, являлись следствием нарушения менструального цикла у девочек и являются одной из наиболее сложных патологий периода полового созревания. Они чаще всего представляют собой неритмичные более или менее обильные кровотечения из влагалища, чаще после задержки очередной менструации и продолжаются больше недели.

Опухоли яичников чаще выявлялись у девушек старших возрастов, преимущественно доброкачественные формы (75-80%). Трудности дифференциальной диагностики опухолей яичников имеют место в ежедневно клинической практике, что связано с поздней обращаемостью молодых женщин в медицинские учреждения. Часто женщины обращаются с единственным болевым симптомом внизу живота, что возможно связано со сдавлением органов опухолью. Также среди жалоб преобладают нарушение менструального цикла, маточные кровотечения, уменьшение мочи, запоры. Для верификации диагноза опухолей яичников опираются на данные УЗИ, где часто описывают опухолевидные образования в малом тазу различного размера и формы, чаще безболезненные и ограниченно смещаемые, разной консистенции. На ранних стадиях болезни заболевание протекает бессимптомно. Анамнестические данные также весьма скудные, могут быть свидетельства о предшествующих гормональных нарушениях.

Заболевания молочной железы имели ряд отличительных особенностей от взрослой маммологии, связанных преимущественно с аномалиями развития и неопухолевыми заболеваниями, проявляющимися гипоплазией, ювенильными стриями или птозом молочной железы.

Опухоли яичка у юношей наиболее часто были выявлены у юношей с анамнезом крипторхизма (не опущения яичка в мошонку в детском возрасте). Наиболее частыми симптомами опухоли яичка были одностороннее (локальное) уплотнение ткани в форме узла, увеличение яичка в размерах, изменение его формы, отечность одной половины мошонки, иногда боли в яичке. У 6 юношей было выявлено варикоцеле, которые протекали либо бессимптомно, либо юноши обращали внимание на увеличение размеров мошонки.

Таким образом, 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.

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, свидетельствуют об актуальности дальнейших научных исследований среди молодежи и разработки более эффективных алгоритмов ранней диагностики.

#### **3.4. Предоставление консультативных и лечебно-диагностических услуг беременным в условиях Молодёжных медико-консультативных отделений**

В течение последних двух лет в ММКО при Центрах здоровья всего было установлено 2141 случаев беременности, что составило 5,35% от общего обратившихся (таблица 3.4).

**Таблица 3.4. - Число установленной беременности в Молодёжных медико-консультативных отделениях**

Год 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.

Брачный возраст: 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%) (Таблица 3.5.).

**Таблица 3.5. - Распределение беременных по паритету**

Годы	Общее число берем.	В том числе					
		Первобеременные		2 беременности		4 и более беременностей	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2018	1000	580	58,0	365	36,5	55	5,5
2019	1141	620	54,3	458	40,1	63	5,6
Итого	2141	1200	56,1	823	38,4	118	5,5

Использование средств контрацепции:

Исследования последних лет позволяют рассматривать контрацепцию как один из факторов, определяющих здоровье девушек - подростков и женщины. 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, использование контрацептивов не является приоритетным методом регулирования рождаемости, в отличие от аборт, и в среднем 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 по линии гуманитарной помощи [40].

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
- Анализы для беременных
- Уход за нормальной и с высокой степенью риска беременностью
- Лечение угрозы выкидыша
- 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 пороков развития во время беременности необходимо проводить ультразвуковое обследование на сроке 18–20 недель при физиологической беременности. Данный УЗИ-скрининг является обязательным.

В таблице 3.6. представлены данные о числе прерванных беременностей, что составило 308 случаев или 14,4% от общего числа выявленных беременностей в условиях ММКО (таблица 3.6.).

**Таблица 3.6. - Число прерываний беременности в Молодежных медико-консультативных отделениях**

Год наблюдения	Всего беременных	Всего прерывания 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.

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 ощущают вину, стигматизацию - что в свою очередь может стать барьером для их доступности к своевременным медицинским услугам.

Всемирной Организацией Здравоохранения рекомендуется метод безопасного прерывания беременности. Одной из разновидностью безопасного аборта является медикаментозный аборт (таблетированный), он включает в себя прием мифепристона и мизопростола. Первый блокирует синтез прогестерона, одного из основных гормонов беременности, второй - вызывает сокращение матки и выход плодного яйца наружу. При отсутствии мифепристона, одного мизопростола будет достаточно для проведения медикаментозного аборта. Мизопростол широко доступен в учреждениях здравоохранения, поскольку он также применяется для лечения осложнений при таких беременности, как выкидыш и послеродовое кровотечение.

Структура причин самопроизвольного и искусственного прерывания беременности представлена в таблице 3.7.

**Таблица 3.7. - 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
<b>ИТОГО</b>	<b>308</b>	<b>100</b>

Таким образом, 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.

### **3.5. 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 молодёжи 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 фрагментацией 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.

Указанный факт, зачастую отражается на эффективности работы коек в стационарах общей лечебной сети, где в основном лечатся пациенты, не имеющие прямых показаний для госпитализации. Это приводит к нерациональному использованию и без того, не хватающих ресурсов, катастрофическим расходам семьи на лечение. Для последних лет характерен факт того, что все стационары, независимо от их ведомственной принадлежности и уровня организации, переполнены пациентами, врачебный персонал в этих стационарах «де-факто» ведёт приём амбулаторных больных, которые «де-юре» должны обращаться в соответствующие Центры здоровья.

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 беременностей 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.

Нами также проанализированы данные амбулаторных карт (форма 025/к – индивидуальная карта пациентки, использующей контрацептивы; проведен анализ 2008 электронных карт мониторинга числа посещений и полученных услуг пациентом с применением системы кодирования, обратившихся в ММКО: среди них 1569 лиц женского пола, 439 мужского. Данный анализ выявил низкий индекс здоровья молодежи. Из общего числа 2008 посетивших ММКО лиц заболевания внутренних органов выявлены у 101,7 %, т.е. у каждой обратившейся выявлено в среднем до 3 болезней. В структуре выявленной заболеваемости первое место занимают респираторные заболевания - 37,6%, на втором месте- эндокринная патология-19,3%, далее болезни мочеполовой системы - 17,7%, анемия -16,0%, глистная инвазия - 13,7%, злокачественные новообразования – у 0,4%.

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

В Республике Таджикистан число 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 [12]. В целом, по конечному результату обследования и лечения, различные виды ИППП (гонорея, трихомониаз, 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, респираторные, сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, болезни кожи и туберкулез) – 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 климато-географические условия, социальный статус и качество жизни.

Наряду с этим, наши наблюдения свидетельствуют о том, что в Таджикистане, сильно страдает предоставление оздоровительных медико-

социальных услуг молодежи. Имеется в виду, реабилитация и восстановление частично утраченной трудоспособности среди молодежи. Ревизия, всех документов, выданных Врачебно-трудовыми экспертизами в регионах страны, проведенная главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, выявила серьезные нарушения в данном вопросе. Это позволило усилить организацию и проведение оздоровительных и реабилитационных мероприятий подлежащему контингенту населения Таджикистана.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что здоровье молодежи, должно находиться в центре внимания людей, принимающих решение по данной проблеме, так как состояние данного вопроса зависит от уровня здоровья молодежи. 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.

## **Глава 4. Медико-демографическая характеристика качества жизни молодежи Республики Таджикистан (по результатам социологического исследования)**

### **4.1. Демографическое поведение молодежи в Республике Таджикистан**

Характер демографических процессов во многом определяется демографическим поведением населения, семей. От него практически полностью зависят рождаемость, брачность и разводимость, в значительной степени – смертность [228]. Анализ демографических процессов, характера их детерминации, и прогнозирование невозможны без комплексного, углубленного исследования трех видов демографического поведения: репродуктивного, матримониального и самосохранительного, что вытекает из суженного определения воспроизводства населения [114].

Демографическое поведение характеризует: возраст вступления в брак, число родившихся детей, состояние здоровья и продолжительность жизни [369].

Репродуктивное поведение характеризует взаимоотношения семьи в вопросе рождения или отказа от рождения в браке или вне брака, оно реализуется в семье и составляет одну из важнейших функций семьи [378]. В связи с этим выделяют разные типы репродуктивного поведения: многодетное (потребность в 5 и более детей), среднететное (в 3-4 детях) и малодетное (в 1–2 детях) [150].

В Таджикистане (в целом для коренного населения) характерен многодетный тип репродуктивного поведения. Наряду с ним имеются и средние и малодетные семьи, свидетельством этому является различие в уровне рождаемости в отдельных городах и районах республики [44].

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 [82].

Одним из основных факторов этих изменений является возникновение новых социальных групп в нашем обществе под влиянием различных информационных каналов различных моделей поведения. Изменения в социальных нормах относятся и к ценностным ориентациям, которые отличаются у тех, кому сейчас 25-30 лет и меньше от тех, кому 35-40 лет и, тем более, поколения их родителей.

Составной частью теории репродуктивного поведения являются репродуктивные ориентации. Репродуктивные ориентации рассматриваются на трех уровнях:

Первый уровень – представление о социальной норме детности, мнение о том, сколько детей лучше всего иметь в семье.

Второй уровень – характеризует стремление индивида, вступившего в брак, обзаводиться тем числом детей в семье, которое принято в обществе, или как говорят в быту иметь «желаемое» число детей.

Третий уровень – означает готовность к определенному результату репродуктивного поведения, приемлемость для личности рождения того или иного числа детей [174].

Линии репродуктивного поведения характеризуются числом рожденных детей, прото–(между вступлением в брак и рождением ребенка) и интергенетическими (между рождениями) интервалами, использованием или неиспользованием контрацепции, наличием или отсутствием аборт до и между рождениями детей.

Например, рождение двух детей в одном случае произойдет без откладывания, т. е. без использования контрацепции и абортов до рождения первого ребенка и между рождениями детей, в другом случае контрацепция и

аборты используются и до рождения первого ребенка и между рождениями детей.

В сфере демографического поведения можно говорить о репродуктивной установке, то есть в готовности человека действовать в конкретных условиях жизнедеятельности, исходя из его потребности.

Дефиниции репродуктивной установки включают и психическое состояние личности, проявляющееся положительным или отрицательным отношением иметь какое-то конкретное число детей, а также включают социальные установки, которые не ограничены предпочитаемым числом детей [200].

Репродуктивные установки подразделяют двух типов установок [150]:

1. Установки главного результата репродуктивного поведения – числа детей и пола.
2. Все остальные установки, связанные с практикой контрацепции (это установка контрацептивного поведения, установка к методам контрацепции и т. д.).

В нашей стране исследования, направленные на изучение этих вопросов, проводятся редко [157, 202].

В демографической литературе правильно ставится вопрос о выработке у населения оптимального графика рождений, причём, для эффективного осуществления этих установок нужны сведения не только о том, что думают люди по поводу сроков рождения детей, но и о том, почему они именно так думают [7, 228].

В целях углубленного понимания демографического поведения населения важным является определение уровня сознательной репродуктивной деятельности людей, которая характеризует уровень культуры их репродуктивного поведения.

В современной медико-демографической литературе не используется понятие «репродуктивная культура», чем ограничивается оценка реального уровня репродуктивного поведения людей [114, 373].

Человек не рождается социальным, а лишь в процессе деятельности становится таковым. Образование и воспитание – это не что иное, как овладение культурой, процесс передачи от одного поколения к другому.

Под термином «репродуктивная культура», на наш взгляд, следует понимать глубокое осознание населением своих репродуктивных целей, подходов в решении проблем в области репродуктивного здоровья (правильная репродуктивная ориентация), выбор правильной линии репродуктивного поведения, выработка у населения позитивных репродуктивных установок рождений, сексуальных и брачных отношений, выработка навыков здорового образа жизни. В основе «репродуктивной культуры» населения лежит информированность.

По данным исследований, основные понятия о репродуктивной функции население получает от медицинских работников.

Между тем, навыки репродуктивного поведения должны прививаться с детства и в этом большое значение придается репродуктивной культуре семьи, культуре репродуктивного поведения родителей, традиции семейных отношений, которые передаются от поколения к поколению в основном устно, в виде бесед. Ребенку с ранних лет должны прививаться навыки гигиены тела, гигиены питания, навыки самосохранительного поведения. Это относится и к вопросам сексуальных и брачных отношений, рождений, интервалов между родами, отношения к аборту и выработке элементов самосохранительного поведения. Все эти элементы репродуктивной культуры должны прививаться именно в семье.

Овладение культурой может осуществляться в форме межличностных отношений (общение в дошкольных учреждениях, школе, вузе, на предприятии,

в путешествии, в семье) и самообразования. Определенная роль отводится СМИ – радио, телевидению, печати. Таким образом, в процессе познания жизни меняется репродуктивное поведение человека.

Существует изречение: «Восток - дело тонкое». Это вполне относится к процессу формирования культуры репродуктивного поведения у населения Республики Таджикистан.

Матримониальное поведение представляет собой систему действий и отношений, опосредующих вступление в брак или отказ от него.

Вступление в брак является легализацией взаимоотношений мужчины и женщины, включая все полномочия и ответственность в семье и по отношению друг к другу. Это добровольный и равноправный союз мужчины и женщины, заключенный в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС).

Время и порядок вступления в брак регулируется Семейным кодексом Республики Таджикистан [82].

Брак, заключенный по религиозным обрядам, не определяет юридических норм. Семейный Кодекс Республики Таджикистан предусматривает брачный возраст для мужчин и женщин в 18 лет [82]. В исключительных случаях этот возраст может быть снижен на один год (по решению органов местного самоуправления).

В законодательстве Республики Таджикистан отражены все международно признанные правовые нормы, которые исходят из наивысших интересов охраны репродуктивной и сексуальной сферы молодежи [73-78].

Наряду с правовой, существуют социальные регуляторы репродуктивного поведения личности. Социальные нормы, наряду с ценностями и элементами духовной культуры, являются важнейшими средствами регуляции репродуктивного поведения.

В настоящее время во всем мире отмечается факт позднего вступления в брак, распространение добрачных половых отношений. Во всех этих случаях у

молодых людей возникает потребность в услугах по предотвращению беременности и профилактики ИППП/ВИЧ [207].

Наблюдающееся в настоящее время рост числа случаев гражданского брака является следствием кризиса семьи и института семьи [168].

Исследованием установлено, что по мере развития общества формируются новые модели самосохранительного поведения.

Самосохранительное поведение - это целенаправленные действия человека на самосохранение в течение всей жизни [378].

В Республике Таджикистан, улучшение здоровья населения является стратегическим направлением. При этом акцент сделан на качество жизни, материнское и детское здоровье.

В стране реализован План внедрения демографической политики на 2003-2015 годы» от 31 декабря 2002 года, №501[211].

Основой дефиниции здоровья является определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [9].

В период СССР, согласно конституции, каждый гражданин имел право на бесплатное медицинское обслуживание. В период провозглашения независимости во всех постсоветских странах были приняты те или иные варианты предоставления платных услуг, это была либо сооплата, либо предоставление услуг в частных медицинских учреждениях. Другими словами, перед населением поставили условие, что здоровье нужно беречь, заботиться и если оно страдает, то за него нужно платить [102].

Следствием этого стало ухудшение доступности к медико-социальным услугам, снижение качества предоставляемых услуг, рост заболеваемости и смертности от некоторых социально-значимых болезней. В этой связи все более актуальной становится проблема самосохранительного поведения.

Сведения о том, как мужчины относятся к репродуктивной и сексуальной функции незначительны. До настоящего времени мужчины остаются плохо подготовленными в вопросах охраны репродуктивного здоровья.

Мужчины в своем большинстве плохо представляют себе потребности женщин в области репродуктивного и сексуального здоровья и не относятся к этому с должным вниманием.

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 неблагополучной ситуацией с ИППП и его осложнениями среди молодежи и мужчин детородного возраста и активного сексуального периода [202]. 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 [251].

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.

Усиление уровня уязвимости по отношению к ВИЧ/СПИД, туберкулезу и гепатитам является следствием недостаточности профилактических программ и межведомственного сотрудничества [108, 203].

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%) [23].

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 [24].

Миграция молодежи сопряжена с проблемами, связанными с их здоровьем и может способствовать распространению инфекционных заболеваний [25]. Адаптационный период мигрантов может протекать более или менее благополучно и зависит от биологических и социальных адаптационных механизмов.

Биологическая адаптация мигрантов подразумевает их приспособление к новым климатическим условиям, к новому качеству воды и пищи. Вот почему часто мы отмечаем у приехавших к нам международных экспертов, разной выраженности нарушения адаптационных механизмов.

Социальная адаптация подразумевает приспособление к новой социальной среде, к новым межличностным отношениям, условиям труда, быта и досуга.

Для Таджикистана характерно три вида внешней миграции: первый и самый массовый это трудовая миграция, которая является как правило сезонной

за исключением небольшой части из них, которые получив гражданство остаются в стране миграции (большей части в России и Казахстане); другой вид - это эмиграция русских, немцев, евреев, других этнических групп, которые покинули страну безвозвратно. Но существует и миграция из числа приезжающих в нашу страну афганцев, китайцев, индусов и др. представителей соседних стран, которые пребывают в Таджикистане от 1 до 5 лет, либо как в транзитной стране, либо с целью обучения или ведения бизнеса.

Возвращающиеся обратно мигранты или приезжающие к нам мигранты из других стран привозят также и новые веяния в отношениях, поведении, ориентациях. Не следует не считать важным моментом тот факт, что они могут и привозят с собой также и различные, преимущественно инфекционные заболевания, приобретенные в стране, из которой они приехали в Таджикистан.

В этом плане, следует также указать и нарастание темпов внутренней миграции из села в город, что усугубляет ситуацию способствуя распространению внутри страны нового веяния и «багажа» знаний и болезней, в том числе [11].

За последние годы независимости проблема трудовой миграции стала одной из острейших проблем, связанных с экономическим спадом и нехваткой рабочих мест на территории Республики Таджикистан. Выезд трудовых мигрантов или как их иначе называют «гастарбайтеров», способствует появлению ряда проблем:

- проблемы внутреннего характера, которые связаны с семейными узами и внутрисемейными отношениями;

- проблемы пребывания мигрантов за пределами республики и условиями их существования на местах;

- проблема возвращения мигрантов, связанная с состоянием их здоровья и влияния на здоровье членов семьи, общества в целом.

Временная трудовая миграции в постсоветском пространстве выполняет важную социальную роль.

Вместе с тем, тяжелый физический труд, плохие жилищные условия в стране миграции, несомненно, влияют на качество жизни и здоровья, вызывая различные соматические заболевания, злокачественные и инфекционные заболевания. 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 [25].

В таблице 4.1. представлены ежегодные данные о числе выезжающих из Республики Таджикистан трудовых мигрантов.

**Таблица 4.1. - Количество мигрантов, выезжающих из Республики Таджикистан**

Год	Количество трудовых мигрантов	Юноши (18-30 лет)		Девушки	
		Абс.	%	Абс.	%
2010	736466	277516	36,7	41628	14,9
2011	750391	285148	37,9	42772	14,8
2012	744360	282858	38,0	42350	14,4
2013	799698	303888	38,1	45580	14,7
2014	670806	260721	38,8	38102	14,6
2015	552023	214417	38,8	30216	13,9
2016	517308	208157	40,2	31223	14,9
2017	456477	178018	38,9	23702	13,3
2018	484176	183986	37,9	27302	14,8

Продолжение таблицы 4.1					
2019	530883	114107	21,5	15116	13,2
2020	123000	58000	47,1	8700	15,0

По сводным данным миграционной службы при Президенте РТ Министерства труда, миграции и занятости населения РТ (Таблица 4.1.) ежегодно из общего количества мигрантов, выезжающих за пределы РТ юноши в возрасте 18-29 лет составляют до 40,0%, девушки – до 15% [25].

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% [23].

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. В одних странах (странах Европы и Северной Америки, а также в Европейской части бывшего Советского Союза) отмечается снижение прироста населения вследствие низкой рождаемости.

По прогнозам Международного института прикладного системного анализа (МИПСА) – в течение этого столетия ожидается непрерывное сокращение численности населения европейской части бывшего Советского Союза вдвое: с нынешних почти 230 миллионов (медианное значение) до 203 миллионов в 2030 году, 168 миллионов в 2050, 130 миллионов в 2075 году и 108 миллионов в 2100 году [88]. А в странах Азии, Африки и Латинской Америки наоборот, в связи с устоявшимися традициями, где дети воспринимаются гарантом социального обеспечения [111].

За последние 30 лет в Таджикистане произошли значительные перемены в закономерностях рождаемости. 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% (таблица 4.2).

В 1991 году показатель рождаемости в Республике Таджикистан был равен 39,1‰, далее отмечается снижение показателя рождаемости до 27,0‰ в 2000 году и вновь наметилась тенденция к росту (31,7‰), после чего вновь показатель рождаемости снизился до 25,4‰ в 2019 году, причем отмечены значительные колебания его в разрезе регионов страны.

**Таблица 4.2. - Рождаемость в Республике Таджикистан в разрезе регионов, 1991-2019 гг. (на 1000 чел. населения)**

Регион	1991	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018*	2019*
Республика Таджикистан	39,1	34,1	27,0	26,4	31,7	29,7	28,1	26,5	25,6	25,4
ГБАО	35,4	27,2	17,4	14,9	21,2	25,1	23,7	25,7	23,5	18,0
Согдийская область	33,9	32,0	25,1	22,8	29,1	27,8	24,9	23,7	24,2	23,6
Хатлонская область	46,0	37,6	28,6	31,4	34,9	30,9	30,0	28,1	28,5	28,5
РРП	43,7	34,3	28,1	26,5	34,2	28,6	27,5	25,9	25,9	26,1
г.Душанбе	24,1	29,9	28,5	22,2	24,3	18,3	17,5	18,8	18,4	19,5

**Источник:** Демографический ежегодник Республики Таджикистан:

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Душанбе. -2018.-348с.

\*МЗСЗН РТ ГО «Республиканский Центр медицинской статистики и информации»  
Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 году. Душанбе 2020.-С.23.

Так, показатель рождаемости по данным 2019 года наиболее высок в Хатлонской области (28,5‰), РРП (26,1‰), в Согдийской области (23,6‰). В г. Душанбе показатель рождаемости составил 19,5‰, в ГБАО - 18,0‰.

По результатам наших исследований, значительные различия в показателях рождаемости в разрезе регионов, по-видимому, обусловлены этническими, культурными, религиозными, традиционными и т. д. различиями.

Наиболее наглядно характеризует репродуктивное поведение женщин суммарный коэффициент рождаемости. Данные о суммарном коэффициенте рождаемости приведены в таблице 4.3.

**Таблица 4.3.- Суммарный коэффициент рождаемости**

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2016	2017
Суммарный коэффициент рождаемости	5,1	4,3	3,3	2,9	3,0	2,9	2,8

**Источник:** Статистический сборник «Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2019 года». - УОП ГУ «ГВЦ» Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. -Душанбе. -2019. -53 с.

Как видно из приведенных данных, суммарный коэффициент рождаемости ежегодно стабильно снижается. Так, если в 1990 году в рождалось в среднем 5,1 ребенка, то 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 [140, 228].

В следующей таблице мы обобщили данные коэффициента рождаемости за 1990-2017 гг. по возрастным группам. Так, максимальное число рождений отмечается в возрастных группах 20-24, затем 25-29, 30-34, 35-39 (Таблица 4.4.).

Таким образом, уровень рождаемости в Таджикистане, несмотря на стабильную тенденцию к снижению, всё ещё остается на достаточно высоком уровне, что обусловлено преобладанием в структуре населения возрастной структуры молодежи.

**Таблица 4.4.- Коэффициенты рождаемости по возрасту матери (число родившихся на 1000 женщин)**

Годы	до 20 лет	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	15-49
1990	40,40	306,89	280,12	210,97	118,50	51,44	8,12	1,70	173,48
1995	60,74	269,29	237,47	169,67	98,90	34,71	5,27	0,98	147,81
2000	41,77	207,50	188,19	140,70	85,11	31,10	3,67	0,65	110,52
2005	34,38	186,69	182,75	138,20	82,70	27,27	2,64	0,12	100,20
2010	44,10	214,29	169,71	97,07	46,88	11,95	0,71	-	119,55
2015	46,39	244,29	171,25	101,09	42,91	9,18	0,48	0,06	106,38
2016	40,58	236,91	162,56	95,95	42,47	9,23	0,66	0,01	101,11
2017	30,85	225,69	161,83	96,56	45,17	10,20	0,61	0,01	97,04

**Источник: Здравоохранение в Республике Таджикистан. -Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. -2019. -85 с.**

Основные демографические показатели РТ за 1990 – 2019 гг. приведены в рисунке 4. 1.

Как видно из приведенных данных, 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.



Рисунок 4.1.- Рождаемость, смертность и естественный прирост населения РТ, 1990 – 2019 гг.

Источник: МЗСЗН РТ ГО «Республиканский Центр медицинской статистики и информации» Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 году. Душанбе 2020. -С.29.

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 %) [1].

Изменения, которые имели место за последние годы в показателях рождаемости, очень трудно вписать в теорию демографического перехода. Это связано с тем, что быстрое снижение рождаемости, внешняя миграция были результатом политических событий, становления рыночных отношений, приведших к росту безработицы, высокого уровня бедности населения, распространением практики планирования семьи.

Быстрое снижение уровня рождаемости с 1990 до 2010 года произошло не в результате повышения уровня образования населения и улучшения благосостояния семей, не в результате улучшения экономического статуса семьи, не в результате роста урбанизации, которые являются факторами снижения рождаемости, а в результате ухудшения этих показателей, что, в целом, не соответствует теории демографического перехода. В ближайшие годы, можно прогнозировать рост уровня рождаемости, что обусловлено преобладанием молодежи в возрастной структуре населения, улучшением уровня жизни и регистрации случаев рождаемости и смертности.

Более 70% населения проживают в сельской местности с различными географическими, климатическими, социально-экономическими и экологическими особенностями, абсолютное большинство из них проживает в семьях, в которых доход на 1 человека ниже величины прожиточного минимума, с выраженными проблемами доступа к качественной питьевой воде, коммунальным услугам, транспорту и другим средствам коммуникации [117].

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 [44].

Таким образом, демографическая ситуация в Республике Таджикистан остается сложной на протяжении всего периода приобретения независимости,

что подтверждается официальными показателями рождаемости, смертности и средней продолжительности предстоящей жизни. Хотя наметилась устойчивая тенденция снижения, высокий уровень рождаемости в сочетании с относительно низкой смертностью обуславливает высокие темпы естественного прироста населения.

Изменение взаимоотношений с переходом на рыночную экономику и последствия гражданской войны привели к изменению численности 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.

#### **4.2. 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.

Данное исследование было проведено с использованием опросника, рекомендованного ВОЗ: WHOQOL-BREF для оценки качества жизни. Опросник содержит 26 вопросов и 5 вариантов ответов (см. приложение №2). Производится перекодировка полученных ответов с вычислением среднего

балла по каждой шкале в отдельности. Система оценки проводится по пятибальной системе (от 1 до 5 баллов). Данный опросник был дополнен разработанной нами анкетой.

Анкета (приложение №1) охватывает поло-возрастные особенности, адрес проживания, образование, материально-бытовой статус, репродуктивные установки, особенности полового поведения, уровень информированности о ИППП/ВИЧ, употребление алкоголя и психотропных средств, а в группах лиц с девиантным поведением также определяли время начала, длительность и мотивы девиаций.

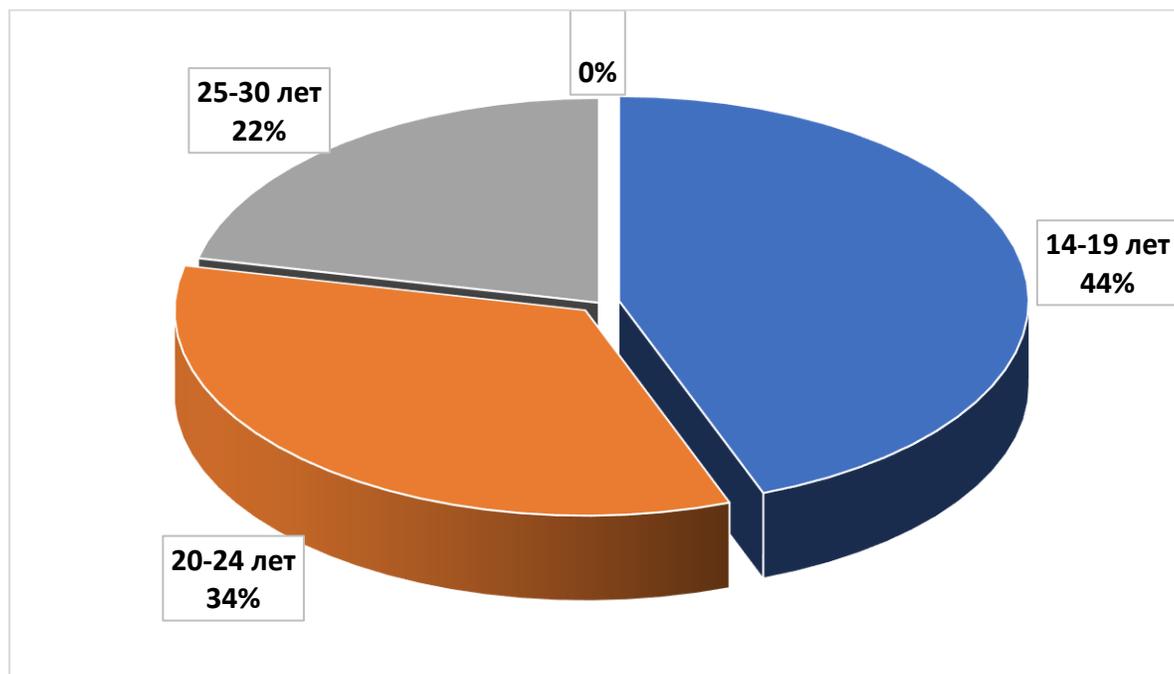
Исследование проведено в г. Душанбе; РРП-Гиссар, Шахринау, г. Турсуназде, Вахдат; в Хатлонской области – г. Бохтар, Куляб, Восе, Хамадони; в Согдийской области – г. Худжанд, Истаравшан, Зафарабадский и Шахристанский районы; в ГБАО – г. Хорог. Среди респондентов мужчины составили 32,7%, женщины – 67,3% (Таблица 4.5.).

**Таблица 4.5. - Состав респондентов по полу (абс, %)**

Пол	Всего	Согдийская область	Хатлонская область	ГБАО	РРП	Душанбе	р
Муж.	327 (32,7%)	36 (25,9%)	63 (43,4%)	25 (32,9%)	50 (31,4%)	149 (31,0%)	<0,05
Жен.	673 (67,3%)	103 (74,1%)	82 (56,6%)	51 (67,1%)	109 (68,6%)	332 (69,0%)	
Итого	1000 100,0%	139 (13,9%)	145 (14,5%)	76 (7,6%)	159 (15,9%)	481 (48,1%)	
	1000 100,0%	139 (13,9%)	145 (14,5%)	76 (7,6%)	159 (15,9%)	481 (48,1%)	

**Примечание:** р – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Диапазон возраста опрошенных составил от 14 до 30 лет (рисунок 4.2.).



**Рисунок 4.2. - Распределение респондентов по возрасту, в %**

Нами изучен уровень образования респондентов, который выявил, что, в основном, в структуре нашей молодежи имели среднее образование - 566 (56,6%), высшее – 279 (27,9), начальное образование имели 64 (6,41%), лиц без образования - 91 (9,10%) (Таблица 4.6.).

**Таблица 4.6. - Уровень образования респондентов (абс, %)**

Уровень образования	Всего	Согдийская область	Хатлонская область	ГБАО	РРП	Душанбе	p
Не имеет	91 (9,1%)	15 (10,8%)	14 (9,7%)	-	19 (11,9%)	43 (8,9%)	<0,05
Среднее	566 (56,6%)	73 (52,5%)	76 (52,4%)	26 (34,2%)	91 (57,2%)	300 (62,4%)	<0,05
Высшее	279 (27,9%)	38 (27,3%)	43 (29,7%)	50 (65,8%)	31 (19,5%)	117 (24,3%)	<0,01
Начальное	64 (6,4%)	13 (9,4%)	12 (8,3%)	-	18 (11,3%)	21 (4,4%)	<0,05

**Примечание:** p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц). В данном случае проводится множественное сравнение, между всем регионами. То же самое относится и к остальным таблицам данного раздела.

Из данных таблицы 4.6. видно, что 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%), затем рабочие - 297 (29,7%), домохозяйки – 156 (15,6%) и служащие 77 чел. (7,70%).

«Хорошее» экономическое положение семьи оценено у 619 (61,9%) респондентов, удовлетворительное – у 299 (29,9%) опрошенных и лишь 82 (8,20%) опрошенных считают экономический статус семьи тяжелым (Таблица 4.7.).

**Таблица 4.7. - Экономическое положение семьи (абс, %)**

Вариант ответа	Всего	Согдийская область	Хатлонская область	ГБАО	РРП	Душанбе	p
Хорошее	619 (61,9%)	78 (56,1%)	72 (49,7%)	68 (89,5%)	93 (58,5%)	308 (64,0%)	<0,01
Удовлетвор.	299 (29,9%)	51 (36,7%)	55 (37,9%)	7 (9,2%)	60 (37,7%)	126 (26,2%)	<0,001
Тяжелое	82 (8,2%)	10 (7,2%)	18 (12,4%)	1 (1,3%)	6 (3,8%)	47 (9,8%)	<0,001

**Примечание: p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)**

Материально-бытовые условия большинство респондентов оценили как «хорошие» (61,5%), «удовлетворительные» - в 28,3% и «тяжелые» - в 10,2% случаях (таблица 4.8).

**Таблица 4.8. - Условия проживания респондентов (абс, %)**

Варианты ответов	Всего	Согдийская область	Хатлонская область	ГБАО	РРП	Душанбе	p
Хорошие	615 (61,5%)	78 (56,1%)	74 (51,0%)	66 (86,8%)	85 (53,5%)	312 (64,9%)	<0,01
Удовлетвор	283 (28,3%)	38 (27,3%)	54 (37,2%)	7 (9,2%)	54 (34,0%)	130 (27,0%)	<0,00 1
Тяжелые	102 (10,2%)	23 (16,5%)	17 (11,7%)	3 (3,9%)	20 (12,6%)	39 (8,1%)	<0,00 1

**Примечание: p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)**

Анкетирование показало, что большинство респондентов оценили статус питания плохим (65,5%) и на неудовлетворительное питание детей (57,7%), отсутствие средств для покупки лекарств и на покрытие медицинских услуг (59,9%).

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%) [43].

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%).

Возраст начала половой жизни и вступления в брак являются одним из основных факторов, влияющих на уровень рождаемости и здоровья молодежи.

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 (Таблица 4.9.).

**Таблица 4.9. - Начало половой жизни респондентов, независимо от брачного состояния**

Возраст, лет	Всего	Согдийская область	Хатлонская область	ГБАО	РРП	Душанбе	p
10-14	14 (1,4%)	3 (2,2%)	2 (1,4%)	-	4 (2,5%)	5 (1,0%)	>0,05
15-17	68 (6,8%)	6 (4,3%)	8 (5,5%)	5 (6,6%)	11 (6,9%)	38 (7,9%)	>0,05
18-19	334 (33,4%)	44 (31,7%)	52 (35,9%)	6 (7,9%)	63 (39,6%)	169 (35,1%)	<0,05
20-24	398 (39,8%)	79 (56,8%)	63 (43,4%)	30 (39,5%)	68 (42,8%)	158 (32,8%)	<0,05
25-29	174 (17,4%)	6 (4,3%)	19 (13,1%)	31 (40,8%)	12 (7,5%)	106 (22,0%)	<0,001
30	12 (1,2%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	4 (5,3%)	1 (0,6%)	5 (1,0%)	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Как видно из приведенных данных, 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 [27, 42].

По данным мировой статистики, 40,0-60,0% подростков являются сексуально активными [150].

Нашими исследованиями установлено, что молодые люди продолжают сохранять сексуальную активность, несмотря на возникающие вследствие этого проблемы, включая нежелательную беременность и ИППП.

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 исследования показали, что отличие среди жителей города и села в числе вступивших впервые в сексуальные отношения. Так, выявлено преобладание числа городских подростков, имевших первый сексуальный опыт в возрасте до 19 лет на 8,9%, чем сельские жители.

Вопросы ранних половых связей сопряжены с риском как травмирования половых органов девочек, а также с риском наступления незапланированной беременности. Так как ранние половые связи, как правило, полигамные, с

несколькими половыми партнерами, то такое поведение сопряжено с риском заражения ИППП /ВИЧ/ СПИД со всеми вытекающими отсюда последствиями, такими как гинекологическая заболеваемость, нарушения менструального цикла, аборт, бесплодие [161, 168].

Уровень воспроизводства населения, определение линий репродуктивного поведения зависят, в значительной степени, от возраста вступления в брак.

В наших исследованиях респондентам был задан вопрос: «В каком возрасте Вы вступили в брак?»

Как видно из приведенных данных (Таблица 4.10.), и здесь выявлены значительные региональные различия.

Наши исследования свидетельствуют о том, что возраст большинства молодых людей составляет 20-24 года - 554 (55,4%) респондентов, ранние браки (до 19 лет) характерны для 187 (18,7%) респондентов, вступили в брак в возрасте 25-29 лет – 246 (24,6%) респондентов и в возрасте старше 30 лет – только 13 (1,3%) опрошенных. Установлено, что средний возраст вступления в брак для юношей составляет 22 года, для девушек - 19-20 лет.

**Таблица 4.10. - Возраст вступления в брак респондентов (в %)**

Возраст, лет	Всего	Согдийская область	Хатлонская область	ГБАО	РРП	Душанбе	p
15-19	187 (18,7%)	32 (23,0%)	33 (22,8%)	-	36 (22,6%)	86 (17,9%)	<0,05
20-24	554 (55,4%)	83 (59,7%)	80 (55,2%)	26 (34,2%)	90 (56,6%)	275 (57,2%)	<0,05
25-29	246 (24,6%)	22 (15,8%)	29 (20,0%)	50 (65,8%)	31 (19,5%)	114 (23,7%)	<0,01
30	13 (1,3%)	2 (1,4%)	3 (2,1%)	-	2 (1,3%)	6 (1,2%)	>0,05

**Примечание:** p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Если сравнить показатели сексуальных контактов, то первый сексуальный опыт в возрасте до 19 лет имели 37,5%, а число вступивших в брак до 19 лет

составило 17,4% респондентов, что свидетельствует о том, что 20,1% молодых людей уже имели первый сексуальный опыт до вступления в брак.

Добрачные половые отношения, как показали результаты анкетного опроса, в основном, обусловлены последствиями прошедшей гражданской войны, становлением рыночной экономики и тяжелым экономическим положением семьи, в результате чего девушки соглашаются на добрачные половые связи, а в ряде случаев, неофициально становятся вторыми и даже третьими женами.

Данные наших исследований свидетельствуют о том, что наряду с традиционным (т.е. начала супружеских отношений после регистрации брака), все большее распространение наблюдается начала сексуальных отношений ещё в добрачный период отношений.

Откладывание регистрации первого брака может быть обусловлено началом фактических супружеских отношений до достижения брачного возраста.

Установлено, что ориентация на отказ от регистрации брака или откладывания регистрации брака в большей степени характерна для ранних, повторных и полигамных браков, которые проводятся путем свершения религиозного обряда (никох) [168, 245].

Выявлена зависимость возраста вступления в брак от пола респондентов. Из числа опрошенных юношей вступили в брак в возрасте 17-18 лет – 12,0%, 19-21 год – 21,8%, 21 год и старше – 66,2 %.

Среди опрошенных девушек возраст вступления в брак несколько ниже, чем у мужчин, ранние браки (до 16 лет) отмечались в 3,3% случаев, в возрасте 17-18 лет вступили в брак – 28,6% опрошенных, 19-20 лет – 32,2%, 21 год и старше – 35,9%.

Анализ возраста первого брака: ранние браки характерны для лиц с начальным образованием – 12,2%, для лиц с высшим образованием характерны

более поздние браки. Из числа респондентов с высшим образованием 78,3% впервые вступили в брак в возрасте старше 22 лет.

Наши данные согласуются с данными других авторов, где отмечено, что раннее вступление в брак означает существенное изменение социальных условий материнства [375]. Кроме того, этим восстанавливается связь между сексуальностью и деторождением, что неминуемо скажется на положении женщины в обществе [84].

В процессе исследования нами определены основные причины вступления в брак.

Социологический опрос показал, что для вступления в брак было основным мотивом - желание иметь детей (65,9%), любовь (18,3%), брак по расчету (13,6%), далее идут причины желания иметь семью и осуждения родственников (2,2%).

Большинство респондентов указали, что вступили в брак через «сватовство» (68,2%), что подтверждает преобладающее влияние на формирование семьи обычаев и традиций [134].

Последствия гражданской войны привели к тому, что много девушек остались вдовами. В дополнение к этому, тяжелые экономические условия жизни, преобладание в трудовом миграционном процессе лиц мужчин, способствовали тому, что в обществе увеличились факты многоженства. Наш опрос выявил, что 11,3% респондентов отметили, что их брак является гражданским и 9,2% из них указали, что являются вторыми или третьими по счету женами, хотя большинство из опрошенных (73,3%) отметили факт многоженства негативным проявлением и нужно иметь только одну жену (одного мужа), в тоже время 26,7% юношей допускают факт наличия двух и более жен.

С целью определения формирования типов семьи и укрепления семейно – брачных отношений большой практический и научный интерес представляет

определение мотивов полигамии. В связи с этим, нами изучены мотивы вступления в брак 220 женщин, состоящих в полигамном браке.

Мотивы вступления респондентов в полигамный брак:

- Материальный расчет – 51,2%
- Психологическое состояние – 22,2%
- Любовь - 18,3%
- Возраст - 4,2%
- Влияние родителей - 4,1%

Как видно из приведенных данных, наиболее весомым мотивом замужества в качестве 2 или 3 жены является материальный расчет (51,2%). Другим, не менее важным мотивом было психологическое состояние (боязнь одиночества, стремление воспитания детей в полной семье).

Вышеизложенное, закономерно является результатом сложившейся тяжелой социально – экономической ситуации, безвозвратной миграции молодежи, особенно, лиц мужского пола. Следует отметить, что 18,3% респондентов в качестве основного мотива указали на любовь.

Юноши, допускающие наличие несколько жен, ссылались на Коран и возможность совершения обряда «никох». В то же время в Коране сказано: [Коран: Первая цифра –сура, вторая цифра –аят (стих )]

«А если вы боитесь, что не будете справедливы с сиротами, то женитесь на тех, что приятны вам, женщинах - и двух, и трех, и четырех. А если боитесь, что не будете справедливы, то - на одной или на тех, которыми овладели ваши десницы. Это ближе, чтобы не уклониться» [Сура 4 : 3].

Позже, в этой же суре Корана, говорится: «И никогда вы не в состоянии быть справедливыми между женами, хотя бы и хотели этого» [4 : 129].

Ислам, допуская ограниченную полигамию, отнюдь ее не поощряет. Идеальная мусульманская семья моногамна и почти все мусульманские браки являются моногамными [245].

Известно, что возраст рождения первого ребенка и уровень здоровья роженицы часто влияют на исход беременности, в связи с чем мы также изучили эти моменты. Так, в анкете нами был сформулирован вопрос о возрасте женщины, более подходящем для рождения первого ребенка, что выявило следующее (Таблица 4.11).

**Таблица 4.11.- Мнение респондентов об оптимальном возрасте женщины при первых родах**

Возраст, лет	Всего	Согд	Хатлон	ГБАО	РПП	Душанбе	p
15-19	149 (14,9%)	15 (10,8%)	24 (16,6%)	-	34 (21,4%)	76 (15,8%)	<0,01
20-24	762 (76,2%)	116 (83,5%)	113 (77,9%)	29 (38,2%)	120 (75,5%)	384 (79,8%)	<0,01
25-29	89 (8,9%)	8 (5,8%)	8 (5,5%)	47 (61,8%)	5 (3,1%)	21 (4,4%)	<0,01

**Примечание:** p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Как видно из таблицы 4.11., преобладающее большинство респондентов (91,1%) указали возраст до 24 лет как самый лучший возраст для первых родов, 14,9% опрошенных отметили возраст от 15 до 19 лет и 9% - возраст старше 25 лет.

Число детей в семье дифференцируют как «идеальное», «желаемое» и «ожидаемое» [136]. Вышеуказанные показатели мы определяли по итогам на поставленные в анкете соответствующих вопросов.

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: «Сколько 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 нашей выборке ожидаемое число детей в семье составило 3,8 ребенка.

Фактическое число детей у обследованных респондентов оказалось ниже желаемого и ожидаемого чисел и составило 2,9 в среднем.

Существенные изменения о числе детей, которые мы наблюдаем в современных условиях, можно объяснить тем, что у молодежи не сформировано своё личное мнение и процесс рождения происходит хаотично. Данные проведенного нами опроса показали, что репродуктивные ориентации дифференцируются в зависимости от социально-демографических характеристик респондентов. 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. Наши исследования свидетельствуют о том, что рождение ребенка в семье зависит от уровня образования прежде всего женщины. Ученые установили факт, что чем выше уровень образования женщины в мегаполисах, тем меньше в её семье детей. И, наоборот, у образованных женщин в сельской

местности, как правило, больше в семье детей. 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 [42, 112]. Проведенные нами социологические исследования показали: среди состоящих в первом браке женщин 11,3 % использовали контрацепцию до рождения первого ребенка. На аборты 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. Следующий показатель исследования был интервалы для беременности, который мы установили с помощью вопроса: «С целью охраны здоровья матери и ребенка, какие должны быть межродовые промежутки?». Колебания ответов были от 2 до 2,5 - 3 лет (Таблица 4.12.)

**Таблица 4.12. - Мнение респондентов об интергенетических интервалах**

Интервал	Всего	Согд	Хатлон	ГБАО	РРП	Душанбе	p
1 год	17 (1,7%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)	-	3 (1,9%)	10 (2,1%)	>0,05
2 года	337 (33,7%)	41 (29,5%)	40 (27,6%)	14 (18,4%)	44 (27,7%)	198 (41,2%)	<0,01
3 и более	646 (64,6%)	97 (69,8%)	102 (70,3%)	62 (81,6%)	112 (70,4%)	273 (56,8%)	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Результаты исследования показали, что в 64,6% случаев респонденты дают предпочтение интергенетическому интервалу 3 года и более, более 30% ответили, что этот период должен быть 2 года и лишь чуть более 1 % утверждали, что данный интервал должен быть не более 1 года.

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 4.13.).

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

**Таблица 4.13. - Средние значения качества жизни у изученных групп молодежи (Me [25q; 75q])**

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  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

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.

Откладывание регистрации первого брака может быть обусловлено началом фактических супружеских отношений до достижения брачного возраста; существенное влияние обычаев и традиционных установок на семейно – брачные отношения; не выработаны установки на возраст вступления в брак; установки на число детей в семье; установки на протогенетический и интергенетический интервалы; безвозвратная миграция молодежи, особенно лиц мужского пола, породившая в неофициальной форме полигамные браки (многоженство); социальное поощрение многодетности уступило место средне – и малодетности.

Таким образом, 21-й век стал свидетелем существенных изменений в демографических процессах. В рамках демографического процесса изменились рациональные мотивы в отношении большого числа детей в семье сменились приоритетами в отношении качества детей.

Снижение уровня рождаемости произошло не в результате улучшения благосостояния семей и повышения уровня образования женщин, не в результате улучшения экономического статуса семьи, не в результате роста урбанизации, которые являются факторами снижения рождаемости, а в результате ухудшения этих показателей, что в целом, не соответствует теории демографического перехода.

В дальнейшем можно ожидать дальнейшее повышение уровня рождаемости, связанная с молодой возрастной структурой населения, улучшение уровня жизни, 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.

#### **4.3. 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 РТ за последние годы, создали способствующий фон для расширения численного состава групп населения, уязвимых в отношении ИППП и ВИЧ-инфекции (потребители инъекционных наркотиков, работницы коммерческого секса, МСМ и др.) [117, 361].

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

В течение последних 10 лет, доля зараженных при внутривенном введении наркотиков уменьшается, интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ [23].

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 [6, 93].

Нами установлено, работницы коммерческого секса, ПИН и МСМ 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.

К снижению роли института семьи и росту уровня показателей заболеваемости ИППП/ВИЧ/СПИД, способствовала выраженная трудовая миграция, особенно сельского населения в эпидемиологически неблагополучные страны [25]. Миграция стала неотъемлемой частью истории РТ и является не просто стратегией занятости населения, но и важной составляющей политической, экономической и социальной жизни страны.

К факторам, повышающим вероятность риска заболеваемости и смертности среди мигрантов относятся: ограниченный доступ к системе здравоохранения и социального обеспечения, а также сложности, стоящие перед системой здравоохранения принимающей стороны, неспособность мигрантов адаптироваться к новой социо - культурной среде, учитывая распространенные традиции и практику, отсутствие контактов с постоянными сексуальными партнерами и др. [11].

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 7,0% мигрантов, из них инъекционные - 8,2% в Таджикистане и 1,3% в стране миграции;
- 0,8% респондентов имели половые контакты с ПИН в РТ и 1,2% в стране назначения;

- 44,9% юношей и 10,0% девушек имели непостоянных половых партнеров,

- 40,8% юношей и 14,4% девушек занимались коммерческим сексом;

- 51,2% мигрантов указали на использование презервативов при последнем половом контакте, их них: мужчины 54,5% и 25,1% женщин [18].

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.

Поведения риска являются факторами, способствующими распространению ведущих причин заболеваемости и смертности среди молодежи по всему миру. Вместе с тем, уязвимые группы, в том числе подростки сталкиваются с серьезными препятствиями в доступности высококачественных услуг в области СЗ и РЗ [5, 48]. 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 (Таблица 4.14.).

**Таблица 4.14. - Распределение ВИЧ-инфицированных по полу и путям инфицирования в Республике Таджикистан (n=13070)**

Структура	с 1991 -2020 гг.	%
Общее количество	13070	100%

Продолжение таблицы 4.14.		
Всего умерших	3611	27,5 %
Люди, живущие с ВИЧ	9459	72,5%
Мужчин	8342	63,9%
Женщин	4728	36,1%
Потребители инъекционных наркотиков	3786	29,1%
РС	234	1,8%
Заклученные	853	6,5%
Трудовые мигранты	1663	12,7%

Как видно из представленных данных, 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 [242], 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% - гонореею, о СПИДе знают 39,2%, о хламидиозе – 0,6%, о трихомониазе – 2,6% (Таблица 4.15.). Как видно из таблицы, наименее информированы об ИППП//ВИЧ молодежь - жители Хатлонской области (46,2%), РРП (43,4%) и Согдийской области (42,5%).

**Таблица 4.15. - Информированность респондентов о ИППП/ ВИЧ /СПИД**

	Всего	Согдий- ская область	Хатлон- ская область	ГБАО	РРП	Душанбе	р
Не ответили	303 (30,3%)	59 (42,4%)	67 (46,2%)	7 (9,2%)	69 (43,4%)	101 (20,9%)	<0,01
Сифилис	136 (13,6%)	8 (5,8%)	9 (6,2%)	26 (34,3%)	11 (6,9%)	82 (17,1%)	<0,01
Гонорея	137 (13,7%)	4 (2,9%)	3 (2,1%)	26 (34,3%)	7 (4,4%)	97 (20,2%)	<0,001
СПИД	392 (39,2%)	66 (47,5%)	64 (44,3%)	15 (19,6%)	70 (44,1%)	177 (36,8%)	<0,01
Хламидиоз	6 (0,6%)	1 (0,7%)	1 (0,6%)	-	-	4 (0,8%)	>0,05
Трихомониаз	26 (2,6%)	1 (0,7%)	1 (0,6%)	2 (2,6%)	2 (1,2%)	20 (4,2%)	<0,05

Примечание: р – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

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 (Таблица 4.16.), вследствие чего в стране высок уровень незащищенных половых контактов и ведущим путем передачи ВИЧ инфекции является половой путь.

**Таблица 4.16. - Мнение респондентов о методах профилактики ИППП/ ВИЧ**

Ответы респондентов	Всего	Согдий-ская область	Хатлон-ская область	ГБАО	РРП	Душанбе	p
Иметь одного полового партнера	681 (68,1%)	92 (66,2%)	95 (65,5%)	46 (60,5%)	103 (64,8%)	345 (71,7%)	>0,05
Использование презерватива	286 (28,6%)	41 (29,5%)	45 (31,1%)	28 (36,8%)	51 (32,1%)	121 (25,2%)	>0,05
Другие	33 (3,3%)	6 (4,3%)	5 (3,4%)	2 (2,6%)	5 (3,1%)	15 (3,1%)	>0,05

**Примечание:** p – статистическая значимость различий между регионами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Низкий уровень информированности респондентов о ИППП/ 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.

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 (ВГВ/ВГС), усиливает фактор уязвимости

вышеперечисленных групп по отношению к ИППП, ВИЧ, и вирусным гепатитам [108].

Именно эти группы играют наиболее важную роль в эпидемическом процессе ИППП/ВИЧ-инфекции, что подтверждено многочисленными работами последних лет [83, 292, 301, 327].

По данным исследований, до 50 – 60% случаев ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы обусловлено практикой потребления инъекционных наркотиков и характеризуется высоким уровнем распространенности вирусных гепатитов В и С, которая достигает по данным некоторых исследований до 80 – 90% [108].

В свою очередь, группа MSM характеризуется высоким уровнем распространенности ИППП (сифилис, гонорея, хламидийная и ППЧ – инфекция) до 17,0% и высоким уровнем инфицированности ВИЧ. Последние годы характеризовались увеличением числа новых случаев ВИЧ-инфекции и ИППП в данной группе во многих западных странах [126, 261, 274, 323].

Поведение высокого риска в отношении ИППП и ВИЧ характерно для всех трех групп, что относит их к так называемым ядерным группам населения. Другая общая характеристика данных групп – затрудненный доступ к ним, с точки зрения оказания специализированной медицинской помощи, что связано с гомофобией в отношении MSM и сложным социально – поведенческим контекстом, характеризующим ПИН и РС [329, 343].

В то же время, наличие эпидемических мостиков между уязвимыми группами и общей популяцией (клиенты работниц секса, бисексуальные мужчины, половые партнеры ПИН) создают благоприятные условия для проникновения инфекции в среду сексуально активной части населения [280]. По результатам наших исследований в группу высокого риска относятся также и трудовые мигранты и их жены и партнеры, а также 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: реже одного раза в неделю – 16,0 %, несколько раз в неделю - 12,0 %, не употребляли - 62,0 %. Чаще всего (56,6 %) употребляли алкоголь по требованию клиента или в качестве психологического настроя.

Девушки, занимающиеся коммерческим сексом, употребляли наркотики в 4,9 % случаев, чаще по принуждению половых партнеров. Частый способ употребления наркотических веществ - курение (60,0 %), в виде внутривенного введения и путем вдыхания по 20,0 % каждый.

Анализ показал, что при употреблении инъекционных наркотиков РС получают шприцы от своих половых партнеров.

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 девушек, занимающихся коммерческим сексом, становится одним из важнейших факторов, способствующих распространению инфекции в обществе.

Проведенные нами исследования указывают на низкий индекс соматического здоровья РС. У обследованных РС наиболее распространенным заболеваний внутренних органов 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.

Наши данные согласуются с данными других исследований [291, 296, 298, 300, 306].

Выявлен высокий уровень ИППП. Из числа обследованных лиц ИППП выявлено у каждого пятого респондента (20,4%).

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 женщин, занимающихся коммерческим сексом наиболее часто выявлены ВЗОТ (94,3%), затем 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 [302]. Принятию термина способствовала точка зрения эпидемиологов, согласно которой, распространение инфекционных болезней связано не с сексуальной идентичностью и сексуальными предпочтениями личности, а с его сексуальным поведением. Категория «МСМ» включает лиц гомосексуальной, бисексуальной и гетеросексуальной идентичностью, имеющие однополые сексуальные контакты [171, 323].

Согласно статистике от 6,0% до 15,0% мужчин в Восточной Европе, от 3,0% до 5,0% в странах Восточной Азии, от 6,0% до 12,0% мужчин в Южной и Юго – Восточной Азии и от 6,0% до 20,0% мужчин в странах Латинской Америки в течении своей жизни, когда – либо практиковали секс с другими мужчинами [329, 343].

По данным ЮНЭЙДС вероятность ВИЧ инфицирования мужчин, имеющих однополые контакты, в 20 раз превышает аналогичный показатель среди общего населения [17].

Представляется, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами довольно распространенное явление в мире. Первые доступные сравнительные данные имеются за 2010 год (Таблица 4.17.) [17].

**Таблица 4.17. -Приблизительная оценка числа мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ) в некоторых странах на 2010 г.**

Страна	Население страны в целом	Численность группы МСМ	%
Албания	3.190.000	3.500 (только в Тиране)	0,11
Армения	3.002.000	13.500	0,45
Белоруссия	9.689.000	70.000	0,72
Россия	141.927.296	2.100.000	1,48
Украина	46.205.000	95.000 — 213.000	0,21 — 0,46

Сегодня, видя тенденции многих зарубежных стран к приверженности их правительств к лояльности половых контактов, нами предполагается значительное увеличение числа МСМ.

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 в возрасте 30 лет -10 чел (20%).

Среднее образование имели - 55,3%, высшее и начальное образование имели соответственно 14,0% и 20,5%, 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;

- Наиболее распространенной ИППП среди MSM является гонорея (28,7%), хламидиоз (20,0%), трихомониаз (14,5%), сифилис (12,3%), ВИЧ – инфекция выявлена у 7,2% MSM. В 53,2% случаев выявлена сочетанная патология.

- Болезни мочеполовых органов у юношей чаще проявлялись в виде уретритов и циститов.

Республика Таджикистан в связи с географическими особенностями 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 лиц, употребляющих наркотики, из них 74,0 % употребляют героин, более 1/3 являются инъекционными наркоманами, 37,3% которых составляет молодежь в возрасте 18 -29 лет [361].

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%) [21].

Нами установлено: высокий уровень заболеваемости РС, MSM, ПИН и широкий спектр ИППП/ВИЧ с преобладанием микст-инфекции (76,5%) обусловлен спецификой девиантного поведения. При этом усугубляющим фактором в развитии и распространении ИППП/ВИЧ является ограниченность доступа к услугам РСЗ, обусловленная феноменом дискриминации.

В Республике Таджикистан доступность к медико-социальным услугам РС, сексуальных меньшинств, потребителей наркотиков, трудовых мигрантов имеют свои особенности.

Потребители инъекционных наркотиков являются самыми частыми распространителями ВИЧ-инфекции среди молодежи, и Таджикистан входит в число стран, где данный вопрос чрезвычайно актуален. Данный факт порождает необходимость в комплексном подходе к решению создавшейся 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 [67]. Следует отметить, что более 60,0% зарегистрированных лиц ТБ составляет молодежь [22]. Наблюдения за динамикой ситуации по туберкулезу 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 [169].

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 своевременной необходимой помощи важно и это связано с предупреждением распространения социально значимых заболеваний, ИППП/ВИЧ.

**Глава 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**

**5.1. Нормативно-правовая база и проблемы доступности молодёжи к  
медико-социальным услугам**

Государственная молодежная политика формируется на основе совокупности законодательных и исполнительных актов, опирающихся на потребностях молодежи [209].

Более 130 стран ратифицировали в своих странах международные нормативно-правовые документы касательно здоровья молодежи – государственную молодежную политику и большинство из них организовали в своих странах и координирующий орган и учреждения, предоставляющие медико-социальные услуги для молодежи [2].

В странах СНГ данный вопрос уже выделен в самостоятельную сферу государственной деятельности. Сам термин молодежной политики вошел в юридическую систему постсоветских государств из принятого в 1991 году Закона Советского Союза «Об общих началах государственной молодежной политики в СССР». Практически все государства СНГ в первые годы своей независимости приняли законодательные акты, направленные на правовую защиту интересов молодого поколения [2].

На Глобальном уровне, в целях обеспечения доступности к медико-социальным услугам молодежи в 2016 году был принят План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. [27], в котором определены приоритетные направления действий и вмешательств, которые помогут государствам обеспечить всем гражданам возможность полностью

реализовать потенциал их сексуального и репродуктивного здоровья и благополучия.

За годы независимости в Таджикистане разработаны и внедрены важные меры по развитию всесторонних действий по охране здоровья молодежи. За этот период в нашей стране ратифицированы важные международные документы в области защиты прав человека, такие как «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» [84], «Конвенция о правах инвалидов: молодежь с инвалидностью» [85], «Конвенция о правах ребенка» [86] и другие правовые акты, устанавливающие права женщин, детей и молодежи в отношении здоровья и лечения, в частности, в области ВИЧ/СПИД, ИППП и репродуктивного здоровья.

Государственная молодёжная политика заключается в признании всех экономических, социальных, политических и личных прав и свобод молодежи, которые закреплены законодательством страны [73].

В Концепции государственной демографической политики Республики Таджикистан на период на 2003-2015 годы [7] определены комплексные меры, внедрение которых должно привести к улучшению демографической ситуации в стране и повышению уровня и качества жизни населения. Это прежде всего, формирование здорового образа жизни; проведение профилактических мероприятий; ранняя диагностика заболеваний; обеспечение доступности к качественным медико-социальным услугам для молодежи, усиление государственной поддержки семей, имеющих детей».

Законодательная база охраны здоровья молодежи получила развитие с принятием соответствующих нормативно - правовых актов в Республике Таджикистан. В Конституции РТ (ст.38) отмечено «Каждый гражданин имеет право на медицинское обслуживание и может его получать бесплатно в государственных медицинских учреждениях в соответствии с законом».

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 РТ [104].

Кодекс здравоохранения РТ определяет защиту РСЗ подростков и молодежи:

- Несовершеннолетние 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.
- 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 [104].

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» [80];
- Закон Республики Таджикистан «О предупреждении насилия в семье в Республике Таджикистан» [78];
- Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике» [73];
- Закон Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» [74];
- Закон Республики Таджикистан «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей» [75];
- Закон Республики Таджикистан «Об упорядочении традиций, торжеств и обрядов в Республике Таджикистан» [76];
- Закон Республики Таджикистан "О государственной регистрации актов гражданского состояния"[77];
- Закон Республики Таджикистан «Об адресной социальной помощи» [81];
- Государственная программа по предупреждению насилия в семье в Республике Таджикистан на 2014 – 2023 годы [70];
- Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года [91];
- Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы [33];

- Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг. [18];
- Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на период 2013- 2020гг. [90];
- План действий Национальной стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистана на период 2015 – 2020 годы [101];
- 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 [33].

Основным нормативно-правовым документом, регулирующим сферу отношений государства и молодежи в Республике Таджикистан является Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике» [73], дает определение молодежи как социально – демографической группы людей в возрасте 14 – 30 лет (ст.1) и определяет ведомства, отвечающие за реализацию молодежной политики в Республике Таджикистан; ст. 17 Закона, объявляя охрану здоровья молодежи приоритетом государства, призывает «заинтересованные органы по делам молодежи совместно с неправительственными и некоммерческими организациями принимать надлежащие действия в случае, если уровень опасных инфекций, ИППП, ВИЧ, наркомании, алкоголизма и других заболеваний и состояний, приводящих к росту инвалидности и смертности среди молодежи возрастет, превысив «допустимый» уровень.

В 2006 г. была принята Национальная программа развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2006 – 2010 гг., которая содержит все необходимые компоненты развития и внедрения политики услуг, доброжелательных к молодежи» [98].

При Правительстве РТ создана Межсекторальная координационная комиссия по развитию услуг, доброжелательных к молодежи, состоящая из

представителей заинтересованных министерств и ведомств, международных и общественных организаций [43].

Одной из приоритетных направлений деятельности является «Обучение жизненным навыкам в области здоровья», направленное на повышение информированности молодежи в области РСЗ, внедрения ряда методических разработок по здоровому образу жизни в школьную программу. В данном аспекте Республиканском центром информации и ориентации молодежи совместно с общественными организациями начата реализация экспериментального проекта дружелюбных услуг к молодежи в г. Душанбе, Курган-тюбе и Худжанде.

Следующим приоритетным направлением является «Содействие защите прав особо уязвимых групп молодежи», в рамках которого лоббируется вопрос привлечения молодежи из особо уязвимых групп для доступа к услугам здравоохранения.

Участие молодых людей в программах, направленных на здоровое развитие молодых людей с акцентом на репродуктивное здоровье, профилактику ИППП/ВИЧ/СПИД и наркомании, также определено как приоритетное направление [98].

Программа по развитию здоровья молодежи в Республике Таджикистан на период 2011 – 2020 гг. признает, что перед молодым поколением стоит множество проблем и подготавливает почву для развития медицинских услуг, дружественных молодежи (МУДМ) [99].

Процесс создания МУДМ требует приверженности заинтересованных сторон в области – разработки нормативной базы; участия молодежи; профилактики ИППП\ВИЧ; потребления инъекционных наркотиков; репродуктивного здоровья и жизненно важных навыков.

Программы в области охраны репродуктивного здоровья (РЗ) 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 [35].

В Республике Таджикистан вопросы профилактики ВИЧ-инфицирования регулируются Законом Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» [250], Национальной стратегией по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг. [276], Национальной программой по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2021–2025 гг. [307] и «Стратегическим планом совместной деятельности по профилактике и контролю за сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы» [45].

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 [36, 37].

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 [38].

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" [77].

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 [275, 296]. Этому способствовала согласованная Стратегическая рамочная программа ООН по содействию развитию Таджикистана на период с 2016 до 2020 года [117].

В рамках реализации данного документа, основными направлениями деятельности в области охраны РСЗ молодежи являются: профилактика ИППП; превентивные меры для развития подростковой беременности; обеспечение доступности к медико-санитарной помощи; распространение информации о РСЗ; укрепление влияния семьи в охране РСЗ; повышение роли школы в улучшении уровня информированности подростков в вопросах РСЗ; поддержка научно-исследовательской деятельности по РСЗ подростков.

Состояние здоровья подростков может рассматриваться как индикатор социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, а также является предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы.

Таким образом, в Республике Таджикистан 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.

## **5.2. Анализ результатов внедрения предложенной модели организации клиник, дружеского отношения к молодёжи в Республике Таджикистан**

Сотрудничество ЮНИСЕФ и Министерства здравоохранения Республики Таджикистан в области организации и внедрения предоставления медико-социальных услуг для подростков и молодежи начало активно развиваться с 2006 г. в так называемых «кабинетах доверия» при городском центре репродуктивного здоровья г. Душанбе.

Нами впервые были разработаны, апробированы и внедрены новые «дружественные» подходы к оказанию медико-социальных услуг подросткам и молодежи, включающие организацию консультирования здоровых подростков и молодежи по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формированию здорового образа жизни, социальную и правовую защиту.

«Дружественным» подход к организации медицинской помощи молодежи называют по принципу предоставления медицинских услуг осуществляется в соответствии с потребностями и ожиданиями молодежи.

Первоначально, проект ЮНФПА «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» послужил основой для разработки новых подходов для доступа к уязвимым группам молодежи – организации Молодежных клиничко-консультативных отделений при Центрах репродуктивного здоровья.

В последующем, было подписано Соглашение между Министерством здравоохранения, Министерством образования Республики Таджикистан и

ЮНФПА о институализации и обеспечении устойчивости достигнутых достижений. Впервые первое 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, которые институализированы путем выделения штатных единиц и необходимого финансирования. Данные структурные подразделения имеют две главные цели: улучшение системы информирования и просвещения молодёжи по всем аспектам сексуальности и репродуктивного поведения; обеспечение доступности служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья для молодежи. В случае функционирования только консультативного кабинета приём ведётся одним врачом; в случае организации центра услуги подросткам предоставляются несколькими специалистами. Помощь максимально приближена к принципу универсальности: с какой бы проблемой подросток не обратился в Центр, консультативная и медицинская помощь (в том числе направление в другие учреждения здравоохранения с привлечением соответствующих специалистов) оказывается подростку максимально полно. В работе с группами повышенного поведенческого риска предлагаются новые принципы: отказ от осуждения; уважительное отношение, независимо от особенностей поведения; ненасильственное оказание помощи; нетрадиционные методы работы с целью налаживания диалога и проведения профилактической работы; привлечение к работе добровольцев; работа по принципу “равные обучают равных”. Именно этим принципам соответствует метод работы – аутрич, направленный на профилактику ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, аборт, наркопотребления среди молодежи групп риска [369].

В настоящее время совершенствованы законодательные основы и положения, необходимые для функционирования созданных отделений и улучшения доступа к качественным услугам СРЗ для молодежи.

ММКО – это структурное подразделение ПМСП, оказывающее комплексную медико-психологическую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности [229-233, 294]. 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. По результатам последних врачом-терапевтом подростковым либо врачом-педиатром участковым даётся оценка состояния здоровья подростка. При необходимости обеспечивается углубленное обследование с дальнейшим наблюдением, лечением и реабилитацией [21]. 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). Анализ исторического опыта показывает, что сохранение здоровья молодежи – комплексная проблема, решение которой зависит от сочетания усилий многих специалистов и органов власти, учёта социальных факторов.

Следующим приоритетным направлением определено «Участие молодых людей в программах, направленных на здоровое развитие молодых людей с акцентом на репродуктивное здоровье, профилактику ИППП/ВИЧ/СПИД и

наркомании». В рамках данной программы с 2007 года в РТ реализуется стратегия «Дружелюбных услуг к молодежи», в соответствии с чем в городах Душанбе, Вахдат и Яван созданы 30 информационно-образовательных Центров и 8 Медико-консультативных отделений, дружелюбных к молодежи [20].

Во всех функционирующих ММКО внедрено ведение унифицированного идентификационного кода (УИК) наблюдения за пациентом в ММКО с целью сохранения и обеспечения конфиденциальности и анонимности, который вводится в специально разработанный ваучер, ведение которого входит в функции аутрич-работника и семейного врача. Аутрич работник вводит в ваучер код, свое имя дату обращения наименование учреждения, куда направлен пациент (квиток аутрич-работника). Врач, к которому был направлен пациент вводит в ваучер свое имя, проводит осмотр и обследование пациента и при необходимости решает вопрос о его перенаправлении к специалисту узкого профиля. При этом, он заполняет квиток врача в ваучере, в котором указывает проведенные исследования. Данная система кодирования позволяет провести отслеживание кратности посещения пациентом ММКО и полученные им медико-социальные услуги путем ведения электронной карты мониторинга числа посещений и полученных услуг закодированным пациентом. Код состоит из 7 знаков: первые 2 знака - первые буквы имени матери, 3 и 4 знак - первые буквы имени отца, 5-ый знак – пол (1-м, 2-ж), 6 и 7 –й знаки – последние 2 цифры года рождения. Электронная карта мониторинга числа посещений и полученных услуг пациентом с применением системы кодирования утверждена приказом МЗиСЗН РТ для использования в учреждениях ММКО.

В настоящее время совершенствованы законодательные основы и положения, необходимые для функционирования созданных отделений и улучшения доступа к качественным услугам сексуального репродуктивного здоровья для молодежи. ММКО оказывают услуги на принципах

добровольности, доступности, доброжелательности, доверительности и конфиденциальности.

Вместе с тем, снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения и другие процессы, складывающиеся в период социально-экономических преобразований в Таджикистане ставят молодое поколение в разряд наиболее уязвимого контингента [210].

В этом плане перед Таджикистаном стоит множество проблем: высокий уровень бедности и безработицы среди молодежи, рост инъекционной наркомании, тенденции в сторону увеличения количества ранних браков и слабая осведомленность общественности о методах профилактики ВИЧ/СПИД и ИППП в сочетании с широко распространенной миграцией рабочей силы [211].

Социально-экономические условия создали ценностно - нормативный "вакуум", который привел к росту проявлений девиантного поведения (наркомания, токсикомания, коммерческий секс, гомосексуализм, экстремизм и терроризм) [41].

Вопросы, связанные с предпосылками девиантного поведения в Республике Таджикистан изучены недостаточно. Миралиён К.А. (2016) в своем научном исследовании констатирует, что Таджикистан в отношении демографии среди стран всего мира является одной из молодых, где 70% населения составляют лица в возрасте до 30 лет, а молодежь в возрасте 14-30 лет (согласно статьи 1 Закона Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике»), как основной трудовой ресурс республики составляет 35% населения, а, следовательно, 53% трудоспособных приходится на данных лиц [210].

В последние годы, в период независимости республики, в жизни молодых людей многое изменилось, однако, несмотря на это, более 70% населения, в том числе молодежь, живут в сельской местности страны, которая в большей степени охвачена различными жизненными проблемами [7].

В последние годы уровень преступности среди молодежи, особенно среди несовершеннолетних, вырос. Так, в 2013 году уровень преступности среди молодежи составлял 4808 случаев, а в 2014 году он вырос на 11,1%, данное соотношение среди несовершеннолетних также возросло на 13,5%, что должно вызывать тревогу. Основной причиной преступности молодежи является негативные поведения и привычки. Как показывает анализ исследований Республиканского центра информации и ориентации молодежи, молодые люди в качестве негативного оценивают такое поведение, как оскорбление — 64,9%, курение табака (нос) — 63%, изнасилование — 61%, занятие проституцией — 57% и т.п. На вопрос, «Какие виды негативного поведения вы проявляли?» ответили следующим образом: 25% оскорбляли кого-то, 16% совершали глупости, 13% вели себя безответственно, 12% совершали разбой, 10% — насильственные действия, 7% занимались табакокурением и принимали алкоголь, 5% потребляли наркотики и т.п. Другим наиболее распространенным видом негативного поведения молодежи, являются грабежи и разбои, которые носят преступный характер и имеют место, в основном, среди подростков из числа сирот и бездомных. Источником такого поведения являются улицы, и те, кто большую часть своей повседневной жизни проводят на улице, больше всего склонны к девиантным поступкам. Это дети улицы, сироты, бездомные, мигранты и т.п. [211].

Выявленные факты указывают на актуальность изучения качества жизни молодежи, включая детерминанты РЗ и СЗ Таджикистане, для которых характерен свой социо-демографический менталитет и традиции.

В сфере обеспечения прав молодежи существуют очень много вопросов, требующих решения, во всех отраслях, особенно в обеспечении образования для девочек и беспризорников, в соблюдении и защите их прав и интересов. С учетом всех трудностей молодёжи и различных обстоятельств необходимо

создать и развить сеть консультативных служб по обеспечению защиты прав и интересов молодых граждан.

В типовые задачи ММКО также включены такие, как:

1. Превентивные меры по активной пропаганде здорового образа жизни, правильного репродуктивного поведения, половому воспитанию и просвещению:

- развитие навыков у молодёжи по ведению здорового образа жизни, правильного социального и репродуктивного поведения;
- предупреждение заболеваемости – раннее выявление и коррекция нарушений в состоянии психического и физического здоровья подростков;
- идентификация и воздействие на паттерн рискованного поведения, профилактика алкоголизма, наркомании, токсикомании среди молодёжи;
- предупреждение и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, ИППП;
- предоставление информации по вопросам сексуального развития, укрепление репродуктивного здоровья;
- предупреждение нежелательной беременности, 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. Предоставление консультативных и специализированных медицинских услуг.

3. Обеспечение преемственности в работе с другими организациями здравоохранения, своевременное направление на консультацию в необходимые учреждения.

4. Предоставление медико-психологических услуг.

5. Мотивирование волонтерской работы для пропаганды навыков здорового образа жизни.

6. Вовлечение смежных медицинских работников, сотрудников других ведомств, представителей общественных и молодежных организаций по данным вопросам.

7. Внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

8. Организация социально-правового сопровождения.

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

За 2018 год в ММКО Республики Таджикистан обратились 28 951 чел., из которых 19816 – женщин (68,5%) и 9135 – мужчин (31,5%). Другими словами, каждый третий обратившийся за консультативной помощью в ММКО был мужчиной.

**Таблица 5.1. - Характеристика обратившихся в Молодежные медико-консультативные отделения по группам риска**

Год наблюдения	Половая принадлежность	Единица измерения	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  $\chi^2$ ); \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001 – при сравнении с таковыми показателями в 2018 году (по критерию  $\chi^2$ )

При этом, повторное обращение отмечено у 2748 чел. (9,38%), среди которых 2072 – женщин (75,4%) и 676 – мужчин (24,6%).

За 2019 год в МККО 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.

Всего за два анализируемых года в ММКО РТ обратились 58103 чел., в том числе:

- 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.

Характеристика осмотров специалистов ММКО представлена в таблице 5.2., из которой исходит, что большинство юношей и девушек обращаются с проблемами общесоматического характера.

**Таблица 5.2. - Характеристика осмотров специалистов в Молодежных медико-консультативных отделениях**

Годы наблюдения	Половая принадлежность	Всего	Общесоматическое	Гинекологическое	Определение беременности	Посиндромное
2018	Юноши	5895	5012	-	-	883
	%	21,2	85,0	-	-	15,0
	Девушки	21900	12005	6383	734	2778
	%	78,8	54,8	29,1	3,4	12,7
	p	<0,001	<0,001			<0,001
	Итого	27795	17017	6383	734	3661
2019	Юноши	4832	4269	-	-	563
	%	21,9	88,3***	-	-	11,7***
	Девушки	17246	8241	5847	737	2421
	%	78,1	47,8***	33,9***	4,3	14,0***
	p	<0,001	<0,001			<0,001
	Итого	22078	13010	5847	737	3184
2018 + 2019	Юноши	10727	9081	-	-	1646

		Продолжение таблицы 5.2.				
	Девушки	39146	20246	12230	1471	5199
	p	<0,001	<0,001			<0,001
	Всего	49873	29327	12230	1471	6845

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

Таким образом, основной контингент получивших услуги в области охраны СРЗ в ММКО представлен следующим образом: работницы секса - 6,60%; организованная молодежь (учащиеся высших и средних учебных заведений) -80,5%; МСМ - 0,07%; ПИН - 0,63%; трудовые мигранты – 12,2% (Рисунок 5.1.).

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.

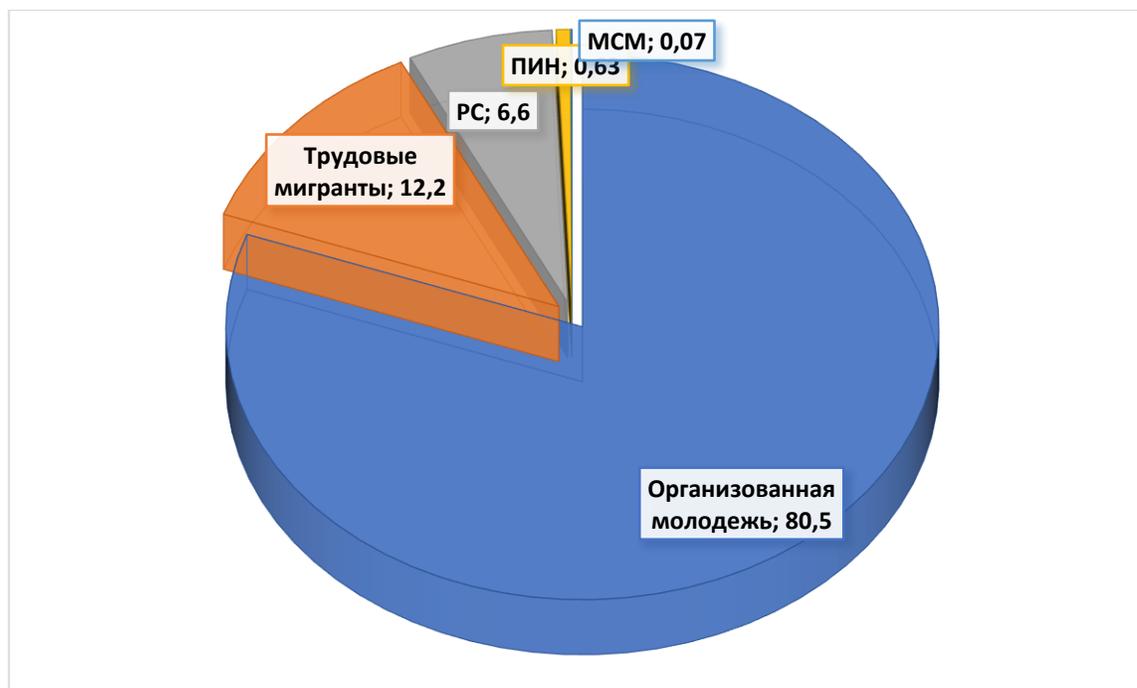


Рисунок 5.1. - Основной контингент, получившие услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья в Молодежных медико-консультативных отделениях (в %)

Тематика предоставленной в ММКО консультативной помощи представлена в таблице 5.3.

**Таблица 5.3. -Консультативные услуги, предоставленные Молодежными медико-консультативными отделениями**

Направления консультативной помощи	2018		2019		P	2018+2019	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Репродуктивное и сексуальное здоровье, репродуктивные права и планирование семьи	8019	31,1	9104	31,1	>0,05	17123	31,1
Гендерные вопросы, стигма и дискриминация	532	2,1	611	2,1	>0,05	1143	2,1
Современные средства предупреждения нежелательной беременности	7141	27,7	8110	27,7	>0,05	15251	27,7
Беременность и роды, аборт и их осложнения	2135	8,3	2844	9,7	<0,001	4979	9,0
ИППП/ВИЧ/СПИД	5399	20,9	6012	20,5	>0,05	11411	20,7
Здоровый образ жизни	2596	10,1	2600	8,9	<0,001	5196	9,4
Всего	25822	46,9	29281	53,1	<0,001	55103	100,0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между 2018 и 2019 годами (по критерию  $\chi^2$ )

Как видно из приведенных данных, 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 ведения здорового образа жизни обратились 2596 молодых людей (10, 0%), по вопросам беременности, родов и абортов - 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.

Далее, нами анализирована обращаемость молодежи с целью получения различных диагностических услуг (Таблица 5.4.).

**Таблица 5.4. - Диагностические услуги, предоставленные Молодежными медико-консультативными отделениями**

Виды услуг	2018		2019		P	2018+2019	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Общее обследование	10634	46,6	11120	46,7	>0,05	21754	46,6
Ультразвуковое исследование	3140	13,8	3455	14,5	<0,05	6595	14,1
Лабораторное исследование	5709	25,0	5805	24,4	>0,05	11514	24,7
Осмотр акушер-гинеколога	2459	10,8	2510	10,5	>0,05	4969	10,7
Перенаправленные	873	3,8	944	4,0	>0,05	1817	3,9
Итого	22815	48,9	23834	51,1	<0,05	46649	100,0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между 2018 и 2019 годами (по критерию  $\chi^2$ )

Данные, приведенные в таблице 5.4. 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%).

Высокий уровень безработицы, миграционные процессы, развитие секс-индустрии, увеличение добрачных половых связей и ранних браков, низкая осведомленность о методах профилактики социально-значимых заболеваний способствуют возрастанию частоты соматических заболеваний и нарушениям репродуктивного и сексуального здоровья.

Из общего числа обратившихся в МККО 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 (Таблица 5.5.).

**Таблица 5.5. - Лечебные услуги, предоставленные Молодежными медико-консультативными отделениями**

Заболевания, при которых были оказаны услуги	Классификация по МКБ-Х	2018		2019		p	2018+2019	
		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Инфекции, передаваемые половым путём	A50-A64	499	7,5	520	7,2	>0,05	1019	7,3
Новообразования	C00-D48	15	0,2	11	0,2	>0,05	26	0,2
Воспалительные заболевания органов таза	N70-N77	2601	38,9	2710	37,5	>0,05	5311	38,2
Нарушения менструального цикла	N80-N98	358	5,4	366	5,1	>0,05	724	5,2
Болезни кожи	L00-L08	846	12,7	920	12,7	>0,05	1766	12,7
Болезни эндокринной системы	E00-E90	358	5,4	412	5,7	>0,05	770	5,5
Анемии	D50-D89	357	5,3	411	5,7	>0,05	768	5,5
Болезни системы кровообращения	I00-I99	57	0,9	38	0,5	<0,05	95	0,7
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	1043	15,6	1188	16,4	>0,05	2231	16,0
Болезни органов дыхания	J00-J99	172	2,6	190	2,6	>0,05	362	2,6
Болезни органов пищеварения	K00-K93	160	2,4	185	2,6	>0,05	345	2,5

Продолжение таблицы 5.5.								
Гельминтозы	B65- B83	218	3,3	285	3,9	<0,05	503	3,6
Итого		6684	48,0	7236	52,0	<0,001	13920	100,0

**Примечание:** p – статистическая значимость различия показателей между 2018 и 2019 годами (по критерию  $\chi^2$ )

Как видно из приведенных 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.

Разработанная и внедренная модель оказания медико-консультативной и специализированной помощи молодежи 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 Национальной Академии наук Республики Таджикистан.

Научно обоснованное положение о том, что 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, диктует необходимость в пересмотре действующих подходов при предоставлении медико-социальных услуг, учитывая такие наиболее значимыми факторы, влияющими на качество жизни

молодежи, как 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. При этом рекомендовано принять во внимание, что группы РС, МСМ, ПИН, трудовые мигранты, а также полигамные браки обладают высокой эпидемиологической значимостью в распространении социально-значимых заболеваний.

В связи с тем, что индекс здоровья молодежи в Республике Таджикистан оценивается как низкий необходимо акцентировать усилия по повышению качества жизни молодежи в физической, эмоциональной сферах, а также в сфере социального функционирования. При этом, следует учитывать, что 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. 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.

Качество жизни считается показателем общего благополучия, включающего в себя счастье и удовлетворенность жизнью в целом. Наиболее распространенное определение качества жизни, предложенное Всемирной организацией здравоохранения, было: «восприятие человеком своего положения

в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых он живет, и в связи с его целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (WHOQOL).

Качество жизни, связанное со здоровьем, в свою очередь, имеет более ограниченный охват, относясь к аспектам, связанным с заболеванием или медицинскими вмешательствами. Несмотря на то, что терминология «Качество жизни, связанное со здоровьем» часто используется для клинической популяции, мы рекомендуем его также применять к популяции детей и подростков.

По нашей рекомендации качество жизни, связанное со здоровьем, может быть связано с физическими (например, здоровье), индивидуальными (например, самооценка, положительные и отрицательные эмоции, стресс) и социальными (например, удовлетворенность социальной поддержкой, отношения с семьей и группой сверстников) измерениями.

Становится уместным знать, какие факторы способствуют здоровью и благополучию подростков, чтобы способствовать их позитивному развитию. Этот позитивный подход предполагает, что подростки являются «производителями собственного развития» и, следовательно, это путь для предотвращения проблем. Это особенно важно в подростковом возрасте, поскольку является решающим периодом жизни, характеризующимся сопутствующими изменениями на биологическом, психологическом, социальном и когнитивном уровнях, что может повлиять на восприятие подростками качества жизни, связанного со здоровьем. Кроме того, на этом этапе подростки начинают обретать самостоятельность, чтобы сформировать свой собственный образ жизни, и это может повлиять на их здоровье и благополучие в долгосрочной перспективе.

Следует также учитывать, что существуют гендерные различия в качестве жизни детей и подростков. Наши исследования показали, что юноши сообщили о более высоких уровнях качества жизни, связанного со здоровьем, а именно физического и психологического благополучия, отношений и автономии

родителей, чем девушки. Девушки сообщали о худшем качестве жизни во всех областях - физическом и психологическом благополучии, настроении и эмоциях, самовосприятии, автономии, отношениях с родителями и семейной жизни и социальное признание – за исключением области школьной среды, по сравнению с мальчиками. Девушки чаще сообщают о более высоком уровне социальной поддержки сверстников и в любом возрасте.

Подростки, посещающие 7-й класс школы, обычно сообщают о худшем качестве жизни, связанного со здоровьем по всем параметрам: физическому и психологическому благополучию, настроению и эмоциям, самовосприятию, автономии, отношениям с родителями и семейной жизни, социальной поддержке и сверстникам, школьной среде. Подростки старшего возраста также показали худшее качество отношений с родителями, чем младшие.

Наконец, учащиеся, которые сообщили о наличии хронического заболевания, показали более низкое качество жизни, связанное со здоровьем, за исключением школьной среды, где не было существенных различий.

Следует учитывать, что существует тесная связь между качеством жизни детей и подростков, их психическим здоровьем и другими положительными психологическими аспектами, такими как счастье или субъективное благополучие. Согласно нашим данным, у старшеклассников как физическое, так и психическое здоровье влияют на восприятие качества жизни. Тем не менее, психическое здоровье, по-видимому, в большей степени влияет на качество жизни. Больше ощущение счастья и удовлетворенности. Более того, большее счастье и удовлетворенность жизнью были связаны с более высоким общим качеством жизни, а также более высоким физическим, психологическим, социальным качеством жизни и качеством окружающей среды. Самооценка также была положительно связана с качеством жизни, связанного со здоровьем – физическим благополучием, психологическим благополучием, настроением и эмоциями, самовосприятием, автономией, отношениями с родителями и

семейной жизнью, финансовыми ресурсами, социальной поддержкой и сверстниками, школьной средой.

В частности, дети и подростки считают семейные отношения и социальную поддержку важными для их психологического благополучия. Действительно, нами была предложена связь между стилями воспитания и благополучием подростков. Подростки, считающие стиль воспитания авторитарным (родители одновременно требовательны и отзывчивы) или разрешительным (родители отзывчивы, но не требовательны), показали более высокий уровень самооценки и удовлетворенности жизнью по сравнению с теми, кто считает родителей авторитарным (родители требовательны). В том же смысле нами было обнаружено, что у старшеклассников авторитарный стиль воспитания был связан с более высокой самооценкой и удовлетворенностью жизнью. С другой стороны, что касается отношений подростков со сверстниками, подростки, сообщившие о более высоком качестве дружбы, показали более высокий уровень удовлетворенности жизнью, субъективного счастья и самооценки, чем те, кто сообщил о более низком качестве дружбы. Более того, более высокий уровень стресса в школе был тесно связан с более низким уровнем счастья.

Качество жизни, связанное со здоровьем связано не только с положительными психологическими аспектами, но также и с негативными психологическими аспектами. Действительно, подростковый возраст - это переходный период, характеризующийся эмоциональными требованиями, которые могут привести к развитию ментальных проблем, таких как симптомы тревоги, депрессии и стресса. Эти симптомы, хотя и не являются клинически значимыми, могут оказывать негативное влияние на нормативное качество жизни подростков.

Тяжелые симптомы тревоги были связаны с ухудшением качества жизни в таких областях, как семья, жилая среда, личная компетентность, социальные отношения, внешний вид, психологическое благополучие и боль. Также была

обнаружена отрицательная связь социальной поддержки со стрессом и депрессивными симптомами у студентов университетов; и между депрессивными симптомами и качеством отношений подростков с родителями.

Подростки, которые чувствуют, что их родители не поддерживают их автономию (например, их мысли, чувства, выбор), демонстрировали более высокие уровни депрессивных симптомов с течением времени. Напротив, была обнаружена связь между авторитарным стилем воспитания и более низким уровнем депрессии.

В последние годы, с развитием приложений для мобильных телефонов и веб-сайтов, широко распространено мнение, что рынок секса расширился. Тем не менее в Таджикистане существует мало исследований, позволяющих установить риски для здоровья и социальные риски, с которыми сталкиваются секс-работники при использовании этих цифровых средств, при этом подавляющее большинство исследований общественного здравоохранения секс-работников во всем мире основано на выборках с уличных сайтов или выборках из удобных мест. Секс-работницы, которые не работают в общественных местах, в том числе те, кто работает в Интернете, актуализирует постоянное внимание к женщинам-уличным секс-работникам. Одной из групп особенно высокого риска являются секс-работники, идентифицирующие себя как трансгендеры. Хотя исследования общественного здравоохранения в области сексуальной коммерции в последнее время начали диверсифицировать тех, кого они изучают, особенно привлекая лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, и интерсексуалов секс-работников, трансгендерные и небинарные секс-работники минимально изучены. Данный контингент молодежи имеет высокий уровень подверженности ВИЧ, чем не трансгендерные секс-работники и население в целом. Эти трансгендерные женщины чаще занимаются секс-работой из-за того, что они подвергаются социальной стигме и дискриминации при приеме на работу, что ограничивает возможности получения дохода, в то время как

стоимость операций по подтверждению пола может привести к более рискованному поведению, поскольку клиенты обычно платят больше за презервативы, свободный секс и употребление наркотиков. Секс-работа может рассматриваться не только как средство выживания, но и как способ получить доступ к социальной поддержке и признанию того, кем они являются, от других членов сообщества. Действительно, ограниченные доступные исследования показывают, что группы высокого риска сталкиваются со многими препятствиями на пути к хорошему здоровью и благополучию в результате дискриминации по признаку их гендерной идентичности, и что секс-работа одновременно отражает и усиливает эти факторы.

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.

Следует также учитывать, что группы РС, МСМ, ПИН, трудовые мигранты, а также полигамные браки обладают высокой эпидемиологической значимостью в распространении социально-значимых заболеваний.

При принятии решений о форме организации предоставления медико-социальных услуг молодежи следует учесть следующие Положения, которые научно обоснованы в данной работе:

- 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 молодежи по отношению к ИППП, ВИЧ и вирусным гепатитам.

- Анализ нормативно–правовых актов и форм оказания медико-социальной помощи молодежи Республики Таджикистан свидетельствует об отсутствии методов мониторинга доступа молодежи с социально–безопасным и рискованным поведением к медико–социальной помощи при наличии множества регламентирующих документов, направленных на совершенствование организации медицинской помощи молодежи.
- Правовая база программ социальной направленности молодежи, поддержки здоровья и благосостояния молодого поколения 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 работниц секса, сексуальных меньшинств, ПИН, трудовых мигрантов и лиц состоящих в полигамных браках для их своевременного выявления и коррекции.

Также констатируя факт, что в Республике Таджикистан на современном этапе обеспечивается всесторонняя реализация молодежных программ социальной направленности молодежи, поддержки здоровья и благосостояния молодого поколения, однако остается упущенным вопрос мониторингования доступности молодежи с безопасным и рискованным поведением к медико-социальной помощи, на что рекомендуется акцентировать внимание организаторов здравоохранения, принимающих решение.

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, в связи с чем необходимо укрепить данную модель организации предоставления медико-социальных услуг молодежи.

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.

## Глава 6. Обзор результатов исследований

По мнению большинства авторов и согласно прогнозу 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 [41].

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 [48]. В последующие годы, этот показатель стал равен 22,4 года [29, 30].

Молодежная политика в Республике Таджикистан рассматривается как стратегическое и приоритетное направление государственной политики [100].

Однако, наряду с высокой потребностью, у молодежи выявлены множество барьеров в доступности медико-социальных услуг [365]. Известно, что РСЗ девочек более уязвимо, чем у юношей [237].

Всемирная ассамблея здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения утверждают, что РСЗ имеет фундаментальное значение для отдельных лиц, супружеских пар и семей, а также для социально-экономического развития общин и наций. Во многих странах улучшение РСЗ населения зачастую является медленным, несмотря на значительные инвестиции. Социальное и экономическое неравенства оказались в поле зрения международного сообщества в качестве важных факторов, приводящих к неравенству состояния здоровья. Социальные, демографические, экономические и географические различия являются основными факторами, влияющими на доступ к высококачественным медицинским услугам и, соответственно, на состояние здоровья. В мировом масштабе самые бедные страны мира часто борются с ограниченностью ресурсов, что затрудняет инвестиции в

инфраструктуру здравоохранения. В результате одновременно с ростом населения развивающиеся страны несут самое тяжкое бремя заболеваемости, включая материнскую смертность, рак репродуктивных органов и ИППП. В мире влияние бедности на РСЗ ужасающе велико:

- Из 20 миллионов небезопасных аборт, проводимых ежегодно, 19 миллионов приходится на развивающиеся страны. Последствия небезопасных абортов также резко отличаются. Африканские женщины, живущие к югу от Сахары, умирают в 75 раз чаще женщин, проживающих в развитых странах.
- Заболеваемость ИППП варьирует от 109,7 миллионов случаев в Африканском регионе до 25,6 миллионов в Восточном Средиземноморье. Для сравнения, заболеваемость в Европейском регионе – 44,6 миллионов случаев.
- Около 80% случаев рака шейки матки имеют место в странах с малым доходом, и это число вырастет до 90% к 2020 г. Рак шейки матки является вторым наиболее распространённым заболеванием у молодых женщин в развивающихся странах, а также единственной широко распространённой причиной смерти от рака в этих странах.

Наблюдаемый дисбаланс в доступе к ресурсам приводит к круговороту проблем на индивидуальном уровне. Факты говорят о том, что наименее благополучные группы населения наиболее уязвимы, имеют наименьший доступ к службам здравоохранения и подвержены наихудшим последствиям для здоровья. В рамках существующей инфраструктуры здравоохранения наиболее труднодоступными группами населения являются переселенцы, подростки и этнические меньшинства. Эти люди сталкиваются с целым рядом юридических, социальных и культурных препятствий на пути к службам РСЗ. Для многих уязвимых групп проблемы языка, культурно-психологических установок, представления о доступности служб здравоохранения и отношении медицинского персонала затрудняют доступ к службам. Кроме того, во многих развивающихся странах молодые женщины также экономически уязвимы, что в

совокупности с низким уровнем образованности и низшим социальным статусом приводит к тому, что женщины имеют ограниченные возможности самостоятельно принять решение о том, как и когда обращаться за медицинской помощью или в службы планирования семьи. Низкий уровень пользования услугами здравоохранения среди женщин достаточно подробно задокументирован и часто разделяется на три категории. В первую входят факторы, связанные с медицинскими услугами, такие как стоимость услуг, их доступность и адекватность системы здравоохранения в отношении нужд женщин. Вторую категорию характеризуют стесняющие пользователя обстоятельства, такие как социальная мобильность, нехватка материальных средств, завышенные требования к женщине в отношении её личного времени и различия в информации о здоровье для мужчин и женщин. В третью группу входят институциональные факторы, включая власть мужчин при принятии решений и их контроль бюджета медицинских учреждений и здравоохранения, местные представления о заболевании, а также предубеждения и дискриминация в среде здравоохранения. Следующие примеры иллюстрируют масштаб гендерного влияния на РСЗ, но также выявляют другие социальные детерминанты, которые, часто взаимодействуют.

- ИППП чаще передаются молодой женщине от молодого мужчины. Заражение вирусом папилломы человека может привести к развитию рака гениталий.
- ИППП являются единственной предотвратимой причиной бесплодия. В бесплодии часто обвиняют женщин и подвергают их унижению и избиению.
- В развивающихся странах женщины чаще страдают от хронических заболеваний, вызванных небезопасными абортами или осложнениями при беременности. Если в результате родов у женщины образуется свищ, она подвергается не только физическим мукам, связанным с состоянием её здоровья, но также может получить развод, оказаться изгнанной, недоедать и бедствовать.

- Факторы окружающей среды играют важную роль в подверженности женщины изнасилованию и гендерному насилию. Например, женщины часто оказываются уязвимы в ситуациях, когда поздно вечером ждут общественного транспорта, ходят за водой или пользуются общественными туалетами.
- В странах, где распространены ранние браки и раннее деторождение, у девушек меньше возможностей получить образование; они наделены меньшей финансовой и хозяйственной властью, чем старшие замужние женщины, имеют меньший доступ к современным СМИ и социальным сетям, больше подвержены риску гендерного насилия и рискам для здоровья, таким как ВИЧ и/или рождение ребёнка в раннем возрасте.
- Гендерное насилие произрастает из гендерного неравенства.

Проведённое во многих странах исследование ВОЗ о гендерном насилии установило, что число женщин, подвергшихся физическому насилию со стороны партнёра-мужчины, варьируется от 13% всех женщин в Японии до 61% в провинции Перу. Касательно сексуального насилия, в Японии также зафиксирован самый низкий уровень в 6 %, а в Эфиопии – самый высокий, 59%. В отношении состояния РСЗ женщин образование является важным фактором-посредником. Рост образования для женщин связан не только со спадом фертильности, но также способствует распространению идей и знаний о деторождении, контрацепции и социальном статусе и значении, предписываемым женщине. Уровень фертильности снижается в случае увеличения образованности в семье. Например, вероятность того, что девушка из Бангладеша к 18-ти годам выйдет замуж в 9 раз меньше, если она имеет среднее образование. В то время как уровень благополучия тесно связан с уровнем образованности, определённый анализ указывает на то, что образование может снизить влияние материального благополучия на использование контрацептивов.

Данная научная работа связана с реализацией 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.

Целью данного исследования было изучение особенностей 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.

Представлен аналитический обзор литературы, который охватывает описание дефиниций молодежи как социально-демографической группы, медико-социальные детерминанты здоровья молодежи, качество жизни молодёжи, связанное со здоровьем. Также представлены современные данные по соматическому статусу здоровья и ИППП у молодежи, распространенности ВИЧ инфицированности среди молодежи, репродуктивное и сексуальное здоровье молодежи с социально-безопасным и рискованным поведением и предикторы девиантного поведения молодежи.

В Республике Таджикистан вопросы профилактики распространения ВИЧ-инфекции регулируются Законом Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита», одобрен Постановлением Маджлиси милли Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 15 декабря 2005 г., № 132и «Стратегическим планом совместной деятельности по профилактике и контролю за сочетанной

инфекцией ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы» [18, 45].

Отдельным разделом описано репродуктивное и сексуальное здоровье мужчин молодого возраста. В обзоре также представлены проблемы в доступности медико-социальных услуг для некоторых групп риска (трудовые мигранты, РС, сексуальные меньшинства, потребители наркотиков), стратегии укрепления здоровья молодежи, межведомственное взаимодействие, организация профилактических осмотров и просветительных мероприятий и опыт разных стран в организации клиник Дружеского отношения к молодёжи. Проведенный анализ доступных данных по опыту разных стран в организации учреждений дружеского отношения к молодёжи, свидетельствует о эффективности организации лечебно-профилактических центров, адресно оказываемых услуги для молодежи. Показана важность максимального приближения их с центрами репродуктивного здоровья, их институализации и преимущество применения перенаправлений в специализированные профильные медицинские центры в случае необходимости. При комплексном подходе, подобные центры обеспечивают надлежащую доступность для всех групп молодежи, независимо от их рискованного поведения.

Объектом настоящего исследования явились молодые люди в возрасте 15-30 лет, то есть тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь [12]. 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).

Как мы указывали в соответствующей главе, всего в ММКО по всем регионам Таджикистана в течение двух анализируемых лет (2018-2019 гг)

обратились 58103 человек, в том числе юношей 18070 (31,1%) и девушек - 40033 (68,9%). Более того, среди 1000 молодых людей из этого числа был проведен социологический опрос для оценки качества жизни. Также была изучена текущая ситуация и проблемы по обеспечению доступности молодежи к медико-социальным услугам путем выборочного анкетирования молодых людей по их согласию.

Кроме этого, был проведен анализ действующей нормативно-правовой базы по Порядку предоставления лечебно-профилактических услуг населению РТ на платной основе и Программе государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в Республики Таджикистан [103].

В Республике Таджикистан число 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 [12]. Как мы указывали выше, всего в ММКО по всем регионам Таджикистана в течение двух лет обратились 58103 человек, в том числе юношей - 31,1% и девушек - 68,9%. Другими словами, ежегодная обращаемость в ММКО в РТ остается низким и составляет от 2 до 3% от общей молодежной когорты.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что девушки обращаются в ММКО по поводу различных проблем, связанных со здоровьем более чем в два раза чаще, чем юноши (68,9% против 31,1% случаев). Среди молодежи в Республике Таджикистан заболеваемость (по обращаемости) основными соматическими заболеваниями является относительно низкой и составляет 3,24% случаев обращения. В то же время, из числа обратившихся, в 51,9% случаев основные соматические заболевания были выявлены у юношей и 48,1% случаев – у девушек.

Как мы указывали выше, среди основных соматических заболеваний среди молодежи, в пятерку наиболее часто встречающихся болезней вошли заболевания мочевыводящих путей (35,3%), эндокринные заболевания (24,1%),

анемии (17,6%), глистные инвазии (14,4%) и заболевания ЖКТ (10,2%). При этом, ранжирование по частоте встречаемости указанных болезней у юношей и девушек отличается. Как мы указывали в соответствующей главе, у юношей первое место среди основных соматических заболеваний заняли глистные инвазии (22,1%), затем заболевания мочевыводящих путей (20,7%), эндокринные заболевания (15,6%), заболевания ЖКТ (10,3%) и анемии (8,16%). Среди девушек соответственно - заболевания мочевыводящих путей (51,0%), эндокринные заболевания (33,2%), анемии (29,3%), заболевания ЖКТ (10,0%) и глистные инвазии (9,33%).

Из 18070 обратившихся за медицинскими услугами юношей у 135 (0,80%) и из 40033 обратившихся за медицинскими услугами девушек у 1563 (3,90%) 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%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что из общего числа обратившихся за медицинскими услугами молодежи - у 0,77% юношей и 3,90% девушек были выявлены те или иные ИППП. Из 1698 молодых людей с различными видами ИППП, 92,0% составили девушки и только 7,95% - юноши.

В Республике Таджикистан, специальных исследований по изучению РЗ и СЗ среди мужчин молодого возраста не проводилось, в связи с чем данные статистики по заболеваемости ИППП/ВИЧ среди юношей, частоте андрологических заболеваний, использованию презервативов и других новых методов мужской контрацепции, уровне информированности юношей вопросам РЗ и СЗ и уровне стигматизации, доступности их к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам и других аспектов РЗ и СЗ мужчин молодого возраста неизвестны.

Для Таджикистана качество жизни юношей особо уязвимо в связи с высоким уровнем трудовой миграции, в котором преобладают лица мужского пола. Проблема усложняется тем, что для Таджикистана характерна сезонная миграция, то есть ранней весной основная масса трудовых мигрантов покидают страну и поздно осенью возвращаются из трудовой миграции. Полученные нам данные о более частой обращаемости молодежи в Молодежные медико-консультативные отделения для получения медико-социальных услуг именно в зимний период года, свидетельствует о том, что молодые люди возвращаясь привозят с собой также и различные инфекционные и другие заболевания. Для последних лет стало более характерно выезд трудовых мигрантов в составе всей семьи. Эта часть молодежи уезжает не только с целью улучшения заработка, но и получения двойного гражданства, в основном, в Российской Федерации. Причём эта часть молодежи, не характеризуется уровнем своего образования, среди них есть и врачи, учителя, инженеры, IT-специалисты и др. [диссертант].

По нашим данным, среди юношей, обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались воспалительные заболевания половых органов (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 проценте случаев обращения юношей в ММКО было выявлено сочетание двух и более симптомов заболеваний репродуктивных органов.

Среди девушек обратившихся в ММКО, наиболее часто встречались ВЗОТ (25,6%), затем выделения из мочевыводящих путей (18,1%), нарушения менструального цикла (17,5%), выделения из влагалища (13,6%), ювенильные кровотечения (12,7%), боли внизу живота (10,4%), доброкачественные образования яичников (5,8%), генитальные язвы (2,12%) и заболевания молочной железы (1,41%). В 11,2 проценте случаев обращения девушек в ММКО было выявлено сочетание двух и более симптомов заболеваний репродуктивных органов.

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. Прежде всего, это учитывается в реализации на практике всех прав и интересов, которые в современном обществе определены законодательством по отношению к молодым гражданам [80].

Абдурашитов Н.Ф. (2014) в своем научном исследовании описывает следующие условия, приводящие к совершению противоправного действия в Таджикистане. Во-первых, это неблагополучие в семейных отношениях, неправильное воспитание со стороны родителей, слабый психологический контакт с детьми, нехватка родительской эмоциональной поддержки и др.) и учителей, трудные экономические жизненные ситуации, частая эксплуатация детей, отсутствие стимула для достижения жизненного успеха, отсутствие мотивации для хорошей учебы в школе, негативные взаимоотношения в классе и среди сверстников, конфликты с учителями, влияние других сверстников уже вовлеченных в противоправные действия, отсутствие жизненных социальных норм [157].

В сфере обеспечения прав молодежи существуют очень много вопросов, требующих решения, во всех отраслях, особенно в обеспечении образования для

девочек и беспризорников, в соблюдении и защите их прав и интересов. С учетом всех трудностей молодёжи и различных обстоятельств необходимо создать и развить сеть консультативных служб по обеспечению защиты прав и интересов молодых граждан [192].

Распространения услуг коммерческого секса в Республике Таджикистан является быстро развивающейся сферой неформальной занятости молодежи, в который, в основном, вовлечены женщины активного репродуктивного возраста [165].

Репродуктивное здоровье молодежи определяют будущее нашего общества, в связи с чем проблема сохранения репродуктивного здоровья молодежи отнесена к разряду приоритетных государственных задач Республики Таджикистан [134, 141].

Серьёзную тревогу вызывает РСЗ современных девушек, включая показатели физического и полового развития, распространённость гинекологических заболеваний [160]. Следует также отметить, что отраслевые программы, направленные на репродуктивное здоровье, традиционно ориентированы на обслуживание женщин, что требует пересмотра подходов к их разработке. Наиболее сложным препятствием является то, что врачи смежных специальностей (венерологи, урологи, андрологи, семейные врачи) мало осведомлены о масштабах потребностей юношей в области репродуктивного здоровья [201].

Выше мы акцентировали внимание, что 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. Так, нами получена полная схожесть вышеуказанным ретроспективным результатам структуры заболеваемости общесоматическими заболеваниями, ИППП и заболеваниями органов репродуктивной системы.

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.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что среди девушек, более часто выявляются запущенные формы туберкулеза, поздние стадии ВИЧ-инфицирования, осложненные формы инфекций, передающихся половым путем. Этот факт свидетельствует о высоком уровне стигматизации девушек, чаще из сельских местностей [диссертант].

Под репродуктивным потенциалом, следует подразумевать уровень физического и психического состояния, который, при достижении социальной зрелости, определит качество здоровья рожденного поколения. При оценке репродуктивного потенциала целесообразно учитывать: распространенность общесоматических заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию; уровень физического и полового развития; распространенность заболеваний репродуктивной системы; состояние полового воспитания, сексуального образования и поведения; психологическую готовность к материнству [200, 260, 283, 332].

Подростки и молодежь – репродуктивный и интеллектуальный потенциал для развития любого общества независимо от его общественно-экономической формации и религиозных воззрений. На этом жизненном этапе у подростков и молодежи актуализируется ряд проблем: получение образования, проведение досуга, построение отношений, самоопределение, которые могут усугубляться под воздействием различных факторов, в первую очередь

дружеского окружения, где довольно распространены девиации, а также неблагополучной семейной среды [365, 375].

Девушкам и юношам в этом возрасте приходится преодолевать серьезные трудности, выбирая жизненный путь и нормы поведения, что существенно влияет на настоящее и будущее состояние их здоровья, включая репродуктивное [47].

Неадекватное репродуктивное и сексуальное поведение молодежи, проявляется ранним началом беспорядочной половой жизни, отсутствием постоянного полового партнера, без применения контрацептивов, высокой заболеваемостью ИППП, частыми не запланируемыми беременностями и абортами, а также несвоевременной обращаемостью в медицинские учреждения [133,166, 167, 247, 260, 332].

В последние годы повышается внимание медиков к этой возрастной популяции, поскольку среди подростков и молодежи отмечается значительное увеличение таких негативных медико-социальных явлений, как наркомания, злоупотребление алкоголем, табакокурение, раннее начало половой жизни, промискуитет, рост заболеваемости ИППП / ВИЧ-инфицированность [136, 197,198, 199].

Для того чтобы обеспечить поддержание своего здоровья, молодые люди и подростки должны сформировать активное социальное поведение, а также получить знания и услуги, необходимые для сохранения своего здоровья [273]. Вследствие различий в возрасте, степени сексуальной активности, уровня образования, традиций культуры и профессионального статуса, индивидуальная жизнь и потребности молодежи, связанные с РЗ и СЗ сильно различаются [16].

Наибольшей эффективностью обладают комплексные программы охраны репродуктивного здоровья молодежи, охватывающие разные аспекты безопасного сексуального поведения и выходящие за рамки системы

здравоохранения [133, 172]. В настоящее время доказана эффективность учреждений общей лечебной сети, дружественных к молодежи [229, 230, 294].

Здоровье молодежи, должно находиться в центре внимания людей, принимающих решение по данной проблеме, так как состояние и развитие общества зависит от уровня здоровья молодежи. 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.

Демографическая ситуация в Республике Таджикистан остается неоднозначной согласно количественным и качественным показателям рождаемости, смертности и средней продолжительности предстоящей жизни. Хотя наметилась устойчивая тенденция снижения, высокий уровень рождаемости в сочетании с относительно низкой смертностью обуславливает высокие темпы естественного прироста населения. Таким образом, численность населения Таджикистана в 2022 году перевалило за черту 10 миллионов человек, что отражает относительно других стран, более высокий темп роста численности населения.

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.

Следовательно, предоставление эффективной первичной медико-санитарной помощи в области репродуктивного здоровья молодежи должно основываться на личностном подходе. Поэтому предоставление молодежи необходимой информации важно для соблюдения принципов безопасного выражения сексуальности, особенно в настоящее время, в связи с распространением социально значимых заболеваний, ИППП/ВИЧ.

Хотя в РФ принято достаточно много законодательных актов, касающихся проблем молодежи, однако, правовая база всё ещё требует совершенствования в связи с быстро меняющимися условиями и реформированием систем здравоохранения и образования, так как РЗ и СЗ необходимо рассматривать как составную часть здоровья человека [151]. Изучение сексуального поведения и сексуального здоровья молодежи показало пробелы в уровне информированности молодежи [40].

Сексуальность играет решающую роль в определении социального статуса женщины и ее способности защитить свое здоровье и права человека от насилия, болезней и нежелательной беременности, для сохранения беременности, рождения детей и управления своей фертильностью [42].

Показатели сексуального здоровья имеют прямую зависимость от соблюдения сексуальных прав [48]. Необходимо развивать позитивное отношение к сексуальности [362].

К изменившимся социальным детерминантам, которые изменили взаимоотношения среди молодежи относят:

- Активную урбанизацию;
- Позднее вступление в брак при раннем половом созревании;
- Широкий доступ к социальной сети через различные гаджеты;

➤ Изменение семейных ценностей и приоритетов [151, 155, 272, 278, 185, 289, 296, 310, 313, 316].

Для современного периода характерно, что большинство молодежи до 30 лет не вступали в брак [304].

Возрастной профиль рождаемости продолжает модифицироваться, а вместе с ним продолжается и начавшийся в 2000-х гг. рост среднего возраста матери. В 2001 г. он составлял 25,1 лет, в 2011 г. – 26,6 лет [322].

Ежегодно, по данным за 2005–2009 гг., у девушек-подростков 15–17 лет в Республике Беларусь регистрируется 5–8 случаев беременностей на каждую 1000 девушек [239].

Результаты показали, что целый ряд медико-социальных факторов способствуют выбору молодой женщины при принятии ею решения об исходе первой беременности [212, 244].

Серьезной проблемой, оказывающей неблагоприятное воздействие на состояние репродуктивного здоровья, по-прежнему остаются аборты [4, 183, 244, 363].

За последние два десятилетия претерпели существенное развитие доказательная база и технологии безопасной комплексной медицинской помощи по прерыванию беременности, а также обоснование ее оказания с позиций соблюдения прав человека. Несмотря на это, по оценкам, по-прежнему выполняется 22 миллиона небезопасных абортов в год, что приводит к смерти 47 000 женщин и тяжелым осложнениям еще у 5 миллионов [375].

Как известно, аборт всегда является операцией, ухудшающей здоровье женщины. Осложнения, связанные с абортом, проявляются инфекциями половых путей, нарушениями менструальной функции, повреждениями тазовых органов и тканей. Особая роль в искусственном прерывании беременности принадлежит и медицинским факторам, связанным со степенью адекватности выбранных методов контрацепции и доступности медицинской помощи [376].

Одной из негативных сторон аборт являются криминальные или рискованные аборты, исходом которых часто являются материнская смертность или инвалидность.

Некоторые национальные особенности культуры сексуальных взаимоотношений, включая традиционные методы контроля рождаемости, могут способствовать более высокому уровню абортов [378].

Несмотря на факт не высокого уровня искусственных абортов в странах Западной Европы, в ряде стран он запрещен и актуализируется проблема его легализации [4, 270].

Доступность легальных абортов варьируется по всем странам Европы. За исключением Польши, (Северной) Ирландии и Мальты, проведение абортов доступно по желанию женщины, или по социальным или медицинским показаниям [357].

В Центральной и Восточной Европе наблюдается стремительное снижение уровня абортов, в том числе и среди молодежи. По сравнению с другими регионами планеты, количество абортов в Западной Европе очень низкое, приблизительно 12 на 1000 женщин репродуктивного возраста [108].

Почти все случаи летальных исходов и осложнений небезопасного аборта могут быть предупреждены посредством полового воспитания, просвещения населения по вопросам планирования семьи, проведения разрешенного законом безопасного искусственного прерывания беременности, а также оказания медицинской помощи при осложнениях аборта [136].

Первостепенная роль в предупреждении искусственного прерывания беременности у подростков принадлежит здоровому образу жизни семьи, характеру семейных отношений, наличию доверительных отношений между детьми и родителями, в том числе и по проблемам, связанным с сексуальной жизнью. Кроме того, очень важно наличие базовых и факультативных программ по половому воспитанию школьников, предполагающих обучение по медико-

биологическому, психологическому и социальному направлениям с учетом возрастных особенностей [40].

Социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе разнообразны и служат основанием для определения приоритетов при вмешательствах, направленных на устранение различий в состоянии здоровья. Например, то что в Западной Европе считается стандартом в странах Центральной Азии, считаются чуждыми [2].

В связи с этим, важно повышать уровень информированности в отношении сексуальности, сексуальной ориентации и активности, контрацепции, а также СРЗ [193, 234].

Сексуальное насилие также ассоциируется с девиантным поведением. Исследования, проведенные в 20 странах с самым высоким уровнем браков в детском возрасте, выявило четыре фактора, тесно связанных с данной проблемой:

- уровень образованности девушек;
- возрастная разница партнёров;
- географический регион мира;
- материально-бытовой статус семьи [269, 291, 306, 311, 319, 355, 356].

В Республике Таджикистан согласно данным официальной статистики в 2019 году структура первичной заболеваемости по обращению является следующей - на первом месте заболевания органов дыхания, затем болезни желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, крови (анемии), мочеполовой системы, эндокринные и другие заболевания [12].

Среди основных социальных заболеваний в стране тяжелая эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфицированности. Так, в 2019 г. заболеваемость туберкулёзом составила 62 на 100 тыс. населения, при этом 11 % новых случаев и 53% ранее леченных случаев трансформируются в лекарственно-устойчивые формы заболевания. Число ВИЧ-инфицированных в

2019 г. составила 1146 человек или 13.6 на 100 тыс. нас., при этом больных СПИД – 296 человек [23].

Низкая осведомленность молодежи о методах профилактики социально-значимых заболеваний способствуют возрастанию частоты соматических заболеваний. Соматические заболевания, хроническое инфицирование, эндокринные нарушения у девочек в детском и подростковом возрасте приводят к неполноценному морфофункциональному развитию репродуктивной системы, реализующемуся в детородном возрасте бесплодием, невынашиванием беременности, кроме того, они создают критически неблагоприятный фон для зачатия ребенка [223].

В то же время, в Республике Таджикистан, специальных исследований по обращаемости молодежи в ММКО и анализу структуры заболеваемости молодежи соматическими болезнями, до настоящего времени проведено не было.

Первые специализированные учреждения по предоставлению услуг РСЗ для подростков были открыты в России в 1993 г. в Санкт-Петербурге («Ювента») и в 1994 г. в Новосибирске («Ювентус»). В Украине первый специализированный центр для молодежи был организован в Киеве в 1998 г. В последующие годы при участии Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) специализированные центры по предоставлению медико-социальных услуг молодёжи стали создаваться и в других регионах мира: в Республике Беларусь, Казахстане, Республике Молдова и Таджикистане и других странах [143, 202, 229, 233, 294].

На сегодняшний день в Республике Беларусь действует 49 медицинских центров, дружественных к подросткам, в Казахстане - 87 молодежных центров здоровья, в Республике Молдова – 36 дружественных к молодежи центров здоровья. В России клиник, дружественных к молодежи, около 150, в Республике Таджикистан - 21 молодежное медико-консультативное отделение,

оказывающее услуги, дружественные молодежи, а в Украине 147 клиник, дружественных к молодежи. Правительства стран ВЕЦА и органы управления здравоохранением приняли ряд законодательных и нормативных правовых актов, способствовавших активизации работы по сохранению и укреплению здоровья подростков и развитию медико-социальных служб, дружественных к подросткам [231, 232].

Акцент на подростковый возраст имеет решающее значение для успеха реализации многих общественных программ в области здравоохранения [335].

Доступ к службам здравоохранения, оказывающим дружественное отношение к молодежи, имеет жизненно важное значение для обеспечения СЗ и РЗ и благополучия в особенности маргинальных или уязвимых подростков в странах с низким и страны со средним уровнем дохода [272].

Центры (кабинеты) планирования семьи выполняют роль пунктов оказания услуг, нежели выступают в качестве методологических центров, ответственных за обучение, консультирование и мониторинг результатов деятельности по вопросам охраны репродуктивного и сексуального здоровья.

В Казахстане отсутствует политика, направленная на обеспечение услугами планирования семьи уязвимых групп населения, имеющих особые потребности [48].

Необходимо расширять профилактические программы среди молодежи через государственные и общественные молодежные организации, используя различные модели, как например Молодежный центр «Youth power» или РОО «Взгляд в будущее» (Казахстан) [366]. Описаны примеры оказания медико-социальной помощи безнадзорным и беспризорным детям (на примере ГУСО «Республиканский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних») [178].

Исследования данного аспекта в разных странах мира выявила однотипные факты: уменьшение продолжительности ночного сна, ухудшение учебной

деятельности, снижение двигательной активности, преобладание ночного досуга в связи с развлекательными мероприятиями, злоупотребление курения и алкоголя, низкую медицинскую доступность. Учитывая выявленные специфические потребности и образ жизни подростков возникла необходимость в организации специализированной службы, решающую медико-социальные, правовые и психологические проблемы подростков, а также проблему охраны их репродуктивного здоровья. Одним из вариантов такой модели стало развитие на базе амбулаторно-поликлинических учреждений модели «Клиника, дружественная к молодежи» [214].

В доступной нам литературе встречаются много публикаций по комплексной реабилитации детей и подростков социального риска в условиях реабилитационных центров [158], представили свой опыт врачи из Сети молодежных клиник [382], Санкт-Петербургского благотворительного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие», который стартовал в сентябре 2012 года, за время его работы было протестировано более 14 000 человек в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Более чем 1500 человек получили положительный результат теста. Всем была оказана психологическая и социальная поддержка, а также содействие в получении медицинской помощи в государственных учреждениях [177].

Внедрение в деятельность детской поликлиники принципов работы кабинетов дружеского отношения к молодежи (КДМ) способствует уменьшению случаев нежелательных для подросткового возраста беременностей и абортов. Эффективность работы по сохранению РЗ девушек зависит от объемных показателей, специфичных для деятельности КДМ. Работа детской поликлиники в соответствии с принципами КДМ позволяет повысить уровень информированности девушек по вопросам РЗ, чем способствует формированию мотивации на сохранение и укрепление фертильного здоровья и повышает

качество жизни по всем его параметрам, кроме физического функционирования [229-233].

Современные сексуально-активные подростки имеют гармоничное физическое развитие чаще, чем их сверстники. Для них характерно ускорение темпов полового созревания и более раннее наступление половой зрелости - средний балл полового развития достоверно выше (11,95), чем у девушек контрольной группы (11,4). Для подростков с ранним сексуальным дебютом характерна высокая микробная обсемененность нижнего отдела генитального тракта условно-патогенными микроорганизмами, возбудителями ИППП и микробными ассоциациями. Отсутствие характерной клинической картины, латентное течение, бессимптомная персистенция микроорганизмов делают необходимым изучение микроэкологии влагалища и состояния местного иммунитета для выбора оптимального метода контрацепции и проведения лечения [220].

Доступ к медико-социальным службам КДМ делает сами детские поликлиники более привлекательными для подростков, повышает уровень их профилактической работы и диспансеризации, снижает риск беременности и инфекций, передаваемых половым путем, у подростков, способствует сохранению репродуктивного потенциала страны [230].

Шарков К. Г. и др., (2016) представили свой опыт по работе с подростками с девиантным поведением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера», основанный на новой социальной технологии «специализированная социальная квартира» - пошаговое регулирование девиантного поведения подростков, восстановление их социального статуса в коллективе сверстников, в учебном заведении, помощь в оздоровлении и гармонизации детско-родительских отношений [246].

Интересен опыт организации сопровождения подростков с девиантным поведением в условиях социально-реабилитационного центра «Прометей» для несовершеннолетних (Санкт-Петербург) [236].

Кубанов А.А., и др., (2015) делятся своим опытом оказания услуг при девиантном поведении беспризорных и безнадзорных подростков (по данным социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних) «Доверие» г. Москва [199].

В Кыргызстане в целях оптимизации оказания услуг в КДМ решают следующие задачи: увеличение числа детско-подростковых гинекологических кабинетов; обеспечение прохождения курсов тематического усовершенствования по вопросам детской и подростковой гинекологии семейными врачами, укомплектование специализированных кабинетов необходимым оборудованием, в том числе детским гинекологическим инструментарием, внедрение программы профилактики нарушений в формировании репродуктивного здоровья [160, 161].

В Республике Молдова Национальная комиссия по делам ЮНЕСКО уделяет особое внимание реализации в стране проектов, целью которых является профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи. За последние годы при содействии комиссии были написаны и реализованы проекты по Сектору социальных и гуманитарных наук, Сектору образования и Сектору культуры. Для содействия активному участию гражданского общества страны в профилактике ВИЧ-инфекции среди молодого поколения республики проекты реализуются национальными неправительственными организациями. Молдавский Центр «Межкультурный диалог» в партнерстве с Национальной комиссией Республики Молдова по делам ЮНЕСКО, Министерством просвещения, Министерством здравоохранения, Институтом педагогических наук в течение 6 лет успешно осуществлял проект «Содействие развитию и распространению знаний в области биоэтики в Республике Молдова» [151].

В Республики Беларусь действует Приказ Министра здравоохранения №343 от 04.04.2011 «О совершенствовании консультирования подростков и молодёжи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», согласно которому были утверждены типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодёжи), Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам. Согласно приказу, организационное руководство, информационное обеспечение, методическая помощь, координация и контроль деятельности центров осуществляются республиканским информационно-методическим ресурсным центром по координации работы центров, дружественных подросткам (центров здоровья подростков и молодёжи), управлениями здравоохранения областных исполкомов, комитетом по здравоохранению Минского городского исполкома. Типовой центр работает в тесном сотрудничестве с органами и учреждениями других ведомств – Министерствами образования, социальной защиты, культуры, органами внутренних дел, прокуратуры, общественными и частными организациями, а также СМИ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ [179, 239]. Основная цель создания подобных центров – повышение информированности и мотивации к здоровому образу жизни, обеспечение условий для социализации подростков и в конечном итоге улучшение репродуктивного, психологического и соматического здоровья молодёжи.

В 2014 г. в Женеве под эгидой ВОЗ представители более 20 стран выработали единые принципы и положения служб по предоставлению целевых услуг «дружественных к подросткам и молодежи» [28].

По мнению экспертов ВОЗ, сексуальное образование и доступность для подростков средств контрацепции не приводят к ранней половой жизни, но, наоборот, способствуют отсрочке начала половой активности. Возраст начала

половой жизни у подростков мало зависит от школьного сексуального просвещения [124].

Как мы описали выше, сотрудничество ЮНИСЕФ и Министерства здравоохранения Республики Таджикистан в области медико-социальной помощи, дружественной к подросткам, начало активно развиваться с 2006 г. в так называемых «кабинетах доверия». Были внедрены новые подходы к оказанию медицинской помощи подросткам, включающие организацию консультирования здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни, социальную и правовую защиту. «Дружественным» подход к организации медицинской помощи подросткам назван не случайно: при этом подходе предоставление медицинских услуг осуществляется в соответствии с потребностями и ожиданиями подростков и молодежи. Проект ЮНФПА «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» послужил основой для создания специализированных центров охраны здоровья подростков – Молодежных медико-консультативных центров при Центрах репродуктивного здоровья. Соглашение между Министерством здравоохранения, Министерством образования Республики Таджикистан и ЮНФПА о реализации проекта подписано в 2006 г.; его реализация охватила все географические области Таджикистана.

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.

Проблемы доступности мигрантов к медико-социальным услугам в Республике Таджикистан и в стране пребывания всё еще остаются чрезвычайно актуальными [169].

Доступность к медико-социальным услугам РС, сексуальных меньшинств, потребителей наркотиков имеют свои особенности. Например, ПИНЫ способствуют распространению ВИЧ-инфекции и среди других групп риска. В этой связи противодействие ВИЧ -инфекции тесно переплетается с мероприятиями по профилактике и лечению наркомании, что предполагает комплексный подход к решению соответствующей ситуации.

Несмотря на то, что Республика Таджикистан остаётся территорией с низким уровнем поражённости населения ВИЧ, основным фактором его распространения является внутривенное употребление наркотиков, при возросшей роли полового (гетеросексуального) заражения [376].

Однако подходам в отношении сексуальных меньшинств в Таджикистане уделяется недостаточно внимания. Полагая, что гомосексуализм - другая разновидность зависимости, подобно наркозависимости или алкоголизму, от которых можно избавиться силой воли, или то, что мы можем пробудить в гее настоящего мужчину, его мужскую идентичность с помощью лечения, очень дискуссионны. Факт то что 70 процентов клиентов, пользующихся услугами коммерческого секса в Таджикистане, это молодые люди до 25 лет. Каждая РС в Таджикистане в год может обслужить от одной до тысячи клиентов. Большая часть клиентов этой возрастной группы не владеют информацией об угрозе заражения различными ИППП [163].

Наряду с этим, наши наблюдения выявили национальные особенности в менталитете молодежи Таджикистана. Дело в том, что наряду с группами высокого риска, среди ВИЧ-инфицированных много молодых людей из числа организованной молодежи. Нами доказан факт достаточного уровня информированности молодежи о путях передачи ВИЧ инфекции. Тем не менее, часть из этого числа молодых людей игнорируют свои знания, не оценивают значимость соблюдения мер профилактики передачи ВИЧ-инфекции для своего здоровья и, тем самым, подвергаются зачастую неоправданному риску

заболевания. Тот же самый пусковой механизм нами отмечен среди девушек со слабой родовой деятельностью, у которых впоследствии была выявлена железодефицитная анемия разной степени тяжести. Эта часть девушек также знала, но игнорировала своими знаниями по предупреждению развития анемии в связи с особенностями питания и употребления чая во время приема пищи. Указанные особенности менталитета молодежи Таджикистана имеют место и при посещении косметологических (маникюр, педикюр и др.) кабинетов, парикмахерских и стоматологических учреждений, когда молодежь знает о высоком риске инфицирования ВИЧ, ИППП, гепатитами и пр., но игнорируют свои знания, не оценивают значимость соблюдения мер профилактики передачи инфекции для своего здоровья и, тем самым, подвергаются зачастую неоправданному риску заболевания [диссертант].

В Республике Таджикистан межведомственное взаимодействие 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 [38].

В Республике Таджикистан ведущую роль в информировании важности профилактических осмотров и просветительных мероприятий занимают центры по формированию здорового образа жизни. В стране принята «Программа по развитию здоровья молодежи в Республике Таджикистан на период 2011–2020 гг.», утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 октября 2010 г. № 561, в рамках которой установлена роль и ответственность различных государственных и международных организаций, а также средств массовой информации в области здоровья молодежи [99].

В Республике Таджикистан сначала были организованы «кабинеты доверия», в которых были внедрены новые подходы к оказанию медицинской помощи подросткам, включающие организацию консультирования здоровых

подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни, социальную и правовую защиту. «Дружественным» подход к организации медицинской помощи подросткам назван не случайно: при этом подходе предоставление медицинских услуг осуществляется в соответствии с потребностями и ожиданиями подростков и молодежи. Проект ЮНФПА «Расширение доступа молодёжи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» послужил основой для создания специализированных центров охраны здоровья подростков – Молодежных медико-консультативных центров при Центрах репродуктивного здоровья. Соглашение между Министерством здравоохранения, Министерством образования Республики Таджикистан и ЮНФПА о реализации проекта подписано в 2006 г.; его реализация охватила все географические области Таджикистан.

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.

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. ММКО, несмотря на низкую обращаемость, вносит определенный вклад в формировании репродуктивного поведения и охраны здоровья подростков и 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, 50-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%, трихомониаз – 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 трихомоноз - 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 превалируют – 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 бал 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.

## Список литературы

### Нормативно-правовые документы, постановления, отчёты:

1. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан: Статистический ежегодник Республики Таджикистан [Текст] // Статистический сборник. -Душанбе, 2015. -466 с.
2. Азиатский форум: Специальное Издание Азиатского Форума Парламентариев по Народонаселению и Развитию для стран Центральной Азии, октябрь, 2012 [Текст] // Информационный Бюллетень. -Ташкент, 2012. -С. 2.
3. Анатомия гражданской войны в Таджикистане (Этно-социальные процессы и политическая борьба, 1992—1995) [Текст] / Бушков В.И., Микульский Д.В. (ред. Л. Г. Губарева) // Институт Практического Востоковедения. -М., 1996. -18 с.
4. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики [Текст] // ВОЗ. –Женева. –2013. –125 с.
5. Быстрый ситуационный анализ доступа мигрантов и членов их семей к комплексным услугам по ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ в Таджикистане [Текст] // Отчёт исследования. -Душанбе, 2016. -С. 63.
6. ВИЧ-инфекция: Федерал. служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федерал. бюджетное учреждение науки Центр. НИИ эпидемиологии, Федерал. научно-метод. центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Текст] // Инф. бюлл. -2014. -№ 39. - М., 2014. -52 с.
7. Демографический ежегодник Республики Таджикистан [Текст] // Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. -Душанбе, 2018. -348 с.
8. Женщина, ребенок и ВИЧ [Текст] // ред. Н. А. Беляков, А. Г. Рахманова, Н. Ю. Рахманина. -СПб.: Балтийский образовательный центр, 2012. - 600 с.

9. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [Текст] // Европейская серия «Здоровья для всех». - Копенгаген, 2000. -№6. -С 35;
10. Здоровье 2020: Основы Европейской политики и стратегия для XXI века [Текст] // ВОЗ: Копенгаген, 2013. -С.224.
11. Здоровье мигрантов –путь вперед. Отчет по глобальной консультации [Текст] // Мадрид, Испания, 3 -5 мая, 2010.
12. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 г. [Текст] // Душанбе, 2020. -367 с.
13. Здравоохранение в Республике Таджикистан [Текст] // Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. -Душанбе, 2019. -85 с.
14. Золотой век старения / Буссоло М., Кеттл Й., Синнотт Э. [Текст] // Всемирный банк. -Вашингтон, 2015. -61 с.
15. Латышева И. Б. Мониторинг и оценка мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на территории РФ в 2006-2012 годах: информационный бюллетень / И. Б. Латышева, Е. Е. Воронин [Текст] // СПб., 2013. – 43 с.
16. Молодежная стратегия ПРООН на 2014–2017 годы // Расширение прав и возможностей молодежи, устойчивое будущее [Текст] // Нью Йорк, 2014. - 56 с.
17. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами в странах Восточной Европы: возможные последствия скрытой эпидемии: отчет ЮНЕЙДС [Текст] // Копенгаген, 2016. -13 с.
18. Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг. [Текст] // Утверждена Решением Национального координационного комитета по профилактике и борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан Протокол № 27 от 18 июля 2014 г. -Душанбе, 2014. – 18 с.

19. О предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку: Распоряжение № 692-р от 20.12.2012 [Текст] / Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга // Оказание помощи женщинам и детям с ВИЧ инфекцией / ред. Н. А. Беляков, А. В. Самарина. -СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. -С. 5–18.
20. Отчет Национального центра репродуктивного здоровья [Текст] // Душанбе, 2020. -12 с.
21. Отчет Республиканского клинического центра наркологии [Текст] // Душанбе, 2020. -19 с.
22. Отчет Республиканского центра по защите населения от туберкулеза [Текст] // Душанбе, 2020. -11 с.
23. Отчет Республиканского центра по борьбе со СПИД [Текст] // Душанбе, 2020. -21 с.
24. Отчеты миграционной службы при Президенте РТ за 2009-2013 гг. [Текст] // Душанбе, 2014. -32 с.
25. Отчеты Министерства труда, миграции и занятости населения РТ за 2014-2020 гг. [Текст] // Душанбе, 2021. -38 с.
26. Осипова Н.Г., Елишев С.О., Прончев Г.Б., Монахов Д.Н. Особенности процесса формирования ценностных ориентаций современной российской молодежи и осуществления молодежной политики в Российской Федерации (результаты социологического исследования) [Текст] // М., 2016. -86 с.
27. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе – никого не оставить без внимания Европейский Региональный Комитет ВОЗ, Шестьдесят Шестая Сессия [Текст] // Копенгаген: Дания, 2016. -35 с.

28. Подростки: риски для здоровья и их пути решения [Текст] / Информационный бюллетень // ВОЗ: Копенгаген, 2014. -№345. -4 с.

29. Послание Президента Республики Таджикистан, Лидера нации Эмомали Рахмона Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 26.12.2018 г. Душанбе [Текст] // Нашриёти «Шарки озод», 2018. -47 с.

30. Послание Президента Республики Таджикистан Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 26.12.2019 г. Душанбе [Текст] // Нашриёти «Шарки озод», 2019. -47 с.

31. Постановление Маджлиси милли Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 15 декабря 2005 г., № 132 «Об утверждении Закона Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» [Текст] // Душанбе, 2006. -24 с.

32. Постановление Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 28 декабря 2016 года, №678 «Об утверждении Программы среднесрочного развития РТ на период 2016-2020 гг.». [Текст] // Душанбе, 2017. – 22 с.

33. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 года, №368 «Об утверждении Национальной стратегии здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы» [Текст] // Душанбе, 2010. – 18 с.

34. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25.02.2017., №89 «Национальная Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2017-2020 годов» [Текст] // Душанбе. -2017.

35. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 августа 2004 года № 348 «Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 года» [Текст] // Душанбе, 2005. – 12 с.

36. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года №50 «Программа по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2021–2025 гг.» [Текст] // Душанбе. 2021.

37. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года №49 «Национальная программа по защите населения РТ от ТБ на период 2021-2025 гг» [Текст] // Душанбе. -2021. -14 с.

38. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 февраля 2015 года, № 127 «О Национальном координационном Комитете по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан» [Текст] // Душанбе, 2015. – 12 с.

39. Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии: Обзор нормативной базы и существующей практики [Текст] // ЮНЕСКО. – М., 2013. – 110 с.

40. Репродуктивное и сексуальное поведение молодежи Хабаровского края: современная ситуация для планирования работы по профилактике рискованного поведения / И.О. Таенкова, А.А. Таенкова [Текст] // Информационный бюллетень ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора. -Хабаровск, 2016. –8 с.

41. Республиканский центр информации и ориентации молодежи: Ситуация преступлений среди молодежи [Текст] // Информационный бюллетень. – Душанбе: 2019. –52 с.

42. Сексуальное и репродуктивное здоровье в условиях гуманитарного кризиса в Восточной Европе и Центральной Азии [Текст] // Отчёт ЮНФПА, 2015. -15 с.

43. Ситуационный анализ: Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан [Текст] // Всемирная организация здравоохранения: Копенгаген, 2015. -102 с.

44. Статистический сборник «Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2019 года» [Текст] // УОП ГУ «ГВЦ» Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. -Душанбе, 2019. -53 с.

45. Стратегический план совместной деятельности по профилактике и контролю за сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы [Текст] // Душанбе, 2015. -48 с.

46. Социально-значимые заболевания населения России в 2013 году (статистические материалы) / Департамент мониторинга, анализа, и стратегического развития здравоохранения Мин. здравоохранения Рос. Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Мин. здравоохранения Рос. Федерации [Текст] // М., 2014. – 71 с.

47. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС / Для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков [Текст] // ВОЗ: Копенгаген, 2013. – 102 с.

48. Туменова Б.Н., Дуйсенова Р.Б., Чуакова М.М. Доступ населения Республики Казахстан к услугам охраны репродуктивного и сексуального здоровья / Рез.исследования [Текст] // Алматы, 2013. -52 с.

49. A short guide on methods: measuring the impact of national PMTCT programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive [Text] // World Health Organization. - Geneva, 2012. - 34 p.

50. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion: Adolescents and long-acting reversible Contraception: Implants and intrauterine devices [Text] // Am. Coll. Obstetricians Gynecologists. -2012; 120:983 e 8.

51. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents [Text] // Pediatrics. -2014;134: e1244 e 56.
52. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis [Text] // World Health Organization. – Geneva, 2014. – 23 p.
53. Global monitoring framework and strategy for the global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive (EMTCT), April 2012 [Text] // World Health Organization, UNICEF. – Geneva, 2012. – 54 p.
54. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013 [Text] // Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). - Geneva, 2013. – 193 p.
55. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities: WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS [Text] // World Health Organization, UNICEF, UNAIDS. – Geneva, 2013. – 124 p.
56. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO Guidelines Review Committee: Recommendations on child health [Text] // World Health Organization. – Geneva, 2013. – 31 p.
57. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century [Text] // The Regional Office for Europe of the World Health Organization. – Copenhagen, 2020. – 182 p.
58. Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade: Summary [Text] // World Health Organization. – Geneva, 2014. – 14 p.
59. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers [Text] // World Health Organization. – Geneva, 2013. – 81 p.

60. HIV programme: Achieving our goals: Operational plan 2014–2015 [Text] // World Health Organization. - Geneva, 2014. – 29 p.
61. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012: Surveillance Report / European Centre for Disease Prevention and Control [Text] // WHO Regional Office for Europe. -Stockholm, 2012. – 87 p.
62. Highlights 2012–2013: Progress Report [Text] // World Health Organization, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. – Geneva, 2014. – 38 p.
63. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: meeting report [Text] // World Health Organization. - Geneva, 2013. – 67 p.
64. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey / C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan [et al] [Text] // WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2012. – 252 p.
65. WHO Global TB Report [Text] // WHO: Geneva. -2020. -284 p.
66. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: programmatic update [Text] // World Health Organization. – Geneva, 2012. – 5 p.

#### **Электронные ресурсы:**

67. Всемирная программа действий, касающаяся молодежи до 2000 г. и на последующий период, ООН, 1995 [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://www.un.org/ru/events/youth2010/brosure.pdf>.
68. Генеральная Ассамблея ООН «Цели устойчивого развития: глобальные усилия для изменения мира»: сентябрь 2016 года: г. Нью Йорк, США. -[Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.newsru.com/world/14sep2016/unopen.html>.

69. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг). ООН. -2016. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.global-strategy-women-children-health-ru.pdf>.

70. Государственная программа по предупреждению насилия в семье в Республике Таджикистан на 2014–2023 годы, от 3 мая 2014 года, № 294. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=121737](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=121737).

71. Гражданская война в Таджикистане: причины и последствия / Экспертная оценка. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.ia-centr.ru>.

72. Доклад Генерального Секретаря на Сессии Генеральной Ассамблеи ООН: «Международный год молодежи: участие, развитие, мир». -А/36/215, 1985г. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130949\\_rus](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130949_rus).

73. Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике» от 15 июля 2004 года №52 в редакции 27.11.2014 г. №1161. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=5155](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=5155).

74. Закон Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита ...» Одобрен Постановлением Маджлиси милли Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 15 декабря 2005 г., № 132. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_129985.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_129985.pdf).

75. Закон Республики Таджикистан от 2 августа 2011 года №762 «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей». [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://base.spinform.ru/show\\_doc.fwx?rgn=46582](http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=46582).

76. Закон Республики Таджикистан от 8 июня 2007 года №272 «Об упорядочении традиций, торжеств и обрядов в Республике Таджикистан». [Электронный ресурс]. -Режим доступа:[http://base.spinform.ru/show\\_doc.fwx?rgn=17482](http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=17482).

77. Закон Республики Таджикистан "О государственной регистрации актов гражданского состояния". [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://ru.sputniknews-uz.com/world/20160701/3170553.html>.

78. Закон Республики Таджикистан от 19 марта 2013 года №954 «О предупреждении насилия в семье». [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://pdv.tj/ru/spravocchnaya%20informaciya/legal%20framework/law>.

79. Закон СССР от 16 апреля 1991 г. №2114-I "Об общих началах государственной молодежной политики в СССР". [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://base.garant.ru/6335136/>

80. Закон Республики Таджикистан «О государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации» от 1 марта 2005 года № 89. [Электронный ресурс]. -Режим доступа:<http://ncz.tj/content/>

81. Закон Республики Таджикистан «Об адресной социальной помощи» от 24.02.2017г., №1396. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=128807](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=128807)

82. Закон Республики Таджикистан «Семейный кодекс Республики Таджикистан», Закон в редакции 19.03.2013 г. №791: статья 13 Брачный контракт. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://ncz.tj/content/>

83. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) / Информационный бюллетень. –2015. -№110. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/>.

84. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Генеральная Ассамблея ООН, Вена, -1993. [Электронный ресурс]. -

Режим доступа: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47c7de142>.

85. Конвенция о правах инвалидов: молодежь с инвалидностью // Конференция государств — участников ООН, 2014. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml).

86. Конвенция о правах ребенка, Генеральная Ассамблея ООН, 1989. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.coe.int/ru/web/compass/convention-on-the-rights-of-the-child#:~:text=>

87. Международная конференция по народонаселению и развитию, Фонд народонаселения ООН. UNFPA . -Каир. -1994. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203370>.

88. Международная конференция по народонаселению и развитию, Фонд народонаселения ООН. UNFPA . -Женева. -2013. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/icpd/Conference/Other\\_documents/ICPD\\_review\\_Europe\\_\\_Concept\\_note\\_\\_RU\\_.pdf](https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/icpd/Conference/Other_documents/ICPD_review_Europe__Concept_note__RU_.pdf).

89. Молодежь с инвалидностью // Конференция государств — участников ООН, 2014. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.un.org/disabilities/documents/COP/COP7/CRPD.CSP.2014.4.R.pdf>.

90. Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на период 2013-2020 гг. Указ Президента Республики Таджикистан 13.02.2013., №1409. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=118766](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=118766).

91. Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года, Душанбе, 2016. – 46 с. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://mfa.tj/ru/main/view/2104/natsionalnaya-strategiya-razvitiya-respubliki-tadzhikistan-na-period-do-2030-goda>.

92. Национальный доклад о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, Резолюция ООН. -2001. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/aidsdecl2.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml).

93. О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ инфекции в Российской Федерации: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13 февраля 2012 г. № 16. - [Электронный ресурс]. Сайт «Консультант Плюс».- Режим доступа: <http://base.consultant.ru>.

94. О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита, Постановление Маджлиси милли Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 15 декабря 2005 г., № 132. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=7015](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=7015).

95. Обзор Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане на 2011–2015 гг. / ЕРБ ВОЗ и Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан / Копенгаген, 2016, 68 с. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/317794/Review-NP-Development-Family-Medicine-2011-2015-Rep-Tajikistan-ru.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317794/Review-NP-Development-Family-Medicine-2011-2015-Rep-Tajikistan-ru.pdf).

96. Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. 2012 г. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [URL:http://arvt.ru/news/2013-07-01-WHO-guidelines-2013.html](http://arvt.ru/news/2013-07-01-WHO-guidelines-2013.html).

97. Официальное послание по случаю Всемирного дня молодежи Г-на Пан Ги Муна, Генерального Секретаря ООН 12 августа 2012 года, г. Нью-Йорк. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://www.un.org/ru/sg/messages/2010/youth2010.shtml>.

98. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 03. 03. 2006 г. №107 «Об утверждении Национальной программы развития здоровья молодежи в Республики Таджикистан на 2006–2010 гг». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.adlia.tj/spisdoc\\_print](http://www.adlia.tj/spisdoc_print)

99. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.10.2010 г. №561 «Программа по развитию здоровья молодежи в Республике Таджикистан на период 2011–2020 гг.». [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/spisdoc\\_print](http://www.adlia.tj/spisdoc_print).

100. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 ноября 2012г. №620 «Об утверждении Национальной программы социального развития молодежи в Республики Таджикистан на 2013-2015 гг». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.adlia.tj/spisdoc\\_print](http://www.adlia.tj/spisdoc_print).

101. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 29 августа 2015 года №548 «О Плане действий Национальной стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистана 2015 – 2020 годы» [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://base.spinform.ru/show\\_doc.fwx?rgn=79636](http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=79636).

102. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 декабря 2008г. № 600 «Порядок оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения». [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/spisdoc\\_print](http://www.adlia.tj/spisdoc_print).

103. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25 февраля 2017 г. № 90 «Программа государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в пилотных районах Республики Таджикистан на 2017-2019 годы. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/spisdoc\\_print](http://www.adlia.tj/spisdoc_print).

104. Постановление Правительства Республики Таджикистанот 30.05.2017. - №1413 «Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан» [Электронный ресурс]. -Режим доступа:[http://ncz.tj/system/files/Legislation/1413\\_RU.pdf](http://ncz.tj/system/files/Legislation/1413_RU.pdf).

105. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 сентября 2021 года №414 «О Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистанна период до 2030 года» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?Rgn=140295](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?Rgn=140295)

106. Постановление Правительства РФ «О дополнительных мерах поддержки молодежи в Российской Федерации» от 3.04.1996 г. № 387. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=102042795&backlink=1&&nd=102040539>.

107. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 12 март 2012 г. №218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 гг.». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://www.pravo.by/upload/docs/op/C21700710\\_1506546000.pdf](https://www.pravo.by/upload/docs/op/C21700710_1506546000.pdf).

108. Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии, 2013.[Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://www.belaid.net/profilakticheskoe-obrazovanie-v-stranax-vostochnoj-evropy-i-centralnoj-azii-obzor-normativnoj-bazy-i-sushhestvuyushhej-praktiki>.

109. Развитие здравоохранения. Государственная программа. Распоряжение правительства РФ от 24 декабря 2012 г. N 2511-р. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii>.

110. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. №2403-р г. Москва "Основы государственной молодежной политики

Российской Федерации на период до 2025 года". [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70713498>.

111. Региональный доклад ЕЭК ООН: МКНР после 2014 года: точка зрения региона ЕЭК ООН. –Женева. – 2013. - 117 с. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Regional\\_Report\\_ECE\\_RUS.pdf](https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Regional_Report_ECE_RUS.pdf).

112. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности // WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. -ВОЗ, -2017. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259947?locale-attribute=ru&>.

113. Рекомендации по организации обучения педагогических работников, работающих с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, а также родителей (законных представителей) детей по вопросам профилактики суицидального поведения обучающихся, употребления психоактивных веществ, распространения ВИЧ-инфекции и жестокого обращения с детьми : утв. Мин. образования и науки Рос. Федерации от 18 ноября 2013 г. № ВК53/07ВН. [Электронный ресурс]. –Сайт «Консультант Плюс». – Режим доступа : <http://base.consultant.ru>.

114. Репродуктивные права и демографический переход // Народонаселение мира, 2018-С. 77-82. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://tajikistan.unfpa.org/ru/publications>.

115. Россия в цифрах // Федеральная служба государственной статистики. -2016. -[Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b16\\_11/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_11/Main.htm).

116. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции краткий обзор основных особенностей и рекомендаций: руководство / Департамент ВОЗ по

ВИЧ / СПИДу.— Женева, 2013.— 16 с. [Электронный ресурс] -Режим доступа: [http://arvt.ru/news/2013\\_07\\_01\\_WHO\\_guidelines\\_2013.html](http://arvt.ru/news/2013_07_01_WHO_guidelines_2013.html).

117. Стратегическая рамочная программа ООН по содействию развитию Таджикистана на период с 2016 до 2020 года. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://total-rating.ru/1662-sredniy-voznrast-naseleniya-v-stranah-2015.html>.

118. Средний возраст населения в странах - 2015 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://total-rating.ru/1662-sredniy-voznrast-naseleniya-v-stranah-2015.html>.

119. Средний возраст населения Украины, 2015 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.countrymeters.info>.

120. Стратегия партнерства со страной: Таджикистан, 2021–2025 гг. Повышение качества роста [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/762766/taj-cps-2021-2025-ru.pdf>.

121. Указ Президента Республики Таджикистан от 13.01.2017. № 812 «Об объявлении 2017 года «Годом молодежи». [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=128408](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=128408).

122. Указы Президента Республики Беларусь №357 от 11 августа 2011 г. и от 12 сентября 2012 г. №406. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [https://pravo.by/upload/docs/op/P31200406\\_1347570000.pdf](https://pravo.by/upload/docs/op/P31200406_1347570000.pdf).

123. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год, ООН, Нью Йорк, 2015. -11 с. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [https://we.hse.ru/data/2016/05/04/1128320022/Цели%20развития%20тысячелетия%20\(2015,%20выдержки\).pdf](https://we.hse.ru/data/2016/05/04/1128320022/Цели%20развития%20тысячелетия%20(2015,%20выдержки).pdf).

124. Adolescenthealthepidemiology / WHO, 2013. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>.

125. Cancer of the Cervix. WHO. -2014. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/>.

126. CDC. HIV Surveillance - Men Who Have Sex with Men. 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-31/content/msm.html>.

127. Coreepidemiologicalslides. HIV/AIDSestimates / WHO. - 2013. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.who.int>.

128. HIV/AIDS and other STIs // Global Health Observatory Data Repository. [Электронныйресурс]. - Режимдоступа: <http://www.who.int>.

129. Iontsev, V.A., Ivakhnyuk I.V. The role of International Labour Migration for the Economic Development of Russia: Analytical Report [Text] // CARIM-East RR 2012/28, Robert Schuman Centre for Advanced Studies, San Domenico di Fiesole (Fi): European University Institute. [Электронныйресурс]. - Режимдоступа: [http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East\\_RR-2012-04.pdf](http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East_RR-2012-04.pdf).

130. Technical report by the Bureau of the United Nations Statistical Commission (UNSC) on the process of the development of an indicator framework for the goals and targets of the post-2015 development. The Sustainable Development Goals Report, -UN. -2020. [Электронныйресурс]. -Режимдоступа: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/6754Technical%20report%20of%20the%20UNSC%20Bureau%20\(final\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/6754Technical%20report%20of%20the%20UNSC%20Bureau%20(final).pdf).

131. United Nations Millennium Declaration : Resolution № 55/2, adopted by the General Assembly the United Nations, Fifty-fifth session (18 September, 2000). - New York, 2000. - 9 p. - [Электронныйресурс]. - Режимдоступа: <http://www.un.org>.

#### **Монографии, руководства, учебники, пособия:**

132. Абдель, Рахим Омран. Планирование семьи с позиций Ислама. Монография / Р.О. Абдель -Душанбе, 2002. -44 с.

133. Баранов, А.А. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. -М.: ПедиатрЪ, 2014. -188 с.
134. Бозрикова, Т. Таджикистан: На пути к гендерному равенству. Брошюра / Т. Бозрикова -Душанбе, 2013. -15 с.
135. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. В.В. Покровского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
136. Грин, М. Дело выбора, а не случая. Планирование семьи, права человека и развитие [Текст] / М. Грин, Ш. Джоши, О. Роблес // Народонаселение мира в 2012 г. -ЮНФПА, 2013. -154 с.
137. Елишев, С.О. Молодежь как объект социализации и манипуляций. Монография / М., 2015. -128 с.
138. Женщина, ребенок и ВИЧ. Монография. / ред. Н. А. Беляков, А. Г. Рахманова, Н. Ю. Рахманина. — СПб.: Балтийский образовательный центр, 2012. — 600 с.
139. Зубок, Ю.А. Молодежь и молодежная политика в современном российском обществе. Монография. / Ю.А. Зубок, Т.К. Ростовская, Н.Л. Смакотина // М., 2016. -221 с.
140. Исламов, Ф. Уровень рождаемости населения в переходный период: Социальные и экономические аспекты демографии населения [Текст] // Институт демографии АН РТ. -Душанбе, 2005. С.29 – 46.
141. Касимова, М.К. Медико-социальные проблемы демографического развития Республики Таджикистан. Монография / М.К. Касимова -Душанбе: «Дониш», 2006. -309 с.
142. Киясов, И.А. Медико-социальная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи. Монография / И.А. Киясов, Ф.В. Хузиханов. -Казань: Отечество, 2018. –218 с.

143. Лукьянов, Н.Б. Основные принципы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом в Таджикистане (научно–популярное пособие) / Лукьянов Н.Б., Гаибов А.Г., Азимов Г.Д. -Душанбе, 2011. –76 с.
144. Общественное здоровье и здравоохранение: Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина и др. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. – 624 с.
145. Общественное здоровье и здравоохранение: Пособие / Тихоокеанский государственный медицинский университет. -Владивосток, 2017. -322 с.
146. Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ: Книга для участника: учебно-методическое пособие / [Аноприенко Е. В., Журавель Т. В., Пархоменко Ж. В.] / Под общ.ред. Т. В. Журавель. – К.: ПЦ «Фолиант», 2012. – 228 с.
147. Проблемы социального отчуждения и развитие человеческого потенциала Республики Таджикистан: коллективная монография // под ред. Р.М.Бабаджанова. – Душанбе: ООО «Фарзин», 2012. -168 с.
148. Профилактика заражения ВИЧ: методические рекомендации МР 3.1.0087-14. – Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. -М., 2014. -51 с.
149. Результаты исследования репродуктивного здоровья женщин в некоторых городах и районах Хатлонской области Республики Таджикистан [Текст] // Душанбе, 1998. -74 с.
150. Руководство по гинекологии / ред. Э. К. Айламазян. — СПб.: МЕДпресс-информ, 2012. -512 с.
151. Руководство по развитию услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами, в неправительственных организациях из Республики Молдова, работающих с людьми, живущими с ВИЧ и людьми употребляющими психоактивные вещества [Текст] // Наталья Зарбаилова,

Константин Талалаев, Руслан Поверга, Александр Курашов, Эрика Ридергард. - Кишинев, 2014. – 97 с.

152. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции краткий обзор основных особенностей и рекомендаций: руководство [Текст] / Департамент ВОЗ по ВИЧ / СПИДу. - Женева, 2013. -16 с.

153. Сурмач, М.Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем / М.Ю. Сурмач // Монография. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.

154. Тошмухаммадов, М. Гражданская война в Таджикистане и постконфликтное восстановление [Текст] // М. Тошмухаммадов / Саппоро: Университет Хоккайдо, 2004. -26 с.

155. Colombini, M., Mauchew S. N. and Rechel, B. Sexual and reproductive health needs and access to services for vulnerable group sin Eastern Europe and Central Asia [Text] // New York: UNFPA, 2011. -26 p.

156. European AIDS Clinical Society guidelines [Text] // version 6.1., November 2012 / EACS, 2012. -82 p.

#### **Статьи и тезисы:**

157. Абдурашитов, Н.Ф. Социально-психологические причины совершения подростками противоправного поведения (на примере Республики Таджикистан) [Текст] / Абдурашитов Н.Ф. // Педагогическое образование в России, Выпуск № 7. -2014. -С. 48-52.

158. Акулинина, Ю.Н. Социально-реабилитационный центр «Подросток»: организация помощи семье и детям [Текст] / Акулинина Ю.Н. // Социальная педагогика. - №4. -2012. – С. 95-101.

159. Арутюнян, А.А. Особенности динамики количества женщин фертильного возраста в сельской местности (на примере Астраханской области) [Текст] / Арутюнян А.А. // Молодой учёный. -№ 16 (75). -2014. -С. 113-114.

160. Атамбаева, Р.М. Исторические и организационные аспекты охраны репродуктивного здоровья девушек подростков Кыргызской Республики [Текст] / Р.М. Атамбаева, Э.Н. Мингазова // Вестник КГМА. – 2015. - №2. – С. 20-25.

161. Атамбаева, Р.М. Организация охраны репродуктивного здоровья девочек и девушек Кыргызской Республики на разных этапах ее развития [Текст] / Р.М. Атамбаева, Э.Н. Мингазова // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1. – С.1317-1320.

162. Афолина, Л. Ю. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку [Текст] / Л.Ю. Афолина, Е.Е. Воронин Е.Е., Ю.А. Фомин // Эпидемиология и инфекционные болезни. -2013. -№ 1. - С. 1–16.

163. Ахмедов, А.А. Некоторые медико–социальные характеристики состояния здоровья юношей допризывного и призывного возрастов г. Душанбе [Текст] / А.А. Ахмедов, Р.Х. Мусамиров, М.К. Касимова, А.А. Хусаинова // Здравоохранение Таджикистана.–2011.–№2 (309). –С. 5–9.

164. Ахмедов, А. О роли оказания специализированной медицинской помощи в современных условиях в областной больнице имени А. Хакназарова города Куляба [Текст] / А. Ахмедов, А.Г. Кабиров, М. Тавакалова // Вестник ИПОвСЗ РТ. -2013. -№3. -С. 21-28.

165. Ахмедов, А.А. Роль и место диагностических услуг в улучшении качества медицинской помощи населению Республики Таджикистан [Текст] / А.А. Ахмедов, З.Ш. Сафаров // Вестник ИПОвСЗ РТ. -2011. -№4. -С. 20-23.

---

166. Баранов, А. А. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям [Текст] / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Н.В. Устинова // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 3. – С.4-6.

167. Баранов, А. А. Сохранение и укрепление здоровья подростков – залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы) [Текст] / А.А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – № 5-6. – С.65-70.

168. Бибикова, О.П. Полигамия на постсоветском пространстве [Текст] / Бибикова О.П. // Россия и мусульманский мир. – 2019. – №1. – С.48-63.

169. Бобоходжаев О.И. Риски заболевания туберкулёзом и эффективность химиопрофилактики у трудящихся мигрантов, жителей Республики Таджикистан [Текст] / Бобоходжаев О.И., Раджабзода А.С., Мирзоева Ф.О., и др. // Туберкулёз и болезни лёгких. -Москва. -2020. –Т.98. -№1. –С.16-21.

170. Вартапетова, Н. В. Выявление социальных факторов риска среди женщин с ВИЧ-инфекцией / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, А.А. Голиусов // Эффективное управление рисками ради жизни: материалы IV конференции по вопросам ВИЧ / СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии: сборник тезисов. -12–13 мая 2014 года, М., 2014. - С. 204.

171. Виноградова, Т. Н. Анализ причин заболеваемости ВИЧ в группах МСМ и РКС / Т.Н. Виноградова, Н.В. Сизова // Эффективное управление рисками ради жизни : материалы IV конференции по вопросам ВИЧ / СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. -12–13 мая 2014 года, -М., 2014. - С. 166.

172. Выдрина, И.И. Состояние российского законодательства о молодежи и молодежной политике [Текст] / Выдрина И.И. // Вестник Уральского института экономики, управления и права. -Екатеринбург, 2014. -№ 4 (29). -С. 46-53.

173. Гарифулина, Р. Р. Взаимодействие специалистов реабилитационного центра в ходе изучения социальной ситуации воспитанника реабилитационного

центра / Гарифулина Р. Р. // Студенческая наука XXI века : материалы VIII Междунар. студенч. науч.-практ. конф. Т. 2. -Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. -№ 1 (8). -С. 11–14.

174. Гладкая, В.С. Проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девушек, проживающих в Республике Хакасия [Текст] / Гладкая В.С. // Вестник Хакасского Государственного Университета им. Н.Ф. Катанова.–Абакан, 2014. - №8. – С. 34-38.

175. Глушкова, Е. В. Актуальные проблемы подростков — клиентов социально-реабилитационных центров (Региональный аспект) [Текст] / Е.В. Глушкова, Е.Б. Задорожникова // Вестник Ивановского государственного университета. - Серия «Естественные, общественные науки». -Иваново, 2016. - Вып. 1. – С.64-72.

176. Денисенко, В. Б. Материнские факторы, влияющие на течение ВИЧ-инфекции у детей [Текст] / В. Б. Денисенко, Э. Н. Симованьян // Журнал инфектологии. –М., 2013. - Т. 5., № 2. - С. 70-75.

177. Дугин, С.Г. Санкт-Петербургский благотворительный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие»: проекты, опыт, результаты работы [Текст] / Дугин С.Г. // Социальное обслуживание семей и детей: Научно-методический сборник. -СПб., 2015. -№5. -С. 56-80.

178. Дэбэева, Т.Б. Анализ проблем безнадзорных и беспризорных детей (на примере ГУСО «Республиканский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних») [Текст] / Дэбэева Т.Б. // Вестник Бурятского государственного университета. -Улан-Уде, 2015. –№5. -С. 120-124.

179. Езепчик, О.А. Проблемы здоровья подростков Республики Беларусь / О.А. Езепчик, М.Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции, 22 января 2013 г. / ГрГМУ; ред. кол.: В.А. Снежицкий [и др.]. – Гродно, 2013. – Часть 1. – С. 258–261.

180. Елишев С.О. Молодежная проблематика и подходы к определению понятия “молодежь” в социологии [Текст] / Елишев С.О. // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 18. Социология и политология. -М., 2017. -№ 3. -С. 200-223.

181. Журавлева, И.В. Здоровье молодежи как объект социальной политики [Текст] / И.В. Журавлева, Н.В. Лаконова // Социальные аспекты здоровья населения. -М., 2018. -№4 (62). -С. 4-8.

182. Зайцева, Н.Н. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в Приволжском федеральном округе [Текст] / Н. Н. Зайцева, Е. Е. Кузоватова, Н. Н. Носов [и др.] // Медицинский альманах. –М., 2012. - № 3 (22). - С. 78-81.

183. Закоркина, Н. А. Влияние медико-социальных факторов на профилактику аборт у подростков [Текст] / Н.А. Закоркина, И.А. Банюшевич // Омский научный вестник. -Омск, 2014. –№ 2 (134). - С.112-114.

184. Иванова, Э.С. Этапы развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Пермском крае / Э.С. Иванова, Н.Н. Воробьева, И.В. Фельдблюм // Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта, 2014 год). – М., 2014. – С. 115-116.

185. Кадошникова, М.Ю. К вопросу о необходимости сексуального образования для подростков и их родителей [Текст] / Кадошникова М.Ю. // Здоровье и образование в XXI веке. -М., 2015. -Выпуск № 1 / том 17. – С.112-117.

186. Калужский, Д.А. Детская проституция: проблемы правопонимания [Текст] / Калужский Д.А. // Вестник Тамбовского университета. - Серия Гуманитарные науки. Тамбов, 2015. -Вып. 3 (95). -С. 236-239.

187. Касперчук, Н.А. Многодетность – благополучие или проблема: Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения / Касперчук, Н.А. // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием/Гродно ГрГМУ, 2016 - С.103-104.

188. Касцевич, Т. А. Изучение особенностей агрессивного поведения безнадзорных и беспризорных подростков / Т.А. Касцевич, Л.А. Мохова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LXII междунар. науч.-практ. конф. № 3(60). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 49-61.

189. Козырина, Н.В. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации в 2006–2010 гг. данные когортного исследования / Н.В. Козырина, Н.Н. Ладная, И.В. Масевкина и др. // Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта 2014 год). – М., 2014. – С. 135-136.

190. Колобов, А.В. Значение структурных изменений плаценты у ВИЧ-инфицированных женщин [Текст] / А. В. Колобов, Д. А. Ниаури, Е. В. Мусатова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. -М., 2012. -Т. 4, № 1. -С. 42–50.

191. Кольцова, О. В. Повышение приверженности к ВААРТ у ВИЧ-инфицированных женщин и детей с учетом социальных и психологических факторов, новые подходы [Текст] / О.В. Кольцова, П.В.Сафонова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. -М., 2012. -Т. 4, № 1. -С. 69–76.

192. Кольцова, О.В. Психосоциальное консультирование как профилактическое вмешательство для дальнейшего снижения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку / О.В. Кольцова, П.В. Сафонова // Эффективное управление рисками ради жизни: материалы IV конференции по вопросам ВИЧ / СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии: сборник тезисов . 12–13 мая 2014 года, М., -2014. -С. 39.

193. Коновалов, В.А. Комбинированная оральная контрацепция как метод сохранения репродуктивного здоровья [Текст] / В.А. Коновалов, И.В. Кузнецова // Акушерство и гинекология. -М., 2014. - № 12. – С.78-83.

194. Конышева, Т. В. Исследование эпидемиологических особенностей заболеваемости и организации медико-социального сопровождения ВИЧ

инфицированных осужденных [Текст] / Т. В. Коньшева, Н. В. Ножкина, А. С. Подымова // Вестник уральской медицинской академической науки. - Екатеринбург, 2012. - №1(38). - С.14-18.

195. Коньшева, Т. В. Оценка заболеваемости и организация медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин-осужденных [Текст] / Т. В. Коньшева, Н. В. Ножкина, А. С. Подымова // Уральский медицинский журнал. -Екатеринбург, 2012. - №1(93). - С. 124-127.

196. Кошкимбаева, Г.Д. Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам РЗ [Текст] / Кошкимбаева Г.Д. // Репродуктивная медицина. -М., 2010. -Т.4-5. -С.22-23.

197. Кубанов, А.А. Эпидемиологические особенности инфекций, передаваемых половым путем, среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних лиц [Текст] / А.А. Кубанов, М.Р. Рахматулина, Е.А. Соболева // Лечащий врач. -М., 2015. -№04. –С. 5-11.

198. Кубанов, А.А. Заболеваемость урогенитальными инфекциями среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних [Текст] / А.А. Кубанов, Д.В. Рюмин, Е.А. Соболева // Российский журнал кожных и венерических болезней. - М., 2015. – №4. –С. 59-61.

199. Кубанов, А.А. Особенности девиантного поведения беспризорных и безнадзорных подростков (по данным социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних) [Текст] / А.А. Кубанов, Д.В. Рюмин, Е.А. Соболева // Российский педиатрический журнал. -М., 2015. –№6. – С. 24-27.

200. Куницкая, С.В. Проблемы репродуктивного поведения студенческой молодежи: Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения / Куницкая, С.В. // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием/Гродно ГрГМУ, 2016.- С.157-159.

201. Курашова, Н.А. Оценка репродуктивного потенциала мужского населения [Текст] / Н.А. Кубанов // Бюллетень ВСНЦ. –М., 2014. -№2(96). – С.104-112.
202. Курбанов, Ш.М. Особенности репродуктивного поведения отдельных возрастных групп населения [Текст]/ Ш.М. Курбанов, А.Г. Гаибов // Здравоохранение Таджикистана. -Душанбе, 2007. -№1-2. -С.3-6.
203. Кучма, В.Р. Качество жизни и медико-социальные особенности российских подростков, обучающихся в разных образовательных учреждениях [Текст] / Кучма В.Р.// Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. -Иркутск, 2013. –Выпуск № 3-1(91). -С.75-80.
204. Ладная, Н.Н. ВИЧ-инфекция у женщин и детей в Российской Федерации / Н. Н. Ладная, Е. В. Соколова, О. И. Тушина [и др.] // Дети и ВИЧ : проблемы и перспективы: материалы научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 25-26 сентября, 2014 г.). – СПб., 2014. – С. 3-6.
205. Ладная, Н.Н. Ситуация по ВИЧ-инфекции в РФ среди женщин: эпидемиологическая характеристика, проблемы противодействия: доклад / Н.Н. Ладная // Научно-практическая конференция с международным участием «Дети и ВИЧ. Проблемы и перспективы» (Санкт-Петербург, 25-26 сентября, 2014 г.). - МОО «Человек и его здоровье». -СПб., 2014. -С.222-223.
206. Латышева, И.Б. Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации [Текст] / И.Б. Латышева, К.Н. Додонов, Е.Е. Воронин [и др.] // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. –М., 2012. – Т. 4., № 3. - С. 71-77.
207. Леушина, Т.В. Тенденции в Российской статистике заболеваемости молодых когорт населения [Текст] / Леушина Т.В. // Интеллект. Инновации. Инвестиции. -М., 2019. -№ 5. - С. 94-101.

208. Любина, О.Н. Государственная молодежная политика: особенности реализации и отражение в государственных программах Российской Федерации и города Москвы [Текст] / Любина О.Н. // Управление. -М., 2017. -№ 1(15). -С. 55–61.
209. Лялина, С.Б. Теоретико-методологические основы ресоциализации подростков в учреждении социальной помощи семье и детям [Текст] / Лялина С.Б. // Вестник МГОУ. Серия «Педагогика». -М., 2012. -№ 3. –С.63-68.
210. Миралиён, К.А. Приоритеты государственной молодежной политики в Республике Таджикистан [Текст] / Миралиён К.А. // Вестник «Таджикистан и современный мир». –Душанбе, 2015. -№3 (46). -С. 54-62.
211. Миралиён, К.А. Правовое становление молодежи в контексте предотвращения роста негативных явлений в их жизни в рамках реализации государственной молодежной политики (на примере Таджикистана). – Евразийский юридический журнал. -М., 2016. -№3 (94). -С. 101-104.
212. Михайлин, Е.С. Клинико-социальные особенности несовершеннолетних женщин, родивших в специализированном центре для беременных подростков [Текст] / Михайлин Е.С.// Современные проблемы науки и образования. М., 2014. - С. 336-342.
213. Мусатова, Е. В. Формирование концепции оказания комплексной медико-социальной помощи наркозависимым ВИЧ-инфицированным беременным / Е.В.Мусатова, Ю.Годунова // Эффективное управление рисками ради жизни: материалы IV конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии : сборник тезисов. 12–13 мая 2014 года. -М., 2014. -С. 132-133.
214. Нагаев, Р.Я. Пути совершенствования оказания медицинской помощи детям подросткового возраста на основе анализа их образа жизни и организации досуга [Текст] / Р.Я. Нагаев, С.Г. Ахмерова, А.Г. Муталов // Медицинский вестник Башкортостана. -Уфа, 2013. - № 5. -Том 8. - С. 5-9.

215. Назукина, Л.И. Комплексная реабилитация детей и подростков социального риска [Текст] / Л.И. Назукина // *Работник социальной службы*. –М., 2012. – №3. –С. 84-88.
216. Ненароков, А.Ю. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии [Текст] / А.Ю. Ненароков, Д.Л. Сперанский, Э.В. Аревшатов, А.Ю. Мудрый // *Фундаментальные исследования*. –М., 2012. - №2. – С. 421–424.
217. Ниаури, Д. А. Плацента человека и ВИЧ [Текст] / Д.А.Ниаури, А.В.Колобов, В.А.Цинзерлинг // *Женщина, ребенок и ВИЧ* / ред. Н. А. Беляков, А. Г. Рахманова, Н. Ю. Рахманина. — СПб.: Балтийский образовательный центр, 2012. — С. 185–200.
218. Нурматова, З.И. Молодёжь и её репродуктивное здоровье [Текст] / З.И. Нурматова, А.А. Нурматов, М.Р. Юсупова // *Вестник ИПОвСЗ Республики Таджикистан*. -Душанбе, 2012. -№2. –С.26-31.
- 
219. Одинаев, Н. С. Распространённость брюшного тифа среди населения Республики Таджикистан [Текст] / Н.С. Одинаев, Г.М. Усманова // *Здравоохранение Таджикистана*. -Душанбе, 2014. -№ 4 (323). -С. 82-87.
220. Омётова, Т.В. Социальные педагоги центра психолого-медико-социального сопровождения: методы, формы работы с подростками [Текст] / Т. В. Омётова // *Социальная педагогика в России*. Научно-методический журнал. – М., 2013. – № 6. – С. 30-36.
221. Павлович, Т. П. Медико-социальная характеристика качества жизни, связанного со здоровьем населения Гродненской области Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения / Павлович Т. П. // *Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием/Гродно ГрГМУ*, 2016. -С.229-232.
222. Полтава, Н.В. Медико-социальные аспекты формирования репродуктивного образа и поведения девочек-подростков Республики

Кыргызстан [Текст] / Полтава Н.В. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. -М., 2014. –Выпуск № 4. -С.74-79.

223. Полтава, Н.В. Репродуктивные установки и репродуктивное здоровье девочек-подростков Кыргызской Республики [Текст] / Полтава Н.В. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – М., 2015. –Том 23, № 1. -С.142-148.

224. Рассказова, М.Е. Особенности клинико-эпидемиологической и медико-социальной ситуации по ВИЧ-инфекции в Приморском крае [Текст] / М. Е. Рассказова, В. Н. Рассказова, Н. Г. Садова и др. // Фундаментальные исследования. -М., 2012. - №4. - С. 105-108.

225. Рафиев, Х.К. Проблемы инфекционной патологии в Республике Таджикистан [Текст] / Х.К. Рафиев, Н.Б. Лукьянов // Эпидемиология и инфекционные болезни. -М., 1999. -№ 5. -С. 11-13.

226. Рахманова, А. Г. Организация и результаты медико-социальной помощи женщинам и детям, живущим с ВИЧ [Текст] / А. Г. Рахманова, Е. Б. Ястребова, А. В. Самарина // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – М., 2012. - Т. 4., № 1. - С. 9-19.

227. Рахматулина, М.Р. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков [Текст] / М.Р. Рахматулина, А.А. Шашкова // Вестник дерматологии и венерологии. -М., -2013. - № 4. –С.30-38.

228. Россинская, Г.М. Влияние социально – экономических особенностей экономики на репродуктивное поведение населения и рождаемость [Текст] / Россинская Г.М., Скрыбина Я.А. // Демографические исследования. -М., 2011. - №12. -С.13-15.

229. Саламатова, Т.В. Эффективность реализации принципов «клиники, дружественной к молодёжи» в охране репродуктивного здоровья девушек

[Текст] / Т.В. Саламатова // Медицина и образование в Сибири. -Новосибирск, 2012. -№ 3. –С. 4-9.

230. Саламатова, Т.В. К вопросу о деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники как инновационной формы «Клиника, дружественная к молодежи» в охране репродуктивного здоровья девушек [Текст] / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -М., 2016. -№24 (1). – С.11-15.

231. Саламатова, Т.В. Знания о репродуктивном здоровье и качество жизни девушек 15–17 лет в условиях реализации принципов «клиники, дружественной к молодёжи» [Текст] / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Медицина и образование в Сибири. -Новосибирск, 2015. –№ 3 –С.10-18.

232. Саламатова, Т.В. Уровень знаний о репродуктивном здоровье и качество жизни девушек 15-17 лет [Текст] / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Вестник СурГУ. Медицина. -Югры, 2014. –№ 4 (22). -С. 50-53.

233. Саламатова, Т.В. «Клиника, дружественная к молодёжи» как инновационная организационная форма медико-социальной помощи подросткам [Текст] / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Вестник СурГУ. Медицина. -Югры, 2012. -№ 13. -С.110-118.

234. Самарина, А.В. Факторы, определяющие выбор метода контрацепции у ВИЧ- инфицированных женщин [Текст] / А. В. Самарина, Н. Ю. Акатова, М. К. Уайтмэн [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. -М., 2012. -Т. 4, № 1. -С. 57–68.

235. Семенова, Н.Б. Социальный статус подростков Якутии [Текст] / Н.Б. Семенова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -М., 2015. -№23. –Т.4. –С. 14-18.

236. Скачкова, Е.Б. Сопровождение подростков с девиантным поведением в условиях социально-реабилитационного центра для

несовершеннолетних [Текст] / Е.Б. Скачкова // Современные проблемы науки и образования. -М., 2013. –Выпуск № 6. -7 с.

237. Смирнова, Е.А. Подростки в трудной жизненной ситуации: вызов или реабилитация? [Текст] / Е.А. Смирнова, И.В. Лисовская // Власть и управление на востоке России. –Хабаровск, 2016. -№75. -С. 93-99.

238. Степанова, В.Г. О проблемах реабилитации социально-психологического здоровья несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации [Текст] / В. Г. Степанова // Научно-методический электронный журнал "Концепт". –М., 2013. – Т. 4, № 34. – С. 1171-1175.

239. Сурмач, М.Ю. Анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности подростков Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач, О.А. Езепчик // Педиатрия XXI века: проблемы и перспективы: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры детских болезней УО «ГрГМУ», 14 декабря 2012 г. / ГрГМУ; ред. кол.: Н.С. Парамонова [и др.]. – Гродно, 2012. – С.184–188.

240. Сухарев, А.Г. Оптимизация профилактической среды — приоритетная задача гигиены детей и подростков [Текст] / А.Г. Сухарев, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // В кн.: Сборник материалов XVII Съезда педиатров России. - М., 2013. –С. 622.

241. Сытый, А.А. Оценка качества жизни рожавших женщин Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения / А.А. Сытый // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием/Гродно ГрГМУ, 2016. - С. 294-296.

242. Триумова, Ж.З. Вирус иммунодефицита человека и инфекции, передаваемые половым путем среди уязвимых групп населения в Казахстане [Текст] / Триумова Ж.З., Акышбаева К.С., Джумабаева С.М. // Андрология и генитальная хирургия. -М., 2015. -№2. -С.7-9.

243. Турдалиева, Б.С. Охрана репродуктивного здоровья в Казахстане [Текст] / Б.С. Турдалиева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. -Алматы, 2014. –№ 2-4. -С. 30-35.

244. Турдалиева, Б.С. Проблема ранней беременности и аборт среди подростков и молодежи [Текст] / Б.С. Турдалиева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. -Алматы, 2014. –№ 2-4. - С.1-4.

245. Хапчаев, С.Т. Полигамия в мусульманском праве: сравнительно-исторический анализ [Текст] / С.Т. Хапчаев // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. -Пенза, 2019. -№2(50). – С.71-85.

246. Шарков, К. Г. Опыт по работе с подростками с девиантным поведением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера» [Текст] / К.Г. Шарков, Е.А. Корзетова, Е.В. Севастьянова // Социальное обслуживание семей и детей. -М., 2016. -№ 7. - С.186-191.

247. Шарова, М.Л. Особенности состояния здоровья девушек-подростков на современном этапе (на примере г. Москвы) [Текст] / М.Л. Шарова, Е.И. Дубынина // Современные проблемы науки и образования. -М., 2012. – Выпуск № 1. -5 с.

248. Юрасова, Л.Д. Социализация девочки-подростка в условиях реабилитационного центра [Текст] / Л.Д. Юрасова // Социальное обслуживание семей и детей. -М., 2014. -№2. - С.142-147.

249. Яковлева, И.В. Новые направления политики государств - членов ЕС в отношении обеспечения доступа мигрантов к услугам здравоохранения [Текст] / И.В. Яковлева // Государственное управление. -М., 2011. -№26. -С.1–11.

250. Яковлева, И.В. Социальные практики доступа мигрантов к институтам здравоохранения [Текст] / И.В. Яковлева // Опыт Европейских стран. -М., 2011. -Вып.1. -С.1-24.
251. Alamirew, Z. Prevalence and correlates of exchanging sex for money (gift) among private college students in Bahir Dar city [Text] / Z. Alamirew, W. Awoke, G.Fikadie, B. Shimekaw // Northwest Ethiopia. -Clin. Med. Res. -2013, 2(6):126–134.
252. Burnst, M.N. Initial Design of Culturally Informed Behavioral Intervention Technologies: Developing an mHealth Intervention for Young Sexual Minority Men with Generalized Anxiety Disorder and Major Depression [Text] / M.N. Burns // J. Med. Internet Res. -2013 Dec; 15(12): e271.
253. Chen, X.S. Outreach syphilis testing services by different health providers to female sex workers in southern China [Text] / Chen X.S., Yin Y.P., Liu G.G. // PLoS One. -2013;23;8(4): e60626.
254. Chernicka, L.S. Barriers to and enablers of contraceptive use among adolescent females and their interest in an emergency department-based intervention [Text] / L.S. Chernicka // Contraception: -91. -2015: 217–225.
255. Conner, B. “First, do no harm”: legal guidelines for health programmes affecting adolescents aged 10-17 who sell sex or inject drugs [Text] / B. Conner // J. International AIDS Society. -2015, 18(Suppl 1):19437. – P.78-83.
256. Crone, E.A. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility [Text] / Crone E.A., Dahl R.E. // Nat. Rev. Neurosci. - 2012; 13: 636–50.
257. Dasari, M. Barriers to Long-Acting Reversible Contraceptive Uptake Among Homeless Young Women [Text] / Dasari M. // Pediatr. Adolesc. Gynecol. -29. -2016: 104-110.

258. David, A.L. Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth [Text] / A.L. David // From the American Academy of Pediatrics. – Pediatrics. - 2013; 132:198–203.

259. Decker, M.R. Prevalence and Health Impact of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence Among Female Adolescents Aged 15-19 Years in Vulnerable Urban Environments: A Multi-Country Study [Text] / M.R. Decker // J. Adolescent Health. -55. -2014: S58-S67.

260. Decker, M.R. Induced abortion, contraceptive use, and dual protection among female sex workers in Moscow, Russia [Text] / Decker M.R., Yam E.A., Wirtz A.L., et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. -2013;120(1):27–30.

261. De Haan, S. The Interplay between Online and Offline Explorations of Identity, Relationships, and Sex: A Mixed-Methods Study with LGBT Youth [Text] / De Haan S., Kuper L.E., Magee J.C., et al. // J. Sex Research. -2013; 50(5):421–434.

262. Denno, D.M. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support [Text] / D.M. Denno // J. Adolescent Health. -56. -2015: S22-S41.

263. Dick, B. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade [Text] / Dick B., Ferguson B. J. // J. Adolesc. Health. -2015; 56: 3–6.

264. Du Bois, L.Z. To have sex or not to have sex? An online focus group study of sexual decision making among sexually experienced and inexperienced gay and bisexual adolescent men [Text] / Du Bois L. Z. // Arch. Sex Behav. -2015 October; 44(7): 2027–2040.

265. Gavin, L. Providing quality family planning services: Recommendations of the CDC and U.S. Office of Population Affairs. Atlanta, GA [Text] / Gavin L., Moskosky S., Carter M., Curtis K., et al. // Centers for Disease Control and Prevention. -2014.21: 24-31.

266. Gebreslassie, M. Psychoactive substances use and associated factors among Axum University students, Axum town, North Ethiopia [Text] / Gebreslassie M., Feleke A., Melese T. // BMC Public Health. -2013, 13:2–9.
267. Gelibo T. Predictors of sexual abstinence among Wolaita Sodo University Students, South Ethiopia [Text] / Gelibo T., Belachew T., Tilahun T. // *Reprod. Health.* -2013, 10:2–6.
268. Gill, R. Photovoice: A Strategy to Better Understand the Reproductive and Sexual Health Needs of Young Mothers [Text] / R. Gill // *Pediatr. Adolesc. Gynecol.* -29. -2016: 467-475.
269. Gilmore, K. Providing Long-Acting Reversible Contraception Services in Seattle School-Based Health Centers: Key Themes for Facilitating Implementation [Text] / K. Gilmore // *J. Adolescent Health.* -56. -2015: 658-665.
270. Goldenberg, S.M. Early sex work initiation independently elevates odds of HIV infection and police arrest among adult sex workers in a Canadian setting [Text] / Goldenberg S.M., Chettiar J., Simo A., et al. // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* -2014;65(1):122–8.
271. Greenberg, K.B. Factors associated with provision of long-acting reversible contraception among adolescent health care providers [Text] / Greenberg K.B., Makino K.K., Coles M.S. // *J. Adolesc. Health.* -2013; 52:372 e 4.
272. Jessica, R. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women [Text] / Jessica R., Rosenstock M., Peipert J.F., et al. // *Am. Coll. Obstetricians Gynecologists.* -2012;120.
273. Julian-Almarcegui, C. Combined effects of interaction between physical activity and nutrition on bone health in children and adolescents: a systematic review [Text] / Julian-Almarcegui C. // *Nutr. Rev.* -2015; 73: 127–39.
274. Hadland, S.E. Young age predicts poor antiretroviral adherence and viral load suppression among injection drug users [Text] / Hadland S.E., Milloy M.J., Kerr T., et al. // *AIDS Patient Care STDS.* -2012; 26:274-80.

275. Hallum-Montes, R. Barriers and health center implementation of evidence -based clinical practices in adolescent reproductive health services [Text] / Hallum-Montes R. // J. Adolescent Health, -2016, №58, pp. 270-283.

276. Harper, G.W. Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. The role of multiple identities in adherence to medical appointments among gay/bisexual male adolescents living with HIV [Text] / Harper G.W., Fernandez I.M., Bruce D., et al. // AIDS Behav. -2013;17(1):213-23.

277. Harper, G.W. HIV prevention interventions for adolescents and young adults: what about the needs of gay and bisexual males? [Text] / Harper G.W., Riplinger A.J. // AIDS Behav. -2013; 17(3):1082–1095.

278. Health policy watch: adolescent addictions [Text] // J. Addict. Nurs. – 2013. –Vol. 24, № 3. – P.201-202.

279. Hindin, M. J. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries [Text] / M. J. Hindin, C. S. Christiansen, B. J. Ferguson // Bulletin of the World Health Organization. –2013. № 91. –P. 10-18.

280. Hillier, L. The Internet As a Safety Net: Findings From a Series of Online Focus Groups With LGB and Non-LGB Young People in the United States [Text] / Hillier L., Mitchell K.J., Ybarra M.L. // J. LGBT Youth. -2012; 9(3):225–246.

281. Hong, Y. Partner violence and psychosocial distress among female sex workers in China [Text] / Hong Y., Zhang C., Li X., et al. // PLoS One. -2013. -8: e62290. doi: 10.1371/journal.pone.0062290 PMID: 23626798.

282. Kalishman, S.C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention [Text] / Kalishman S. C., Pellowski J., Turner C. // Sex. Transm. Infect. -2011: 87(3): 183- 90.

283. Kann, L. Youth risk behavior surveillance--United States [Text] / Kann L., Kinchen S., Shanklin S.L., et al. // *MMWR Surveill. Summ.* -2014; 63(Suppl 4):1–168.
284. Kavanaugh, M.L. Meeting the contraceptive needs of teens and young adults: Youth-friendly and long-acting reversible contraceptive services in U.S. family planning facilities [Text] / Kavanaugh M.L., Jerman J., Ethier K., Moskosky S. // *J. Adolesc. Health.* -2013; 52:284 e 92.
285. Kavidar, H. Adolescent Views on Comprehensive Health Risk Assessment and Counseling: Assessing Gender Differences / H. Kadivar, L. Thompson, M. Wegman [et al.] // *J. Adolesc. Health.* – 2014. – Vol. 55, Iss. 1. – P. 3–16.
286. Kima, S.R. Uptake of a women-only, sex-work-specific drop-in center and links with sexual and reproductive health care for sex workers [Text] / S.R. Kima // *Intern. J. Gynecology and Obstetrics.* -128. -2015. -p. 201–205.
287. Kissinger, P. Trichomoniasis and HIV interactions: a review [Text] / Kissinger P., Adamski A. // *Sex Transmis. Infect.* -2013; 89(6): 424-33.
288. Krusi, A. Negotiating safety and sexual risk reduction with clients in unsanctioned safer indoor sex work environments: a qualitative study [Text] / Krusi A., Chettiar J., Ridgway A., et al. // *Am. J. Public Health.* -2012;102(6):1154–9.
289. Lall, P. An urgent need for research on factors impacting adherence to and retention in care among HIV-positive youth and adolescents from key populations [Text] / P. Lall // *Review.* – *J. Intern. AIDS Society.* -2015, 18(Suppl 1):19393. – P. 41-53.
290. Lazarus, L. Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada [Text] / Lazarus L., Deering K.N., Nabess R., et al. // *Cult. Health Sex.* -2012;14(2):139–50.
291. LeFevre, M.L. U.S. Preventive Services Task Force: Behavioral counseling interventions to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive

Services Task Force recommendation statement [Text] / LeFevre M.L. // *Ann. Intern. Med.* -2014; 161:894.

292. Leonard, N.R. HIV testing patterns among urban YMSM of color [Text] / Leonard N.R., Rajan S., Gwadz M.V., Aregbesola T. // *Health Educ. Behav.* -2014; 41:673–81.

293. Li, Y. Difference in risk behaviors and STD prevalence between street-based and establishment-based FSWs in Guangdong Province, China [Text] / Li Y., Detels R., Lin P., Fu X., Deng Z., Liu Y., et al. // *AIDS Behav.* -2012;16(4):943–51.

294. Lim, M.S.C. Sexual and Reproductive Health Knowledge, Contraception Uptake and Factors Associated with Unmet Need for Modern Contraception among Adolescent Female Sex Workers in China [Text] / M.S.C. Lim // *Plos One.* -January 27, -2015. -17 P.

295. Luchowski, A.T. Obstetrician-gynecologists and contraception: Practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and other patient populations [Text] / Luchowski A.T., Anderson B.L., Power M.L., et al. // *Contraception.* -2014; 89:572 e 7.

296. Luchters, S. The contribution of emotional partners to sexual risk taking and violence among female sex workers in Mombasa, Kenya: A cohort study [Text] / Luchters S., Richter M.L., Bosire W., et al. // *PLoS ONE* 2013. -8(8): e68855.

297. Lutz, W. World Population and Human Capital in the Twenty-first Century. Oxford, U.K. [Text] / Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. // Oxford University Press. -2014:11.

298. Mack, N. The importance of choice in the rollout of ARV-based prevention to user groups in Kenya and South Africa: a qualitative study [Text] / N. Mack // *J. Intern. AIDS Society.* -2014, 17(Suppl 2):19157-6P.

299. Madden, T. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project [Text] / Madden T., Mullersman J.L., Omgvig K.J., et al. // *Contraception.* -2012; 88:243 e 9.

300. Marcell, A.V. Sexual/Reproductive Health Care to Deliver to Male Adolescents: Perceptions of Clinicians Focused on Male Health [Text] / Marcell A.V., Ellen Core J. M. // *J. Adolescent Health* 51. -2012: 38–44.

301. McDougal, L. Adverse pregnancy outcomes and sexual violence among female sex workers who inject drugs on the United States-Mexico border [Text] / McDougal L., Strathdee S.A., Rangel G., et al. // *Violence Vict.* -2013;28(3):496–512.

302. Mejino, A. Shared medical appointments for children and adolescents with type 1 diabetes: perspectives and experiences of patients, parents, and health care providers [Text] / A. Mejino, J. Noordman, S. van Dulmen // *Adolesc. Health Med. Ther.* – 2012. – Vol. 15, № 3. – P. 75-83.

303. Mmari, K. Urban adolescent sexual and reproductive health in low-income and middle-income countries [Text] / K. Mmari, N. Astone // *Arch. Dis. Child.* – 2014. – № 99(8). – P. 778-782.

304. Moore, E. Contraception and clean needles: feasibility of combining mobile reproductive health and needle exchange services for female exotic dancers [Text] / Moore E., Han J., Serio-Chapman C., et al. // *Am. J. Public Health.* - 2012;102(10): 1833–6.

305. Moraros, J. Low condom use among adolescent female sex workers in Thailand [Text] / Moraros J., Buckingham R.W., Bird Y., et al. // *J. HIV/AIDS & Social Services.* -2012. -11: 125–139.

306. Mulu, W. Sexual behaviours and associated factors among students at Bahir Dar University: a cross sectional study [Text] / W. Mulu // *Reproductive Health.* -2014, 11:84. – 12 P.

307. Mustanski, B. A Mixed-Methods Study of Condom Use and Decision Making Among Adolescent Gay and Bisexual Males [Text] / Mustanski B., DuBois L.Z., Prescott T.L., Ybarra M.L. // *J. AIDS and Behavior.* -2014. 10.1007/s10461-014-0810-3.

308. Mustanski, B. Testing Negative Means I'm Lucky, Making Good Choices, or Immune: Diverse Reactions to HIV Test Results are Associated with Risk Behaviors [Text] / Mustanski B., Rendina H.J., Greene G.J., Sullivan P.S., Parsons J.T. // *Ann. Behav. Med.* -2014; 48:371–83.

309. Navarro, J. R. Physical and sexual violence, mental health indicators, and treatment seeking among street-based population groups in Tegucigalpa, Honduras [Text] / J.R. Navarro // *Rev. Panam. Salud. Publica.* -31(5). -2012. – 388-395.

310. Oza, K.K. Examining negative effects of early life experiences on reproductive and sexual health among female sex workers in Tijuana, Mexico [Text] / K.K. Oza // *Intern. J. Gynecology and Obstetrics/* -128. -2015: 169–173.

311. Patton, G.C. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing [Text] / G.C. Patton // *The Lancet.* - Vol 387 June 11. -2016. -P. 2423-2478.

312. Perla, M.E. Genital tract infections, bacterial vaginosis, HIV, and reproductive health issues among Lima-based clandestine female sex workers [Text] / Perla M.E., Ghee A.E., Sanchez S., et al. // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* -2012: 739624.

313. Pharr, J.R. Barriers to HIV Testing Among Young Men Who Have Sex With Men (MSM): Experiences from Clark County, Nevada [Text] / J.R. Pharr // *Global Jf Health Science*; Vol. 8, № 7. -2016. – 9-17.

314. Philbin, M.M. Factors affecting linkage to care and engagement in care for newly diagnosed HIV-positive adolescents within fifteen Adolescent Medicine Clinics in the United States [Text] / Philbin M.M., Tanner A.E., DuVal A., et al. // *AIDS Behav.* -2014; 18:1501-10.

315. Phillips, G. Low Rates of HIV Testing among Adolescent Gay, Bisexual, and Queer [Text] / G. Phillips // *J. Adolesc. Health.* -2015 October; 57(4): 407–412.

316. Phillips, G.2<sup>nd</sup>. HIV testing behaviors of a cohort of HIV- positive racial/ethnic minority YMSM [Text] / Phillips G. 2nd, Hightow-Weidman L.B., Arya M., et al. // *AIDS Behav.* -2012; 16:1917–25.
317. Phrasisombath, K. Care seeking behaviour and barriers to accessing services for sexually transmitted infections among female sex workers in Laos: a cross-sectional study [Text] / Phrasisombath K., Thomsen S., Sychareun V., Faxelid E. // *BMC Health Serv. Res.* -2012;12:37.
318. Pilgrim, N.A. Protective and Risk Factors Associated with Adolescent Sexual and Reproductive Health in the English-speaking Caribbean: A Literature Review [Text] / Pilgrim N. A., Blum R. Wm. // *J. Adolescent Health.* -50. -2012: 5–23.
319. Pingel, E.S. “A Safe Way to Explore”: Reframing Risk on the Internet Amidst Young Gay Men’s Search for Identity [Text] / Pingel E.S., Bauermeister J.A., Johns M.M., et al. // *J. Adolescent Research.* -2013; 28(4):453–478.
320. Pronin, A. Multicenter epidemiological study to describe prevalence of advanced stage disease among newly diagnosed HIV-infected patients in the Russian Federation [Text] / A. Pronin, E. Orlova-Morozova, G. Kaminskiy [et al.] // *JIAS.* -2012. - Vol. 15, Suppl. 4. -P. 170.
321. Recommendations for Promoting the Health and Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents: A Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine [Text] // *Society for Adolescent Health and Medicine.* -*J. Adolescent Health.* -52. -2013: 506-510.
322. Resnick, M.D. Seizing the opportunities of adolescent health [Text] / Resnick M.D. // *Lancet.* -2012; 379: 1564–67.
323. Ricketts, S. Game change in Colorado: Wide spread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women [Text] / Ricketts S., Klingler G., Schwalberg R. // *Perspect. Sex Reprod. Health.* -2014; 46:125 e 32.

324. Romero, L.M. Improving the Implementation of Evidence -Based Clinical Practices in Adolescent Reproductive Health Care Services [Text] / L.M. Romero // *J. Adolescent Health*, -2015, №57, pp. 488-495.
325. Sawyer, S.M. Adolescence: a foundation for future health [Text] / Sawyer S.M., Afifi R.A., Bearinger L.H., et al. // *Lancet*. - 2012. -379: 1630–1640.
326. Setegn, T.M. Risks for SITs/HIV infection among Madawalabu University students, Southeast Ethiopia: A cross sectional study [Text] / Setegn T.M., Takele A.M., Dida N.B., Tulu B.E. // *Reprod. Health*. -2013, 10:2–7.
327. Shah , B. Teaching Trainees to Deliver Adolescent Reproductive Health Services [Text] / B. Shah // *J PediatrAdolescGynecol* 29. -2016: 53-61.
328. Shiferaw, Y. Perception of risk of HIV and sexual risk behaviors among University students: Implication for planning interventions [Text] / Shiferaw Y., Alemu A., Assefa A., et al. // *BMC Res. Notes*. -2014, 7:162.
329. Siberry, G. Commentary: When to start and what to use in children – recommendations and rationale [Text] / G. Siberry, D. Tindyebwa // *AIDS*. – 2014. - № 28 (Suppl 2). – P. 133–135.
330. Smith, M.K. School-Based Youth Health Nurses and Adolescent Decision-Making Concerning Reproductive and Sexual Health Advice: How Can the Law Guide Healthcare Practitioners in this Context? [Text] / M.K. Smith, N. Stepanov // *Contemp. Nurse*. – 2014. – Vol. 47, № 1-2. – P. 42-50.
331. Somba, M.J. Sexual behaviour, contraceptive knowledge and use among female undergraduate students of Muhimbili and dares Salaam Universities, Tanzania: a cross sectional study [Text] / Somba M.J., Mbonile M., Obure J., Mahande M.J. // *BMC Womens Health*. -2014, 14:94.
332. Teal, S.B. Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults [Text] / Teal S.B., Romer S.E. // *J. Adolesc. Health*. -2013;52(4): S35 e 9.

333. Thoma, B.C. Parental Monitoring, Parent-Adolescent Communication about Sex, and Sexual Risk among Young Men who Have Sex with Men [Text] / Thoma B. C., Huebner D.M. // PMC. -2015 August 01.-18P.
334. Tilahun, M.M. Factors associated with alcohol use among youths in GamoGofa, South west, Ethiopia [Text] / Tilahun M.M., Ayele G.A. // Sci. J. Public Health. -2013, 1(2):62–68.
335. Tilahun, M.M. Factors associated with age at first sexual initiation among youths in GamoGofa, South west Ethiopia: a cross sectional study [Text] / Tilahun M.M., Ayele G.A. // BMC Public Health. -2013, 13:2–6.
336. Tyler, C.P. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women [Text] / Tyler C.P., Whiteman M.K., Zapata L.B., et al. // Obstet. Gynecol. -2012;119:762 e 71.
337. Voisin, D.R. ‘You Get More Respect’ Reasons for Sex Among African American High School Youth: A Qualitative Study [Text] / Voisin D.R., Bird J.D. // J. Social Service Research. -2012; 38(3):392–401.
338. Wadman, R. Adolescent confidentiality: Understanding and practices of health care providers [Text] / R. Wadman, D. Thul, A.S. Elliott [et al.] // Paediatr. Child Health. – 2014. – Vol. 19. -№ 2. – P. 11-14.
339. Walker, R. Characteristics of Mexican and Mexican American Adolescents in Treatment for “Cheese” Heroin Use [Text] / R. Walker // J. Ethn. Subst. Abuse. -2014; 13(3): 258–272.
340. Wang, K. Do community- based strategies reduce HIV risk among people who inject drugs in China? A quasi-experimental study in Yunnan and Guangxi Provinces [Text] / Wang K., Fu H., Longfied K., et al. // Harm Reduct. J. -2014; 11:15.
341. Winner, B. Effectiveness of long-acting reversible contraception [Text] / Winner B., Peipert J.F., Zhao Q., et al. // N. Engl. J. Med. -2012; 366:1998 e 2007.

342. Ybarra, M.L. Acceptability and feasibility of Cyber Senga: an Internet-based HIV-prevention program for adolescents in Mbarara, Uganda [Text] / Ybarra M.L., Bull S.S., Prescott T.L., Birungi R. // *AIDS Care*. -2014; 26(4):441– 447.
343. Ybarra, M.L. Adolescent abstinence and unprotected sex in Cyber Senga, an Internet-based HIV prevention program: randomized clinical trial of efficacy [Text] / Ybarra M.L., Bull S.S., Prescott T.L., et al. // *PLoS One*. -2013; 8(8):e70083.
344. Ybarra, M.L. Online Focus Groups as an HIV Prevention Program for Gay, Bisexual, and Queer Adolescent Males [Text] / Ybarra M.L., DuBois L.Z., Parsons J.T., et al. // *AIDS Education and Prevention*. -2014; 26(6):554–564.
345. Zhang, C. Alcohol use and client-perpetrated sexual violence against female sex workers in China [Text] / Zhang C., Li X., Stanton B., et al. // *Psychol. Health Med*. -2013. -18: 330–342.
346. Zhang, C. Violence Against Chinese Female Sex Workers from Their Stable Partners: A Hierarchical Multiple Regression Analysis [Text] / Zhang C., Li X., Su S., et al. // *J. Public Health*. -2014: 24730642.
347. Zhang, X-D. High rates of abortion and low levels of contraceptive use among adolescent female sex workers in Kunming, China: a cross-sectional analysis [Text] / Zhang X-D., Zhou Y-Z. // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. -2014. -21:16-21.
348. Zhang, X-D. Sexual and reproductive health risks amongst female adolescents who use amphetamine-type stimulants and sell sex: a qualitative inquiry in Yunnan [Text] / Zhang X-D., Zhou Y-Z. // *Harm Reduction J*. -2015. -12:34. -12 P.
349. Zhang, X-D. Vulnerabilities, health needs and predictors of high-risk sexual behaviour among female adolescent sex workers in Kunming, China [Text] / Zhang X-D., Zhou Y-Z. // *Sex Transm. Infect*. -2013;89(3):237–44.
350. Zhou, Y-Z. A blind area of family planning services in China: unintended pregnancy among unmarried graduate students [Text] / Zhou Y-Z., Zhang X-D. // *BMC: Public Health*. -2013;13(1): e198.

**Диссертации и авторефераты:**

351. Азизов, З.А. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции среди лиц потребителей инъекционных наркотиков в Республике Таджикистан [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.02 / / Азизов Зафарджон Абдукахорович. - Душанбе, 2011. -136 с.
352. Алексеева, Е.Г. Оценка эффективности массовых коммуникаций как популяционной стратегии медицинской профилактики рискованного сексуального поведения подростков и молодежи / Е.Г. Алексеева // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. – М., 2013. – 24 с.
353. Ахтямова, С.Х. Медико-социальные аспекты аборт и их профилактика среди учащейся молодежи / С.Х. Ахтямова // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. – М., 2012. -22 с.
354. Барышков, К.В. Разработка организационных и лечебно-диагностических мероприятий по предупреждению распространения гонококковой инфекции в Архангельской области / К.В. Барышков // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. –М., 2015. –39 с.
355. Ганизода, М.Х. Оптимизация службы репродуктивного здоровья подростков в Таджикистане [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03.; 14.01.01. / Ганизода Мунира Худойдод. -Душанбе, 2020. -142 с.
356. Глушкова, Н.Е. Модель совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г.Семей / Н.Е. Глушкова // Автореферат диссертации ... доктора философии (PhD). - Семей, 2013. –96 с.
357. Грачев, Е.Н. Молодежная политика в Европейском Союзе: Национальный и Наднациональный уровни / Е.Н. Грачев // Автореферат диссертации ... кандидата политических наук. -М., 2019. -39 с.

358. Должанская, Н.А. Базовые принципы профилактики ВИЧ-инфекции в наркологической практике / Н.А. Должанская // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. - М., 2013. –39 с.

359. Загрутдинова, А.Г. Здоровье подростков в трансформирующейся России (на примере Республики Татарстан) / А.Г. Загрутдинова // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. - Казань, 2014. – 24 с.

360. Запарий, Н.С. Научное обоснование программы профилактики и снижения заболеваемости и инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией / Н.С. Запарий // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. – М., 2012. –38 с.

361. Конышева, Т.В. Научное обоснование межведомственной организационной модели медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных лиц из пенитенциарных учреждений / Т.В. Конышева // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. -Екатеринбург, 2013. -24 с.

362. Лацплес, П.Р. Социальные и клиничко-психопатологические факторы, влияющие на формирование зависимого поведения от психоактивных веществ у молодежи / П.Р. Лацплес // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. – М., 2012. -25 с.

363. Паренкова, И.А. Репродуктивное здоровье и качество жизни детей и подростков в условиях демографического кризиса / И.А. Паренкова // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. – М., 2012. –54 с.

364. Прохорова, О.Г. Совершенствование организации профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи, женщин и детей в субъекте Российской Федерации / О.Г. Прохорова // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. -Екатеринбург, 2015. –28 с.

365. Растегаева, И.Н. Научное обоснование повышения роли диспансеризации в охране здоровья беременных женщин и родильниц / И.Н.

Растегаева // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. - М., 2013. -49 с.

366. Саидмурадов, Д.У. Некоторые медико-демографические аспекты героиновой наркомании у женщин и пути её снижения в Республике Таджикистан в новых экономических условиях на примере г. Душанбе [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. / Саидмурадов Дамир Умедович. – Душанбе, 2014. -164 с.

367. Самарина, А.В. Стратегия ограничения распространения ВИЧ инфекции у женщин репродуктивного возраста и риска перинатального заражения / А.В. Самарина // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. – СПб., 2014. –39 с.

368. Федоткина, С.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование самосохранительного поведения и здоровья молодежи / С.А. Федоткина // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. -М., 2014. –32 с.

369. Чижова, Л.А. Клинико-иммунологические особенности течения заболеваний верхних дыхательных путей у детей, рожденных от женщин с ВИЧ и ВИЧ - ассоциированными заболеваниями / Л.А. Чижова // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. -Владивосток, 2012. –22 с.

370. Шавалиев, Р.Ф. Научное обоснование совершенствования системы медико-социальной помощи детям подросткового возраста (комплексное медико-социальное исследование по материалам Республики Татарстан) / Р.Ф. Шавалиев // Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. – Казань, 2015. -36 с.

371. Эйсмонт, Н.В. Научное обоснование и разработка системы организации противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации / Н.В. Эйсмонт // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. – М., 2013. – 47 с.

372. Ягудин, Р.Х. Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективность / Р.Х. Ягудин // Автореферат диссертации ... доктора медицинских наук. -СПб., 2014. –37 с.

#### **Дополнительная литература**

373. Alessia Raffagnato, Caterina Angelico, Rachele Fasolato, Eleonora Sale, Michela Gatta, Marina Miscioscia. Parental Bonding and Children's Psychopathology: A Transgenerational View Point. *Children*. -2021. - 8:11, pp. 1012.

374. Antonia Jimenez-Iglesias, Irene García-Moya, Carmen Moreno. Parent-Child Relationships and Adolescents' Life Satisfaction Across the First Decade of the New Millennium. *Family Relations*. -2017. - 66:3, pp. 512-526.

375. Antonia Simon, Charlie Owen, Rebecca O'Connell, Fiona Brooks. Changing trends in young people's food behaviour and wellbeing in England in relation to family affluence between 2005 and 2014. *Journal of Youth Studies*. -2018. - 21:5, pp. 687-700.

376. Drucker J., Nieri T. Female online sex workers' perceptions of exit from sex work. *Deviant Behav*. -2018;39. -pp.1–19.

377. Fabio Botelho Guedes, Ana Cerqueira, Susana Gaspar, Tania Gaspar, Carmen Moreno, Margarida Gaspar de Matos. Family Environment and Portuguese Adolescents: Impact on Quality of Life and Well-Being. *Children*. -2022. - 9:2, pp. 200.

378. Felipe Caamano-Navarrete, Pedro Angel Latorre-Roman, Iris Paola Guzman-Guzman, et al. Lifestyle mediates the relationship between self-esteem and health-related quality of life in Chilean schoolchildren. *Psychology, Health & Medicine*. -2022. - 27:3, pp. 638-648.

379. Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys. London: IPPF and New York City: UNFPA. -2017. -120 p.

380. Hongying Wang, Bo Shen, Jin Bo. Profiles of Health-Related Quality of Life and Their Relationships With Happiness, Physical Activity, and Fitness. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. -2022. - 93:2, pp. 260-269.

381. International Society for Quality of Life Research. *What is health-related quality of life research?* -2015. -March 16, 2016, from <http://www.isoqol.org/about-isoqol/what-is-health-related-quality-of-life-research>.

382. Jones A. Sex work in a digital Era. *Sociol Compass*. -2015;9. -pp. 558–570.

383. Kamila Ziolkowska-Weiss. Assessment of the Selected Health Factors by Polonia in the Greater Toronto Area in the Relation to Their Quality and Standard of Living. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. -2021. - 18:3, pp. 1296.

384. Katerina Zervaki, Nikolaos Yiannakouris, Despina Sdrali, Vassiliki Costarelli. Diet quality, disordered eating and health-related quality of life in Greek adolescents. *Nutrition & Food Science*. -2017. - 47:4, pp. 511-521.

385. Lambert, M., Fleming, T., Ameratunga, S., Robinson, E., Crengle, S., Sheridan, J. Looking on the bright side: An assessment of factors associated with adolescents' happiness. *Advances in Mental Health*. -2014. - 12, 101–109.

386. Laing M., Campbell D., Jones M. 2017. Trans sex workers in the UK: Security, services and safety; - 2017. -pp. 39–52.

387. Levto R, van der Gaag N, Greene M, Kaufman M, and Barker G. State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication: 2015. - Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance.

388. Meade, T., & Dowswell, E. Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: A three year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2016. -14, 1–8.

389. Muhammad Natsir, Ace Suryadi, Mustofa Kamil, Elih Sudiapermana, J. Julia. Structural Equation Model (SEM) of Matrilineal Parenting, Family and

Community Environments on Adolescent Behavior in Padang City, Indonesia. *The Open Psychology Journal*. -2021. - 14:1, pp. 310-318.

390. Odunlami GA. Predicting adolescents' quality of life using discriminant analysis. *World Sci News*. - 2017;87(2). -pp. 85-117.

391. Ora Peleg, Iris Yaniv, Ruth Katz, Orna Tzischinsky. Does Trait Anxiety Mediate the Relationship Between Family Patterns and Quality of Life?. *The American Journal of Family Therapy*. -2018. - 46:4, pp. 341-355.

392. Raquel M. Guevara, Jose E. Moral-García, José D. Urchaga, Sergio López-García. Relevant Factors in Adolescent Well-Being: Family and Parental Relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. -2021. - 18:14, pp. 7666.

393. Saeb K. El Lala, Ola M. Abusukkar. Problems Experienced by Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Exploring Social, Educational and Economic Variables. *Space and Culture, India*. -2020. - 8:1, pp. 177-186.

394. Sanders T., Connelly L., King L.J. On our own terms: the working conditions of internet-based sex workers in the UK. *Sociol Res Online*. - 2016;21 doi: 10.5153/sro.4152.

395. Sandra Tapiņa, Kristine Vasite, Valda Bebre-Putka, et al. Quality of Life in Healthy Children in Latvia. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences*. -2021. -75:5, pp. 392-396.

396. Smith N.J., Laing M. Introduction: working outside the (hetero)norm? Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ) sex work. *Sexualities*. - 2012;15. -pp. 517–520.

397. Steele S, Taylor V, Vannoni M, Hernandez-Salazar E, McKee M, Amato-Gauci A, Stuckler D, Semenza J. Self-reported access to health care, communicable diseases, violence and perception of legal status among online transgender identifying sex workers in the UK. *Public Health*. -2020 Sep;186. -pp. 12-16.

398. Sexual and reproductive health and reproductive rights are mentioned in Sustainable Development Goal target 3.7. -2016. See <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

399. Sanders T., Connelly L., King L.J. On our own terms: the working conditions of internet-based sex workers in the UK. *Sociol Res Online*. -2016;21 doi: 10.5153/sro.4152.

400. Smith N.J., Laing M. Introduction: working outside the (hetero)norm? Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ) sex work. *Sexualities*. -2012;15. -pp. 517–520.

401. Sonfield, A. Looking at men's sexual and reproductive health needs. The Guttmacher Report on Public Policy, -2012. -5(2). -pp. 7-10.

402. Steele S, Taylor V, Vannoni M, Hernandez-Salazar E, McKee M, Amato-Gauci A, Stuckler D, Semenza J. Self-reported access to health care, communicable diseases, violence and perception of legal status among online transgender identifying sex workers in the UK. *Public Health*. -2020 Sep;186. -pp. 12-16.

403. Tania Gaspar, Ana Cerqueira, Fábio Botelho Guedes, Margarida Gaspar de Matos. Parental Emotional Support, Family Functioning and Children's Quality of Life. *Psychological Studies*. -2022. - 67:2, pp. 189-199.

404. Teresa Freire & Gabriela Ferreira. Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions, *International Journal of Adolescence and Youth*. -2018. - 23:1, 11-24.

405. Timothy M. Curran, Stephen M. Yoshimura. Mother-Child Reports of Affectionate Communication with Fathers: Associations with Family Satisfaction and Life Satisfaction. *Communication Reports*. -2016. - 29:3, pp.163-174.

406. The Men & Boys Collection: Stories of gender justice and sexual and reproductive health and rights. IPPF: -2015, Available at: [http://www.ippf.org/sites/default/files/web\\_ippf\\_menboyscollection.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/web_ippf_menboyscollection.pdf)

407. UNFPA et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men. -2015. -29 p.

408. UNDP et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people. -2016. -32 p.

409. Van der Giessen, D., Branje, S., & Meeus, W. Perceived autonomy support from parents and best friends: Longitudinal associations with adolescents' depressive symptoms. *Social Development*. -2014. - 23, 537–555.

410. Vered Shenaar- Golan, Alon Goldberg. Subjective well-being, parent–adolescent relationship, and perceived parenting style among Israeli adolescents involved in a gap-year volunteering service. *Journal of Youth Studies*. -2019. - 22:8, pp. 1068-1082.

411. Wallander, J. L., & Koot, H. M. Quality of life in children: A critical examination of concepts, approaches, issues, and future directions. *Clinical Psychology Review*. -2016. - 45, 131–143.

412. Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health System*. -2014. - 8, 1–5.

413. Yue, X. D., Liu, K. W., Jiang, F., & Hiranandani, N. A. Humor styles, self-esteem, and subjective happiness. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*. - 2014. - 115, 517–525.

## Публикации по теме диссертации

### Монографии и учебно-методические пособия:

[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.

### Статьи в рецензируемых журналах:

[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 // 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.Касимова, 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.Касимова // Здоровоохранение 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 // 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. Касимова, 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 // «Здоровоохранение 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 последиplomного 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 последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2017. -№2. -С. 37-43.

[19-А] Бобоходжаева М.О. Эффективность функционирования Молодежных клинико-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 последиplomного 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.

#### **Статьи и тезисы в 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.Касимова, 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. Касимова, 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. Касимова // 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. Касимова, 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. Касимова, 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.Касимова // 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 последиplomного 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 последиplomного 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 хизматрасонӣ ва сатҳи беморшавии аввалияи ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон /А.Ахмедов //Вестник медико-социального института Таджикистана. -Душанбе, 2022. -С. 5-11.

## Приложение 1.

### Анкета по изучению репродуктивного поведения и факторов риска у подростков и молодежи

Уважаемый друг! Настоящая анкета анонимная, т.е. не называя имени, фамилии, просим искренне ответить на вопросы. Эти данные нужны для разработки путей предупреждения абортов и болезней, передаваемых половым путем среди подростков и молодежи, т.е. мы хотим, чтобы Вы были здоровы и счастливы.

Пол (муж, жен.)                      Возраст \_\_\_\_\_                      Образование \_\_\_\_\_

Национальность:    А) Таджик(чка)            Б) Узбек(чка )    В) Русский(ая)

Другая(указать) -----

1. Знаете ли Вы что такое менструация?

А) Да                      Б) Нет

2. Ведете ли Вы менструальный календарь?

А) Да , регулярно    Б) Не веду    В) Не знаю что это такое

3. Ведете ли Вы разговоры со взрослыми по вопросам полового поведения?

А) Да    Б) Не веду нет доверия ко взрослым    В) Стесняюсь    Г) Другое (напишите).

4. С какого возраста, на Ваш взгляд, можно жить половой жизнью?

А) До 15 лет            Б) С 16 лет    В) С 17 лет    Г) С 18 лет    Д) Старше 25

5. Живете ли Вы половой жизнью?

А) Да                      Б) Нет

6. С какого возраста? 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, более 20 Не живу

7. Ваше отношение к половой жизни до брака

А) Можно жить половой жизнью без заключения брака

Б) Половой жизнью можно жить только после заключения брака

В) Не знаю

8. Каковы были мотивы начала половой жизни?

А) Любовь Б) Обещание жениться В) Половое влечение Г) Уступка давлению мужчины(женщины) Д) Состояние алкогольного опьянения Е) Любопытство Ж) Материальные затруднения З) Другое (напишите)

9. Имеет ли отрицательное влияние на здоровье раннее начало половой жизни?

А) Да Б) Нет

10. Считаете ли Вы вредным прерывание первой беременности?

А) Да Б) Нет

11. О каких вредных последствиях прерывания беременности Вы знаете?

А) Воспалительные заболевания Б) Бесплодие В) Кровотечение Г) Не знаю Д) Другое (напишите-----)

12. Какие Вы знаете методы контрацепции (предупреждения беременности)?

А) Прерванный половой акт

Б) Календарный метод

В) Презерватив

Г) Колпачок

Д) Диафрагма

Е) Внутриматочная спираль

Ж) Гормональные таблетки

З) Гормональные инъекции (уколы)

И) Стерилизация мужская и женская

13. От кого Вы получили сведения о средствах контрацепции?

А) От медицинских работников Б) От родителей В) От знакомых

Г) По радио, телевидению, газеты, журналы

14. Применяете ли Вы какой-нибудь метод контрацепции

А) Да

Б) Нет

15. Если да, то какой? (напишите)

16. Каким методом контрацепции ВЫ хотели бы пользоваться?

А) Прерванный половой акт

Б) Календарный метод

В) Презерватив

Г) Колпачок

Д) Диафрагма

Е) Внутриматочная спираль

Ж) Гормональные таблетки

З) Гормональные инъекции (уколы)

И) Стерилизация

17. В каком возрасте Вы хотите вступить в брак?

А) 15-17

Б) 19-21

В) После 25

18. Сколько Вы хотите иметь детей?

А) Ни одного Б) Одного В) Двух Г) Трех Д) 4 и более

16. Назовите, какие заболевания передаются половым путем?

---

Сифилис      Гонорея      Спид      Хламидиоз      Трихомониаз

Вирусный гепатит      Бронхит      Рак      Вирус простого герпеса      Грибок

19. Имеете ли Вы представление о СПИД?

А) Имею подробную информацию      Б) Слышал (а) об этом заболевании

В) Не знаю

---

---

20. Какие Вы знаете пути передачи СПИД?

А) Через кровь Б) Рукопожатие В) Поцелуй Г) Половое сношение Д) Шприц (укол) Ж) От матери плоду (внутриутробно) З) Не знаю

21. Считаете ли Вы это заболевание опасным?

А) Да Б) Нет

22. Считаете ли Вы, что опасность заражения СПИДом:

А) Высокая Б) Незначительная В) Другое (напишите)-----

---

23. Как защитить себя от заболеваний, передающихся половым путем?

А) Иметь постоянного полового партнера Б) Пользоваться презервативом В) Другое (напишите)

---

24. Считаете ли Вы необходимым организацию кабинетов по оказанию репродуктивных услуг подросткам ?

А) Да Б) Нет

---

СПАСИБО!

**Изучение доступности и качества контрацептивной помощи  
в ММКО**

**Поздоровьтесь и представьтесь, объясните, что данная информация будет использована ТОЛЬКО И ТОЛЬКО для УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВО УСЛУГ В СФЕРЕ РЗ И ПС, и не в коем образом не направлена на наказание и причинения кому либо зла.**

Имя \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Национальность \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Учреждения здравоохранения, которое обслуживают территорию Вашего проживания \_\_\_\_\_

Когда вы последний раз посетили учреждения здравоохранения территории Вашего проживания (указать в месяцах, если меньше одного месяца, то в днях)  
\_\_\_\_\_

Когда Вы последний раз посетили, какое-либо медицинское учреждение, где оказывают услуги в сфере РЗ/ПС (указать в месяцах, если меньше одного месяца, то в днях) \_\_\_\_\_

Какой вид услуги в сфере РЗ/ПС Вы получали? (указать) \_\_\_\_\_

---

Сколько у Вас было беременностей \_\_\_\_\_

Сколько у Вас живых детей в настоящее время \_\_\_\_\_

Сколько у Вас абортов \_\_\_\_\_

Последний раз когда Вы рожали детей \_\_\_\_\_

Интервалы между последними и предыдущими родами было меньше двух лет или больше (указать) \_\_\_\_\_

В настоящее время Вы предохраняетесь от не желательной беременности  
\_\_\_\_\_ **ДА НЕТ**

Если **ДА** то каким способом \_\_\_\_\_

Какие средства контрацепции Вы знаете? (перечислите) \_\_\_\_\_

Какие средства контрацепции Вам рекомендовали врачи/акушерки/ другой медперсонал \_\_\_\_\_

Какой метод контрацепции Вы сами предпочитаете \_\_\_\_\_

Каким методам контрацепции Вы пользуетесь \_\_\_\_\_

Сколько время предохраняетесь от беременности \_\_\_\_\_

За услуги по РЗ/ПС от Вас получали денег \_\_\_\_\_ **Да Нет**

Если да то сколько \_\_\_\_\_

Если да то за что \_\_\_\_\_

Вы сами приобрели контрацептивы \_\_\_\_\_ **Да Нет**

Если да, то дополнительно за услуги РЗ/ПС медработники от Вас получали денег \_\_\_\_\_ **Да Нет**

Если да то сколько \_\_\_\_\_

Довольны ли Вы качеством услуг в сфере РЗ/ПС которые Вы получали? (подчеркнуть) \_\_\_\_\_ **Да Нет**

Если Да то почему? (указать) \_\_\_\_\_

Если Нет, то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

Как Вы думаете контрацептивные средства которые поступают на гуманитарной основе качественные или нет? \_\_\_\_\_ **Да Нет**

Если Да то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

---

Если Нет, то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

Вы сами в состоянии купить контрацептивные средства в коммерческих аптеках \_\_\_\_\_ **ДА Нет**

Как Вы думаете, ПС это только женская проблема? \_\_\_\_\_ **ДА Нет**

Если Да то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

Если Нет, то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

Как вы думаете, контрацептивные средства можно рекламировать посредством радио и телевидения? \_\_\_\_\_ **ДА НЕТ**

Если да то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

Если, нет, то почему? (указать) \_\_\_\_\_

---

Что вы можете конкретно предложить по улучшению доступа и качества услуг в сфере \_\_\_\_\_ **РЗ/ПС**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Монитор** \_\_\_\_\_ **роспись** \_\_\_\_\_ **Дата** \_\_\_\_\_

## Приложение 3.

**КРАТКИЙ ОПРОСНИК ВОЗДЛЯ ОЦЕНКИ  
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (с дополнениями)  
(WHOQOL-BREF)**

*Следующие вопросы касаются Вашей точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы Вашей жизни. Я буду вслух читать Вам каждый вопрос вместе с вариантами ответов. Пожалуйста, выберите ответ, который покажется наиболее подходящим. Если вы не уверены, как ответить на вопрос, первый ответ, который придет Вам в голову, часто бывает наилучшим. Пожалуйста, помните о своих стандартах, надеждах, развлечениях и интересах. Мы спрашиваем о том, какой Вы считаете свою жизнь в течение последних четырех недель.*

		Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Отлично
1	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?	1	2	3	4	5
		Очень не удовлетворительно	Не удовлетворительно	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен
2	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?	1	2	3	4	5
В ответах на следующие вопросы укажите, в какой степени Вы испытывали определенные состояния в течение последних четырех недель.						
		Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезмерно
3	По Вашему мнению, в какой	5	4	3	2	1

	степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?					
4	В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?	5	4	3	2	1
5	Насколько Вы довольны своей жизнью?	1	2	3	4	5
6	Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь выполнена смыслом?	1	2	3	4	5
7	Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?	1	2	3	4	5
8	Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
9	Насколько здоровой является физическая среда	1	2	3	4	5

вокруг Вас?						
В следующих вопросах речь идет о том, насколько полно Вы ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течение последних четырех недель.						
		Вовсе нет	Немного	Умеренно	В основном	Полностью
10	Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	1	2	3	4	5
11	Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?	1	2	3	4	5
12	Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?	1	2	3	4	5
13	Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?	1	2	3	4	5
14	В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?	1	2	3	4	5
		Очень плохо	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен
1	Насколько легко	1	2	3	4	5

5	Вы можете добраться до нужных Вам мест?					
1 6	Насколько Вы удовлетворены своим сном?	1	2	3	4	5
1 7	Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?	1	2	3	4	5
1 8	Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?	1	2	3	4	5
1 9	Насколько Вы довольны собой?	1	2	3	4	5
2 0	Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?	1	2	3	4	5
2 1	Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?	1	2	3	4	5
2 2	Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?	1	2	3	4	5
2	Насколько Вы	1	2	3	4	5

3	удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?					
2 4	Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?	1	2	3	4	5
2 5	Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?	1	2	3	4	5
Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы ощущали или переживали определенные состояния в течение последних четырех недель.						
		Никогда	Изредка	Довольно часто	Очень часто	Всегда
2 6	Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?	5	4	3	2	1

**У Вас есть какие-нибудь замечания в отношении обследования (оценки)?**

---



---



---

[Следующую таблицу следует заполнять после завершения интервью]

		Уравнения для подсчета баллов по каждой сфере	«Сырой» показатель	Преобразованные показатели	
2 7	<i>Сфера 1</i>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$		<b>4-20</b>	<b>0-100</b>
2 8	<i>Сфера 2</i>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$			
2 9	<i>Сфера 3</i>	$Q20 + Q21 + Q22$			
3 0	<i>Сфера 4</i>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$			

### ИНФОРМАЦИЯ О ВАС

\* Пожалуйста, укажите Ваш пол мужской ..... 1

(обведите нужный номер справа) женский ..... 2

\* Когда Вы родились? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ДЕНЬ                      МЕСЯЦ                      ГОД

\* Уровень Вашего образования (обведите нужное):

неоконченное среднее (менее 10 кл.) ..... 1

среднее (общее или специальное, незаконченное высшее) ..... 2

высшее ..... 3

имею ученую степень ..... 4