БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

Ларичева Евгения Геннадьевна

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ У ЮНОШЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Мещеряков Виталий Витальевич

Сургут – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4
ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ МОЛОДЁЖИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 15
1.1 Репродуктивное здоровье юношей в современном обществе 20
1.2 Репродуктивное поведение как фактор, определяющий репродуктивное благополучие молодёжи 21
1.3 Информированность подростков в сфере репродуктивного здоровья 27
1.4 Значение полового воспитания в реализации репродуктивного потенциала ... 29
1.4.1 Половое воспитание за рубежом 30
1.4.2 Половое воспитание в России 32
1.4.3 Актуальность совершенствования подходов к половому воспитанию юношей в Российской Федерации 36
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 38
2.1 Организация и этапы исследования 38
2.2 Статистическая обработка материалов исследования 45
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЮНОШЕЙ 15-17 ЛЕТ 48
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНОШЕЙ И УРОВНЯ ИХ ИНФОРМИРОВАННОСТИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ И УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ 57
4.1 Особенности полового поведения юношей в современных условиях во взаимосвязи с социальными факторами и уровнем мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере 57
4.2 Уровень информированности о репродуктивном здоровье юношей 15-17 лет во взаимосвязи с особенностями их полового поведения и социальными факторами 64

4.3 Согласованное мнение юношей о фактических источниках информации о репродуктивном здоровье и родителей юношей о рекомендуемых информационных источниках о репродуктивном здоровье 71
4.4 Связи между уровнями знаний о репродуктивном здоровье и мотивации на его сохранение, социальным статусом семей, сексуальной активностью и образом жизни юношей 73
ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ У ЮНОШЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ 76
5.1 Алгоритм межведомственного междисциплинарного взаимодействия в формировании у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере 77
5.2 Инновационная образовательная программа «Школа юного джентльмена» ... 82
5.3 Результативность информационно-мотивационной программы «Школа юного джентльмена» по формированию у юношей здоровьесберегающего полового поведения 90
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 99
ВЫВОДЫ 114
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 116
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 117
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ 118
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 119
Приложение А 144
Приложение Б 149
Приложение В 151
Приложение Г 152
Приложение Д 153

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Наиболее значимыми особенностями демографической ситуации России в настоящее время являются сверхнизкая рождаемость и обусловленная ей депопуляция. Для сохранения численности населения на одном уровне необходим суммарный коэффициент рождаемости 2,1 рождений на женщину в течение жизни, но рождаемость в Российской Федерации не достигает этого уровня [7]. Так, в 2021 году суммарный коэффициент рождаемости в России составил 1,5, причём отрицательная тенденция сохраняется и в настоящее время [176]. На 1 января 2023 года Росстат зарегистрировал падение населения России за год на 556 тысяч человек: с 146 980 до 146 424 (оценка сделана без учета официальной статистической информации по Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Запорожской и Херсонской областям) [114]. По мнению Института Гайдара, суммарный коэффициент рождаемости в 2023 году может снизиться до 1,3-1,39, что близко к странам с наименьшей рождаемостью в мире, а число рождений может составить менее 1,2 млн – худшее значение в современной России [15].

Таким образом, в современном российском обществе наблюдается продолжающееся критическое ухудшение демографической ситуации, ведущей к постарению совокупной рабочей силы в стране, нехватке трудовых ресурсов и призывного контингента [7]. Это угрожает национальной безопасности государства, порождает социальную нестабильность и нарушает традиционный для России уклад жизни [8].

Выделяют следующие причины демографического кризиса в России [89]:

– Демо-экономические факторы, характерные для индустриальных и постиндустриальных обществ, как в развитых, так и в развивающихся странах, где уже завершился демографический переход: урбанизация, всеобщее образование, изменение структуры занятости населения, рост средней ожидаемой продолжительности жизни, ведущий вместе с низкой рождаемостью к демографическому старению населения [136];

– Социо-экономические факторы, связанные с отказом от прежней социально-экономической модели общества (общества тотальной социальной защищённости) и связанные с ними коренные экономические реформы, низкий уровень жизни значительной части населения, отсутствие уверенности в завтрашнем дне, фактическое отсутствие реальной государственной поддержки материнства и детства (за исключением «материнского капитала» и региональной его версии в большей части регионов), невысокий уровень «детских» пособий, высокий уровень женской занятости, недостаточная обеспеченность детскими учреждениями, высокая стоимость детских товаров и услуг по воспитанию и обучению [27];

– Социо-медицинские факторы, связанные со снижением качества жизни и здоровья населения, ростом наркомании и алкоголизма, повышением уровня смертности в результате недостаточной поддержки общественного здравоохранения. Так, забота о собственном здоровье до сих пор не является высокой ценностью в рамках менталитета существенной части населения, что предопределяет высокую алкоголизацию, смертность от несчастных случаев, высокую распространённость ряда заболеваний [7];

– Социально-этические факторы, связанные с резкой деформацией социальной структуры общества, деградацией его институтов и как следствие — с массовой психологической депрессией, деградацией общественной морали и кризисом института семьи [23];

– Информационные факторы, связанные с изменениями содержательной части информационной среды, формами её реализации, процессами отрицательного воздействия информации на здоровье населения [43]. Так, под влиянием СМИ изменяются репродуктивные установки, популяризируются среди российской молодёжи западные образцы семейного, репродуктивного и сексуального поведения [145].

Основными негативными факторами, влияющими на снижение суммарного коэффициента рождаемости, на текущий момент в Российской Федерации являются ухудшение экономической ситуации, внешнеполитическая деятельность

государства, рост уровня тревожности, а также распространение в молодежной среде здоровьеразрушающих форм поведения и либерализация семейных ценностей, приводящие к изменению стандарта полового поведения подростков на «рисковый», ассоциированный с ростом частоты подростковых беременностей и абортов, а также заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП) [13].

С позиции организации здравоохранения с целью улучшения демографической ситуации следует в кратчайшие сроки разработать и реализовать социо-медицинскую, социо-этическую и информационную поддержку молодёжи, как основного потенциала в повышении рождаемости. Поэтому решение данной задачи имеет первостепенное значение для России [91].

Юноши и девушки подросткового возраста остро нуждаются не только в воспитании у них духовных и семейных ценностей, но и в знаниях в области самосохранительного репродуктивного поведения, отсутствие которых является причиной низкой гигиенической, контрацептивной и репродуктивной культуры и недостаточных профилактических навыков в области репродуктивного здоровья в целом [57]. Важность здоровьесохраняющего репродуктивного поведения определяет необходимость разработки и реализации образовательных программ по половому воспитанию подростков [162].

Учитывая, что именно юноши, как правило, являются инициаторами сексуальных отношений, очевидна необходимость оптимизации подходов к обучению этой гендерной группы методам контрацепции, а также преподнесению объективных знаний о значимости возраста начала половой жизни, риске инфицирования ИППП при незащищённом половом акте, юридических аспектах половых отношений, негативном влиянии подростковых беременностей и абортов на здоровье партнёрши, а также важности обращения к врачу с профилактической целью и в случае развития заболевания органов половой системы [9].

Таким образом, актуальным следует считать решение проблемы эффективного полового воспитания юношей, способствующего формированию их здоровьесберегающего поведения в репродуктивной сфере с целью обеспечения

целостности и обороноспособности государства, его экономической и социально-демографической перспективы [64, 200].

Степень разработанности темы исследования. Исследования репродуктивного здоровья, форм и методов профилактической работы по формированию здоровьесберегающего поведения в репродуктивной сфере в большинстве работ касаются главным образом девушек [11, 31, 35, 124, 130, 162]. Они, как правило, посвящены вопросам сексуального образования, профилактике подростковой беременности и негативного значения абортов. В то же время имеются лишь единичные подобные исследования у юношей [8]. Отсутствие у юношей, в отличие от девушек, объективных клинически признаков половой активности затрудняет оценку этого параметра в указанной гендерной группе.

Результативность школы здоровья – это «достижение изменений в состоянии здоровья пациентов и их поведения в результате обучения» [140]. Оценка результативности школы здоровья в репродуктивной сфере требует применения конкретных её критериев, в частности для оценки полового поведения. При работе с девушками таковыми являются динамика частоты беременностей и абортов [162], у юношей же подобные критерии на сегодняшний день не определены.

Поведение, в том числе половое, находится в тесной взаимосвязи с понятием «мотивация». Согласно основам общей психологии, мотивация — процесс внутреннего управления поведением человека, включающий совокупность мотивов, поддерживающих, направляющих и определяющих поведение [45]. Учитывая, что основной целью школы здоровья является повышение информированности в области репродуктивного здоровья, важным представляется исследование связи между уровнями информированности, мотивации и особенностями полового поведения. В значительной части работ убедительно доказана зависимость результативности терапии от уровня мотивации на выполнение назначенного врачом лечения. Однако, роль информированности в формировании мотивации изучена недостаточно. Существуют единичные работы, где установлена прямая связь между уровнем информированности и уровнем мотивации на здоровьесбережение в области гигиенических навыков у взрослых

[167] и реабилитации кардиологических пациентов [115]. В области репродуктивного здоровья подобных исследований нет.

Следует полагать, что повышение уровня информированности и мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере является объективным критерием результативности школы здоровья, в том числе для юношей. Однако, в настоящее время не разработаны анкеты, позволяющие объективно оценить особенности полового поведения юношей, уровни знаний о репродуктивном здоровье и мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере.

Решение описываемой проблемы невозможно без комплексного подхода с участием специалистов различных профессий и организаций – врачей, психологов, социальных работников и педагогов [13, 74, 123]. В настоящее время чётко выстроенные на основе межведомственного и междисциплинарного взаимодействия социально-гигиенические подходы по формированию здоровьесбережения юношей в области репродуктивного здоровья отсутствуют.

Цель исследования. Научное обоснование, разработка и оценка результативности социально-гигиенической технологии формирования у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере.

Задачи исследования:

1. Провести анализ состояния и динамики заболеваемости патологией мочеполовой системы у юношей 15-17 лет города Сургута в сравнении с данными по Российской Федерации и её субъектам за 2018-2022 гг.
2. Установить современные особенности полового поведения юношей 15-17 лет во взаимосвязи с социальными факторами и уровнем мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере.
3. Исследовать уровень информированности юношей 15-17 лет о репродуктивном здоровье, согласованное мнение юношей 15-17 лет и их родителей об информационных источниках в области репродуктивного здоровья, а также выявить связи между уровнями информированности о репродуктивном здоровье, мотивации на его сохранение, половой активностью и социальными факторами.

4. Разработать социально-гигиеническую технологию, включающую информационно-мотивационную образовательную программу и алгоритм межведомственного междисциплинарного взаимодействия по формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере и оценить её результативность.

Научная новизна исследования.

Впервые проведён анализ заболеваемости патологией мочеполовой системы у юношей 15-17 лет города Сургута в сравнении с данными по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (ХМАО - Югре), Уральскому федеральному округу (УрФО) и Российской Федерации в период с 2018 год по 2022 год.

На основе анонимного анкетирования впервые установлены особенности полового поведения юношей 15-17 лет: высокая половая активность, ранний сексуальный дебют, распространённость рисковых форм полового поведения среди сексуально активных юношей.

Установлен низкий уровень информированности современных юношей по вопросам репродуктивного здоровья. Доказано отсутствие связей между уровнями знаний о здоровье в репродуктивной сфере и мотивации на сохранение репродуктивного здоровья с ранжированными уровнями социального статуса семей юношей и образа их жизни. Впервые установлена связь между уровнями мотивации на сохранение репродуктивного здоровья и информированности юношей в сфере репродуктивного здоровья; на этой основе обоснована необходимость повышения уровня знаний юношей по вопросам здоровья в репродуктивной сфере путём разработки и внедрения компетентными специалистами эффективной образовательной технологии.

На основе согласованного мнения юношей и их родителей установлены сложившиеся информационные источники знаний в области репродуктивного здоровья и возможные пути повышения уровня и объективизации соответствующих знаний.

На основе полученных результатов исследования научно обоснована и

разработана социально-гигиеническая технология формирования у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере на основе межведомственного междисциплинарного взаимодействия. Установлена высокая результативность образовательной программы по формированию мотивации на здоровьесберегающее поведение юношей в области репродуктивной сферы "Школа юного джентльмена", разработанной врачами и психологами детской поликлиники и реализованной на базе общеобразовательных учреждений в рамках деятельности организационной формы "Школа репродуктивного здоровья для подростков".

Теоретическая и практическая значимость исследования. Результаты, полученные в ходе исследования, позволили выявить проблемы в области репродуктивного здоровья среди юношей 15-17 лет и обосновать необходимость совершенствования социально-гигиенических подходов к формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере. Исследование уровня информированности современных юношей о репродуктивном здоровье, уровня их мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере, согласованного мнения юношей и их родителей об информационных источниках о репродуктивном здоровье позволили определить в качестве основного направления по здоровьесбережению в репродуктивной сфере совершенствование образовательных программ для юношей с участием компетентных специалистов медицинских организаций педиатрического профиля.

Внедрение разработанной автором совместно с психологами детской поликлиники образовательной программы "Школа юного джентльмена" позволило повысить уровень мотивации на сохранение здоровья в репродуктивной сфере у юношей через повышение уровня информированности. Реализация социально-гигиенической технологии по формированию здоровьесберегающего поведения у юношей 15-17 лет в репродуктивной сфере привело к снижению распространённости рисковых форм полового поведения. Анонимное анкетирование перед началом реализации образовательной программы "Школа юного джентльмена" позволило на основе установления особенностей полового

поведения и уровня знаний о репродуктивном здоровье определить наиболее значимые для конкретной группы юношей вопросы для изучения.

Методология и методы исследования. Методологически в работе использованы следующие научные подходы: социологический, статистический и аналитический. При этом применялись следующие методы – анкетирования, экспертных оценок, сравнения и установления связей.

Предметом исследования явилось репродуктивное поведение юношей 15-17 лет, обучающихся в 9-10 классах средних общеобразовательных школ, а объектом исследования здоровьесбережение юношей в области репродуктивной сферы. Единицей наблюдения в зависимости от этапа исследования являлись утверждённые формы федерального статистического наблюдения №12, юноши 15-17 лет и их родители.

Исследование проведено с использованием комплексного подхода по классической схеме:

1-й этап - проектирование: а) методологическая часть (описание проблемы и критический анализ существующих подходов к её решению; формулирование темы, гипотезы, цели и задач, объекта и предмета исследования, выбор единицы наблюдения; обоснование новизны, научной и практической значимости предполагаемых результатов); б) методическая часть (методы сбора информации, методы исследования и анализа);

2-й этап - организация исследования и его реализация: а) сбор информации, формирование базы данных; б) статистическая обработка материала; в) анализ результатов исследования; г) внедрение результатов исследования и оценка их эффективности.

Положения, выносимые на защиту:

1. Высокий уровень общей и первичной заболеваемости патологией мочеполовой системой и распространенность рисковых форм полового поведения у юношей 15-17 лет определяют необходимость совершенствования социально-гигиенических подходов к формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере.

2. Отсутствие утверждённых информационно-мотивационных программ обучения здоровьесбережению в репродуктивной сфере для юношей подросткового возраста образовательной среде и семье обусловливает низкий уровень их информированности в вопросах репродуктивного здоровья; реально используемые юношами информационные источники о репродуктивном здоровье не позволяют получить объективные сведения по данному вопросу.
3. Получение объективных знаний юношами 15-17 лет о репродуктивном здоровье от компетентных специалистов способствует формированию у них мотивации на здоровьесберегающее половое поведение.
4. Внедрение разработанной социально-гигиенической технологии, включающей информационно-мотивационную программу и алгоритм её реализации на основе межведомственного междисциплинарного взаимодействия, позволяет снизить распространенность рисковых форм полового поведения у юношей подросткового возраста.

Степень достоверности и апробация результатов.

Научные положения и практические рекомендации, сформулированные автором в диссертации, основаны на изучении достаточного репрезентативного объема статистического материала. Минимальный объём выборочной совокупности определяли двумя способами - рекомендованным для социологических исследований методом В.И. Паниотто (2003г.) и методом К.А. Отдельновой (1980 г.).

В работе использованы современные методы исследования, соответствующие поставленным задачам. Выводы аргументированы и вытекают из проведенного автором исследования. Для математической обработки полученных в результате настоящего исследования числовых множеств использованы лицензионные программы Microsoft Excel 15.0 и Statistica 10.0.

Результаты исследования апробированы:

1. На Четвертом конгрессе педиатров Урала в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Фармакотерапия и диетология в педиатрии» (г. Екатеринбург, 23.09.2019г.);

2. На IX Конгрессе педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» (респ. Таджикистан, г. Душанбе, 10-11.10.2019г.);
3. На IV Всероссийской научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на Севере» (г. Сургут, 20.10.2019г.);
4. На XVIII Конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием (г. Москва, 22-24.10.2019 г.);
5. На 14-ом общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (г. Сочи 08.09.2020 г.);
6. На VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы гигиены» (г. Санкт – Петербург 27.02.2021 г.);
7. На XXIII Конгрессе Педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (г. Москва, 5-7.03.2021 г.);
8. На Региональной конференции органов исполнительной власти Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Межведомственное взаимодействие как эффективная практика внедрения стационарозамещающих технологий социального обслуживания» (г. Сургут, 30.11. – 01.12.2021 г.);
9. На V юбилейной Научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодёжи. Кротинские чтения» (г. Санкт-Петербург, 03.12.2021 г.);
10. На X научно-практической конференции «Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения» (г. Якутск, 03-04.02.2023 г.);
11. На IV Всероссийском конгрессе с международным участием «5П Детская медицина»: Инновации в медицине сегодня — здоровое поколение завтра» (г. Москва, 21-23.03.2023 г.).

Информация о внедрении результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» (Акт внедрения № 25-03/198 от 07.04.2023 г.) и в учебный процесс кафедры патофизиологии и общей патологии (курс общественного здоровья и здравоохранения) БУ ВО «Сургутский государственный университет»:

используются при чтении лекций и проведении практических занятий раздела «Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации» студентам по направлениям подготовки 31.05.01 Лечебное дело и 31.05.02 Педиатрия по дисциплине «Общественное здоровье, здравоохранение и экономика здравоохранения», ординаторам специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье по дисциплине «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (Акт внедрения № 139/1 от 18.05.2023 г.).

Личный вклад автора. Автором проведен анализ литературы по теме исследования, получены первичные данные и произведена статистическая обработка материала; сформулированы выводы и практические рекомендации, а также написан текст диссертации. Доля личного участия в совместных публикациях составляет 80%.

Публикации. Материалы диссертации представлены в печати в девяти публикациях, 3 из которых - в рецензируемых изданиях перечня ВАК, рекомендованных для изложения результатов диссертационных исследований (два журнала категории К1, один журнал категории К3), в том числе одна из них – в периодическом издании базы цитирования Scopus.

Структура и объём диссертации. Общее число страниц диссертации – 154, таблиц – 35, рисунков - 4.

Диссертация структурирована следующим образом: введение, пять глав основного текста (обзор литературы, материалы и методы исследования, 3 главы с результатами собственных исследований), заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы (178 российских и 43 зарубежных источников, всего 221 единицу), список сокращений, список терминов и 5 приложений.

ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ МОЛОДЁЖИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В Российской Федерации в настоящее время сложился отрицательный естественный прирост: в 2022 году смертность составила 13,1, а рождаемость 9,0 на 1000 населения [164]. При этом в случае лучшего прогноза к 2035 году в РФ коэффициент суммарной рождаемости не будет более чем 1,738, а естественная убыль населения составит ежегодно в среднем 244 000 человек [29]. Миграционный прирост населения лишь отчасти может компенсировать естественную убыль, а для кардинального решения этой проблемы требуется разработка и реализация комплексного подхода по повышению репродуктивного потенциала РФ [121, 164].

Меры по повышению уровня репродуктивного здоровья и реализация репродуктивного потенциала населения РФ служат основой обеспечения социально-демографической устойчивости и национальной безопасности государства [45, 100]. Базисом демографического потенциала популяции является молодежь, которая по критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) включает возрастные пределы от 10 до 24 лет; именно она служит тем потенциалом, который и определяет будущее экономики, здравоохранения и социальной сферы. Поэтому риски для её здоровья имеют долгосрочное влияние [29, 88]. Демографическая ситуация в России сегодня обусловлена в значительной степени недостаточной реализацией репродуктивного потенциала современной молодёжи, что подчёркивает необходимость решения проблемы репродуктивного здоровья подростков, как демографической основы нации [56, 75, 130].

С наблюдаемыми в последние десятилетия социально-экономическими преобразованиями связана динамика не только демографических процессов, но и изменения в семейно-брачных отношениях, половом поведении, уровне мотивации на сохранение репродуктивного здоровья [162].

Наблюдаемое в последние десятилетия уменьшение численности молодёжи, неблагоприятная динамика состояния её здоровья, отсутствие утверждённых

программ социальной адаптации подростков являются теми факторами, которые могут негативно влиять на экономику и национальную безопасность государства. Разработка и реализация программ по сохранению репродуктивного потенциала и репродуктивного здоровья подростков должна быть частью государственной политики по обеспечению демографической и национальной безопасности [72, 154]. При этом без формирования ответственности самих подростков за своё здоровье и вовлечения их в партнёрские отношения со специалистами по охране здоровья решение обозначенных задач невозможно [64, 66].

Согласно определению ВОЗ, репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психосоциальных отношениях в семье. При оценке репродуктивного здоровья учитываются не только наличие патологии репродуктивной сферы, но и общесоматические заболевания, соответствие паспортному возрасту полового и физического развития, а также медико-социальные факторы риска развития патологии репродуктивной сферы [64, 82]. При этом следует учитывать также состояние полового воспитания, полового поведения, психологическую готовность к родительству и уровень репродуктивных установок [52].

За последние 20 лет произошло резкое ухудшение здоровья подростков [1, 30], что убедительно свидетельствует о необходимости активизации профилактической деятельности, направленной на сохранение репродуктивного потенциала [95, 99, 146].

На сегодняшний день абсолютно здоровыми можно считать не более 3-10% детей, при этом отмечается рост распространённости хронических заболеваний, которые напрямую или опосредованно негативно влияют на формирование репродуктивного потенциала [148]. Это хронические воспалительные заболевания органов репродуктивной сферы, нарушения полового развития, врождённые пороки внутренних и наружных половых органов, а также психические расстройства и фоновая соматическая патология [162]. Поскольку около 60%

заболеваний детского и подросткового возраста представляют угрозу фертильности [135], ухудшение физического благополучия подростков стало причиной развития значительных медико-социальных последствий [29]. Гиподинамия, неправильное питание, токсическое воздействие психоактивных веществ (ПАВ) на фоне морфофункциональной незрелости подросткового организма являются одними из ведущих факторов, способствующих формированию патологии, ухудшая прогноз состояния здоровья населения [73].

Отдельного внимания в формировании здоровьесбережения в репродуктивной сфере заслуживает распространенность инфекций, передаваемых половым путём [8, 171]. Несмотря на общую тенденцию в РФ к снижению распространённости ИППП [10, 205, 209], заболеваемость остаётся высокой. В настоящее время в мире ежегодно регистрируется более 340 миллионов новых случаев ИППП, при этом заболеваемость в популяции молодёжи выше таковой в общей когорте населения в 4-5 раз, особенно это актуально для подростков - в течение года заболевает каждый 12-й из них [169]. Наиболее уязвимой группой риска инфицирования ИППП являются лица 15-17 лет - заболеваемость сифилисом и гонореей в их популяции практически сопоставима с таковой у взрослых, а на отдельных территориях РФ превышает её [25]. Динамика заболеваемости отдельными видами ИППП у подростков аналогична таковой у взрослых [125].

Структура заболеваемости ИППП у подростков претерпела изменения за счёт увеличения удельного веса скрытых форм заболеваний ввиду роста их распространённости, что является опасным в эпидемиологическом аспекте [61]. На фоне снижения заболеваемости гонококковой инфекцией, сифилисом и трихомониазом [125] регистрируется устойчивый уровень этого показателя аногенитальными бородавками и урогенитальным хламидиозом, а заболеваемость генитальной герпетической инфекцией неуклонно растёт [127]. При этом весьма негативной является следующая тенденция - подростки не обращаются или обращаются несвоевременно за помощью к специалистам в случае заболевания ИППП, нередко занимаются самолечением, занимают выжидательную тактику. Всё это отрицательно сказывается на течении болезни и её исходах, в том числе в

части репродуктивной функции [39].

Осложнения со стороны репродуктивной системы при ИППП являются закономерными [218], при этом формирование инфертильности наиболее характерно для лиц, перенесших острые урогенитальные инфекции именно в подростковом периоде [14, 159]. Ряд исследований показал прямое влияние на формирование инфертильности мужчин гонококков, хламидий, уреаплазм и микоплазм, а вирусы гепатита В, папилломы человека и простого герпеса значительно снижают результативность вспомогательных репродуктивных технологий [199, 214]. В результате перенесённых острых урогенитальных инфекций у мужчин развивается повреждение сперматогенного эпителия, что сопровождается нарушением тестикулярной эндокринной функции. Всё это в комплексе снижает вероятность зачатия, увеличивает риск неблагоприятного течения беременности и поэтому определяет формирование репродуктивных потерь вследствие мужского фактора [8].

Основными факторами риска заражения ИППП в подростковой среде являются ранний половой дебют, недостаточный уровень знаний по вопросам профилактики ИППП и употребление ПАВ [128]. Случайные половые связи на фоне сексуальной безграмотности оказываются основной причиной распространения ИППП в данной возрастной группе [117]. Таким образом, учитывая специфику ИППП, уровень распространения, социальные особенности, негативное влияние на реализацию репродуктивной функции, существует острая потребность в совершенствовании мероприятий как по своевременной их диагностике и лечению, так и широкомасштабной пропаганде методов эффективной первичной и вторичной профилактики в молодёжной среде [177].

Отдельного внимания заслуживает текущая эпидемия ВИЧ-инфекции, которая оказывает значительное влияние на все, в том числе социальные сферы общества [50]. Распространённость ВИЧ-инфекции неуклонно растёт: за последние 10 лет в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) число заражённых выросло в полтора раза и составило порядка 1,4 миллиона человек, при этом две трети от этого количества проживают в России. Следует отметить, что

распространённость ВИЧ-инфекции в возрастной группе от 15-ти до 24-х лет возросла в два раза [40, 194].

В 2000 – 2004 гг. регистрировался всплеск заболеваемости ВИЧ-инфекцией, в 2000 году в возрастной структуре впервые заболевших преобладали лица до 30-ти лет (87%), а на возраст от 15-ти до 20-ти лет приходилось 24,7% всех впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции. Далее регистрировался спад заболеваемости и уже в 2016 году удельный вес подростков среди впервые выявленных случаев составил 1,2% [146]. Несмотря на это, дальнейшая динамика снижения заболеваемости не выражена и её показатели сохраняются стабильными [150].

Анализ путей передачи ВИЧ у подростков показал преобладание в период 1998-2002 гг. парентерального пути в абсолютном большинстве случаев (95,4%) по причине употребления наркотиков, в последующие годы основным стал половой путь инфицирования (67,6%) [19].

Эпидемия ВИЧ-инфекции актуализировала важность программ полового образования [1]. Подростки, ведя активную половую жизнь и имея рисковое половое поведение (ранний половой дебют, промискуитет, незапланированные половые контакты, нерегулярное и неправильное использование барьерных методов контрацепции), относятся к группе риска заражения ВИЧ-инфекцией половым путём [20, 118]. Несоответствие низкого уровня знаний о своём репродуктивном здоровье высокой половой активности является важным фактором, определяющим лёгкость передачи ВИЧ – инфекции в подростковой среде половым путём [26].

Результаты социологических исследований в странах ВЕЦА показали недостаточную информированность лиц от 15-ти до 24-х лет по вопросам о путях передачи ВИЧ-инфекции - лишь 37% опрошенных знали пути передачи этой инфекции и методы профилактики инфицирования. Это доказывает необходимость активизации просветительской работы среди подростков, в том числе в образовательных учреждениях [118]. Поскольку ВИЧ часто является следствием рискового поведения, то в основе профилактики ВИЧ-инфекции должно лежать формирование у молодых людей здоровьесберегающего поведения в

репродуктивной сфере [1].

Таким образом, снижение репродуктивного потенциала молодежи является популяционно значимым явлением, что определяет необходимость системных мер профилактики в данной возрастной группе, включая санитарно-гигиеническое просвещение подростков по вопросам сохранения репродуктивного здоровья [118].

1.1 Репродуктивное здоровье юношей в современном обществе

В настоящее время отмечается рост распространённости заболеваний органов мужской репродуктивной системы у детей всех возрастов, а у 20% детей мужского пола регистрируется так называемый синдром «неправильного пубертата» [16, 103]. По данным ряда авторов, юноши 18-ти лет в 40-60% случаев имеют патологию, которая в дальнейшем может оказать негативное влияние на их репродуктивную функцию [8, 117, 165]. В других исследованиях, базирующихся на результаты диспансеризации школьников, установлено, что 39,4% мальчиков 14-ти лет имели избыточную массу тела, что, как известно, негативно влияет на сперматогенез и сопряжено с дефицитом выработки тестостерона [12, 204]. Соматическая патология по данным диспансеризации выявляется у 74,2% юношей [51,149].

Следует отметить, что в современных условиях система сохранения и преумножения репродуктивного потенциала в нашей стране ориентирована, прежде всего, на решение проблем репродуктивного здоровья женщин, включая мотивацию на деторождение. На это направлены целевые, ориентированные на конечный результат такие государственные и региональные программы как «Концепция демографической политики РФ до 2025 года», Национальный проект «Здоровье», программа «Родовой сертификат» и другие. В то же время аналогичных программ такого уровня по сохранению и преумножению мужского репродуктивного здоровья и поддержку ответственного отцовства, к сожалению, нет [8].

Одна из важнейших проблем современного общества – это проблема бесплодия, причём количество бесплодных браков имеет тенденцию к

неуклонному росту. Примерно одна из 7 пар в течение своего репродуктивного периода (15-49 лет) сталкивается с этим [153]. По данным ВОЗ частота бесплодия более 15% является не только проблемой медицинской, но и приобретает социально-демографическую значимость [9]. В ряде регионов Российской Федерации распространенность бесплодных браков составляет 8,0 - 19,6% и тенденции к снижению этого показателя не отмечается [90].

Примерно половина бесплодных браков связаны с бесплодием мужчин – исключительно мужской фактор является такой причиной в 20-30%, сочетание мужского и женского фактора – также в 20-30%. То есть, в 50% случаев бесплодия имеет значение мужской фактор [179, 190]. По данным отдельных авторов заболевания репродуктивной системы мужчины являются причиной бесплодия в браке в 60% случаев, и отмечается тенденция к росту удельного веса мужского фактора как причины бесплодия [90, 137].

Абсолютное число бесплодных мужчин в России составляет от 3-х до 4-х миллионов [8], что обусловило нерождение около 4-х миллионов детей за последние 15 лет [90]. Однако истинные показатели частоты мужского бесплодия могут быть выше официально регистрируемых в связи с низким уровнем обращаемости мужчин и несовершенной системой диагностики, в том числе – массовой, что требует дальнейшего совершенствования андрологической службы в стране [5]. Около 60% патологий, являющихся причиной инфертильности у мужчин, имеют своё начало в детском и юношеском возрастных периодах [90, 103], в связи с чем лечение андрологической патологии у мужчин нередко представляет собой сложную задачу [85, 195].

Таким образом, в реализации репродуктивного потенциала и формировании репродуктивных потерь мужчины играют равную с женщинами роль [9].

1.2 Репродуктивное поведение как фактор, определяющий репродуктивное благополучие молодёжи

Демографическая ситуация определяется такими взаимосвязанными факторами, как репродуктивный потенциал, репродуктивное здоровье населения,

репродуктивные потери и репродуктивное поведение [8].

В начале XXI века произошли существенные изменения полового поведения подростков, причиной которых явилась их недостаточная информированность в области репродуктивного здоровья по причине бездействия семьи и школы и усиления на этом фоне авторитета подростковых сообществ [128]. В подростковой среде наблюдается возрастание частоты рисковых форм полового поведения, низкая физическая активность [54, 106]. Следует отметить, что подростки Российской Федерации лидируют по вовлеченности в рисковое поведение [193].

Усугубляет рисковое репродуктивное поведение приверженность к курению, алкоголю, наркотикам, ПАВ [20, 67, 121, 134], что выделяет данную возрастную группу в основную в сфере риска ухудшения репродуктивного здоровья [29]. По данным различных авторов, среди подростков Российской Федерации отмечаются высокие показатели распространенности еженедельного употребления алкоголя, табака, а также конопли, причём по этим показателям Россия входит в первую десятку стран [192 - 193]. Приверженность к психотропным веществам значительно влияет на репродуктивный потенциал. Так, данные большинства исследований указывают на негативное влияние никотина на уровень фертильности у мужчин: мета-анализ 20 исследований выявил значительный негативный эффект курения на параметры эякулята [185, 201].

Употребление ПАВ и алкоголя подростком повышает риск заражения ВИЧ и ИППП и формирует неблагоприятный прогноз в плане создания своей семьи и рождения здорового ребёнка [22, 155]. Приём ПАВ и алкоголя определяют неспособность подростка совершать адекватные поступки, следствием чего являются случайные сексуальные связи и незащищённые половые акты [217]. Всё это негативно сказывается на репродуктивном потенциале как отдельного индивидуума, так и нации в целом [88, 121].

Ранний сексуальный дебют, допустимость добрачных половых связей, распространённость промискуитета характеризуют особенности полового поведения современных подростков [29]. Это способствует росту числа абортов, заболеваемости ИППП и ВИЧ, материнской заболеваемости и смертности за счёт

данной возрастной группы.

Таким образом, негативными последствиями распространённого рискованного сексуального поведения являются распространение ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, ранние незапланированные беременности и последующие аборты [19, 183, 189, 220], что нарушает процесс формирования репродуктивного здоровья и, тем самым, ограничивает реализацию репродуктивной функции [35,74].

Отсутствие устойчивой мотивации к ведению здорового образа жизни и психологических установок на ответственное отношение к своему здоровью играют одну из ведущих ролей в неуклонном ухудшении здоровья современной молодёжи [29, 56]. Следует отметить, что по результатам некоторых социологических исследований, у современных подростков проявляется интерес к укреплению своего здоровья, как к приоритетной проблеме, однако уровень возрастания позитивных тенденций в репродуктивном поведении недостаточен для нормализации демографической ситуации в России [9].

Самообразование подростков в области половой сферы осуществляется с помощью интернета, телевидения, периодической печати. Указанные информационные источники неспособны профессионально и объективно преподносить материал – корректно доносить до подростка санитарно-гигиенические методы профилактики отклонений и заболеваний в области репродуктивной системы [143, 181].

Таким образом, в настоящее время у российских подростков наблюдаются две тенденции: высокая распространенность риска заболеваний и отсутствие мотивации к здоровому образу жизни при желании быть здоровым. Сбалансировать эти тенденции может предложенный ЮНИСЕФ развивающий подход, в котором расширение прав молодых людей на взрослое поведение должно сопровождаться соответствующим информированием и формированием ответственного поведения и отношения молодых людей к своему здоровью» [64, 75].

Одним из показателей рискового сексуального поведения несовершеннолетних является ранний возраст начала половой жизни. В материалах

Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИД критерием раннего сексуального дебюта является первый сексуальный контакт в 14 лет и младше. Очевидно, что чем раньше наступает сексуальный дебют, тем больше временной промежуток, в течение которого подростки подвергаются риску заражения ИППП или непреднамеренной беременности. По данным различных исследований последних лет, сексуальный дебют в возрасте 13–14 лет отмечают около 10–13% российских подростков, более ранние контакты (до 13 лет) – 4–9% [19].

По данным российских авторов сексуальный дебют в большинстве случаев (более 70%) наступает в возрасте 16-ти - 18-ти лет, а в возрасте 15-ти лет и младше таковой имеет место уже у 20% подростков и детей. В структуре 15-летних юношей 37% уже имеют сексуальный опыт [17, 151]. Возраст сексуального дебюта у 15,6—17,8% девушек в России приходится на 13-14 лет, в отдельных случаях он наступает раньше. В европейских странах средний возраст сексуального дебюта у девушек приходится на 16, а у юношей - на 17 лет [184, 208].

Ранний сексуальный дебют сопряжён с большей половой активностью и склонностью к промискуитету, такие подростки имеют более свободные установки относительно сексуального поведения [58]. Указанные факторы сопряжены с риском ухудшения репродуктивного здоровья у юношей и девушек - они определяют высокий риск заражения ИППП, ВИЧ и незапланированных беременностей. Последние, в свою очередь, напрямую связаны с такими медико-социальными проблемами, как аборты и юное материнство [38].

По результатам исследования проекта ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)) в России установлено значительное гендерное различие возраста сексуального дебюта среди пятнадцатилетних подростков, имевших сексуальный опыт: удельный вес сексуально активных юношей оказался выше, чем девушек. Однако в более старшем возрасте эти различия нивелировались [19, 138]. Стоит отметить, что в последнее десятилетие в странах Восточной и Западной Европы, Азии и Северной Америки, снижение возраста сексуального дебюта замедлилось [109], однако доля сексуально активных несовершеннолетних достаточно велика, при

этом многие подростки не используют средства контрацепции, имея определённые предубеждения относительно их применения, а осведомлённость об ИППП в данной группе является недостаточной [19].

Большей части современных подростков свойственно либеральное отношение к добрачным половым связям, раннему сексуальному дебюту и промискуитету [182, 203, 207]. Широко распространённые добрачные связи среди молодёжи связаны в первую очередь с отсутствием психосоциальной готовности или её низким уровнем к ответственному сексуально-брачному партнерству [46].

Половина сексуально активных подростков от 15-ти до 17-ти лет в течение последнего года имели 2-х и более партнёров, причём юношей среди них было в 2 раза больше, чем девушек [20]. Подростки с ИППП в 10,7% случаем имели 4 и более половых партнёров, 50% из них имели регулярные половые связи с малознакомыми партнёрами [169].

Социологические опросы показали склонность к промискуитету 20% подростков со значительным преобладанием среди них юношей – 62%. О частой смене партнёра и наличии одновременно нескольких партнёров заявили 9% старшеклассников [20]. У каждого пятого юноши сексуальный дебют происходит со случайной партнёршей. Большинство девушек (80%) предпочитают моногамию, однако большая часть из них с ранним сексуальным дебютом к 19-ти годам имели половые связи с 2-6 партнёрами. Аналогичные результаты получены и зарубежными авторами [187, 202].

Таким образом, существенное негативная роль промискуитета, как одной из рисковых форм полового поведения, очевидна. Промискуитет выступает в роли одной из причин, препятствующих реализации физиологической репродуктивной функции и семейно-брачных отношений [54].

Контрацептивное поведение подростков в значительной степени определяет состояние их репродуктивного здоровья, поскольку отказ от контрацепции является критерием рискового сексуального поведения [31]. Лишь 35-40% подростков имели первый защищённый половой акт, 25% сексуально активных подростков нерегулярно используют методы контрацепции [19].

Наиболее популярны среди подростков два метода контрацепции, которые относятся к зоне ответственности мужчины – использование презерватива (50-56%) и прерванный половый акт (26%) [17]. Низкая приверженность к использованию контрацептивов объясняется в подростковой среде, в том числе предубеждениями и неверными установками [19].

Сравнение результатов 4-х волн исследований HBSC среди 15-летних подростков выявило тревожную тенденцию – постепенное уменьшение с 2001 г. в большинстве европейских стран доли подростков, использовавших презерватив во время последнего полового акта. Коснулось это и российской молодёжи: количество российских 15-летних подростков, которые использовали презерватив во время последнего полового акта, снизилось с 75 до 67%. При этом и в исследовании 2005–2006 гг., и в исследовании 2013–2014 гг. доля подростков России, которые использовали презервативы, несколько ниже, чем среди подростков других стран [109, 151].

В Российской Федерации ежегодно регистрируются 28 случаев незапланированной беременности на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет, что составляет около 140 тысяч в абсолютном выражении [53]. Частота абортов среди несовершеннолетних составляет 2,5%. Основным способом регулирования рождаемости среди подростков в стране продолжают являться артифициальные аборты, что свидетельствует о несостоятельности репродуктивной политики, отсутствием государственной системы по половому воспитанию подростков [3, 196].

Учитывая, что в большинстве случаев решение о сохранении беременности женщина принимает, опираясь на решение мужчины, в профилактике абортов особое место должно быть отведено мужчинам. Таким образом, необходимым условием в решении вопросов планирования семьи является активное привлечение мужчин и повышение их роли и ответственности в семье [9].

Таким образом, в подростковой среде широко распространены опасные установки относительно контрацепции и низкая сексуальная культура [20], что однозначно свидетельствует о необходимости репродуктивного просвещения в

данной целевой группе [53].

1.3 Информированность подростков в сфере репродуктивного здоровья

Большинство авторов выделяют важную роль информированности о репродуктивном здоровье с точки зрения процесса его формирования, предикторах отклонений и здоровьесбережении в репродуктивной сфере [110, 118, 141].

Согласно данным исследований, уровень знаний подростков о факторах риска для здоровья является низким. При опросе школьников 8-9 классов лишь 59% из них были информированы о таких здоровьеразрушающих формах поведения, как курение, гиподинамия, употребление ПАВ, нерациональное питание [47]. Также подростки недостаточно осведомлены о возможности инфицирования ИППП, возможных последствиях заражения при вступлении в половую жизнь. Одной из причин это в данной возрастной группе является распространённость неверных представлений относительно возможных последствий незащищенного полового акта [124, 210].

Низкий уровень информированности о репродуктивном здоровье является важным фактором риска заражения ИППП [186]. Особую группу риска по ИППП составляют сексуально активные юноши с низким уровнем информированности о репродуктивном здоровье [83]. Более 88% юношей и девушек подросткового возраста не владеют достаточными знаниями о физиологии женской и мужской репродуктивной сферы, более 50% - о методах контрацепции и профилактики ИППП [62].

Большинство подростков в сфере ИППП осведомлены лишь о ВИЧ, сифилисе и вирусном гепатите. Уровень информированности о других ИППП весьма низкий: гонококковую инфекцию считают ИППП только 30%, хламидиоз и трихомониаз – 11%. Около 10% современных подростков не имеют никаких представлений об ИППП, а также о ВИЧ-инфекции [28].

Таким образом, уровень знаний современных подростков о репродуктивном здоровье отстаёт от темпов полового развития, их сексуальная активность не обеспечивается необходимыми знаниями о профилактике ИППП и методах

контрацепции [137]. Это определяет необходимость предпринимать меры по повышению уровня информированности подростков о репродуктивном здоровье с целью формирования у них здоровьесберегающего поведения в репродуктивной сфере [162].

Новые тенденции в половом поведении современных подростков обусловлены в частности недостаточной ролью семьи в половом воспитании детей. Имеет место общая тенденция, характеризующаяся в определённой степени беспечным отношением родителей к сексуальному поведению и вредным привычкам их детей [94]. Подростки в современном обществе часто не имеют достаточного внимания со стороны взрослых и обладают недостаточным уровнем полового образования и полового воспитания в семье [22, 144].

Большинство родителей не убеждены в необходимости полового просвещения, не осознают в полной мере его целей и задач, а также вследствие собственной безграмотности в этой сфере неспособны объективно донести своим детям информацию о репродуктивном здоровье [11]. Кроме того, социально-экономические преобразования последних десятилетий изменили взаимоотношения между родителями и детьми, что диктует необходимость перехода вертикальных отношений «взрослый — ребенок» в горизонтальные - основанные на принципах партнерства [66].

Информированность подростков о здоровьесбережении в репродуктивной сфере определяется уровнем компетенции по данному вопросу членов семьи [13]. Однако, только 30% опрошенных юношей характеризуют свои отношения с отцами как доверительные, а с матерями – 26%. И даже те родители, которые принимают активное участие в различных сферах жизни подростка (учёба, дополнительные занятия, отдых, спорт и др.) часто бывают не готовы к осуществлению полового воспитания ввиду своей недостаточной компетенции в этом вопросе [81,125]. Несмотря на то, что 68% российских родителей не исключают необходимость обсуждения с детьми вопросов сексуального поведения [140], только 10 % опрошенных подростков свидетельствуют о том, что впервые подобную информацию они получили от членов семьи [52]. Установлено, что реже ИППП

регистрируются у тех подростков, которые получали информацию от членов семьи о культуре полового поведения и профилактике заболеваний репродуктивной сферы [221].

Рисковые формы полового поведения зарождаются в микросоциальном окружении (школьное, уличное), в котором они признаются как «престижные». В условиях недостаточной роли семьи по вопросам полового воспитания и отсутствия образовательных программ по здоровьесбережению в области репродуктивной сферы на государственном уровне влияние таких микросоциальных групп является ведущим [130].

Описанное выше свидетельствует о том, что в современных условиях происходит трансформация института семьи в сторону снижения авторитета родителей, вследствие чего потенциал семьи для формирования здоровьесберегающего поведения подростков оказывается недостаточным [94, 178]. На этом фоне возникает необходимость активизации санитарно-просветительской работы и создание унифицированных образовательных программ для подростков по здоровьесбережению в репродуктивной сфере [8, 83,122].

1.4 Значение полового воспитания в реализации репродуктивного потенциала

Половое воспитание – это система, сочетающая в себе медицинские и педагогические подходы по формированию здоровьесберегающего с точки зрения физического и психологического полового поведения молодых людей [139]. Половое воспитание включает такие разделы, как физиология полового развития и репродуктивной сферы, психофизиологическая совместимость полов, сексуальная культура, гигиена пола, социальные основы половых и семейных отношений. Половое воспитание направлено на формирование здоровых семейно-брачных отношений, здоровьесбережения в области репродуктивной сферы, ответственного родительства и партнёрства и гармоничному развитию личности в целом [219].

1.4.1 Половое воспитание за рубежом

Подходы к половому воспитанию зависят от религиозных и политических особенностей и особенностей национального менталитета в различных странах [219].

Выделяют три модели полового воспитания:

1. Рестриктивная, или репрессивная, которая предполагает предоставление минимальной информации со значительным количеством запретов. Это является типичным для стран Ближнего Востока, где не принято широко обсуждать вопросы гендерных взаимоотношений [181].

2. Либеральная, или пермиссивная, которая предполагает предоставление максимального объёма информации при отсутствии каких-либо запретов. Это является типичным для таких стран, как Австралия и Новая Зеландия, а также большинства европейских стран (Финляндия, Польша, Германия, Бельгия, Голландия, Швеция и др.), где открыто обсуждаются вопросы полового воспитания, которые включены и в обязательные школьные программы. Программы полового воспитания в Германии учитывают и традиционные ценности семьи, и современные демократичные проблемы сексуального поведения. При этом в пределах одного государства могут быть определённые отличия в подходах к половому воспитанию. Так, в землях Баварии и Гессен просвещение подростков в области репродуктивной сферы в первую очередь учитывает христианские нормы и ценности – брак, семью, воздержание, верность [211].

3. Стратегия "золотой середины" – модель, при реализации которой предоставляется информация, необходимая для обоснования выбора модели поведения. Такой подход отличается ограниченным содержанием полового воспитания (Таиланд, Филиппины). В США, несмотря на действие нескольких целевых федеральных программ сексуального образования учащихся, также реализуется этот подход к половому воспитанию [191]. Тенденция к половому воспитанию такой модели наблюдается в современном Китае и некоторых странах ВЕЦА [34, 119, 181, 212].

В Азии политика государств в сфере полового воспитания разнообразна и не поддается четкой региональной классификации. Так, в Бангладеш, Мьянме, Индии и других странах Юго-Запада целенаправленная работа в направлении полового воспитания детей отсутствует [216].

Эксперты в области полового просвещения считают, что наиболее результативные и прогрессивные программы сексуального образования подростков реализуются в странах Западной Европы (Германия, Швеция, Нидерланды, Бельгия, Франция и др.). Они являются обязательными, включают полный набор тем, в их реализации принимают участие специально подготовленные педагоги и родители подростков [152, 180, 206].

Весьма интересен опыт Финляндии, где в 1990-х годах программа полового воспитания школьников переведена в разряд факультативной. Результатом этого явился рост заболеваемости ИППП у подростков, числа абортов у девушек на 50%, произошло смещение сексуального дебюта в более ранний возраст – 14-15 лет. В 2004 году программа полового образования вновь была отнесена к разряду обязательной в школе, что сопровождалось сокращением числа подростковых беременностей и смещением сексуального дебюта в более старший возраст - до 16,5 лет [93].

Проведённый ЮНЕСКО метаанализ исследований эффективности образовательных программ по половому воспитанию подростков показал их высокую результативность по смещению сексуального дебюта в более старший возраст и сокращению числа подростковых беременностей [86, 162, 196, 197, 198]. Наиболее результативными являются те программы, которые начинают реализовываться до вступления подростков в сексуальные отношения, сочетают в себе знания о репродуктивном здоровье и социальную ответственность за его сохранение [126]. Эффективность полового воспитания возрастает при наличии вариативности программ и свободы их выбора, при опоре этих программ на традиционные и общечеловеческие ценности [37].

Таким образом, состояние полового воспитания в различных странах и регионах мира неотделимы от их культуры и образования. Особенности

национального менталитета, традиции, государственная идеология, история страны, политический строй — все это обусловливает отношение общества и государства к сексуальному просвещению молодежи, во многом определяя его содержание, цели, задачи, методы, средства и подходы к его реализации. Для успешной реализации программ полового воспитания молодежи требуются обязательная интеграция усилий государства и общества, единодушие семьи и школы, открытость общества в обсуждении проблемы [37].

1.4.2 Половое воспитание в России

Указом Президента РФ №1351 от 09.10.2007 утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», которая в качестве приоритетных направлений выделила «…укрепление репродуктивного здоровья и института семьи, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений…». Возведение в ранг государственной политики решение указанных проблем определяет демографическое благополучие страны [100]. В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» «общеобразовательное учреждение должно активно способствовать сохранению и укреплению их здоровья, а также осуществлять пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни» [98]. Федеральный закон о ВИЧ-инфекции гарантирует наличие в учебных программах образовательных учреждений вопросов по нравственному и половому воспитанию [96]. В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» разработана и принята Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Принципами реализации Стратегии являются стимулирование междисциплинарной и межотраслевой кооперации и межведомственной координации; признание профилактического направления ключевым в медицине [97, 101]. В 2014 году Государственная Дума РФ ратифицировала факультативный протокол к Конвенции о правах ребёнка и

Европейскую Конвенцию о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблениях. Это предусматривает внедрение полового просвещения в школьные программы. [11, 33, 59].

Несмотря на достаточную правовую базу, в Российской Федерации отсутствуют утверждённые на федеральном уровне эффективные образовательные программы по формированию у подростков здорового образа жизни, в частности – в области репродуктивного здоровья, содержащие объективную информацию и соответствующие реальным потребностям современной молодёжи [63, 68], что является одной из причин низкой репродуктивной культуры современной молодёжи [49, 76]. Также отсутствует межведомственная согласованность при разработке и реализации мероприятий и программ по здоровьесбережению [70].

Современная система образования подростков не учитывает возросшие сексуальную активность и частоту рисковых форм полового поведения, следствием чего являются рост числа случаев ИППП, беременностей и абортов в подростковой среде. Это является причиной снижения уровня репродуктивного здоровья в целом, а значит, может рассматриваться как нарушение прав подростков на получение ими качественной медицинской помощи. Это диктует необходимость создания системы медико-социально-психологического обеспечения этой возрастной когорты [66, 153, 162]. Программы школьных дисциплин «Биология» и «Основы безопасности жизнедеятельности» по своему содержанию в вопросах физиологии пола отстают по срокам их реализации от темпов полового развития и не соответствуют запросам современных подростков [84].

При том, что необходимость формирования здоровьесберегающего поведения школьников не ставится под сомнение, темы относительно вопросов здоровьесбережения в репродуктивной сфере преподносятся подросткам в форме назидания и весьма поверхностно, либо вообще не рассматриваются. Подготовка педагогов в настоящее время не предусматривает изучение вопросов полового воспитания, результатом этого является отсутствие среди педагогов компетенций преподнесения школьникам в корректной форме соответствующий материал [42, 213]. В настоящее время имеет место стереотипный подход к половому

просвещению, не учитывающий особенности современных подростков. При этом не учитываются и реальные исследования по влиянию информированности на поведение подростков в сфере репродуктивного здоровья [110, 141].

Однако, большая часть подростков считает, что половое воспитание должно быть частью образовательного процесса [144]. Около 88% женщин 15-44 лет положительно оценивают введение в школьную программу вопросов брачно-семейных отношений, предупреждения нежелательной беременности, эффективной контрацепции, ИППП [131].

В последнее десятилетие в РФ наметились положительные сдвиги, касающиеся полового просвещения, в том числе в части сексуального поведения – они становятся темами для открытого обсуждения [120], поскольку рассмотрение гендерных взаимоотношений как фундаментальных биосоциокультурных характеристик является важной составляющей индивидуального подхода в процессе формирования личности [59].

Необходимость проведения сексуального просвещения в РФ совершенно очевидна и диктуется некомпетентностью подростков по вопросам формирования репродуктивного здоровья, высоким уровнем распространения ИППП, лидерством России по частоте абортов, низкими репродуктивными установками, снижением возраста полового дебюта и большой распространённостью промискуитета молодёжной среде [57, 118, 132]. Высокая распространённость факторов риска отклонений в состоянии здоровья, негативные особенности образа жизни современных подростков определяют необходимость разработки и реализации научно обоснованных подходов по формированию у них здорового образа жизни [70, 77, 104].

Актуальным следует считать поиск инновационного педагогического подхода по реализации программ формирования у подростков здоровьесберегающего поведения, в том числе и в репродуктивной сфере [147]. Такой подход должен учитывать взаимосвязанные компоненты профилактики – медицинские, психологические, социальные, юридические; иначе профилактика окажется неэффективной [107, 137]. Доказано, что традиционное преподнесение

информации о негативных последствиях курения, употребления ПАВ, рисковых формах полового поведения не способствует формированию здоровьесберегающего поведения [65].

Подход к реализации программ здоровьесбережения в репродуктивной сфере должен быть межсекторальным, предполагающим обязательное участие в этом процессе медицинских работников, педагогов, членов семей подростков, юристов, социальных и административных работников и психологов в их тесном взаимодействии. Соответствующие программы должны быть частью образовательных стандартов [53, 54, 68, 126, 153, 166]. Целью образовательных профилактических программ должно быть формирование зрелой независимой личности, строящей свои взаимоотношения с окружающими на основе высоконравственных принципов уважения прав человека [41, 42, 147,160].

Необходимость профильного образования для профессионального подхода к реализации программ по здоровьесбережению в репродуктивной сфере не вызывает сомнений [53,174]. В этом смысле без медицинских работников, которые способны качественно и объективно донести до подростков соответствующую информацию и формировать у них навыки ответственного полового поведения, решение данной проблемы невозможно [139, 215].

Наибольшую эффективность имеют те программы по формированию здоровьесберегающего поведения, которые органично включены в процесс обучения в образовательных организациях с использованием современных технологий [57, 69, 73, 202]. При реализации образовательных программ в области репродуктивной сферы должны учитываться особенности обучающихся – возраст, пол, социальный статус семей, а также культурологические факторы [2, 71].

Эффективность образовательных программ определяется доступностью и актуальностью для подростков, обсуждаемых тем и разнообразием каналов коммуникации [125, 158]. Формирование реализуемых в поведении подростков знаний и навыков, личностных ценностей и этических норм возможно только при комплексном подходе в просвещении по вопросам репродуктивного здоровья с включением двух основных составляющих – обучающей и воспитательной

(информационно-просветительский и личностно-ориентированный компоненты) [163]. Закрепить полученный в ходе реализации программ по здоровьесбережению результат возможно исключительно непрерывным и последовательным осуществлением образовательного процесса с акцентом на первичную профилактику [33, 156].

1.4.3 Актуальность совершенствования подходов к половому воспитанию юношей в Российской Федерации

В сложившейся системе культурных традиций поло-ролевых взаимоотношений в подростковой среде, как правило, инициаторами сексуальных отношений, являются юноши. В связи с этим необходимость оптимизации подходов к половому воспитанию, повышению уровня информированности в области здоровьесберегающего репродуктивного поведения именно этой гендерной группы не вызывает сомнений [9, 57].

С целью оценки результативности профилактической работы в области здоровьесбережения в репродуктивной сфере является необходимым выделение конкретных критериев полового поведения и фактического репродуктивного здоровья. При работе с девушками таковыми являются динамика частоты беременностей и абортов [162], у юношей же подобные критерии на сегодняшний день не определены. Отсутствие у юношей, в отличие от девушек, объективных клинических признаков половой активности затрудняет выделение групп риска для проведения санитарно-гигиенической работы, направленной на профилактику здоровьеразрушающих форм полового поведения.

На сегодняшний день разработанные программы по половому воспитанию направлены прежде всего на работу с девушками [11, 31, 35, 130]. Как правило, они посвящены вопросам сексуального образования и профилактике подростковой беременности. Широко обсуждаются формы и методы работы в школах здоровья для девушек [124, 162], однако подобные исследования среди юношей являются единичными [8]. Утверждённые образовательные программы по формированию у юношей здоровьесбережения и научно-обоснованная система их реализации на

основе межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в настоящее время отсутствуют.

Таким образом, острая потребность в разработке и реализации новой медико-организационной формы работы с подростками, включающей информационный и воспитательный аспекты, учитывающей особенности поведения молодёжи на современном этапе, очевидна, а скорейшее её внедрение в полной мере отражает основы государственной политики по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья и традиционных духовно-нравственных ценностей [64, 200]. Особенно важной представляется проведение подобной работы среди юношей, как инициаторов сексуальных отношений, поскольку недостаток в воспитании традиционных семейных ценностей и отсутствие приверженности к здоровьесберегающему половому поведению в этой гендерной группе значительно отражаются на социальном благополучии и демографической перспективе страны в долгосрочной перспективе.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на кафедре патофизиологии и общей патологии (заведующий кафедрой – д-р мед. наук, профессор Л.В. Коваленко) БУ ВО «Сургутский государственный университет» (ректор –докт. пед. наук, профессор С.М. Косенок), научный руководитель – д-р мед. наук, профессор В.В. Мещеряков. Набор материала осуществлялся на базе детской поликлиники (заведующий Л.М. Анненская) БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» (главный врач М.Б. Тараник). Настоящая работа выполнялась в рамках реализации научно-технической программы «Оптимизация медицинской помощи детям и подросткам на территории ХМАО-Югры на основе разработки и внедрения регионально ориентированных инновационных медико-организационных технологий» (номер государственной регистрации 01201172950, руководитель д-р мед. наук, профессор В.В. Мещеряков). Исследование одобрено локальным этическим комитетом БУ ВО «Сургутский государственный университет» (протокол №6 от 23 декабря 2015г.).

2.1 Организация и этапы исследования

Для решения первой задачи проведён анализ данных форм федерального статистического наблюдения №12 - сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих на территории города Сургута, ХМАО, УрФО и РФ, в динамике с 2018 г. по 2022 г.

При решении 2-й, 3-й и 4-й поставленных в работе задач проведено медико-социологическое исследование – анонимное анкетирование двух групп юношей (А - основной группы; Б - группы сравнения). Исследование характеризовалось как когортное проспективное сравнительное и предполагало получение добровольного информированного согласия перед началом исследования. Анкетирование проводилось в период с 2017 г. по 2018 г. в 2 этапа - в начале учебного года в 9-м классе и в 10-м классе - через 1 год осуществления учебного процесса (первая половина сентября в обоих случаях). Метод формирования выборок – «гнездовой» по принципу «весь школьный класс».

Из 8-ми средних общеобразовательных школ, территориально прикреплённых к зоне обслуживания БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» включены в работу 4 школы (МБОУ СОШ №№ 4, 19, 31, 45). Рандомизация проводилась методом «слепых конвертов» [142] в соотношении 1:1. Таким же методом определены литеры 9-х классов каждой включённой в исследование школы для разделения их на основную и контрольную группы – всего 18 классов. Девять из них включены для реализации в них информационно-мотивационной программы по формированию здоровьесберегающего поведения в репродуктивной сфере у юношей. Такое же число классов вошли в группу сравнения.

Определены следующие критерии включения:

1. Юноши 9-х классов 15-17 лет, учащиеся средних общеобразовательных школ, территориально находящихся в зоне обслуживания БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2», включённые в освоение образовательной программы по формированию мотивации на здоровьесберегающее поведение в репродуктивной сфере - группа А;
2. Юноши 9-х классов 15-17 лет, учащиеся средних общеобразовательных школ, территориально находящихся в зоне обслуживания БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2», включённые в группу сравнения, проходящие обучение по стандартной образовательной программе - группа Б;
3. Согласие юношей на участие в исследовании с заполнением ими добровольного информированного согласия.

Определены следующие критерии исключения:

1. Отказ юноши от участия в исследовании после включения в одну из групп наблюдения – А или Б;
2. Неполное заполнение полей анкеты – отсутствие ответа на два и более вопроса;
3. Нечёткое, неаккуратное заполнение анкеты, затрудняющее её анализ;
4. Взаимоисключающие ответы на однотипные (контрольные) вопросы.

Группа А (основная группа) включала две подгруппы – А1 и А2. В подгруппу А1 вошёл 131 ученик 15-17 лет 9-х классов до начала обучения по инновационной

образовательной программе. В подгруппу А2 вошли 103 ученика 10-х классов (из числа учеников подгруппы А1) через один год обучения в Школе репродуктивного здоровья для юношей. Группа Б состояла из двух подгрупп – Б1 и Б2. В подгруппу Б1 вошли 94 ученика 9-х классов (юноши 15-17 лет), в подгруппу Б2 – 87 из них (16-17 лет) через один год обучения по стандартной школьной программе.

Минимальный объём выборочной совокупности определяли двумя способами, рекомендованными для социологических исследований - методом В.И. Паниотто [111] и методом К.А. Отдельновой [108].

При общей численности 9-классников юношей всех 8-ми прикреплённых к БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» школ 468 человек (на 01.09.2017) и принятии доверительного интервала в 5% (p=0,05) минимальный объём выборки при наиболее «жёстком» соотношении процента ответов (50% при бинарном их распределении) по методу В.И. Паниотто равен 215. При большем числе включённых в исследование юношей - 225 человек, доверительный интервал составил 4,71% (p=0,0471). При определении минимального объёма выборочной совокупности по методу К.А. Отдельновой количество вариант 225 соответствует уровню значимости p=0,01 для исследований средней точности, что также свидетельствует о репрезентативности выборочной совокупности.

Представленная в Приложении А анкета сформирована в соответствии с современными правилами медико-социологических исследований [133]. Анкета содержит пять блоков вопросов: о социальном статусе семьи юноши - вопросы 1-6; об образе жизни юноши - вопросы 7-10; характеризующие мотивацию на сохранение репродуктивного здоровья - вопросы 11-15; о половом поведении юноши (наличие сексуального опыта и возраст его дебюта, подтверждение факта беременности партнёрши, применение методов контрацепции, факт обращения за медицинской помощью по поводу ИППП) - вопросы 16–18, 27, 28 и 35; об уровне знаний о репродуктивном здоровье - вопросы 19-26, 29-34, 36-41.

О социальном статусе семьи свидетельствовали ответы на вопросы о составе семьи, её доходах, жилищных условиях, а также об уровне образования родителей и наличии у них вредных привычек. Образ жизни респондентов оценивали по

ответам на вопросы о физической активности, успеваемости, дополнительном образовании, вредных привычках.

Вопросы анкеты о мотивации юношей на здоровьесбережение в репродуктивной сфере отражали осознанность цели в сохранении репродуктивного здоровья и наличие психологических средств достижения желаемого, а также определяли приоритетное положение ценности «репродуктивное здоровье» в ценностной структуре личности и наличие ориентировки в данном вопросе. Данная часть анкеты сформирована с участием доцента кафедры психологии СурГУ, канд. психол. наук. М.В. Самойловой.

Для математической обработки результатов анкетирования в части социального статуса семьи, образа жизни респондентов, их мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере проведено ранжирование ответов, для чего использован метод «шкалирования» результатов медико-социологических исследований [18, 111]. Для этого полученные ответы на указанные вопросы оценивались в баллах, при этом более высокие показатели социального статуса семей юношей, их мотивации на здоровьесбережение и образа жизни оценивались более высоким баллом. Далее рассчитывали сумму баллов в каждом блоке анкеты.

Информированность юноши о репродуктивном здоровье оценивалась по его ответам на 20 вопросов, которые распределялись следующим образом: анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (вопросы 19-23); методы контрацепции (вопросы 24-26, 29 и 30); ИППП и их профилактика (вопросы 31-34 и 36); уровень знаний о ВИЧ-инфекции (вопросы 37-41). Таким образом, каждая из 4-х частей данного блока анкеты включала по 5 вопросов. Правильный ответ на вопрос соответствовал одному баллу, максимальная оценка уровня знаний каждой части блока 5 анкеты - 5 баллов, всего блока - 20 баллов. Уровень информированности каждого респондента оценивался по числу его правильных ответов, а также в % к их максимальному числу, как в каждой части блока 5, так и во всем блоке. При анализе уровня информированности юношей групп сравнения определялась набранная всеми респондентами данной группы сумма правильных ответов, отнесённая к максимальному числу правильных ответов (χ x A, где χ -

максимально возможная сумма баллов в данной части блока 5 (χ 5.1.; χ 5.2.; χ 5.3.; χ 5.4.) и во всём блоке (χ 5.1. + χ 5.2. + χ 5.3. + χ 5.4.), А - число анализируемых анкет данной группы юношей). Полученное значение выражалось в %.

Для исключения ложных ответов на вопросы о фактическом половом поведении в анкету были включены контрольные вопросы, которые указывались в различных блоках. При взаимоисключающих ответах на однотипные вопросы данная анкета выбраковывалась, её результаты не учитывались в соответствии с критериями исключения. При сомнении в искренности респондента анкета также исключалась из обработки.

Таблица 1 – Распределение числа респондентов по подгруппам в соответствии с критериями включения и исключения

Подгруппы наблюдения	Количество юношей, соответствующих критериям включения	Не подписали информированное добровольное согласие	Количество анкет, исключенных из обработки	Выбыли из школы, в том числе в связи с поступлением в ССУЗы	Число анкет для статистической обработки
А1	136	2	3	-	131
А2	131	1	4	23	103
Б1	98	0	4	-	94
Б2	94	1	1	5	87

В Таблице 1 представлены сводные данные о количестве юношей. Отказались от участия в исследовании четверо, 12 выбыли на различных его этапах в соответствии с критериями исключения. Выбыли из школы после 9-го класса в связи с поступлением в средние специальные учебные заведения 28 человек. Статистически значимые различия по возрастной структуре в сравниваемых подгруппах (А1-Б1; А2-Б2) отсутствовали, что свидетельствовало об их сопоставимости по возрасту. В группах А1 и Б1 преобладали 15-летние, в А2 и Б2 – 16-летние (Таблица 2). В подгруппы А1 и Б1семнадцатилетних юношей было 7 и 3, соответственно. Все они после 9-го класса поступили в средние специальные учебные заведения, поэтому в подгруппах А2 и Б2 не было 18-летних.

Таблица 2 – Возрастной состав респондентов во всех подгруппах (n=415)

Возраст (лет)	Подруппы наблюдения (абс/%)				p^*	p^*
	А1	Б1	А2	Б2	А1 – Б1	А2 – Б2
15	111/84,7	83/88,3	-	-	$\chi2 = 0,668$	$\chi2 = 0,082$
16	13/9,94	8/8,51	98/95,1	81/93,1	$p > 0,05$	$p > 0,05$
17	7/5,36	3/3,19	5/4,90	6/6,90		
15-17	131/100	94/100	103/100	87/100	-	-

Примечание:*- метод кси-квадрат ($\chi2$)

Для решения второй задачи анализировались анкеты юношей, учащихся 9-х классов (А1 и Б1) в части их полового поведения на момент проведения исследования: сексуальная активность и возраст полового дебюта; приверженность к использованию контрацепции, факт наступления беременности у партнёрши, число половых партнёров и факт обращения за медицинской помощью по поводу ИППП у сексуально активных юношей. Исследовались особенности социального статуса семей юношей, их образа жизни, успеваемости в школе и мотивации на сохранение репродуктивного здоровья в зависимости от особенностей полового поведения.

Для решения третьей задачи проведен анализ результатов анкетирования юношей, учащихся 9-х классов (А1 и Б1) в блоках, посвященных уровню информированности в области репродуктивного здоровья во взаимосвязи с особенностями социального статуса семей респондентов, мотивации подростков на сохранение репродуктивного здоровья и их образа жизни.

Для исследования согласованного мнения проведено когортное одномоментное сравнительное медико-социологическое исследование, использован метод экспертных оценок [116, 170] и разработаны 2 анкеты – для юношей и их родителей (Приложение Б). В обеих анкетах перечислены предварительно выбранные на научном семинаре кафедры 6 наиболее значимых источников информации для юношей о репродуктивном здоровье. Задачей респондентов явилось ранжирование указанных в анкете источников информации:

юноши ранжировали источники в порядке значимости с точки зрения их реального использования, родители – в порядке значимости с точки зрения ими рекомендуемых (наиболее рекомендуемый источник – 1, наименее рекомендуемый - 6). Далее проведено сопоставление используемых юношами информационных источников с рекомендуемыми их родителями.

Критериями включения являлись: 1. юноши 15-17 лет и их родители, обратившиеся на приём к врачу - детскому урологу-андрологу детской поликлиники БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» с консультативной целью в период с 01.09.2017 г. по 30.09.2017 г.; 2. наличие информированного согласия юношей и их родителя на участие в исследовании.

Критерием исключения явился отказ от анкетирования юноши и родителя, либо одного из них. Например, при отказе юноши и согласии родителя последний также не анкетировался, и наоборот. Всего за указанный период обратились 28 юношей с родителями, информированное согласие подписали 20 юношей и 20 их родителей (12 отцов и 8 матерей). Анкетируемые для решения третьей задачи 20 юношей составили группу В1, 20 их родителей – группу В2.

Ранжирование результатов анкетирования в части социального статуса семей, мотивации на сохранение репродуктивного здоровья, образа жизни, школьной успеваемости, знаний о здоровье в репродуктивной сфере позволило исследовать связи между указанными категориями.

Для решения четвёртой задачи разработана социально-гигиеническая технология формирования у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере, включающая организационную часть на основе межведомственного междисциплинарного взаимодействия, а также инновационную образовательную программу «Школа юного джентльмена» в рамках деятельности Школы репродуктивного здоровья для юношей на базе территориально прикреплённых к детской поликлинике средних общеобразовательных школ.

Разработанная технология направлена на формирование здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья и разработана с учётом результатов анкетирования подростков и их родителей –

уровня информированности о здоровье в репродуктивной сфере, уровня мотивации юношей на здоровьесбережение в репродуктивной сфере, сложившихся источниках информации в области репродуктивного здоровья и согласованном мнении родителей о рекомендуемых ими информационных источниках. Информационно-мотивационная программа включала предварительное анкетирование юношей, проведение занятий в соответствии с тематическим планом специалистами детской поликлиники (врач - детский уролог-андролог, психолог).

Для оценки результативности реализации социально-гигиенической технологии проведено повторное анкетирование юношей через год от начала исследования с целью сравнительного анализа результатов анкетирования юношей, учащихся 10 классов, прошедших курс обучения в школе репродуктивного здоровья (А2), и обучавшихся в рамках стандартного образовательного процесса (Б2) в части их полового поведения, информированности в сфере репродуктивного здоровья, мотивации на здоровьесбережение в этой сфере. Особенности социального статуса семей юношей и их образа жизни при повторном анкетировании респондентов не исследовались. Дизайн исследования представлен на Рисунке 1.

2.2 Статистическая обработка материалов исследования

Математическая обработка результатов анкетирования проведена на основе принципов статистического анализа медико-социологических исследований [18, 92]. Выбор непараметрических методов статистической обработки данных связан с несоответствием большинства числовых множеств принципу нормальности распределения. Проверка на нормальность распределения проводилась методом Колмогорова-Смирнова, а также определением соответствия между средней арифметической (M), модой (Mo) и медианой (Me) и расчётом эксцесса (Ex) и асимметрии (As). Выбор непараметрических методов статистики определил представление всех числовых множеств в виде Me [Q1; Q3] (Me – медиана, Q1 и Q3 – первый и третий квартили). Удельный вес встречающегося факта или

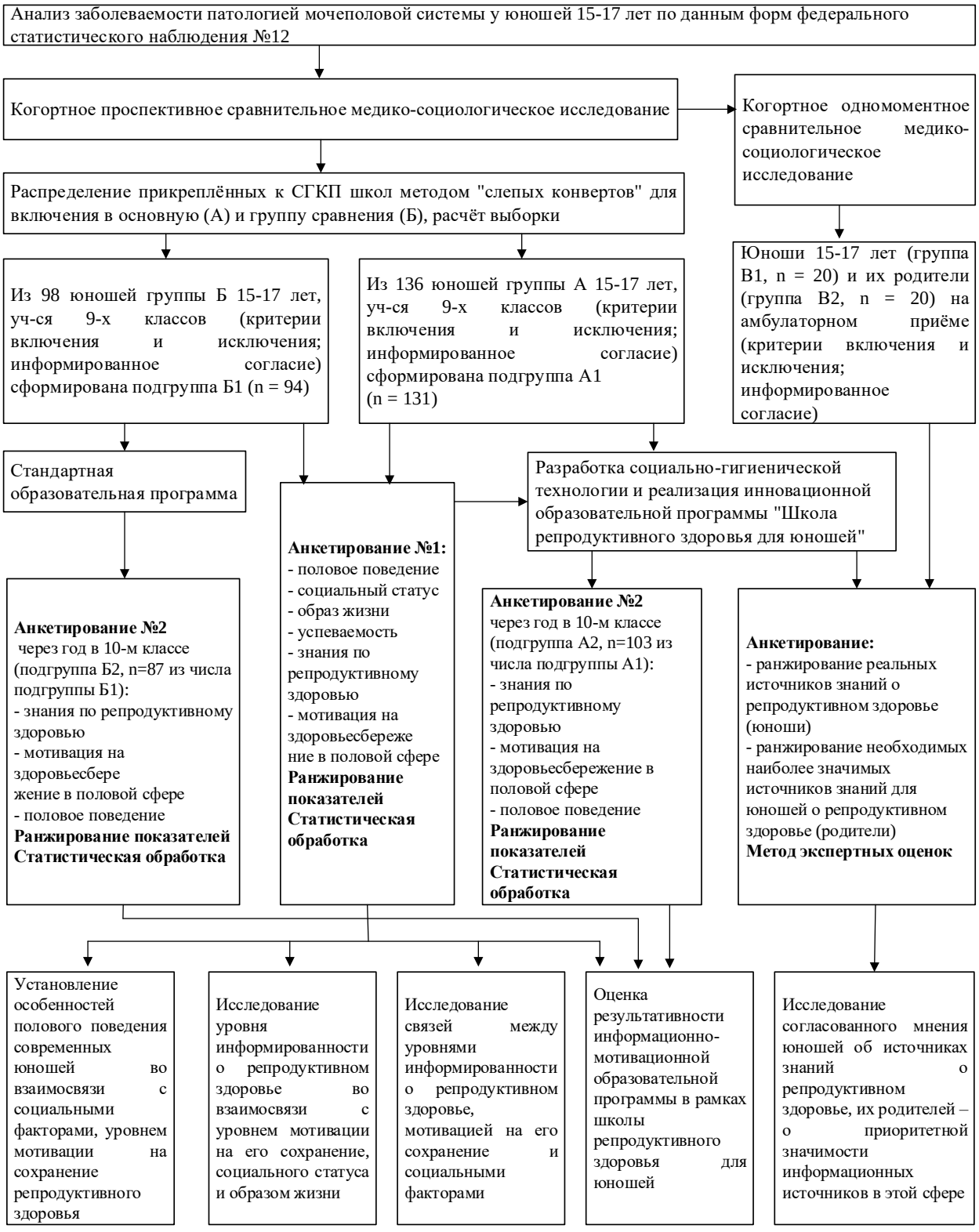

Рисунок 1 – Дизайн исследования

признака выражался в процентах (%).

Для сравнительного анализа статистической значимости различий средних значений двух числовых множеств использовали U-тест Манна-Уитни, межгрупповых различий трёх и более множеств - H-тест Краскела-Уоллиса [32].

Статистическая значимость различий частоты факта, явления или признака, выраженной в процентах, в двух сравниваемых совокупностях определялась наиболее часто используемым при анализе результатов анкетирования в психологии и социологии методом углового преобразования Фишера [44]. Проценты преобразовываются в величину φ (φ = arcsin √ p, где p - процент, преобразованный в доли единицы: 100% = 1,0), распределение которой приближено к нормальному. Далее определяется φ^* эмпирическое по формуле $\varphi^* = (\varphi1 - \varphi2) \times \sqrt{n1 \times n2 / n1 + n2}$, где φ1 - угол, преобразованный из большей, φ2 – из меньшей доли в %; n1 – число наблюдений в 1-й, n2 – во 2-й группах. Для $p_\varphi \leq 0{,}05$ $\varphi^* \leq 1{,}64$, для $p_\varphi \leq 0{,}01$ $\varphi^* \leq 2{,}31$.

Связи между двумя переменными исследовали определением коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r), устанавливали силу связи по |r| ($0{,}00 < r \leq 0{,}3$ – слабая, $0{,}3 < r \leq 0{,}7$ – средней силы, $0{,}7 < r \leq 1{,}0$ - сильная) и её направленность по положительному или отрицательному значению r ((+) – прямая, (-) – обратная связь). Для исследования сопряжённости количественных признаков применяли метод $\chi2$ [142]. Наличие связи или сопряжённости документировали только при подтверждении их статистической значимости по величине «p» [129].

Для исследования согласованности мнений респондентов использован метод экспертных оценок с расчётом коэффициента конкордации Кендалла (W) и его статистической значимости по величине «p», рассчитанной применением метода $\chi2$ [116, 129, 142, 170].

Пороговым уровнем статистической значимости установленных описанными выше математическими методами закономерностей считали p=0,01 в соответствии с принципами оценки результатов социологических исследований [18, 172]. Для математической обработки полученных числовых множеств использованы лицензионные программы Microsoft Excel 15.0, Statistica 10.0.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЮНОШЕЙ 15-17 ЛЕТ

При изучении данных утвержденной формы федерального статистического № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» получены данные об общей и первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы (МПС) у юношей 15-17 лет, проживающих на территории города Сургута, ХМАО - Югры, УрФО и РФ, в динамике за 2018-2022гг., а также уровень их охвата диспансерным наблюдением.

Данные Таблицы 3 указывают на высокий уровень общей заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих в городе Сургуте. Несмотря на тенденцию к снижению этого показателя, уровень общей заболеваемости в указанной половозрастной группе в 2022 году составил 4333,2 на 100 000 населения. Основную часть в формировании уровня общей заболеваемости составляют гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника и другие болезни мочевой системы - 1405,4 и1185,8 на 100 000 населения соответственно. В динамике в структуре общей заболеваемости среди юношей города Сургута отмечается рост заболеваемости мочекаменной болезнью с 51,8 до 87,8 на 100 000 населения, темп прироста составил 69,5%.

Уровень первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих в городе Сургуте, повысился с 2073,3 до 2430,0 на 100 000 населения. Темп роста этого показателя составил 117,2%, что обусловлено впервые выявленной патологией в основном андрологического характера, не выделенной в отдельную группу в ф.12: гидроцеле и сперматоцеле (N43), перекручивание яичка и гидатиды яичка (N44), орхит и эпидидимит (N45), фимоз (N47), другие болезни полового члена (N48), воспалительные болезни семенного канатика, влагалищной оболочки и семявыносящего протока (N49), другие болезни мужских половых органов (N50).

Охват диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с патологией мочеполовой системой, проживающих в городе Сургуте, снизился на 12,2%.

По результатам Таблицы 4 уровень общей заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории ХМАО-Югра, приближен к уровню этого показателя на территории РФ. В динамике на территории округа отмечается снижение уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в указанной половозрастной группе за счёт снижения уровня заболеваемости гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек на 25,4%, другими болезнями почки и мочеточника и другими болезнями мочевой системы на 14,4%.

Одновременно отмечен рост уровня заболеваемости мочекаменной болезнью (N20.0) на территории округа среди юношей с 2022 года до 70,0 на 100 000 населения, в динамике темп прироста составил 22,1%.

Уровень первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории ХМАО-Югры, снизился с 1376,0 до 953,0 на 100 000 населения и составил 30,3%. Снижение этого показателя обусловлен уровнем заболеваемости всех учтённых в ф.12 нозологий.

Охват диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с подтверждённой патологией мочеполовой системой, проживающих на территории ХМАО-Югры, снизился на 5,5%.

По данным Таблицы 5 в динамике отмечает рост уровня общей и первичной заболеваемости среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории УрФО, болезнями мочеполовой системы, темп прироста составил 9,4% и 10,8% соответственно. Рост уровня общей заболеваемости в указанной половозрастной группе обусловлен в большей степени повышением уровня заболеваемости в группе «другие болезни мочевой системы» с 761,3 до 1052,0 на 100 000 населения, а также повышением уровня заболеваемости андрологической патологией, не

Таблица 3 —Заболеваемость патологией мочеполовой системы у юношей 15-17 лет города Сургута по данным ф.12 (на 100 тыс. населения)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ Х пересмотра	Общая заболеваемость						Первичная заболеваемость						Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года					
		2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %
болезни мочеполовой системы	N00-N99	5960,6	7754,6	5374,1	5463,4	4333,2	**-27,3**	2073,3	5158,7	3120,0	2754,5	2430,0	**+17,2**	950,2	677,9	745,1	791,4	834,4	**-12,2**
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	N00-N07, N09-N15, N25-N28	1848,7	1455,0	1299,9	1445,7	1405,4	**-24,0**	673,8	578,7	269,5	563,1	512,4	**-24,0**	812,0	595,2	602,4	639,2	570,9	**-29,7**
почечная недостаточность	N17-N19	0	0	15,9	30,4	14,6	-	0	0	0	0	0	-	0	0	15,9	15,2	14,6	-
мочекаменная болезнь	N20- N21, N23	51,8	49,6	63,4	45,7	87,8	**+69,5**	0	16,5	0	30,4	29,3	-	34,6	16,5	0	45,7	14,6	**-57,8**
другие болезни мочевой системы	N30- N32, N34-N36, N39	1503,1	1504,6	1030,4	1095,7	1185,8	**-21,1**	933,0	1008,6	602,4	578,3	819,8	**-12,1**	103,7	66,1	95,1	91,3	131,8	**+27,1**
болезни предстательной железы	N40-N42	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-

Таблица 4 – Заболеваемость патологией мочеполовой системы у юношей 15-17 лет, проживающих на территории ХМАО-Югра, по данным ф.12 (на 100 тыс. населения)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ Х пересмотра	Общая заболеваемость						Первичная заболеваемость						Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года					
		2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %
болезни мочеполовой системы	N00-N99	3561,4	5793,2	2892,7	2855,7	2840,7	**-20,2**	1376,0	3808,2	1224,4	1070,1	953,0	**-30,7**	647,5	693,0	607,5	581,7	612,0	**-5,5**
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	N00-N07, N09-N15, N25-N28	1069,1	1010,3	875,0	902,1	797,7	**-25,4**	256,3	210,5	132,2	211,5	164,4	**-35,9**	424,9	501,9	424,9	404,4	411,0	**-3,3**
почечная недостаточность	N17-N19	10,1	6,8	9,4	12,4	6,1	**-39,6**	6,7	6,5	0	0	3,0	**-55,2**	3,4	6,5	6,3	6,2	6,1	**+79.4**
мочекаменная болезнь	N20- N21, N23	57,3	87,4	81,8	49,8	70,0	**+22,1**	27,0	29,1	9,4	18,7	12,2	**-54,8**	23,6	29,1	12,6	15,6	27,4	**+16,1**
другие болезни мочевой системы	N30- N32, N34-N36, N39	826,3	812,8	535,1	603,5	707,0	**-14,4**	475,5	411,3	238,1	248,9	297,7	**-37,4**	115,7	107,9	106,1	99,2	105,4	**-8,9**
болезни предстательной железы	N40-N42	10,1	6,5	9,4	3,1	6,2	**-38,6**	6,7	6,5	6,3	0	6,2	**-7,5**	0	6,3	9,4	0	0	-

учтённой в ф.12 (N 43-50). Рост уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории УрФО, обусловлен увеличением уровня заболеваемости всех учитываемых в ф.12 нозологических форм болезней.

Охват диспансерным наблюдением юношей на территории УрФО увеличился на 2,7% и составил 1435,8 на 100 000 населения – 39,6% от уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в указанной половозрастной группе.

При изучении уровня заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории РФ (Таблица 6), выявлено снижение уровня общей заболеваемости на 5,4% (с 3653,4 до 3457,9 на 100 000 населения). Основной группой патологий, оказавшей влияние на этот показатель, явились гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника, уровень заболеваемости которых снизился на 8,7% и составил в 2022 году 1205,1 на 100 000 населения.

При изучении уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории РФ, отмечена тенденция к росту этого показателя, темп роста с 2018 года в динамике составил 104,3%, в основном за счёт гломерулярных, тубулоинтерстициальных болезней почек, других болезней почки и мочеточника (с 287,6 до 295,6 на 100 000 населения, темп прироста 2,8%), мочекаменной болезни (с 21,8 до 41,8 на 100 000 населения, темп прироста 91,7%), а также других болезней мочевой системы (с 354,6 до 394,7 на 100 000 населения, темп прироста 11,3%). В динамике отмечается незначительное повышение охвата диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет на территории РФ с болезнями мочеполовой системы на 0,8%.

При сравнении уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет города Сургута, ХМАО-Югры, УрФО и РФ (Таблицы 3-6) выявлено, что изучаемый показатель выше среди юношей города Сургута, что может быть обусловлено уровнем развития и доступности детской

Таблица 5 – Заболеваемость патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории УрФО, по данным ф.12 (на 100 тыс. населения)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ Х пересмотра	Общая заболеваемость						Первичная заболеваемость						Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года					
		2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %
болезни мочеполовой системы	N00-N99	3318,3	3832,1	3099,0	3650,5	3630,0	**+9,4**	1025,5	1581,2	1044,9	1153,3	1136,0	**+10,8**	1398,3	1479,4	1395,0	1417,2	1435,8	**+2,7**
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	N00-N07, N09-N15, N25-N28	1395,7	1377,6	1217,8	1405,0	1351,3	**-3,2**	239,1	307,4	258,3	298,1	278,2	**+16,4**	890,3	931,7	862,3	844,0	841,4	**-5,5**
почечная недостаточность	N17-N19	7,9	7,1	7,9	7,8	12,5	**+58,2**	1,1	1,0	0,5	1,0	4,8	**+336,4**	5,8	5,5	4,9	5,9	10,1	**+74,1**
мочекаменная болезнь	N20- N21, N23	71,8	90,7	72,7	61,1	70,2	**-2,2**	21,5	14,6	11,3	20,0	30,3	**+40,9**	40,9	43,3	31,9	39,1	41,8	**+2,2**
другие болезни мочевой системы	N30- N32, N34-N36, N39	761,3	775,5	791,6	933,9	1052,0	**+38,2**	351,3	351,2	333,0	326,0	405,1	**+15,3**	266,3	274,2	302,6	256,4	335,7	**+26,1**
болезни предстательной железы	N40-N42	13,1	56,4	46,2	27,9	15,2	**+16,0**	8,4	43,8	5,4	19,1	9,8	**+16,7**	6,7	47,9	5,9	5,9	5,4	**-19,4**

Таблица 6 – Динамика заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет РФ по данным ф.12 (на 100 тыс. населения)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ X пересмотра	Общая заболеваемость						Первичная заболеваемость						Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года					
		2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика %
болезни мочеполовой системы	N00-N99	3653,4	3678,3	3206,9	3460,5	3457,9	**-5,4**	1330,8	1489,0	1179,3	1367,3	1387,9	**+4,3**	1459,4	1470,3	1411,9	1414,8	1470,7	**+0,8**
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	N00-N07, N09-N15, N25-N28	1319,9	1292,7	1190,7	1275,5	1205,1	**-8,7**	287,6	302,2	254,4	307,7	295,6	**+2,8**	808,4	801,3	773,8	765,2	757,4	**-6,3**
почечная недостаточность	N17-N19	14,9	14,5	14,5	15,0	18,2	**+22,1**	2,3	2,8	2,5	2,0	3,5	**+52,2**	11,8	11,3	11,4	12,4	15,7	**+33,1**
мочекаменная болезнь	N20- N21, N23	75,2	74,9	70,9	98,5	94,1	**+25,1**	21,8	23,7	19,8	49,2	41,8	**+91,7**	46,8	48,9	48,5	49,5	54,8	**+17,1**
другие болезни мочевой системы	N30- N32, N34-N36, N39	759,2	756,3	729,9	753,8	793,0	**+4,6**	354,6	373,6	343,6	365,2	394,7	**+11,3**	237,2	246,4	261,4	256,0	266,8	**+12,5**
болезни предстательной железы	N40-N42	16,2	28,2	18,2	15,7	13,7	**-15,4**	9,2	18,8	9,3	8,5	6,8	**-26,1**	5,8	12,0	7,0	7,9	7,1	**+22,4**

уроандрологической службы. Изменение уровня общей заболеваемости в динамике с 2018 г. по 2022 г. (рост в 2019 году с последующей тенденцией к снижению в дальнейшем) отразился на уровне этого показателя среди населения ХМАО-Югры. Несмотря на снижение уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет на территории города Сургута, изучаемый показатель остаётся выше федерального значения – 4333,2 на 100 000 населения в городе Сургуте и 3457,9 на 10 000 населения на территории РФ.

При сравнении уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет города Сургута, ХМАО-Югры, УрФО и РФ выявлено, что динамика этого показателя в период с 2018 г. по 2022 г. в целом отражает изменения уровня общей заболеваемости. Так, на территории города Сургута в 2019 г. отмечен резкий рост уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системой среди юношей 15-17 лет с дальнейшей тенденцией к снижению этого показателя, что повлияло на динамику показателя на территории ХМАО-Югры и УрФО. Однако, в 2022 г. уровень первичной заболеваемости в указанной половозрастной группе в городе Сургуте остаётся значительно выше среднего значения по стране – 2430,0 на 100 000 населения в городе Сургуте и 1387,9 на 10 000 населения на территории РФ.

При сравнении уровня охвата диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с патологией мочеполовой системой на территориях города Сургута, ХМАО-Югры, УрФО и РФ выявлено, что охват диспансерным наблюдением юношей, проживающих в городе Сургуте и ХМАО, значительно ниже, чем на территории УрФО и РФ и составляет в городе Сургуте 834,4, в ХМАО-Югре 612,0 на 100 000 населения, в то время как в УрФО этот показатель составляет 1435,8, а на территории РФ 1470,7 на 100 000 населения.

Полученные данные указывают, что организация уроандрологической помощи на территории ХМАО-Югры, в том числе в городе Сургуте имеет основной целью выявление уроандрологической патологии у юношей 15-17 лет, что обеспечивается полным охватом профилактическими осмотрами юношей в декретированные возраста, а также достаточной укомплектованностью детской

уроандрологической службы на территории округа. Однако, низкий охват диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с выявленной патологией мочеполовой системы на территории ХМАО-Югры, в том числе в городе Сургуте, указывает на недостаточный объём проводимой работы уроандрологической службой, направленной на динамическое наблюдение данной целевой группы.

Таким образом, заболеваемость патологией мочеполовой системы у юношей 15-17 лет является высокой. Согласно полученным статистическим данным от 3 до 4% юношей15-17 лет, проживающих на территории РФ, имеет подтверждённую патологию органов мочеполовой системы (Таблицы 3-6).

Высокий уровень заболеваемости патологией мочеполовой системой, в том числе среди юношей подросткового возраста, несмотря на некоторую стабилизацию этого показателя, указывает на несомненное участие данного класса болезней в структуре причин нарушения фертильности, снижая в дальнейшем качество жизни взрослого населения, что определяет медико-социальное значение болезней МПС.

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНОШЕЙ И УРОВНЯ ИХ ИНФОРМИРОВАННОСТИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ И УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ

4.1 Особенности полового поведения юношей в современных условиях во взаимосвязи с социальными факторами и уровнем мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере

При анализе результатов анонимного анкетирования из 225 опрошенных юношей 15-17 лет – учащихся девятых классов (подгруппы А1 и Б1)), заявили о сексуальной активности 39 человек (17,3%). Среди сексуально активных юношей получены данные о возрасте начала половой жизни, количестве половых партнёров, используемых методах контрацепции (Таблица 7).

Средний возраст сексуального дебюта (Me [Q1; Q3]) юношей составил 15 [15; 16] лет. Возрастной пик полового дебюта респондентов приходился на 15 лет, минимальный возраст сексуального дебюта составил 12 лет.

Из 39-ти сексуально активных юношей 14 человек (35,9%) имели трёх и более половых партнёров. Пятая часть сексуально активных юношей не использовали при половых контактах какие-либо средства контрацепции. Четверо юношей (10,3%) указали на факт наступления беременности у партнёрши. Обращения в медицинские организации по поводу ИППП все респонденты отрицали.

В результате анализа полученных данных выявлено статистически значимое большее распространение промискуитета и наступления беременности партнёрши у юношей, отказывающихся от применения контрацепции (Таблица 8), что может свидетельствовать о распространении культа гедонистических отношений и об отсутствии ответственности при реализации сексуальной активности.

Таблица 7 – Распределение анкетируемых сексуально активных юношей (n=39) по возрасту сексуального дебюта, количеству партнёров и используемых методах контрацепции

Возраст полового дебюта (лет)	Абс.	%
12	2	5,13
13	1	2,57
14	4	10,2
15	16	41,1
16	12	30,8
17	4	10,2
Количество половых партнёров на момент опроса	Абс.	%
1-2	25	64,1
3 и более	14	35,9
Применение и способ контрацепции	Абс.	%
Прерванный половой акт	2	5,10
Презервативы	22	56,4
Не уточнили способ контрацепции	7	18,0
Отказ от применения контрацептивов	8	20,5
Факт беременности партнёрши	Абс.	%
Отрицают	35	89,7
Подтверждают	4	10,3

Таблица 8 – Сравнительная оценка полового поведения сексуально активных юношей 15-17 лет, использующих методы контрацепции и отказывающихся от контрацептивов

№	Показатели	Группы респондентов		p
		Применяющие средства контрацепции (n =31)	Отказывающиеся от контрацептивов (n = 8)	
1	Возраст полового дебюта, Me [Q1; Q3]	15 [14; 16]	15 [14; 16]	0,871*
2	Количество половых партнёров (%): - 1-2 - 3 и более	 80,6 19,3	 25,0 75,0	 **<0,01**** **<0,01****
3	Факт беременности партнёрши (%)	3,23	37,5	**<0,01****

Примечание: * - метод Манна-Уитни; ** - угловое преобразование Фишера.

Далее исследованы особенности социального статуса в когортах сексуально активных юношей и ещё не имевших сексуального опыта. Как видно из Таблицы 9, ранжированный уровень социального статуса как по отдельным его составляющим, так и в целом (сумма рангов по всем составляющим социального статуса), не имели статистически значимых различий в семьях сексуально активных и ещё не имевших сексуального опыта юношей (p> 0,05, метод Манна-Уитни).

Таблица 9 – Сравнительная оценка ранжированного уровня социального статуса (Me [Q1; Q3]) семей сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей 15-17 лет

Показатели	Подгруппы респондентов		p*
	Не имевшие сексуального опыта (n = 186)	Сексуально активные (n =39)	
Образование родителей	2 [1,5; 3]	2 [1,5; 3]	0,670
Состав семьи	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,876
Доход семьи	3 [2; 4]	3 [2; 4]	0,324
Количество детей в семье	2 [2; 2]	2 [2; 2]	0,721
Жилищные условия	3 [3; 3]	3 [2; 3]	0,391
Вредные привычки родителей	7,5 [7; 8]	7,5 [6,5; 8]	0,437
Сумма ранжированных показателей социального статуса семьи	19,5 [18; 20]	19,5 [17,4; 19,6]	0,481

Примечание:*- метод Манна-Уитни

Нами не установлено статистически значимых различий между когортами сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей по частоте распространенности среди них вредных привычек, удельному весу занимающихся спортом и дополнительным образованием, а также по уровню успеваемости в школе (Таблица 10; p> 0,05 по всем показателям, метод углового преобразования Фишера).

Таблица 10 – Сравнительная оценка особенностей образа жизни и школьной успеваемости сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей 15-17 лет

Показатели	Подгруппы респондентов		p*
	Сексуально активные (n =39)	Не имевшие сексуального опыта (n = 186)	
Имеют вредные привычки (%)	10,3	8,06	> 0,05
Занимаются спортом (%)	28,2	25,3	> 0,05
Получают дополнительное образование (%)	15,4	22,6	> 0,05
Успеваемость в школе (%) - на 4 и 5 - на 3 и 4 - на 2 и 3	 20,5 76,9 2,57	 27,4 71,5 1,07	 > 0,05 > 0,05 > 0,05

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера

Группы сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей статистически значимо не отличались (p>0,05 метод Манна-Уитни) по ранжированному уровню образа жизни и успеваемости в школе (Таблица 11).

Таблица 11 – Сравнительная оценка ранжированного уровня образа жизни и школьной успеваемости сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей 15-17 лет (Me [Q1; Q3])

Показатели	Подгруппы респондентов		p*
	Сексуально активные (n =39)	Не имевшие сексуального опыта (n = 186)	
Вредные привычки	6 [6; 6]	6 [6; 6]	0,987
Занятия спортом	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,873
Дополнительное образование	1 [1; 1]	1 [1; 1]	0,989
Успеваемость в школе	2 [2; 2]	2 [2; 3]	0,730
Сумма ранжированных показателей образа жизни и успеваемости	11 [10; 12]	11 [10; 12]	0,968

Примечание:*- метод Манна-Уитни.

При изучении уровня мотивации на сохранение репродуктивного здоровья у юношей подросткового возраста в зависимости от их половой активности получены данные, представленные в Таблице 12.

Таблица 12 – Особенности мотивации сексуально активных и не имевших сексуальный опыт юношей 15-17 лет на здоровьесбережение в репродуктивной сфере

Вопросы		Подгруппы респондентов		p*
		Сексуально активные (n=39)	Не имевшие сексуального опыта)	
Для меня иметь хорошее репродуктивное здоровье крайне важно (Оцените данное утверждение по 10-балльной шкале, где 10 баллов – максимальная значимость, 1 – минимальная) (%)	9-10	76,9	67,2	> 0,05
	7-8	12,8	12,9	> 0,05
	5-6	7,69	17,7	> 0,05
	3-4	0,00	0,54	-
	1-2	2,56	1,61	> 0,05
Зачем мне быть здоровым в репродуктивной сфере (%)	Чтобы быть счастливым и полноценным мужчиной	48,7	48,4	> 0,05
	Чтобы не болеть и не испытывать физического дискомфорта	15,4	14,5	> 0,05
	Чтобы не испытывать осуждения со стороны близких и родственников	5,20	6,50	> 0,05
	Чтобы поддерживать общий уровень здоровья	17,9	17,2	> 0,05
	репродуктивное здоровье не представляет для меня в настоящее время какую-либо ценность	12,8	13,4	> 0,05
Готов ли я прилагать усилия, чтобы оставаться здоровым в репродуктивной сфере (%)	Я готов максимально прилагать все возможные усилия для сохранения репродуктивного здоровья	76,9	76,4	> 0,05
	Я готов прилагать усилия при возникновении необходимости работы в этом направлении	17,9	18,3	> 0,05
	Я стараюсь избегать вредных факторов чтобы здоровье в этой сфере не ухудшилось	5,14	3,75	> 0,05

Продолжение таблицы 12

Вопросы		Подгруппы респондентов		p*
		Сексуально активные (n=39)	Не имевшие сексуального опыта (n=186)	
	Не считаю необходимым что-либо предпринимать с целью сохранения репродуктивного здоровья	0,00	1,60	-
Что именно я делаю для сохранения своего репродуктивного здоровья	нахожу информацию про репродуктивное здоровье в интернете	38,5	36,6	> 0,05
	читаю литературу на соответствующую тему	25,6	26,0	> 0,05
	смотрю передачи о здоровье	7,67	12,9	> 0,05
	консультируюсь с врачом по вопросам репродуктивного здоровья	0,00	1,60	-
	участвую в школах здоровья	0,00	0,00	-
	периодически прохожу профилактический осмотр уролога	23,1	15,91	> 0,05
	другое	0,00	2,70	-
	ничего не делаю	5,13	4,34	> 0,05
Я интересуюсь информацией по сохранению репродуктивного здоровья. (Оцените свой интерес к информации по сохранению репродуктивного здоровья по 10 - балльной шкале - чем интерес выше, тем больше баллов)	9-10	51,3	55,4 103	> 0,05
	7-8	20,5	28,5 53	> 0,05
	5-6	15,4	11,3 21	> 0,05
	3-4	0,00	1,61 3	> 0,05
	1-2	12,8	3,23 6	> 0,05

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Статистически значимых различий по всем вопросам относительно мотивации на сохранение репродуктивного здоровья не получено (p> 0,05, метод углового преобразования Фишера).

Аналогичные результаты получены при сравнении ранжированных показателей мотивации юношей на здоровьесбережение в области репродуктивной

сферы (Таблица 13). Статистически значимых различий между изучаемыми показателями в группах сравнения не получено (p> 0,05, метод Манна-Уитни). В целом уровень мотивации на здоровьесберегающее половое поведение современных юношей можно охарактеризовать как низкий (в среднем по 6 баллов из 12 возможных в обеих группах респондентов).

Таблица 13 – Сравнительная оценка ранжированного уровня мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивного здоровья (Me [Q1; Q3]) сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей 15-17 лет

Показатели	Подгруппы респондентов		p*
	Сексуально активные (n =39)	Не имевшие сексуального опыта (n = 186)	
Для меня иметь хорошее репродуктивное здоровье крайне важно (Оцените данное утверждение по 10-балльной шкале, где 10 баллов – максимальная значимость, 0 – минимальная)	1 [0; 1]	1 [1; 1]	0,640
Зачем мне быть здоровым в репродуктивной сфере	1 [1; 2]	1 [1; 2]	0,950
Готов ли я прилагать усилия, чтобы оставаться здоровым в репродуктивной сфере	2 [1; 2]	1 [1; 2]	0,800
Что именно я делаю для сохранения своего репродуктивного здоровья	1 [1; 2]	2 [2; 3]	0,850
Я интересуюсь информацией по сохранению репродуктивного здоровья. (Оцените свой интерес к информации по сохранению репродуктивного здоровья по 10 - балльной шкале - чем интерес выше, тем больше баллов)	1 [0; 1]	1 [1; 1]	0,740
Сумма ранжированных показателей	6 [5; 6]	6 [5; 6]	0,810

Примечание:* - метод Манна-Уитни. Максимальная сумма баллов по блоку вопросов относительно мотивации на сохранение репродуктивного здоровья – 12.

Таким образом, анкетирование юношей 15-17 лет позволило установить особенности их полового поведения в современных условиях: удельный вес сексуально активных юношей этой возрастной категории (17,3%), ранний половой дебют (минимальный возраст - 12 лет, пик дебюта – 15 лет), высокую распространённость рисковых форм полового поведения (промискуитет – 35,9%,

отказ от использования контрацептивов – 20,5%). Когорты сексуально активных и не имевших опыта половой жизни юношей не отличались между собой по образу жизни и успеваемости в школе, социальному статусу их семей, уровню мотивации на сохранение репродуктивного здоровья.

4.2 Уровень информированности о репродуктивном здоровье юношей 15-17 лет во взаимосвязи с особенностями их полового поведения и социальными факторами

В Таблице 14 представлены результаты анкетирования юношей 15-17 лет в части уровня информированности по вопросам репродуктивного здоровья.

Таблица 14 – Балльная оценка уровня осведомлённости юношей сравниваемых подгрупп по вопросам репродуктивного здоровья (Me [Q1; Q3])

№ п/п	Блоки вопросов	Юноши, не имеющие сексуального опыта (n=186)	Сексуально активные юноши (n=39)	p*
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем	2 [1; 2]	2[1; 2]	0,38
2	Контрацепция	3 [2; 3]	3 [2; 4]	0,28
3	ИППП	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,57
4	ВИЧ – инфекция	3 [2; 4]	3 [2; 4]	0,63
5	Все вопросы	10 [8; 12]	10 [9; 11]	0,61
p*	1-2	**0,00**	**0,00**	-
	1-3	**0,00**	**0,00**	-
	1-4	**0,00**	**0,00**	-
	2-3	0,38	0,21	-
	2-4	0,27	0,88	-
	3-4	0,12	0,23	-

Примечание:*- метод Манна – Уитни; максимальное число баллов по каждому блоку вопросов – 5, по всем блокам вопросов – 20.

Таким образом, уровень знаний юношей по вопросам репродуктивного здоровья низкий и с точки зрения современных подходов к оценке тестового контроля значительно ниже порогового допустимого уровня в 70%, причём это

касается всех разделов знаний. Наиболее низкий уровень знаний (Me [Q1; Q3]) юноши показали в вопросах анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивных систем (Me=2 [1; 2]). При этом отсутствовали статистически значимые различия по каждому блоку вопросов и по всей части анкеты об уровне знаний между сексуально активными и не имевшими сексуального опыта юношами (p> 0,05, метод Манна – Уитни).

Данные Таблицы 15 свидетельствуют о более высоком уровне знаний сексуально активных юношей, использующих методы контрацепции по сравнению с юношами, отказывающихся от использования контрацептивов (p <0,01, метод углового преобразования Фишера).

Таблица 15 – Сравнительная оценка уровня знаний сексуально активных юношей 15-17 лет, использующих методы контрацепции и отказывающихся от применения контрацептивов

№	Блоки вопросов	Группы респондентов		p*
		Использующие средства контрацепции (n =31)	Не использующие средства контрацепции (n = 8)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	45,3	38,6	>0,05
2	Контрацепция (%)	85,4	37,3	**<0,01**
3	ИППП (%)	78,1	31,9	**<0,01**
4	ВИЧ – инфекция (%)	70,8	49,0	>0,05
5	Все вопросы (%)	75,5	37,2	**<0,01**
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера

Данные таблицы 16 указывают на отсутствие статистически значимых различий в уровне информированности относительно репродуктивного здоровья от

количества половых партнёров у сексуально активных юношей.

Таблица 16 – Сравнительная оценка уровня знаний сексуально активных юношей 15-17 лет в зависимости от числа их половых партнёров

№	Блоки вопросов	Число половых партнёров		p*
		Один-два (n =25)	Три и более (n = 14)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	46,9	38,4	>0,05
2	Контрацепция (%)	56,0	52,9	>0,05
3	ИППП (%)	67,1	52,8	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	63,1	75,1	>0,05
5	Все вопросы (%)	56,2	55,0	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Данные таблицы 17 указывают на отсутствие влияния состава семьи на уровень информированности юношей в вопросах репродуктивного здоровья, Таблицы 18 - на отсутствие статистически значимых различий в уровне знаний юношей о репродуктивном здоровье в зависимости от образования их родителей (p >0,05 по всем блокам вопросов).

Из таблицы 19 видно, что количество детей в семье юношей 15-17 лет не влияет на уровень информированности в вопросах репродуктивного здоровья (p >0,05 по всем блокам вопросов).

Таблица 17 – Сравнительная оценка уровня знаний юношей 15-17 лет в зависимости от состава семьи

№	Блоки вопросов	Состав семьи		p*
		Полная (n =183)	Неполная (n = 42)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	53,2	48,8	>0,05

Продолжение таблицы 17

№	Блоки вопросов	Состав семьи		p*
		Полная (n =183)	Неполная (n = 42)	
2	Контрацепция (%)	64,2	54,0	>0,05
3	ИППП (%)	61,9	64,5	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	49,2	53,4	>0,05
5	Все вопросы (%)	58,7	54,3	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Таблица 18 – Сравнительная оценка уровня знаний юношей 15-17 лет в зависимости от образования родителей

№	Блоки вопросов	Один или оба родителя имеют высшее образование		p*
		да (n =124)	нет (n = 101)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	48,1	41,5	>0,05
2	Контрацепция (%)	56,8	56,2	>0,05
3	ИППП (%)	63,0	58,7	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	53,9	58,3	>0,05
5	Все вопросы (%)	54,2	53,4	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Как следует из Таблицы 20, статистически значимая зависимость между уровнем знаний у юношей в вопросах репродуктивного здоровья и наличием

вредных привычек у их родителей отсутствует (р >0,05 по всем блокам вопросов).

Таблица 19 – Сравнительная оценка уровня знаний юношей 15-17 лет в зависимости от количества детей в семье

№	Блоки вопросов	Количество детей в семье		p*
		1-2 (n =137)	3 и более (n = 88)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	56,0	48,2	>0,05
2	Контрацепция (%)	62,9	65,3	>0,05
3	ИППП (%)	64,7	61,6	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	73,2	58,1	>0,05
5	Все вопросы (%)	63,8	62,3	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Таблица 20 – Сравнительная оценка уровня знаний юношей 15-17 лет в вопросах репродуктивного здоровья в зависимости от наличия вредных привычек у родителей

№	Блоки вопросов	Наличие вредных привычек у родителей		p*
		да (n =146)	нет (n = 79)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	41,2	47,2	>0,05
2	Контрацепция (%)	63,9	61,3	>0,05
3	ИППП (%)	55,0	51,8	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	57,9	65,3	>0,05
5	Все вопросы (%)	52,3	54,0	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Данные Таблицы 21 свидетельствуют о том, что уровень знаний юношей о репродуктивном здоровье не зависит от их жилищных условий (p >0,05 по всем блокам вопросов).

Таблица 21 – Сравнительная оценка уровня знаний юношей 15-17 лет в вопросах репродуктивного здоровья в зависимости от жилищных условий

№	Блоки вопросов	Наличие отдельной комнаты у юноши		p*
		да (n =182)	нет (n = 43)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	48,1	45,9	>0,05
2	Контрацепция (%)	53,4	62,7	>0,05
3	ИППП (%)	61,0	56,9	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	56,9	54,3	>0,05
5	Все вопросы (%)	57,2	57,7	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Из данных Таблицы 22 следует, что информированность юношей в вопросах репродуктивного здоровья не зависит от уровня успеваемости в рамках общеобразовательной программы по всем блокам вопросов, кроме вопросов, касающихся строения и физиологии репродуктивной системы, что при оценке общего уровня знаний по всем блокам вопросов не отразилось на статистической значимости.

Таблица 22 – Сравнительная оценка уровня знаний в вопросах репродуктивного здоровья юношей 15-17 лет в зависимости от успеваемости в школе (Me [Q1; Q3])

№	Блоки вопросов	Успеваемость			p*
		4-5 (n =38)	3-4 (n = 182)	2-3 (n = 5)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем	2 [1; 2]	2 [1; 2]	1 [1; 2]	**0,00**

Продолжение таблицы 22

№	Блоки вопросов	Успеваемость			p*
		4-5 (n =38)	3-4 (n = 182)	2-3 (n = 5)	
2	Контрацепция	3[2; 3]	3[2; 4]	3[2; 4]	0,54
3	ИППП	3[2; 3]	3[2; 3]	3[2; 3]	0,32
4	ВИЧ – инфекция	3[2; 4]	3[2; 4]	3[2; 4]	0,41
5	Все вопросы	10 [8; 12]	10 [9; 11]	10 [9; 11]	0,14

Примечание:*- метод Краскела – Уоллиса; максимальное число баллов по каждому блоку вопросов – 5, по всем блокам вопросов – 20.

Из данных Таблицы 23 следует, что уровень знаний в вопросах репродуктивного здоровья не зависит от занятий юношей подросткового возраста спортом.

Таблица 23 – Сравнительная оценка уровня знаний в вопросах репродуктивного здоровья юношей 15-17 лет в зависимости от занятий спортом (Me [Q1; Q3])

№	Блоки вопросов	Занятия спортом			p*
		Профессиональный спорт (n =7)	Любительский спорт (n =128)	Не занимается (n = 90)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем	2 [1; 2]	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,43
2	Контрацепция	3 [2; 3]	3 [2; 4]	3 [2; 4]	0,17
3	ИППП	3 [2; 3]	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,22
4	ВИЧ – инфекция	3 [2; 4]	3 [2; 4]	3 [2; 4]	0,69
5	Все вопросы	10 [8; 12]	10 [9; 11]	10[9;11]	0,43

Примечание:*- метод Краскела – Уоллиса; максимальное число баллов по каждому блоку вопросов – 5, по всем блокам вопросов – 20.

Из Таблицы 24 следует, что уровень информированности юношей в вопросах о репродуктивном здоровье не зависит от наличия у них вредных привычек (p >0,05 по всем блокам вопросов).

Таблица 24 – Сравнительная оценка уровня знаний в вопросах репродуктивного здоровья юношей 15-17 лет в зависимости от наличия у них вредных привычек

№	Блоки вопросов	Наличие вредных привычек		p*
		да (n =31)	нет (n = 194)	
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем (%)	42.9	49,5	>0,05
2	Контрацепция (%)	62,8	58,3	>0,05
3	ИППП (%)	57,3	62,0	>0,05
4	ВИЧ – инфекция (%)	67,3	65,4	>0,05
5	Все вопросы (%)	53,2	57,1	>0,05
p*	1-2	>0,05	>0,05	-
	1-3	>0,05	>0,05	-
	1-4	>0,05	>0,05	-
	2-3	>0,05	>0,05	-
	2-4	>0,05	>0,05	-
	3-4	>0,05	>0,05	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера

Таким образом, при анализе данных, указанных в Таблицах 14 - 24 следует, что уровень знаний о репродуктивном здоровье юношей 15-17 лет не зависит от особенностей сексуального поведения, образа жизни юношей, уровня успеваемости в школе и социального статуса семей подростков.

4.3 Согласованное мнение юношей о фактических источниках информации о репродуктивном здоровье и родителей юношей о рекомендуемых информационных источниках о репродуктивном здоровье

При оценке согласованного мнения юношей об актуальности источников информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья, и согласованного мнения родителей юношей 15-17 лет о рекомендуемых источниках информации в вопросах репродуктивного здоровья получены представленные в Таблице 25 статистически значимые средние уровни согласованности мнения анкетируемых в

обеих группах (p <0,01 в обоих случаях).

Таблица 25 – Ранжированный уровень значимости различных источников информации для получения знаний о репродуктивном здоровье в сравнении (юноши и их родители)

Источник информации	Ранжированные уровни значимости	
	Юноши (n=20)	Родители юношей (n=20)
Школьная программа в рамках уроков биологии	5	3
Дополнительные занятия с врачами, психологами и другими специалистами, имеющими специальную подготовку и опыт в проведении занятий подобного направления	6	1
СМИ: телевидение, журналы, радио	3	4
Интернет	1	6
Близкие члены семьи: родители, старший брат и др.	2	2
Друзья	4	5
	W=0,477 $\chi 2$=47,7 **p <0,01**	W=0,667 $\chi 2$=66,7 **p <0,01**

Нами установлено, что наиболее часто используемым источником информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья, среди юношей подросткового возраста в современных условиях является Интернет, на втором месте – близкие члены семьи, на третьем - СМИ. В то же время родители юношей подросткового возраста считают наиболее объективным и корректным получение соответствующей информации от компетентных в этой области специалистов. Второй по значимости ими отмечена роль семьи, на третьем месте указаны школьные образовательные программы. Наименее рекомендуемыми источниками родители юношей определили Интернет и круг общения вне семьи.

Таким образом, реально сложившаяся в настоящее время информационная среда, определяющая получение знаний современными юношами в вопросах репродуктивного здоровья, не соответствует согласованному мнению родителей о приоритетных желаемых источниках информации для их сыновей по получению

соответствующих знаний. Родители считают наиболее важным получение подобной информации от компетентных специалистов.

4.4 Связи между уровнями знаний о репродуктивном здоровье и мотивации на его сохранение, социальным статусом семей, сексуальной активностью и образом жизни юношей

Методом ранговой корреляции в группах учащихся девятых классов (n=225 (А1+Б1)) исследованы связи между ранжированными уровнями социального статуса семьи, образа жизни, успеваемости в школе, мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивного здоровья и уровнем информированности в этой сфере (Таблица 26).

Таблица 26 – Связи между ранжированными уровнями социального статуса семьи, образа жизни, успеваемости в школе, мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивной сферы и информированности подростков по этому вопросу (n=225)

Показатели	№	r / p*				
		1	2	3	4	5
Социальный статус семьи	1	-	r=0,27 **p=0,00**	r=0,33 **p=0,00**	r=-0,03 p=0,82	r=0,08 p=0,38
Образ жизни	2	-	-	r=0,28 **p=0,00**	r=0,17 p=0,13	r=0,22 p=0,34
Успеваемость в школе	3	-	-	-	r=0,09 p=0,60	r=0,27 p=0,37
Мотивация на здоровьесбережение в репродуктивной сфере	4	-	-	-	-	r=0,68 **p=0,00**
Уровень знаний о репродуктивном здоровье	5	-	-	-	-	-

Примечание:*- метод ранговой корреляции.

Установленная статистически значимая связь слабой силы между ранжированными уровнями социального статуса семьи и образом жизни юношей (r = 0,27; p = 0,001) может свидетельствовать о том, что социально благополучные

семьи имеют большие возможности для организации дополнительного образования во свободное от учёбы время (спортивные, художественные секции и др.), что может влиять на формирование приверженности юношей к ведению здорового образа жизни. Это утверждение косвенно подтверждает и выявленная статистически значимая связь слабой силы между успеваемостью в школе и социальным статусом семьи и образом жизни (r = 0,33 и r = 28 соответственно, p = 0,00 в обоих случаях) (Рисунок 2). Корреляции между ранжированными уровнями успеваемости, образом жизни и уровнем информированности о репродуктивном здоровье и мотивации на его сохранение не выявлено.

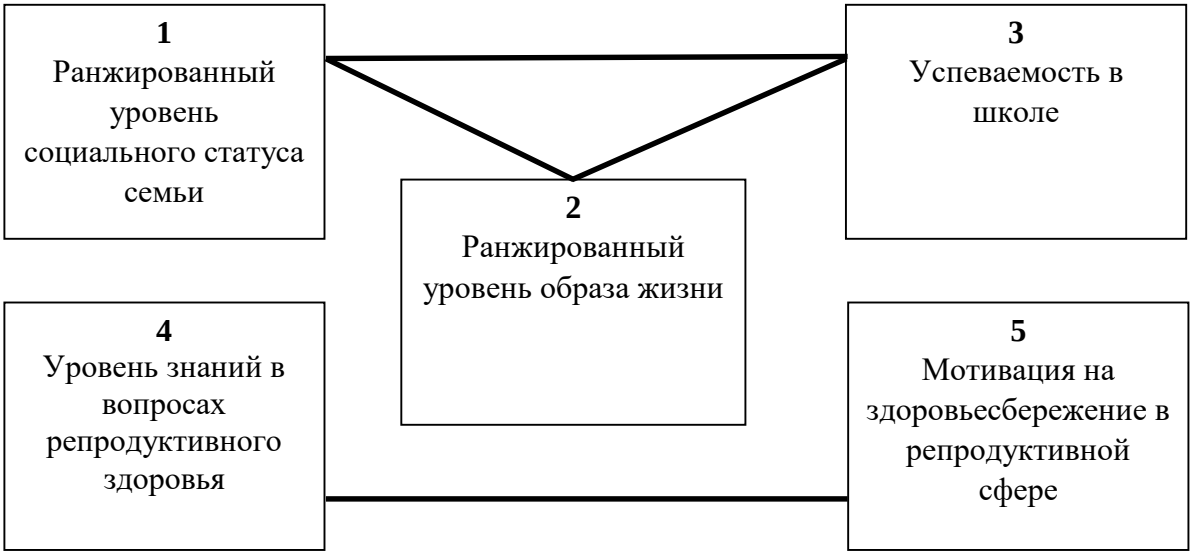

Рисунок 2 – Связи между ранжированными уровнями знаний, мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере, социального статуса, образа жизни и успеваемостью в школе (ранговая корреляция). 1- 2: r=0,27, p=0,00; 2 - 3: r=0,28, p=0,00; 1- 3: r=0,33, p=0,00; 4-5: r = 0,68, p = 0,00

Также не установлено статистически значимых связей между ранжированным уровнем социального статуса, уровнями знаний подростков о репродуктивном здоровье и мотивации на его сохранение (r=0,08 и p=0,38; r=-0,03 и p=0,82, соответственно), что подтверждает представленные также в Таблицах 18-24 результаты. Данные результаты можно связать с недостаточной ролью семьи в половом воспитании юношей в современных условиях. Это подтверждают также

результаты опроса юношей о сложившихся в настоящее время информационных источниках их знаний о репродуктивном здоровье - главным источником является интернет (Таблица 25).

Особое внимание привлекает установленная средней силы связь между уровнем осведомлённости о репродуктивном здоровье и мотивации на его сохранение при анализе ответов юношей: все респонденты (n=225) - r = 0,68 (p = 0,00); сексуально активные (n=39) - r = 0,65 (p = 0,00); не имеющие сексуального опыта (n=186) - r = 0,76 (p=0,00). Недостаточный уровень информированности юношей о репродуктивном здоровье следует считать модифицируемым предиктором низкого уровня мотивации на здоровьесбережение. Поэтому повышение уровня знаний юношей о репродуктивном здоровье может быть одним из факторов, влияющих на формирование здоровьесберегающего полового поведения.

ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ У ЮНОШЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ

Обоснованием необходимости совершенствования социально-гигиенических подходов к формированию у юношей здоровьесберегающего полового поведения служили результаты исследования, изложенные в предыдущих главах. Нами сгруппированы установленные проблемы и представлены пути их решения (Таблица 27).

Таблица 27 – Выявленные в результате исследования проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем юношей, и пути их решения

Проблемы, установленные по результатам медико-социологического исследования	Пути решения проблем
1. Высокий уровень заболеваемости патологией мочеполовой системы и распространения рисковых форм полового поведения юношей (ранний половой дебют, отказ от контрацептивов, промискуитет)	Необходимость совершенствования работы по формированию у юношей здоровьесберегающего полового поведения
2. Недостаточная информированность юношей, в том числе ведущих половую жизнь, о репродуктивном здоровье и способах его сбережения	Необходимость формирования мотивации у юношей на сохранение здоровья в репродуктивной сфере на основе получения достоверной информации о репродуктивном здоровье и безопасном половом поведении
3. Низкий уровень мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере у юношей, в том числе у сексуально активных	
4. Прямая статистически значимая связь между уровнями знаний о репродуктивном здоровье и мотивацией на его сохранение	
5. Недостаточная роль семьи в половом воспитании юношей	Необходимость разработки компетентными специалистами (детский уролог-андролог, психолог) инновационной образовательной программы в области репродуктивного здоровья для формирования мотивации на его сохранение и алгоритма межведомственного междисциплинарного взаимодействия с целью её реализации
6. Согласованное мнение родителей юношей о необходимости планомерной работы по их половому воспитанию с привлечением компетентных специалистов в противовес реальному положению – преимущественное получение знаний подростками по данному вопросу из недостоверных источников, включая интернет	

Нами разработана социально-гигиеническая технология, включающая информационно-мотивационную образовательную программу для юношей и алгоритм (далее - Алгоритм) её реализации на основе межведомственного междисциплинарного взаимодействия по формированию здоровьесбережения в репродуктивной сфере и профилактике здоровьеразрушающих форм полового поведения подростков.

5.1 Алгоритм межведомственного междисциплинарного взаимодействия в формировании у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере

Алгоритм разработан на основе следующих принципов: межведомственный подход; междисциплинарное взаимодействие; этапность реализации мероприятий.

Инновационная социально-гигиеническая технология формирования у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере реализуется посредством тесного межведомственного взаимодействия медицинских и образовательных организаций. В качестве медицинской организации выступает детская поликлиника, образовательной – территориально прикреплённые к детской поликлинике средние общеобразовательные школы.

Технология предполагает также участие различных специалистов, компетентных в достижении основной цели алгоритма и решения поставленных задач. Со стороны детской поликлиники – это врач детский уролог-андролог и медицинский психолог, со стороны общеобразовательных учреждений – педагоги, социальные работники, специалисты школьных центров здоровьесбережения и психологи.

Для разработки Алгоритма межведомственного междисциплинарного взамодействия был использован кластерный подход. По определению M.E. Porter, кластер - географически близкая группа связанных компаний и взаимодействующих институтов в специфической области, связанная общностями и взаимодополнениями [113]. Изначально предназначенный для эффективного экономического развития промышленности и аграрного сектора кластерный

подход распространился на непроизводственную сферу [21], включая и социальные проекты [55, 172]. По определению Н.А. Анисовой, социальным является кластер, который «сформирован в социальной сфере по статистическим видам деятельности, взаимосвязи в котором нацелены на получение общественно-значимого результата, носящего нематериальный характер…» [6]. Основная особенность социального кластера – предоставление нематериальных услуг, повышение культурного уровня населения, а не решение экономических задач. Разработаны модели кластеров для решения проблем здравоохранения [24, 48, 87, 112, 161], образования [36, 157], в области спорта [168, 173] и др. В соответствии с определением M.E. Porter, кластер возникает тогда, когда возникает кооперация между учреждениями и организациями [113]. Таким образом, социальный кластер может включать в себя различные бюджетные организации, связанные между собой решением одинаковых социальных проблем.

Соответствие Алгоритма принципу кластерного построения определяется наличием всех основных признаков кластера как такового: территориальная близость основных субъектов кластера (детская поликлиника и территориально прикреплённые к ней средние общеобразовательные школы); наличие горизонтальных связей на функциональной основе между субъектами кластера разной ведомственной подчинённости (школы – органам управления образования, поликлиника – органам управления здравоохранения); совместная деятельность субъектов для достижения единой цели (формирование здоровьесбережения в области репродуктивной сферы); разделение компетенций и задач между различными субъектами кластера. Учитывая, что инновационная информационно-мотивационная образовательная программа занимает центральное место в Алгоритме, организационная структура последнего сформирована на основе типовой модели для образовательного кластера [6].

На Рисунке 3 представлен разработанный нами Алгоритм межведомственного междисциплинарного взаимодействия в формировании у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере.

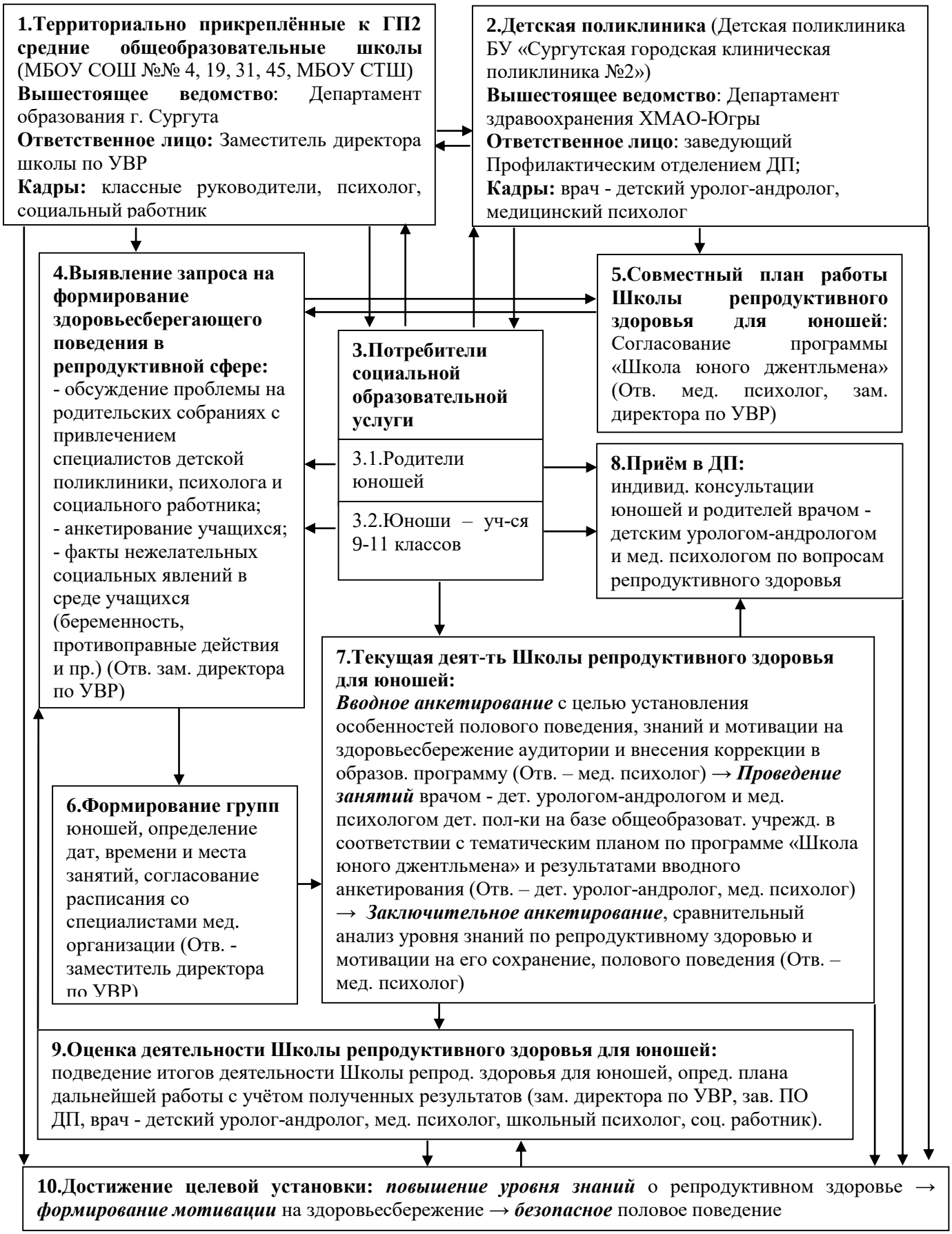

Рисунок 3 – Алгоритм межведомственного междисциплинарного взаимодействия в формировании у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере

Блоки 1 – 3 Алгоритма представлены субъектами образовательного кластера, при этом блоки 1 и 2 служат ядром такового – это имеющие разную ведомственную подчинённость и осуществляющие совместную деятельность по формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере посредством установления горизонтальных связей на функциональной основе, детская поликлиника и территориально прикреплённые к ней средние общеобразовательные школы. Внешними составляющими образовательного кластера являются органы управления образованием, здравоохранением и потребители социальной образовательной услуги (юноши 15-17 лет – учащиеся 9-11 классов и их родители).

Блоки 4 – 10 Алгоритма характеризуют совместную деятельность основных субъектов образовательного кластера - детской поликлиники и общеобразовательных учреждений, как этапное осуществление мероприятий по формированию у юношей здоровьесберегающего поведения в области репродуктивной сферы.

Задачей первого этапа (блок 4 Алгоритма) является выявление необходимости проведения данного вида работы среди целевой аудитории – сотрудники образовательных учреждений в ходе образовательного процесса в результате индивидуальных и групповых бесед (классный час, родительское собрание, работа с психологом, наличие конфликтных и других социально-нежелательных ситуаций) формируют запрос на необходимость проведения работы с целью формирования здоровьесбережения в области репродуктивной сферы у юношей. По формированию запроса представитель администрации образовательного учреждения в лице заместителя директора по учебно-воспитательной работе информирует сотрудников детской поликлиники о необходимости реализации информационной программы с целью формирования здоровьесбережения в репродуктивной сфере среди учащихся подросткового возраста.

На втором этапе (блок 5 Алгоритма) в начале учебного года формируется план деятельности Школы репродуктивного здоровья с распределением компетенций и задач между детской поликлиникой и каждым образовательным

учреждением из числа территориально прикреплённых. План согласуется заведующим Профилактическим отделением детской поликлиники и заместителем директора школы по учебно-воспитательной работе, последние являются ответственными за его разработку и реализацию. На этом этапе руководителями поликлиники и образовательного учреждения утверждается и образовательная программа «Школа юного джентльмена», разработанная врачом - детским урологом-андрологом и медицинским психологом детской поликлиники.

Задачей третьего этапа (блок 6 Алгоритма) является формирование администрацией и педагогами школ целевых аудиторий – групп юношей 15-17 лет, определение места и времени проведения занятий с ними. График занятий согласуется со специалистами детской поликлиники.

На четвёртом этапе (блок 7 Алгоритма) медицинским психологом детской поликлиники проводится вводное анкетирование (Анкета представлена в приложении Б), в результате которого формируется окончательный план реализации инновационной образовательной программы в зависимости от социально-психологических потребностей каждой отдельной группы юношей. Далее врачом - детским урологом-андрологом, медицинским психологом и, при необходимости, социальным работником реализуется инновационная образовательная программа «Школа юного джентльмена», направленная на формирование здоровьесбережения в репродуктивной сфере у юношей (содержание программы представлено в Таблице 25). По окончанию реализации программы проводится итоговое анкетирования с целью оценки результативности проведённой работы.

Шестой этап (блок 8 Алгоритма) предусматривает возможность получения индивидуальных консультаций детского уролога-андролога и медицинского психолога по вопросам репродуктивного здоровья, как юношами, так и их родителями. Предоставление такой возможности родителям обсуждается на родительских собраниях, юношам – на занятиях в рамках реализации программы «Школа юного джентльмена». Такие консультации позволяют осуществить индивидуальный подход к решению проблем с репродуктивным здоровьем в

каждом конкретном случае, в том числе тогда, когда юноша или его родитель из этических соображений не могут публично (например, на занятиях с юношами или родительских собраниях) обсуждать проблемы репродуктивной сферы. Это отражает неформальный подход к реализации информационно-мотивационной образовательной программы. Важность этого позволила выделить этот раздел в качестве отдельного этапа.

На седьмом этапе (блок 9 Алгоритма), по окончанию реализации инновационной образовательной программы, юноши подводят итоги обучения, делятся впечатлениями и отзывами, а сотрудники образовательных учреждений и детской поликлиники оценивают результаты реализации информационной программы, а также формулируют предложения с целью оптимизации проводимой работы, тем самым обеспечивая обратную связь. Для оценки результативности реализации образовательной программы проводится повторное анкетирование, позволяющие оценить динамику уровней знаний юношей о репродуктивном здоровье и мотивации на его здоровьесбережение, а также изучить общие тенденции в динамике полового поведения целевой аудитории.

Реализация межведомственного междисциплинарного подхода при внедрении инновационной информационно-мотивационной образовательной программы «Школа юного джентльмена» и индивидуального консультирования юношей компетентными специалистами детской поликлиники в структуре разработанного Алгоритма в целом направлена на достижение целевой установки – формирование мотивации на здоровьесберегающее половое поведение подростков (блок 10 Алгоритма).

5.2 Инновационная образовательная программа «Школа юного джентльмена»

Результаты проведённого исследования, изложенные в предыдущих главах, свидетельствуют о необходимости активизации санитарно-просветительской работы с юношами по формированию у них здоровьесберегающего поведения в области репродуктивной сферы. В её основе должно быть предоставление

достоверной и доступной для подросткового возраста информации компетентными специалистами. Автором совместно с психологами разработана и реализована инновационная информационно-мотивационная образовательная программа «Школа юного джентльмена» по формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере.

С 2008 года в рамках деятельности БУ «СГКП №2» психологами, врачом-гинекологом, детским урологом-андрологом успешно реализуется инновационный проект «Школа репродуктивного здоровья» для подростков: с 2008 года - для девушек и с 2010 года - для юношей. В 2017 году разработанная и внедрённая в практику образовательная программа Школы репродуктивного здоровья для юношей с авторским названием «Школа юного джентльмена» была представлена на Конкурсе «Знак качества «Лучшее – детям» Национальной программы продвижения лучших российских товаров и услуг для детей (г. Москва) и получила Знак качества «Лучшее – детям» (Приложение В).

Программа «Школа юного джентльмена» разработана для деятельности «Школы репродуктивного здоровья» в БУ «СГКП №2» и реализуется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» и Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

Главным врачом БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» утверждена разработанная автором совместно с психологами БУ «СГКП №2» образовательная программа «Школа юного джентльмена».

Цели программы:

1. Повышение уровня осведомленности в области сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков; повышение уровня общего нравственного развития, в том числе через принятие решения о воздержании от раннего полового дебюта до достижения возраста социальной зрелости;
2. Информирование о безопасном поло-ролевом поведении и формирование умений, необходимых для этого;
3. Формирование позиции ответственного отношения и нравственного оценивания собственной сексуальной жизни;
4. Формирование семейных ценностей и ответственного отношения к родительству.

Задачами инновационной информационной услуги являются:

1. Расширение ориентировки в понятиях «репродуктивное здоровье», «репродуктивное развитие», «психосексуальное развитие»;
2. Расширение ориентировки в вопросах зависимости состояния репродуктивного здоровья от сексуального поведения;
3. Развитие морально – этических принципов, не согласующихся с рискованным и ранним сексуальным поведением (формирование позиции ответственного принятия решений, принятия личной ответственности за свое поведение);
4. Формирование навыков безопасного поло-ролевого поведения, направленного на сохранение здоровья (расширение ориентировки в вопросах этики и безопасности сексуальных отношений);
5. Формирование позиции осознания ценности здорового образа жизни и верности партнеру (профилактика нежелательной беременности, ИППП, ранних сексуальных дебютов и промискуитета в подростковом возрасте);
6. Информирование подростков о дружественных для них организациях и учреждениях, где они смогут получить помощь в трудных жизненных ситуациях;
7. Нацеленность подростка на создание семьи, рождение и воспитание детей в будущем (формирование позитивного отношения к планированию семьи и

ответственному родительству).

Планируемым результатом по окончанию реализации проекта являются полученные знания:

- об анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивных систем;
- о репродуктивном здоровье (его основных аспектах и составляющих);
- о психосексуальных особенностях юношей и девушек в период становления репродуктивной функции, зависимости репродуктивного здоровья от поведения;
- о видах взаимоотношений между полами, об альтернативных сексуальным отношениям между девушкой и юношей;
- о способах выстраивания и поддержания нравственных межличностных отношений;
- о референтных группах, социальных влияниях, оказываемых на человека различными агентами влияния, о средствах преодоления давления со стороны;
- об этике и безопасности сексуальных отношений;
- о средствах контрацепции, способах предупреждения ИППП и нежелательной беременности;
- о ВИЧ – инфекции и способах ее передачи;
- о психологических и физиологических последствиях аборта;
- о важности планирования семьи, ответственного отношения к родительству.

При содействии и поддержке руководства общеобразовательных учреждений сотрудниками БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» цикл занятий с юношами проводился на базе средних общеобразовательных школ. Проведение такого вида профилактической работы врачом – детским урологом-андрологом, психологом, обладающими знанием о физиологических, психологических и социальных особенностях подростков в современных условиях, нормативно-правовой базы, а также умением работать с подростками и выстраивать работу на основе медико–социальных потребностей юношей гарантирует предоставление достоверной информации с учетом возрастных

особенностей и потребностей данной целевой группы. Работа в узком коллективе по принципу «весь класс» определяет возможность доверительной беседы при обсуждении вопросов репродуктивного здоровья. Проведение занятий на базе общеобразовательного учреждения гарантирует посещаемость юношами образовательной программы и обеспечение проведения полного цикла занятий.

Инновационная информационно-мотивационная программа «Школа юного джентльмена» разработана для подростков 15-17 лет. Она не противоречит общеобразовательной программе, утверждённой Федеральным Государственным Образовательным Стандартом основного общего образования [102], в которой анатомия человеческого организма, в том числе репродуктивной системы, изучается в 8-9 классе. Предложенная программа способствует частично реализации данного Стандарта, поскольку «стандарт направлен на обеспечение сохранения здоровья обучающихся и ориентирован на становление личностных характеристик выпускника: ...осознающий и принимающий ценности человеческой жизни, семьи, осознанно выполняющий правила здорового образа жизни» [102].

Для достижения указанных целей в проекте используются элементы таких методов психолого – педагогического воздействия как визуализация, телесно–ориентированные техники (психо-мышечная релаксация), игровые методы (сюжетно–ролевые игры, игры - драматизации), моделирование и анализ проблемных ситуаций.

Программа реализуется в течение одного учебного года и включает освоение компетенций юношами по 8-ми темам (Таблица 28).

При реализации инновационной образовательной программы учитывается социальный, культурный аспект, характеризующий каждую отдельную группу, а также сексуальную активность, исходный уровень информированности и другие особенности участников проекта.

Таблица 28 – Тематический план программы «Школа юного джентльмена» в рамках деятельности Школы репродуктивного здоровья для юношей

№ п/п	Темы	Цели, учебные и психологические задачи
1	Период полового созревания	1. Знакомство участников. 2. Знакомство со структурой программы, его целями и задачами. 3. Определение понятия «полового созревания» и обсуждение проблем, связанных с ним. 4. Овладение навыками расслабления.
2	Мужская и женская репродуктивные системы	1. Ознакомление с анатомией мужской и женской половых систем. 2. Определение функций органов мужской и женской репродуктивных систем. 3. Рассмотрение вопросов, связанных с гигиеной наружных половых органов.
3	Влияние образа жизни на репродуктивное здоровье юношей	1. Актуализация темы здоровья, здорового образа жизни, ответственного поведения, риска потери здоровья, социальных влияний. 2. Инициация процесса осознания своего отношения к здоровью и факторам на него влияющим. 3. Расширение ориентировки в понятиях «зависимость», «вредные привычки», «болезнь». 4. Анализ воздействий и последствий употребления ПАВ на здоровье в целом, на становление и развитие репродуктивного здоровья юноши, функциональные возможности мужского организма. 5. Рассмотрение регулярного посещения врача уролога как одного из основных условий мужского репродуктивного здоровья.
4	Отношения между юношами и девушками. Любовь и секс	1. Развертывание ориентировки в культурных и социальных различиях между мужчиной и женщиной (биологический, социальный, психологический и культурный аспекты). 2 Развертывание ориентировки в понятиях «сексуальность», «сексуальное развитие». 3. Обсуждение основных способов проявлений любви. 4. Актуализация проблемы физической, психологической и социальной готовности к сексуальным отношениям. 5. Анализ основных мотивов вступления в сексуальные отношения девушек и юношей.
5	Методы контрацепции	1. Разъяснение понятия и функций «контрацепции». 2 Предоставление информации о традиционных и современных методах контрацепции. 3. Обсуждение преимущества и недостатков контрацепции. 4. Определение порядка выбора контрацепции.

Продолжение Таблицы 28

№ п/п	Темы	Цели, учебные и психологические задачи
6	ИППП	1. Информирование участников об основных ИППП. 2 Расширение ориентировки о патогенезе ВИЧ-инфекции. 3. Повышение уровня знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции. 4. Формирование толерантного отношения к зараженным ВИЧ-инфекцией.
7	Беременность. Аборт	1. Влияние ответственного отцовства на гармоничное физическое и психическое развитие ребенка. 2.Расширение ориентировки в основных стадиях внутриутробного развития. 3. Развертывание ориентировки в понятии аборт. 4. Расширение ориентировки в последствиях раннего аборта для здоровья девушки. 5. Анализ психологических аспектов прерывания беременности.
8	Планирование семьи	1. Анализ необходимых ресурсов (личностных, материальных) для благоприятного «проживания» будущими родителями периода беременности. 2. Развертывание ориентировки в понятии «родительство», социальной роли родителя. 3. Моделирование жизненной перспективы с позиции ответственного родительства.

В зависимости от результатов вводного анкетирования осуществляется мониторинг с целью установления исходных социально – психологических аспектов и формируется окончательное содержание программы с включением или исключением тех или иных дополнительных приемов воздействия, удовлетворяющее запросам каждой конкретной группы.

Настоящая программа не освещает вопросы сексологии. Предоставляемая юношам информация соответствует этическим и моральным нормам, а также культурным традициям российского общества. Программа направлена исключительно на формирование здорового образа жизни, традиционных семейных ценностей и мотивации к сохранению здоровья в репродуктивной сфере. Настоящая программа предлагает не только научно-обоснованный подход к половому, в том числе гигиеническому воспитанию, но и решает вопросы об организации включения полового воспитания в образовательный процесс, а также

методики его проведения.

С целью демонстрации зависимости содержания образовательной услуги от потребностей учащихся в ходе настоящего исследования был проведён анализ исходного уровня социально–психологических параметров, характеризующих особенности двух групп юношей, получавших инновационную информационную услугу, обучавшихся в различных средних общеобразовательных школах города (учащиеся МБОУ СОШ №4, в которой основным контингентом учащихся являются жители района города «Чёрный мыс», на базе которой организован и функционирует центр языковой адаптации детей-мигрантов и учащиеся МБОУ СОШ №45 – учреждения с углубленным изучением предметов).

Таблица 29 – Социально – психологические особенности в сравниваемых группах до получения инновационной образовательной программы

Показатели	Юноши 9-ого класса МБОУ СОШ №4 (n=9)	Юноши 9-ого класса МБОУ СОШ №45 (n=12)	p
Сексуальная активность (%)			
Кол-во сексуально активных юношей в %	44,4	8,3	**<0,01***
Балльная оценка уровня осведомлённости юношей по вопросам репродуктивного здоровья, Me [Q1; Q3]			
Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,720**
Контрацепция	3 [2; 3]	3 [2; 4]	0,450**
ИППП	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,300**
ВИЧ – инфекция	3 [2; 4]	4 [3; 4]	0,008**
Все вопросы	10 [8; 11]	10 [9; 11]	0,470**
Балльная оценка мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере			
Me [Q1; Q3]	5 [3; 6]	5 [4; 6]	0,560
Балльная оценка образа жизни юношей подросткового возраста, Me [Q1; Q3]			
Вредные привычки	4 [4; 6]	6 [6; 6]	**0,001****
Занятия спортом	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,750**

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера; **- метод Манна-Уитни.

При сравнении исходных социально–психологических особенностей и особенностей полового поведения юношей сравниваемых групп выявлены статистически значимые отличия в степени сексуальной активности,

информированности относительно ВИЧ – инфекции и распространённости вредных привычек среди учащихся (Таблица 29).

Полученные данные определяют запрос группы и диктуют необходимость коррекции образовательной услуги в рамках Школы репродуктивного здоровья с целью увеличение удельного веса интенсивной работы в группе учащихся МБОУ СОШ №4 в вопросах, касающихся безопасности полового поведения, формирования здорового образа жизни и информированности в вопросах относительно ВИЧ – инфекции. При проведении занятий в рамках Школы репродуктивного здоровья не исключена необходимость учёта и других особенностей состава группы, в том числе медицинских (включение в группу учащихся с особенностями психического развития, с нарушениями речи и др.).

5.3 Результативность информационно-мотивационной программы «Школа юного джентльмена» по формированию у юношей здоровьесберегающего полового поведения

Прежде всего нами исследована сопоставимость групп, получавших инновационную образовательную услугу и не получавших её при первом анкетировании до начала реализации программы (подгруппы А1 и Б1).

Таблица 30 – Сравнительная оценка ранжированных уровней социального статуса, образа жизни и школьной успеваемости при первом анкетировании юношей, получавших (А1) и не получавших (Б1) инновационную образовательную услугу

Показатели Me [Q1; Q3]	Подгруппы респондентов		p*
	А1 (n =131)	Б1(n = 94)	
Ранжированный уровень социального статуса			
Состав семьи	2 [1; 2]	2 [2; 2]	0,55
Образование родителей	2,5 [2; 3]	2,5 [2; 3]	0,80
Количество детей в семье	2 [1; 2]	2 [2; 2]	0,08
Доход семьи	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,08
Вредные привычки родителей	8 [6,5; 9]	8 [7,5; 9]	0,11
Жилищные условия	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,71
Сумма ранжированных показателей социального статуса семьи	19,5[18; 20]	20[19; 21]	0,06

Продолжение таблицы 30

Показатели Me [Q1; Q3]	Подгруппы респондентов		p*
	А1 (n =131)	Б1(n = 94)	
Ранжированный уровень образа жизни и успеваемости в школе			
Вредные привычки	6 [6; 6]	6 [6; 6]	0,92
Занятия спортом	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,75
Дополнительное образование	1 [1; 1]	1 [1; 2]	0,95
Успеваемость	1 [1; 1]	1 [1; 2]	0,11
Сумма ранжированных показателей	11 [10; 12]	11[10; 12]	0,66

Примечание:* - метод Манна-Уитни.

Как следует из Таблицы 30, подгруппы А1 и Б1 не имели статистически значимых различий между собой по всем критериям ранжированных уровней социального статуса, образа жизни и успеваемости при освоении школьной программы, что определяет сопоставимость групп сравнения по указанным параметрам.

Таблица 31 – Балльная оценка уровня осведомлённости юношей сравниваемых групп по вопросам репродуктивного здоровья (Me [Q1; Q3])

№	Блоки вопросов	Группы респондентов				p*			
		А1 (n=131)	А2 (n=103)	Б1 (n=94)	Б2 (n=87)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем	2 [1; 2]	3 [2; 4]	2 [1; 2]	2 [1; 2]	0,21	**0,00**	0,35	**0,00**
2	Контрацепция	3 [2; 3]	4 [4; 5]	3 [2; 3]	3 [2; 4]	0,98	**0,00**	0,18	**0,00**
3	ИППП	2 [1; 3]	3 [3; 4]	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,09	**0,00**	0,59	**0,00**
4	ВИЧ – инфекция	3 [2; 3]	4 [3; 4]	3 [2; 4]	3 [2; 4]	0,28	**0,00**	0,61	**0,00**
5	Все вопросы	9 [7; 11]	15 [13; 16]	10 [8; 11]	10 [9; 11]	0,18	**0,00**	0,63	**0,00**
p*	1-2	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	-	-	-	-
	1-3	0,03	0,49	**0,00**	**0,00**	-	-	-	-
	1-4	**0,00**	0,04	**0,00**	**0,00**	-	-	-	-
	2-3	0,03	**0,00**	0,48	0,11	-	-	-	-
	2-4	0,76	**0,01**	0,17	0,98	-	-	-	-
	3-4	0,02	0,11	0,02	0,13	-	-	-	-

Примечание:*- метод Манна-Уитни; максимальное число баллов по каждому блоку вопросов – 5, по всем блокам вопросов – 20.

При сравнительной оценке уровня информированности в вопросах репродуктивного здоровья в зависимости от формы образовательного процесса выявлено отсутствие различий в исходном уровне осведомлённости относительно репродуктивного здоровья в сравниваемых группах респондентов по всем блокам вопросов. В процессе реализации инновационной программы в основной группе установлен статистически значимый рост уровня знаний по всем блокам изучаемых вопросов. В то же время в группе юношей контрольной группы аналогичной динамики не отмечалось (Таблица 31).

Аналогичные результаты получены при оценке уровня знаний по удельному весу правильных ответов в процентах (Рисунок 4).

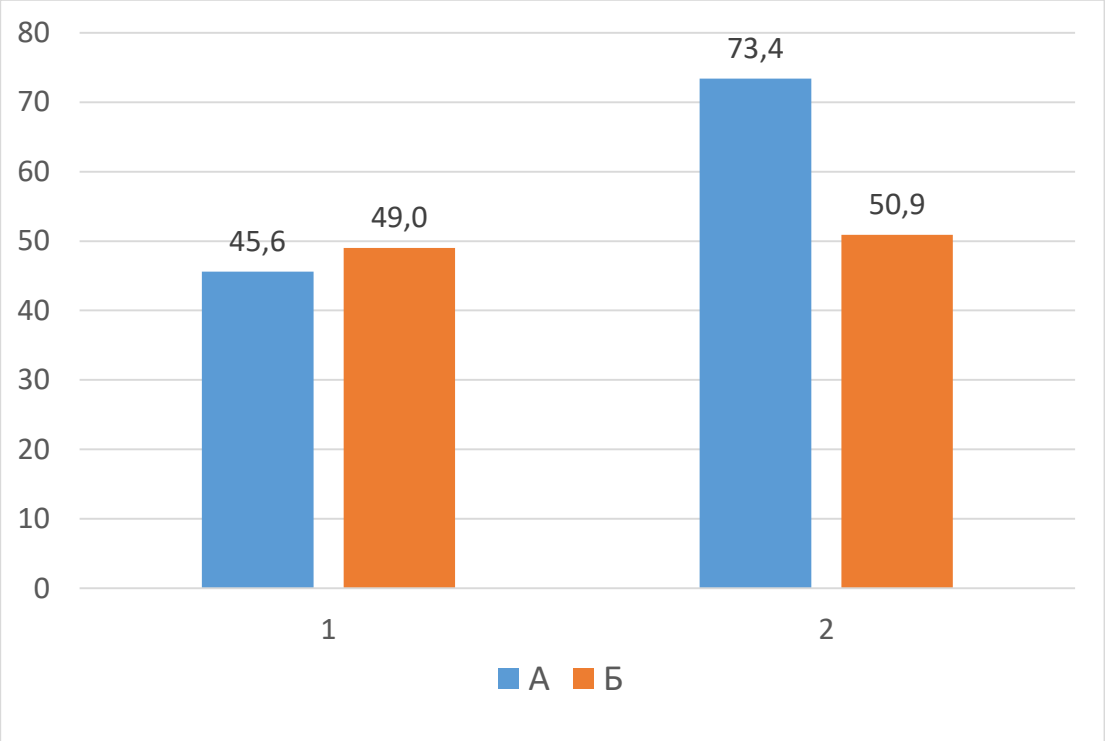

Рисунок 4 - Уровень информированности юношей сравниваемых групп по всем вопросам в области репродуктивного здоровья (% правильных ответов), p <0,01; метод углового преобразования Фишера:* - между А1 и А2, - между А2 и Б2.**

Полная сопоставимость разных подходов к оценке тестовых заданий (количество набранных баллов и процент правильных ответов в группе

респондентов) при использовании различных статистических методов (угловое преобразование Фишера и метод Манна-Уитни) свидетельствуют о высоком уровне достоверности полученных результатов (Таблицы 31 и 32).

Таблица 32 – Уровень осведомлённости юношей сравниваемых групп по вопросам репродуктивного здоровья (% правильных ответов)

№	Блоки вопросов	Группы респондентов				p*			
		А1 (n=131)	А2 (n=103)	Б1 (n=94)	Б2 (n=87)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
1	Анатомия и физиология мужской и женской репродуктивных систем	33,4	65,1	37,5	33,5	>0,05	**<0,01**	>0,05	**<0,01**
2	Контрацепция	53,1	84,7	52,3	58,9	>0,05	**<0,01**	>0,05	**<0,01**
3	ИППП	42,5	68,9	49,6	52,4	>0,05	**<0,01**	>0,05	**<0,01**
4	ВИЧ – инфекция	53,4	74,9	56,7	58,9	>0,05	**<0,01**	>0,05	**<0,01**
p*	1-2	**<0,01**	**<0,01**	p>0,05	**<0,01**	-	-	-	-
	1-3	>0,05	>0,05	p>0,05	**<0,01**	-	-	-	-
	1-4	**<0,01**	>0,05	**<0,01**	**<0,01**	-	-	-	-
	2-3	>0,05	**<0,01**	>0,05	>0,05	-	-	-	-
	2-4	>0,05	p>0,05	>0,05	>0,05	-	-	-	-
	3-4	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	-	-	-	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

При сравнительной оценке особенностей мотивации на сохранение репродуктивного здоровья в зависимости от формы образовательного процесса различий между подгруппами А1 и Б1 не установлено (Таблица 33). В динамике между группами сравнения появляются статистически значимые различия в сторону увеличения в основной группе удельного веса ответов, характеризующих приоритетное положение ценности «репродуктивное здоровье» в ценностной структуре личности, достаточную ориентировку в данном вопросе, осознанность цели «сохранение репродуктивного здоровья и его укрепление» и мотивацию для её достижения. Логично установленную динамику связать с влиянием на подростков реализации инновационной образовательной программы.

Таблица 33 – Особенности мотивации юношей на сохранение репродуктивного здоровья в сравниваемых группах

Вопросы		Группы респондентов				p*			
		А1 (n= 131)	А2 (n= 103)	Б1 (n= 94)	Б2 (n= 87)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
Для меня иметь хорошее репродуктивное здоровье крайне важно (Оцените данное утверждение по 10-балльной шкале, где 10 баллов – максимальная значимость, 1 – минимальная) (%)	9-10	51,1	95,1	57,4	65,9	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	7-8	30,0	1,94	23,4	19,5	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	5-6	20,6	0,97	14,9	17,2	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	3-4	0,76	1,94	2,13	1,15	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	1-2	1,53	-	2,13	1,15	>0,01	-	>0,01	-
Зачем мне быть здоровым в репродуктивной сфере (%)	Чтобы быть счастливым и полноценным мужчиной	49,6	89,3	57,4	66,7	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	Чтобы не болеть и не испытывать физического дискомфорта	17,6	10,7	16,0	8,05	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	Чтобы не испытывать осуждения со стороны близких и родственников	14,5	0,00	12,8	6,90	>0,01	-	>0,01	-
	Чтобы поддерживать общий уровень здоровья	16,0	0,00	9,56	14,9	>0,01	-	>0,01	-
	Репродуктивное здоровье не представляет для меня в настоящее время какую-либо ценность	2,29	0,00	4,25	3,45	>0,01	-	>0,01	-

Продолжение таблицы 33

Вопросы		Группы респондентов				p*			
		А1 (n= 131)	А2 (n= 103)	Б1 (n= 94)	Б2 (n= 87)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
Готов ли я прилагать усилия, чтобы оставаться здоровым в репродуктивной сфере (%)	Я готов максимально прилагать все возможное усилия для сохранения репродуктивного здоровья	19,1	53,4	39,4	33,3	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	Я готов прилагать усилия при возникновении необходимости работы в этом направлении	27,5	30,1	14,9	18,4	>0,01	>0,01	>0,01	**<0,01**
	Я стараюсь избегать вредных факторов чтобы здоровье в этой сфере не ухудшилось	22,9	14,6	23,3	26,4	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	Не считаю необходимым что-либо предпринимать с целью сохранения репродуктивного здоровья	30,5	1,90	22,4	21,9	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
Что именно я делаю для сохранения своего репродуктивного здоровья	нахожу информацию про репродуктивное здоровье в интернете	78	83	60	88	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	читаю литературу на соответствующую тему	34	30	45	28	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	смотрю передачи о здоровье	6	10	11	9	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	консультируюсь с врачом по вопросам репродуктивного здоровья	7	43	5	11	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	участвую в школах здоровья	-	103	-	-	-	-	-	-

Продолжение таблицы 33

Вопросы		Группы респондентов				p*			
		А1 (n= 131)	А2 (n= 103)	Б1 (n= 94)	Б2 (n= 87)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
	периодически прохожу профилактический осмотр уролога	17	11	23	18	>0,01	>0,01	>0,01	>0,01
	другое	-	-	-	1	-	-	-	-
	ничего не делаю	13	-	9	10	>0,01	-	>0,01	-
Я интересуюсь информацией по сохранению репродуктивного здоровья (Оцените свой интерес к информации по сохранению репродуктивного здоровья по 10 - балльной шкале - чем интерес выше, тем больше баллов) (%)	9-10	45,0	92,2	43,6	44,8	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	7-8	26,0	6,82	34,0	31,0	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	5-6	20,6	0,98	14,9	17,3	>0,01	**<0,01**	>0,01	**<0,01**
	3-4	6,11	-	5,33	5,75	>0,01	-	>0,01	-
	1-2	2,29	-	2,14	1,15	>0,01	-	>0,01	-

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

Аналогичная закономерность прослеживается при сравнении в группах наблюдения в динамике ранжированного уровня мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивной сферы (Таблица 34).

Таблица 34 – Ранжированный уровень мотивации юношей на сохранение репродуктивного здоровья в группах сравнения (Me [Q1; Q3])

Показатель	Группы респондентов				p*			
	А1 (n=131)	А2 (n=103)	Б1 (n=94)	Б2 (n=87)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
Ранжированный уровень мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере	5 [4; 6]	6 [5; 7]	5 [4; 6]	5 [4; 6]	0,75	**0,001**	0,81	**0,001**

Примечание:*- метод Манна-Уитни; максимальное число баллов – 12.

При отсутствии статистически значимых различий этого показателя в исходе (подгруппы А1 и Б1) в динамике отмечался статистически значимый его рост только в группе юношей, получавших инновационную образовательную услугу по программе «Школа юного джентльмена».

При оценке полового поведения юношей в динамике отмечается нарастание степени половой активности в обеих группах, что можно объяснить естественным физиологическим становлением половой функции, однако у учащихся 10-ых классов основной группы этот показатель статистически значимо ниже, чем у 10-классников контрольной группы (Таблица 35).

Таблица 35 – Сравнительная динамика удельного веса сексуально активных юношей и их полового поведения через один год наблюдения (9 и 10 классы, соответственно) в основной группе (получающих инновационную образовательную услугу в «Школе репродуктивного здоровья») и группе сравнения

Показатель		А1 (n=131)	А2 (n=103)	Б1 (n=94)	Б2 (n=87)	p*			
						А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
Динамика удельного веса сексуально активных юношей									
Сексуально активные юноши	Абс	22	37	17	52	>0,05	**<0,01**	**<0,01**	**<0,01**
	%	16,8	35,9	18,1	59,8				
Динамика полового поведения сексуально активных юношей									
Сексуально активные юноши		А1 (n=22)	А2 (n=37)	Б1 (n=17)	Б2 (n=52)	А1-Б1	А1-А2	Б1-Б2	А2-Б2
Отказ от использования контрацептивов	Абс	5	1	3	9	>0,05	**<0,01**	>0,05	**<0,01**
	%	22,7	2,70	17,6	17,3				
3 и более половых партнёров	Абс	8	6	6	26	>0,05	<0,05	>0,05	**<0,01**
	%	36,4	16,2	35,3	50,0				
Факт беременности у партнёрши	Абс	3	4	1	6	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	%	13,6	10,8	5,90	11,5				
Факт обращения по поводу ИППП	Абс	0	0	0	2	-	-	-	-
	%	0,00	0,00	0,00	1.04				

Примечание:*- метод углового преобразования Фишера.

При этом в основной группе статистически значимо уменьшился удельный вес сексуально активных юношей, не использующих методы контрацепции, при отсутствии таковой динамики в группе контроля. Также обращает на себя внимание, что при повторном анкетировании удельный вес промискуитета в основной группе был статистически значимо ниже, чем в контрольной группе.

Таким образом, реализация инновационной образовательной программы в Школе репродуктивного здоровья для юношей является одним из методов управления здоровьесбережением в этой сфере, а также одним из значимых факторов, обеспечивающих повышение уровня мотивации юношей на сохранение репродуктивного здоровья через получение достоверной информации от компетентных специалистов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования проведён анализ данных форм федерального статистического наблюдения №12 - сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих на территории города Сургута, ХМАО - Югры, УрФО и РФ, в динамике с 2018 г. по 2022 г.

Несмотря на тенденцию к снижению, уровень общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих в городе Сургуте, является высоким и в 2022 году составил 4333,2 на 100 000 населения. Уровень первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих в городе Сургуте, повысился в динамике с 2073,3 до 2430,0 на 100 000 населения, темп прироста составил 17,2%, что обусловлено прежде всего впервые выявленной патологией андрологического характера (N43 - N50). Охват диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с патологией мочеполовой системой, проживающих в городе Сургуте, снизился в динамике на 12,2%.

Уровень общей заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории ХМАО-Югра, сопоставим с уровнем этого показателя на территории РФ. В динамике на территории округа отмечается снижение уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в указанной половозрастной группе за счёт снижения уровня заболеваемости гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек, другими болезнями почки и мочеточника и другими болезнями мочевой системы (темп прироста -25,4% и -14,4% соответственно). Уровень первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории ХМАО-Югры, снизился с 1376,0 до 953,0 на 100 000 населения, темп прироста составил -30,3%. Охват диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с подтверждённой патологией мочеполовой системой, проживающих на территории ХМАО-Югры, снизился на 5,5%.

В динамике отмечается рост уровня общей и первичной заболеваемости среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории УрФО, болезнями мочеполовой системы. Темп роста составил 109,4% и 110,8% соответственно, что обусловлено в большей степени повышением заболеваемости в нозологической группе «другие болезни мочевой системы» - с 761,3 до 1052,0 на 100 000 населения, а также повышением уровня заболеваемости андрологической патологией. Рост уровня первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории УрФО, обусловлен увеличением уровня заболеваемости всех учитываемых в ф.12 групп заболеваний. Охват диспансерным наблюдением юношей на территории УрФО увеличился в динамике на 2,7% и составил в 2022 году 1435,8 на 100 000 населения – 39,6% от уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в указанной половозрастной группе.

При изучении уровня заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет, проживающих на территории РФ, выявлено снижение уровня общей заболеваемости на 5,4% (с 3653,4 до 3457,9 на 100 000 населения), вместе с тем выявлен рост первичной заболеваемости на 4,3%. Основной группой заболеваний, оказавшей влияние на уровень общей заболеваемости, явились гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника, уровень заболеваемости которых снизился на 8,7% и составил в 2022 году 1205,1 на 100 000 населения. В динамике отмечается незначительно увеличение охвата диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет на территории РФ с болезнями мочеполовой системы на 0,8%.

При сравнении уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет города Сургута, ХМАО-Югры, УрФО и РФ выявлено, что изучаемый показатель имеет превышающее значение среди населения города Сургута. Изменение уровня общей заболеваемости в динамике с 2018 г. по 2022 г. (рост в 2019 году с последующей тенденцией к снижению) отразился на уровне этого показателя среди населения ХМАО-Югры. Несмотря на снижение уровня общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди

юношей 15-17 лет на территории города Сургута, изучаемый показатель в городе Сургуте (4333,2 на 100 000 населения) остаётся выше федерального значения в РФ (3457,9 на 10 000 населения).

При сравнении уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет города Сургута, ХМАО-Югры, УрФО и РФ выявлено, что динамика этого показателя в период с 2018 г. по 2022 г. в целом отражает изменения уровня общей заболеваемости, что указывает на его значение в структуре общей заболеваемости. Так, на территории города Сургута в 2019 году отмечен резкий рост уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системой среди юношей 15-17 лет с дальнейшей тенденцией к снижению, что отразилось на динамике этого показателя на территории ХМАО-Югры и УрФО. Однако, несмотря на снижение, в 2022 г. уровень первичной заболеваемости в указанной половозрастной группе в городе Сургуте остаётся значительно выше среднего значения по стране (2430,0 на 100 000 населения в городе Сургуте и 1387,9 на 10 000 населения на территории РФ).

При сравнении уровня охвата диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с патологией мочеполовой системой на территориях города Сургута, ХМАО-Югры, УрФО и РФ выявлено, что охват диспансерным наблюдением юношей, проживающих в городе Сургуте и ХМАО, значительно ниже, чем на территории УрФО и РФ и составляет в городе Сургуте 834,4, в ХМАО-Югре 612,0 на 100 000 населения, в то время как в УрФО этот показатель составляет 1435,8, а на территории РФ 1470,7 на 100 000 населения.

Полученные данные указывают, что организация уроандрологической помощи на территории ХМАО-Югры, в том числе в городе Сургуте имеет основной целью выявление уроандрологической патологии у юношей 15-17 лет, что обеспечивается полным охватом профилактическими осмотрами юношей в декретированные возраста, а также достаточной укомплектованностью детской уроандрологической службы на территории округа. Однако, низкий охват диспансерным наблюдением юношей 15-17 лет с выявленной патологией мочеполовой системы на территории ХМАО-Югры, в том числе в городе Сургуте

указывает на недостаточный объём проводимой работы уроандрологической службой, направленной на динамическое наблюдение данной целевой группы.

Высокий уровень заболеваемости патологией мочеполовой системой среди юношей подросткового возраста, как в городе Сургуте, так и на региональном и федеральном уровнях, несмотря на некоторую стабилизацию этого показателя, указывает на несомненное участие данного класса болезней в структуре причин нарушения фертильности, снижая в дальнейшем качество жизни взрослого населения, что определяет медико-социальное значение этой патологии.

В ходе исследования проведено медико-социологическое исследование – анкетирование юношей – учащихся 9-х классов 4-х из 8-ми прикреплённых к БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» общеобразовательных школ. Рандомизация в соотношениии 1:1 проведена методом «слепых конвертов», метод формирования выборок «гнездовой». В соответствии с критериями включения и исключения обработано 225 анкет учащихся 18-ти 9-х классов в начале учебного года. Такому количество единиц наблюдения исходя из общего числа юношей-девятиклассников на период включения их в исследование (468 человек) соответствует доверительный интервал 4,71% (p = 0,0471) при определении минимального объёма выборки методом В.И. Паниотто [111]. При определении минимального объёма выборочной совокупности по методу К.А. Отдельновой [108] количество вариант 225 соответствует уровню значимости p=0,01 для исследований средней точности, что также свидетельствует о репрезентативности выборочной совокупности.

При анализе особенностей полового поведения юношей подросткового возраста в современных условиях выявлена высокая половая активность (17,3% среди юношей 15-17 лет). Количество юношей, возраст сексуального дебюта у которых 12 лет составил 5,13%, 13 лет – 2,57%, 14 лет – 10,2% среди сексуально активных юношей. Юноши, возраст сексуального дебюта которых не достигает 15 лет, составляет 17,95% среди сексуально активных юношей и 3,11% в общей популяции соответственно. Пик полового дебюта отмечен в возрасте 15-16 лет (41,1% и 30,8%, соответственно), что обусловлено в том числе возрастным

составом респондентов (Таблица 3).

При исследовании количества половых партнёров у сексуально активных юношей 15-17 лет выявлено, что 1-2 половых партнёра на момент анкетирования имели 64,1% юношей, 3 и более - 35,9%.

При ответе на вопрос о факте применения и способе контрацепции выявлено, что 79,5% сексуально активных юношей используют методы контрацепции. Наиболее распространённым способом контрацепции являлись барьерные методы (презервативы) – 56,4% среди сексуально активных юношей. Сочетанный способ контрацепции (барьерный метод и прерванный половой акт) применяли 5,1%, не уточнили используемый способ контрацепции 18,0% сексуально активных юношей. Установлено, что 20,5% юношей, ведущих половую жизнь от контрацепции на момент анкетирования отказывались.

Факт беременности половой партнёрши на момент проведения анкетирования подтвердило 10,3% сексуально активных юношей 15-17 лет.

При сравнительной оценке особенностей полового поведения сексуально активных юношей 15-17 лет, использующих методы контрацепции и отказывающихся от контрацептивов выявлено большее распространение промискуитета и наступления беременности партнёрши в когорте юношей, отказывающихся от применения контрацепции ($p<0,01$). При исследовании особенностей социального статуса в когортах сексуально активных юношей и не имевших сексуального опыта получено отсутствие влияния изучаемых параметров как по отдельности, так и в сумме ранжированных показателей социального статуса семьи юношей на их половую активность ($p> 0,05$). Также не установлены статистически значимые различия между когортами сексуально активных и не имевших сексуального опыта юношей по частоте встречаемости у них вредных привычек, удельному весу занимающихся спортом, получающих дополнительное образование и по уровню успеваемости в школе ($p>0,05$ по всем параметрам).

Таким образом, в результате исследования выявлены высокая половая активность среди юношей – учеников девятых классов 15-17 лет, распространенность промискуитета и низкая приверженность к использованию

контрацептивов. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии медицинской информированности современных подростков в области репродуктивного здоровья, либерализации сексуальной морали, нерациональном использовании репродуктивного потенциала и указывают на актуальность проведения профилактической работы с юношами подросткового возраста в сфере сохранения репродуктивного здоровья [78, 79].

При изучении уровня мотивации на сохранение репродуктивного здоровья у юношей подросткового возраста в зависимости от их половой активности различий по всем вопросам относительно мотивации на сохранение репродуктивного здоровья не выявлено.

При исследовании уровня информированности о репродуктивном здоровье юношей 15-17 лет во взаимосвязи с особенностями их сексуального поведения, образом жизни, успеваемостью в школе и социальным статусом семей подростков выявлен низкий уровень информированности их в вопросах репродуктивного здоровья (Me [Q1; Q3]), особенно в вопросах анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивных систем (Me=2 [1; 2] при максимальном количестве баллов – 5). При этом не выявлены статистически значимые различия в уровне информированности по каждому блоку вопросов и по всей части анкеты в зависимости от половой активности юношей ($p>0,05$). В когорте сексуально активных юношей также не выявлены статистически значимые различия в уровне информированности в зависимости от количества половых партнёров юношей, состава семьи респондентов, образования родителей, количества детей в семье, наличия вредных привычек у юношей и их родителей и жилищными условиями (наличие отдельной комнаты), занятий спортом ($p>0,05$ по всем блокам вопросов). Однако при сравнительной оценке уровня знаний сексуально активных юношей 15-17 лет в зависимости от использования методов контрацепции выявлен более высокий уровень знаний тех из них, которые используют методы контрацепции, по сравнению с юношами, практикующими половые отношения без использования контрацептивов в вопросах, отражающих уровень знаний о контрацепции и ИППП ($p<0,01$). Также выявлен более высокий уровень информированности в вопросах,

касающихся строения и физиологии репродуктивных систем у юношей 15-17 лет с более высоким уровнем успеваемости при освоении общеобразовательной программы ($p < 0,01$), что при оценке общего уровня знаний по всем блокам вопросов не отразилось на статистической значимости ($p > 0,05$).

В ходе исследования при оценке согласованного мнения юношей об актуальности источников информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья и согласованного мнения родителей юношей 15-17 лет о рекомендуемых источниках информации в вопросах репродуктивного здоровья получены статистически значимые средние уровни согласованности мнения анкетируемых в обеих группах ($W=0,477$, $\chi2=47,7$, $p < 0,01$ среди юношей и $W=0,667$, $\chi2=66,7$, $p < 0,01$ среди родителей юношей соответственно). Наиболее значимым источником информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья, среди юношей подросткового возраста в современных условиях является Интернет (ранжированный уровень значимости 1), далее по актуальности источников расположены близкие члены семьи: родители, старший брат и др. (ранжированный уровень значимости 2), СМИ, друзья (ранжированные уровни значимости 3 и 4 соответственно). Школьная программа в рамках уроков биологии занимает 5 уровень значимости источников информации среди юношей для получения знаний о репродуктивном здоровье; дополнительные занятия с врачами, психологами и другими специалистами, имеющими специальную подготовку и опыт в проведении занятий подобного направления определены на последнем месте по значимости, что можно связать с отсутствием данного рода деятельности в современных условиях.

Родители юношей подросткового возраста считают оптимальным источником для получения информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья, занятия со специалистами, имеющими соответствующее образование (ранжированный уровень значимости 1); далее по уровню значимости с точки зрения родителей юношей подросткового возраста являются близкие члены семьи: родители, старший брат и др. (ранжированный уровень значимости 2), школьная программа в рамках уроков биологии и средства массовой информации

(ранжированные уровни значимости 3 и 4 соответственно), наименее рекомендуемыми источниками родители юношей определяют Интернет (ранжированный уровень значимости 5) и круг общения вне семьи (ранжированный уровень значимости 6).

Таким образом, можно полагать, что школьная программа в рамках традиционного общего образования в отсутствии дополнительных образовательных программ не покрывает дефицит знаний современных юношей в вопросах репродуктивного здоровья. Роль семьи в половом воспитании юношей подросткового возраста продолжает оставаться значимой в отсутствие информационной обеспеченности в рамках традиционного образовательного процесса.

При оценке связи между ранжированными уровнями социального статуса семьи и образа жизни юношей, учащихся 9-ых классов установлена статистически значимая связь слабой силы ($r = 0,27$; $p = 0,001$). Также установлена статистически значимая связь между уровнем успеваемости при освоении общеобразовательной программы и ранжированными уровнями образа жизни юношей и социального статуса их семей ($r=0,28$ и $r=0,33$ соответственно при $p=0,00$ в обоих случаях).

При исследовании связи между уровнями социального статуса семьи, осведомлённости в области репродуктивного здоровья и мотивации на его сохранение статистически значимые связи между ранжированным уровнем социального статуса и информированностью респондентов о репродуктивном здоровье, мотивацией на сохранение репродуктивного здоровья не установлены ($r = 0,08$; $p = 0,375$ и $r = -0,03$; $p = 0,817$, соответственно).

Статистически значимая связь между социальным уровнем семьи и образом жизни респондентов может указывать на преобладающее значение семьи и её социального благополучия в формировании здорового образа жизни юношей подросткового возраста. В то же время можно полагать об отсутствии влияния социального статуса семьи юноши на его уровень осведомлённости в вопросах репродуктивного здоровья и мотивации на его сохранение.

Установленная статистически значимая связь средней силы между

ранжированными уровнями знаний о репродуктивном здоровье и мотивацией на его здоровьесбережение имеет важное значение, указывающее на возможность формирования мотивации на здоровьесбережение в репродуктивной сфере у юношей 15-17 лет через повышение информированности в данной целевой группе.

Таким образом, современные юноши подросткового возраста, наряду с воспитанием духовных и семейных ценностей, остро нуждаются в базовых знаниях о правильном репродуктивном поведении и соответствующих гигиенических навыках [135]. По мнению большинства исследователей, это связано, прежде всего, с отсутствием системы адекватного возрасту и преемственности сексуального образования, хотя именно оно является одним из приоритетных направлений в области здоровьесбережения, что имеет отражение в программах государственных гарантий и законодательстве РФ [162].

Полученные данные свидетельствуют о необходимости активизации санитарно-просветительской работы с юношами по формированию у них здоровьесберегающего поведения в области репродуктивной сферы - предоставление достоверной и доступной для подросткового возраста информации компетентными специалистами. Для этого автором совместно с психологами БУ «Сургутская клиническая городская поликлиника №2» организована Школа репродуктивного здоровья для юношей, а для её функционирования – утверждённая главным врачом поликлиники инновационная информационно-мотивационная образовательная программа «Школа юного джентльмена». Данная программа реализуется в течение одного учебного года и предполагает освоение компетенций по 8-ми темам: период полового созревания, мужская и женская репродуктивные системы, влияние образа жизни на репродуктивное здоровье юношей, отношения между юношами и девушками - любовь и секс, методы контрацепции, ИППП, беременность и аборт, планирование семьи.

Целями инновационной образовательной программы являлись:

1. Повышение уровня осведомленности в области сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков; повышение уровня общего нравственного развития, в том числе через принятие решения о воздержании от

раннего полового дебюта до достижения возраста социальной зрелости;

2. Информирование о безопасном поло-ролевом поведении и формирование умений, необходимых для этого;
3. Формирование позиции ответственного отношения и нравственного оценивания собственной сексуальной жизни;
4. Формирование семейных ценностей и ответственного отношения к родительству.

С учётом изложенного разработан также Алгоритм реализации мероприятий по формированию у юношей здоровьесберегающего поведения в области репродуктивной системы на основе межведомственного и междисциплинарного взаимодействия с участием специалистов – врача детского уролога-андролога, психологов, педагогов и социальных работников.

Для оценки результативности внедрения разработанной образовательной программы и алгоритма её реализации на основе межведомственного и междисциплинарного взаимодействия рандомизацией методом «слепых конвертов» в соотношении 1:1 определены литеры 9-х классов каждой включённой в исследование школы для разделения их на 9 классов основной группы (А), юноши которой включены в проект реализации инновационной образовательной программы, и 9 классов контрольной группы (Б) – всего 18 классов. Группы А и Б разделены на подгруппы: А1 (n = 131) и Б1 (n = 94) – первое анкетирование в начале учебного года; А2 (n = 103) и Б2 (n = 87) – анкетирование через 1 год при обучении по стандартной школьной программе.

При исследовании сопоставимости сравниваемых групп в части социального статуса семей юношей, учащихся 9-ых классов статистически значимой разницы в подгруппах А1 и Б1 не выявлено как по отдельно взятым параметрам, так и в сумме ранжированных показателей социального статуса семьи ($p>0,05$). При исследовании образа жизни юношей, учащихся 9-х классов, статистически значимой разницы в подгруппах А1 и Б1 по всем параметрам и при суммарной балльной оценке образа жизни юношей также не установлено ($p>0,05$).

При исследовании уровня осведомленности юношей, учащихся 9-х классов

по вопросам репродуктивного здоровья выявлен исходный низкий уровень знаний по всем блокам вопросов (подгруппы А1 (n=131) и Б1 (n=94)): при ответе на вопросы относительно анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивных систем дано 33,4% и 37,5% правильных ответов, соответственно; при ответе на вопросы о контрацепции – 53,1% и 52,3%, соответственно; на вопросы об ИППП - 42,5% и 49,6%, соответственно; на вопросы относительно ВИЧ – инфекции 53,4% и 56,7%, соответственно. При суммарном исследовании всех блоков вопросов о репродуктивном здоровье в подгруппе А1 (n=131) дано 45,6% правильных ответов, а в подгруппе Б1 (n=94) – 49,0%, причём различий в исходном уровне осведомлённости в подгруппах А1 и Б1 отдельно по каждому блоку вопросов и при суммарном учёте правильных ответов не установлено ($p>0,05$).

В процессе реализации инновационной образовательной программы в рамках Школы репродуктивного здоровья при сравнении подгрупп А1 (n=131) и А2 (n=103) выявлен статистически значимый рост уровня знаний по всем блокам изучаемых вопросов ($p<0,01$): при ответе на вопросы относительно анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивных систем с 33,4% до 65,1% правильных ответов, при ответе на вопросы о контрацепции – 53,1% и 84,7%, соответственно; при ответе на вопросы об инфекциях, передаваемых половым путём - 42,5% и 68,9%, соответственно; при ответе на вопросы относительно ВИЧ – инфекции 53,4% и 74,9%, соответственно. При суммарном исследовании всех блоков вопросов о репродуктивном здоровье установлен рост уровня знаний в группе А (А1 → А2) с 45,6% до 73,9% ($p<0,01$), в то время как в группе сравнения подобная динамика была статистически незначимой (Б1 → Б2) – с 49,0% до 50,9% ($p>0,05$).

Статистически значимый рост уровня знаний по всем блокам изучаемых вопросов в процессе реализации инновационной образовательной программы в сфере репродуктивного здоровья свидетельствует о результативности проводимых мероприятий.

При сравнении уровня осведомленности юношей по вопросам репродуктивного здоровья через 1 год от начала исследования (подгруппы А2

(n=103) и Б2 (n=87)) в обеих подгруппах выявлена статистически значимая разница по всем блокам вопросов: при ответе на вопросы относительно анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивных систем дано 65,1% правильных ответов в подгруппе А2 и 33,5% в Б2 ($p<0,01$); на вопросы о контрацепции – 84,7% и 58,9%, соответственно ($p<0,01$); на вопросы об ИППП - 68,9% и 52,4%, соответственно ($p<0,01$); относительно ВИЧ – инфекции - 74,9% и 58,9%, соответственно ($p<0,01$). При суммарном исследовании всех блоков вопросов о репродуктивном здоровье в подгруппе А2 (n=103) дано 73,4% правильных ответов, а в подгруппе Б2 (n=87) – 50,9%, различия в уровне осведомлённости в указанных подгруппах подтверждены статистически ($p<0,01$). Изложенное подтверждает эффективность Инновационной образовательной программы для юношей в сфере репродуктивного здоровья.

При исследовании подгрупп, не получавших инновационную образовательную услугу в сфере репродуктивного здоровья (А1 (n=131), Б1 (n=94) и Б2 (n=87)) самый низкий уровень знаний выявлен в области анатомии и физиологии репродуктивной системы (33,4%, 37,5%, 33,5% соответственно), что можно объяснить недостаточным и неэффективным изучением вопросов строения и функционирования репродуктивной системы в рамках обязательной образовательной программы.

В подгруппе, получавшей инновационную образовательную услугу в сфере репродуктивного здоровья (А2 (n=103)) в результате проводимых мероприятий выявлен рост уровня знаний в большей степени в разделах, касающихся изучению вопросов строения и функционирования репродуктивных систем (на 31,7%) и контрацепции (на 31,6%), что отражает сферу доминирующих интересов юношей подросткового возраста в вопросах репродуктивного здоровья в современных условиях.

При сравнительной оценке методом углового преобразования Фишера уровня мотивации на сохранение репродуктивного здоровья в зависимости от формы образовательного процесса в исходном ранжированном уровне мотивации на сохранение репродуктивного здоровья в подгруппах А1(n=131) и Б1 (n=94) по

всем вопросам различий установлено не было ($p>0,01$). В динамике между группами сравнения появлялись статистически значимые различия ($p<0,01$) в сторону увеличения в основной группе удельного веса ответов, характеризующих появление высоких нравственных мотивов для вступления в половую жизнь, что может способствовать здоровьесбережению в области репродуктивной сферы и указывает на формирование более ответственного и сознательного отношения к созданию семьи и вступлению в сексуальные отношения. Это свидетельствует о результативности проводимых мероприятий в рамках Школы репродуктивного здоровья [80].

В динамике через 1 год от начала исследования в группе сравнения (в подгруппах Б1($n=94$) и Б2 ($n=87$)) уровень мотивации на сохранение репродуктивного здоровья оставался неизменным по всем вопросам ($p>0,05$).

При сравнении уровня мотивации на сохранение репродуктивного здоровья у учащихся 10-х классов в рамках различных образовательных программ (в подгруппах А2 ($n=103$) и Б2 ($n=87$)) установлен статистически значимый более высокий уровень исследуемого показателя в группе, получавшей инновационную образовательную программу в сфере репродуктивного здоровья в вопросах, касающихся причин вступления в брачные отношения и целей сексуальных отношений ($p<0,01$).

При оценке суммы ранжированных ответов относительно мотивации на сохранение репродуктивного здоровья методом Манна – Уитни в сравниваемых подгруппах получены аналогичные данные: отсутствие статистически значимой разницы в исходном ранжированном уровне мотивации на сохранение репродуктивного здоровья (при сравнении подгрупп А1 и Б1) и в динамике при сравнении подгрупп контрольной группы, обучающейся в рамках стандартного образовательного процесса (подгруппы Б1 и Б2) ($p>0,05$ в обоих случаях). При этом установлен статистически значимый рост ранжированного уровня мотивации при реализации инновационной образовательной программы в сфере репродуктивного здоровья при сравнении данного показателя в подгруппах А1 ($n=131$) и А2 ($n=103$). Различия ранжированного уровня мотивации на сохранение репродуктивного

здоровья среди учащихся 10-х классов, обучающихся в рамках различных образовательных программ (подгруппы А2 (n=103) и Б2 (n=87)) были определены, как статистически значимые (p<0,01). Полученные данные подтверждают эффективность Инновационной образовательной программы в рамках деятельности «Школы репродуктивного здоровья для юношей».

При анализе динамики удельного веса сексуально активных юношей в течение одного календарного года (сентябрь 9-го класса – сентябрь 10-го класса) при исходно равном уровне этого показателя в подгруппах А1 и Б1 в обеих подгруппах отмечался рост этого показателя (p<0,01) со статистически значимо более медленным темпом его прироста в основной группе таким образом, что через год наблюдения в подгруппе со стандартным образовательным процессом удельный вес сексуально активных юношей оказался значимо большим, чем в основной группе (p<0,01): А1 – А2: 16,8% → 35,9%; Б1 – Б2: 18,1% → 59,8%.

Нарастание степени половой активности в динамике в основной и контрольной группах связано с физиологическим процессом становления половой функции. Более низкий показатель половой активности у учащихся 10-х классов основной группы по сравнению с 10-классниками группы сравнения, обучающихся в рамках стандартного образовательного процесса, указывает на эффективность проводимых мероприятий в рамках разработанной образовательной программы.

При анализе динамики критериев полового поведения в группе сексуально активных юношей выявлено, что в результате реализации инновационной образовательной программы статистически значимо выросла приверженность к использованию методов контрацепции в основной группе, в группе сравнения подобной динамики не отмечалось (p<0,01): А1 – А2: 77,3% → 97,3%; причём различие при повторном анкетировании учащихся 10-х классов в основной и контрольной группах также было статистически значимым (p<0,01): А2 – Б2: 97,3% → 82,7%.

При исследовании в динамике склонности респондентов к частой смене половых партнёров выявлено, что промискуитет среди сексуально активных учащихся 10-х классов статистически значимо ниже в основной группе по

сравнению с контрольной ($p<0,01$): А2 – Б2: 16,2% → 50,0%.

Статистически значимых различий при исследовании факта беременности партнёрш и динамики заболеваемости ИППП в группах сравнения не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, полученные в ходе настоящего исследования данные свидетельствуют о том, что одним из направлений деятельности по формированию здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья, критериями которого являются в том числе снижение уровня приверженности к частой смене половых партнёров, увеличение возраста сексуального дебюта, практика «защищённого» полового акта можно считать повышение уровня информированности юношей подросткового возраста в репродуктивной сфере при привлечении к образовательному процессу компетентных специалистов.

ВЫВОДЫ

1. Уровни общей и первичной заболеваемости патологией мочеполовой системы среди юношей 15-17 лет являются высокими, несмотря на тенденцию этих показателей к снижению. На территории города Сургута изучаемые показатели выше федеральных значений и составляют– 4333,2 и 2430,0 на 100 000 населения соответственно. Охват диспансерным наблюдением юношей, проживающих в городе Сургуте и ХМАО, ниже, чем на территории УрФО и РФ и составляет в городе Сургуте 834,4, в ХМАО-Югре 612,0, в то время как в УрФО этот показатель составляет 1435,8, а на территории РФ 1470,7 на 100 000 населения. Полученные данные указывают на несомненное участие данного класса болезней в структуре причин нарушения фертильности, а также на необходимость совершенствования организации уроандрологической помощи юношам подросткового возраста.
2. В результате анонимного анкетирования установлены удельный вес сексуально активных в когорте юношей 15-17 лет (17,3%) и высокая распространённость среди них рисковых форм полового поведения: ранний возраст полового дебюта (минимальный – 12 лет, пик дебюта – 15 лет), промискуитет – 35,9%, отказ от применения контрацептивов – 20,5%. Различий социального статуса семей юношей, их образа жизни, школьной успеваемости в когортах сексуально активных и не имевших сексуального опыта подростков не установлено ($p>0,05$). Установлен низкий уровень мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивной сферы современных юношей как среди сексуально активных, так и не имевших сексуального опыта ($p> 0,05$).
3. Уровень знаний юношей подросткового возраста по вопросам репродуктивного здоровья является низким (в среднем 47,3%) и не зависит от сексуальной активности подростков и социальных факторов. Установленные на основе согласованного мнения юношей ($W=0,477$, $\chi2=47,7$, $p <0,01$) реально используемые ими информационные источники (интернет) не позволяют получить объективные сведения о репродуктивном здоровье и сформировать

мотивированное на его сохранение половое поведение. Согласованное мнение родителей (W=0,667, $\chi 2$=66,7, p <0,01) определяет необходимость совершенствования санитарно-просветительской работы с участием врачей и психологов, направленной на формирование мотивации на здоровьесберегающее поведение в области репродуктивного здоровья. Установленная связь между уровнем информированности о репродуктивном здоровье юношей и ранжированным уровнем их мотивации на здоровьесберегающее поведение в этой сфере (r = 0,68; p = 0,00); отсутствие таковых между ранжированными уровнями социального статуса с мотивацией на здоровьесберегающее половое поведение и уровнем знаний (r=-0,03, p=0,82; r=0,08, p=0,38; соответственно), свидетельствуют о недостаточной роли семьи в половом воспитании юношей и необходимости совершенствования работы по повышению уровня и объективизации информации в области репродуктивного здоровья с участием компетентных специалистов в области медицины и психологии.

4. Разработанная социально-гигиеническая технология, включающая информационно-мотивационную образовательную программу и алгоритм межведомственного междисциплинарного взаимодействия в рамках функционирования Школы репродуктивного здоровья для подростков, способствует снижению распространенности рисковых форм полового поведения у юношей15-17 лет. В динамике в группе сравнения рост сексуальной активности юношей оказался значимо большим, чем в основной группе (p<0,01): А1 – А2: 16,8% → 35,9%; Б1 – Б2: 18,1% → 59,8%. В результате реализации инновационной образовательной программы среди сексуально активных юношей основной группы статистически значимо выросла приверженность к использованию методов контрацепции (p<0,01): А1 – А2: 77,3% → 97,3%, в контрольной группе подобной динамики не наблюдалось (p>0,05); склонность к частой смене половых партнёров оказалась статистически значимо ниже в основной группе по сравнению с контрольной (p<0,01): А2 – Б2: 16,2% → 50,0%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На муниципальном уровне:

1. Учитывать эпидемиологические особенности заболеваемости, а также показатель охвата диспансерным наблюдением у юношей 15-17 лет с патологией мочеполовой системы с целью совершенствования организации медицинской помощи и внедрения профилактических программ.

На региональном уровне:

2. Использовать разработанную анкету для юношей 15-17 лет с целью объективной оценки уровня информированности о репродуктивном здоровье и особенностей полового поведения, что позволит своевременно выявлять наиболее значимые направления профилактической работы по формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере.

3. Внедрять в деятельность детских поликлиник и средних образовательных учреждений разработанного алгоритма межведомственного междисциплинарного взаимодействия (врачи и психологи детской поликлиники, педагоги и социальные работники школ) и информационно-мотивационной образовательной программы, направленной на снижение распространенности рискового полового поведения среди юношей подросткового возраста.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИППП – инфекции, передаваемые половым путём

МПС – мочеполовая система

ООН – организация объединённых наций

ПАВ – психоактивное вещество

РАМН – Российская академия медицинских наук

РФ – Российская Федерация

ЮНЕСКО – (от англ. UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) – специализированное учреждение ООН по вопросам образования, науки и культуры

ЮНИСЕФ – Детский фонд ООН (англ. United Nations Children's Fund; аббр.: офиц. рус. ЮНИСЕФ; англ. UNICEF) – международная организация, действующая под эгидой Организации Объединённых Наций.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

алгоритм: Совокупность точно заданных правил решения некоторого класса задач или набор инструкций, описывающих порядок действий исполнителя для решения определённой задачи.

здоровьесбережение: Система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребёнка на всех этапах обучения и развития.

мотивация: Побуждение к действию; психофизиологический процесс, управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

половое воспитание: Система медицинских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодёжи разумного, здорового отношения к вопросам пола и половой жизни.

репродуктивное здоровье (ВОЗ): Состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психосоциальных отношениях в семье.

репродуктивное поведение: Система действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения в браке или вне брака.

технологии здравоохранения: Совокупность ресурсов (включая лекарственные средства, медицинское оборудование и устройства, медицинские процедуры), организационных моделей и систем поддержки, используемых для удовлетворения потребностей в сохранении здоровья людей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 7П-педиатрия - медицина развития и программирования здоровья / Л. С. Намазова-Баранова [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № 6. – С. 622-634.
2. Алексеева, Е. Г. Оценка эффективности средств и каналов массовых коммуникаций в снижении уровня рискованного сексуального поведения подростков и молодежи / Е. Г. Алексеева, В. Р. Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2012. - № 2. – С. 15-20.
3. Анализ инцидентности искусственного прерывания беременности в подростковом возрасте / С. Т. Аглиуллина, Т. [и др.] // Проблемы репродукции. – 2022. – Т. 28, № 4. – С. 67-73.
4. Анализ распространенности инфекций, передаваемых половым путем, в России, по данным федеральной лабораторной сети / Е.В. Владимирова [и др.] // Клиническая практика. - 2019. - Т. 10. - №3. - С. 35-41.
5. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003-2013 гг. / А. Д. Каприн [и др.] //Экспериментальная и клиническая урология. - 2015. - № 2. - С. 4-13.
6. Анисова, Н. А. Типовая модель кластера как методологическая основа теории кластеров: монография / Н. А. Анисова. – Тюмень: ТИУ, 2019. – 218с.
7. Антонов, А. И. Лекции по демографии: учебник / А. И. Антонов, В. А. Борисов. — Москва: Академический Проект, 2020. — 592 с.
8. Аполихин, О. И. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России / О. И. Аполихин, Н. Г. Москалёва, В. А. Комарова // Экспериментальная и клиническая урология. - 2015. - № 4. - С. 4-14.
9. Аполихин, О.И. Концепция охраны репродуктивного здоровья РФ на 2016-2025гг. / О.И. Аполихин // Стенограмма заседания Комитета Гос. думы РФ (16.05.2016г.).
10. База данных TransMonEE [Электронный ресурс] / ЮНИСЕФ. - 2013. – Режим

доступа: http://www.transmonee.org/.

11. Баласанян, В. Г. Врачу о половом воспитании девочек и девушек-подростков / В. Г. Баласанян, А. В. Миронова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. -2017. - № 4-5. - С. 78-84.
12. Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н. Динамика заболеваемости юношей 15-17 лет в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Т. 65. № 2. С. 80-85.
13. Баранов, А. А. Медико-социальные проблемы воспитания подростков / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М.: ПедиатрЪ, 2014. - 388 с.
14. Баранов, А. А. Медицинское обеспечение детей подросткового возраста / А. А. Баранов, А. Г. Ильин, Е. В. Антонова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - № 4. - С. 28-32.
15. Башкатова, А. Г. России угрожает сильнейший в новейшей истории кризис рождаемости [Электронный ресурс] // Независимая газета 02.10.2022. URL: https://www.ng.ru/economics/2022-10-02/1_4_8554_anxiety.html.
16. Башнина, Е. Б. Эндокринные заболевания у детей и подростков / Е. Б. Башнина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с.
17. Белова, О. Г. Социологические характеристики репродуктивного поведения молодежи // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. - № 2. – С. 59-66.
18. Борисова Е.В. Прикладные статистические модели и методы в социологии: Учебное пособие. 1-е изд. / Е.В. Борисова – Московская обл., Ногинск: АНАЛИТИКА РОДИС, 2016. – 254 с.
19. Брюно, В. В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в Росии. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. - 2018. Т. 6, № 4 (24). - С. 117-129.
20. Брюно, В. В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в Росии. Часть 2 // Социологическая наука и социальная практика. - 2019. Т. 7, № 1 (25). - С. 113-126.
21. Бубнов, А.В. Аналитические методы исследования отрасли туризма в

контексте ее инновационного кластерного развития / А.В. Бубнов // Инновационное развитие экономики. – 2018. – № 6 (48), ч. 2. – С. 32-39.

22. Буланьков, Ю. И. Направление противодействия распространению ВИЧ-инфекции и социально-значимых заболеваний в молодежной среде / Ю. И. Буланьков, Е. С. Орлова // Материалы международной науч.-практ. конф. с междунар. участием "Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы". - СПб.: Человек и его здоровье, 2014. - С. 62-64.
23. Бурина, Е.А. Особенности современной российской семьи в условиях социально-исторических изменений института родительства [Электронный ресурс] // Вестник Мининского университета: электрон. научн. журн. 2020. N 8(1). – Режим доступа: https://www.minin-vestnik.ru/jour/article/view/1062.
24. Вармацкая, Л.П. Научно-образовательный инновационный медицинский кластер как агрегированная структура экономической системы здравоохранения / Л.П. Вармацкая, В.П. Кузнецова // Проблемы экономики. – 2019. - №2. – С. 105-111.
25. Васильева, М. Ю. Динамика заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет гонококковой и сифилитическими инфекциями в субъектах Российской Федерации в период с 1999 по 2009 гг. / М. Ю. Васильева, М. Р. Рахматулина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2011. - № 3. С. 9-21.
26. ВИЧ-инфекция в Дальневосточном федеральном округе // Вестник Дальневосточного окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД ФБУН Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора. - 2018. - № 29. - С. 12-15.
27. Вишневский, А. Г. Серп и рубль: Консервативная модернизация в СССР /А.Г. Лукаш. - М.: ГУ-ВШЭ, 2-е изд., 2010. - 431 с.
28. Герасимова, О. Ю. Сексуальное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП / ВИЧ // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. - 2017. - Т. 2, № 1(16). - С. 52–54.
29. Гинекологическая заболеваемость молодежи как медико-социальная и демографическая проблема / Н. И. Фролова [и др.] // Репродуктивное здоровье

детей и подростков. - 2015. - № 1. - С. 17-23.

30. Гинекология: национальное руководство / [под ред. Г. М. Савельевой и др.] - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с.
31. Гладкая, В. С. Современное состояние репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девушек, проживающих в Республике Хакасия // Мать и дитя в Кузбассе. - 2014. - № 3 (58). - С. 57-59.
32. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц // М.: Практика. – 1999. – 459 с.
33. Горбунова, И. Л. Проблемы репродуктивного здоровья подростков: опыт здоровьесбережения учащихся // Молодой ученый. — 2016. — №8(4). — С. 8-10.
34. Государственная программа обучения для основной школы. Приложение 5 [Электронный ресурс] / Министерство образования и науки Эстонии. 2011. - Режим доступа: http://www.hm.ee/index.php?2512011.
35. Давыденко, Л. А. Половое поведение и репродуктивные установки девочек-подростков в условиях социально-экономической трансформации общества: гигиенические и социальные аспекты / Л. А. Давыденко, Н. И. Латышевская, А. В. Беляева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2019. - Т. 15, № 3. - С. 81-88.
36. Данилов, С.В. Кластерный подход как методологическая основа управления инновационными процессами в системе образования / С.В. Данилов // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2017. - №5. – С. 42-59.
37. Данилова, Л. Н. Подходы к половому воспитанию школьников за рубежом //Биология в школе. - 2011. - № 7. - С. 52-58.
38. Дикке, Г. Б. Особенности репродуктивного поведения молодежи / Г. Б. Дикке, Л. В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. – 2013. № 12. – С. 96-101.
39. Дмитриева, Е. В. Самооценка предпосылок к девиантному поведению подростков Ивановской, Оренбургской и Иркутской областей Российской Федерации // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. № 1. С. 82—89.

40. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012 [Электронный ресурс] / ЮНЕЙДС. - 2012. – Режим доступа: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_ru_1.pdf.
41. Емалетдинов, Б. М. Проблемы безбрачия и распада семей // Российский гуманитарный журнал. - 2013. - Т. 2, № 1. - С. 21-49.
42. Епоян, Т. А. Эффективные школьные образовательные программы по репродуктивному здоровью обучающихся // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2014. - № 2. - С. 4-13.
43. Еремин, А. Л. Информационная гигиена: современные подходы к гигиенической оценке контента и физических сигналов носителей информации / А. Л. Еремин // Гигиена и санитария. – 2020. – Т. 99, № 4. – С. 351-355.
44. Ермолаев, О. Ю. Математическая статистика для психологов: учебник / О. Ю. Ермолаев. – 5-е изд. – М.: МПСИ: Флинта, 2011. – 336 с.
45. Ефимова, Н.С. Основы общей психологии: учебник / Н.С. Ефимова. – М.: ИД «ФОРУМ»: ИНФРА-М, 2013. – 288 с.
46. Залевская, О. В. Заболеваемость сифилисом подростков как медико-социальная проблема / О. В. Залевская, О. К. Лосева, О. В. Доля // Клиническая дерматология и венерология. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 15-25.
47. Звездина, И. В. Оценка сформированности здорового образа жизни учащихся в образовательных учреждениях // Школа здоровья. – 2010. - № 2. – С. 38-45.
48. Зверев, В. В. Кластерный подход к развитию региональной системы здравоохранения / В.В. Зверев, Ф.Ф. Габбасов, Э.Н. Самедова // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. - 2019. - № 1. - С. 76–87.
49. Зернюк, А. Д. Факторы, влияющие на формирование репродуктивного потенциала современных подростков / А. Д. Зернюк, В. А. Колмык // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2011. - № 5. - С. 7-9.
50. Иванян, Р. Г. Социальная работа в области ВИЧ/СПИДа // Теория и практика

сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. - 2011. - № 4. – С. 25-28.

51. Исмаилов, А. Ш. Итоги углубленной диспансеризации мальчиков-подростков 14 лет / А. Ш. Исмаилов, С. Ю. Захарова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. - №3. – С. 6-25.
52. Кадошникова, М. Ю. К вопросу о необходимости сексуального образования для подростков и их родителей // Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – № 1. – С. 111–118.
53. Как сделать чиновника союзником. Медико-психологическая и социальная помощь подросткам и молодёжи: векторы и достижения / Т. Н. Круликовская [и др.] // StatusPraesens. - 2012. - № 4(10). – С. 5-11.
54. Качество жизни и репродуктивное поведение подростков в условиях современной демографической ситуации / И. А. Паренкова [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2010. - № 3. - С. 7-10.
55. Каширин, С. В. Социальные кластеры в России: постановка проблемы / С.В. Каширин // Социальная политика и социология. - 2013. - № 1 (91). - С. 59–64.
56. Коколина, В. Ф. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей / В. Ф. Коколина. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Медпрактика-М, 2012. – 679 с.
57. Коломейцев, М. Г. Выявление и профилактика андрологической патологии у юношей-подростков в современных условиях: от здравоохранения к образованию / М. Г. Коломейцев // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – № 3. – С. 31-32.
58. Колпакова, О. И. Ранний сексуальный дебют как предиктор рискованного сексуального поведения у молодёжи / О. И. Колпакова, А. И. Любимова // Теория и практика общественного развития. - 2016. - № 1. - С. 21–24.
59. Крылова, Т. В. Проблема полового воспитания подростков как комплексная педагогическая задача в контексте опыта здоровьесбережения // Молодой ученый. — 2016. — №8(4). — С. 26-28.
60. Кубанова, А.А. Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемым половым путём, в оценке

эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006-2016 / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. - 2018. - Т. 94. - №1. - С. 27-37.

61. Кубанова, А. А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. / А. А. Кубанова, А. А. Кубанов, Л. Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. - 2017. - № 5. - С. 16–25.
62. Кузнецова, И. В. Гормональная контрацепция у подростков и молодёжи // Трудный пациент. - 2010. - Т. 8, - № 8. - С. 14–19.
63. Кулагина, Н. В. Отношение к абортам современных юношей и девушек в возрасте 15-17 лет // Социодинамика. – 2018. – № 1. – С. 32 - 40.
64. Куликов, А. М. Клиники, дружественные к молодежи – новая форма медико-социальной помощи подросткам // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2014 № 2. – С. 14-17.
65. Куликов, А. М. Роль волонтерского движения в формировании здорового образа жизни подростков школьников / А. М. Куликов, В. Р. Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013. - № 2. – С. 4-12.
66. Куликов, А.М. Современные медико - социальные технологии охраны здоровья подростков и молодёжи / А. М. Куликов, В. П. Медведев, П. Н. Кротин // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. - 2010. - Т. 2, № 2. - С. 106-115.
67. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Поведенческие риски, опасные для здоровья школьников XXI века. Монография. М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. - 2017. - 170 с.
68. Кучма, В. Р. 2018-2027 годы – десятилетие детства в России: цели, задачи и ожидаемые результаты в сфере здоровьесбережения учащихся // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2017. - № 3. - С. 4-14.
69. Кучма, В. Р. Межсекторальное взаимодействие при формировании здорового образа жизни детей и подростов: проблемы и пути решения // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2014. - № 3. - С. 4-9.
70. Кучма, В. Р. Научно-методические основы гармонизации европейских и

российских подходов к охране и укреплению здоровья подростков России / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. - № 3. – С. 8-50.

71. Кучма, В. Р. Научно-технологическое развитие популяционной и персонализированной гигиены детей и подростков // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2017. - № 2. – С. 4-10.
72. Кучма, В. Р. Научные основы разработки и внедрения современных моделей охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2017. - № 3. - С. 19-29.
73. Кучма, В. Р. Основные направления взаимодействия образовательных учреждений с центрами здоровья для детей по формированию здорового образа жизни / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, И. В. Звездина // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2012. - № 1. – С. 5-12.
74. Кучма, В. Р. Основные тренды поведенческих рисков, опасных для здоровья / В. Р. Кучма, С. Б. Соколова // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 2. – С. 4–13.
75. Кучма, В. Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013. - № 1. – С. 4-10.
76. Кучма, В. Р. Современная модель деятельности медицинских организаций по профилактике заболеваний воспитанников и обучающихся, состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2014. - № 1. – С. 4-10.
77. Кучма, В. Р. Формирование здорового образа жизни российских школьников / В. Р. Кучма, С. Б. Соколова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013. - № 3. – С. 27–33.
78. Ларичева, Е.Г. Инновационный проект «Школа репродуктивного здоровья» для подростков: эффективность реализации и гендерные особенности / Е.Г. Ларичева, Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Профилактическая медицина. – 2020. – Т.23, №1. – С. 43-50.

79. Ларичева, Е.Г. Особенности полового поведения юношей и их осведомлённость о репродуктивном здоровье в современных условиях / Е.Г. Ларичева, В.В. Мещеряков // Уральский медицинский журнал. - 2019. – Т.170, №2. – С. 26-30.

80. Ларичева, Е.Г. Оценка результативности инновационного проекта «Школа репродуктивного здоровья» для юношей [Электронный ресурс] / Е.Г. Ларичева, В.В. Мещеряков // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] – 2019. – Т.65, №2. Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1060/30/lang,ru/

81. Лебедева-Несевря, Н. А. Особенности восприятия родителями внешнесредовых и поведенческих рисков для здоровья детей дошкольного возраста / Н. А. Лебедева-Несевря, А. О. Барг // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2011. – № 1. – С. 101–106.

82. Лещенко, О. Я. Репродуктивный потенциал современного человека (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. - № 5. – С. 11-22.

83. Лосева, О. К. Состояние информированности мальчиков 9-11-х классов средней школы по проблемам инфекций, передаваемых половым путем / О. К. Лосева, И. Е. Торшина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2010. - № 4. - С. 15-17.

84. Матусевич, М. С. Вопросы репродуктивного здоровья подростков в школьной образовательной практике / М. С. Матусевич, О. Б. Ерохина // Педагогика высшей школы. — 2016. — №3(1). — С. 138-140.

85. Медико-социальные аспекты формирования нарушений репродуктивного потенциала у мальчиков подросткового возраста, проживающих в промышленных центрах / [Л. И. Колесникова и др.]. - Новосибирск: Наука, 2010. - 96 с.

86. Международное техническое руководство по половому просвещению [Электронный ресурс] / ЮНЕСКО. - 2010. - Режим доступа: http://

unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281r.pdf.

87. Мещерякова, Ж.В. Медицинский кластер в системе здравоохранения региона как инновационная модель интеграции субъектов государственно-частного партнерства / Ж.В. Мещерякова // Экономика и бизнес: теория и практика. - 2017. - № 3. - С. 43-45.

88. Молодежь и риски для здоровья [Электронный ресурс] / 64-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, WHA 64.28. Пункт 13.16 повестки дня 24 мая 2011 г. - Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28-ru.pdf.

89. Москаленко, А. С. Причины демографического кризиса в России и пути его преодоления / А. С. Москаленко, Д. Д. Белогуров. — Текст: непосредственный // Экономическая наука и практика: материалы I Междунар. науч. конф. (г. Чита, февраль 2012 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2012. — С. 180-182.

90. Мужское бесплодие: молекулярные и иммунологические аспекты / Ш. Н. Галимов [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2020. – 208 с.

91. Мурзабаева, С. Ш. Первичная профилактика – приоритетное направление в сохранении репродуктивного здоровья населения в Российской федерации // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2014. - № 2. - С. 15-19.

92. Мухаматзанова, М. Ш. О выборе метода статистической обработки данных для медико-социологических исследований / М. Ш. Мухаматзанова, М. А. Захарова, В. А. Вельш // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. – 2009. - №2. – С. 51-53.

93. Народонаселение мира в 2011 году [Электронный ресурс] / ЮНФПА. - 2011. – Режим доступа: https://www.refworld.org.ru/publisher,UNFPA,,,4f2168992,0.html.

94. Новоселова, Е. Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175–185.

95. О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы: Указ Президента РФ № 761 от 01 июня 2012 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://base.garant.ru/70183566/.

96. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (с изменениями и дополнениями): Федеральный закон №38–ФЗ от 30 марта 1995 г.: принят Государственной Думой 24 февраля 1995 г [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://base.garant.ru/10104189/.

97. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента РФ №598 от 07 мая 2012 г. [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://base.garant.ru/70170948/.

98. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон №273-ФЗ от 29 декабря 2012 г. (с изменениями и дополнениями): принят Государственной Думой 21 декабря 2012 г [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/.

99. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.: принят Государственной Думой 01 ноября 2011 г [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

100. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (с изменениями и дополнениями): Указ Президента РФ №1351 от 09 октября 2007 г. [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://base.garant.ru/191961/.

101. Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года: Распоряжение Правительства РФ N 2580-р от 28 декабря 2012 г. [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140249/988e84b26d2ab76d6c83e8cb7ef3580849f91a12/.

102. Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования: приказ от 17.12.2010 № 1897 // Вестник

образования. - 2011. - № 4. - С.10-77. - // Администратор образования. 2011. - № 5. - С. 32-72.

103. Определение риска развития репродуктивных нарушений у мальчиков подросткового возраста / Е. Ю. Загарских [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. - № 6. – С. 10-16.
104. Основные закономерности морфофункционального развития детей и подростков в современных условиях / Баранов А. А. [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. - № 12. – С. 35–41.
105. Основные показатели деятельности медицинских организаций ХМАО – Югры в динамике за 2022 [Электронный ресурс] // МИАЦ – Югра: [веб-сайт]. – Режим доступа: https://miacugra.ru/meditsinskim-rabotnikam/otchety-medstat.php
106. Основы социальной педиатрии: Руководство / В. Ю. Альбицкий, Н. В. [и др.]; Союз педиатров России, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательство "Педиатръ", 2021. – 416 с.
107. Особенности социальной помощи подросткам и их семьям в центре охраны репродуктивного здоровья подростков / В. И. Орёл [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7, № 2. – С. 13-21.
108. Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях // Сб. трудов 2-го ММИ. – 1980. – Т. 150, вып.6. - С18-22.
109. Официальная статистика по ВИЧ в России за 2018–2019 годы (свежая аналитика, графики) [Электронный ресурс] // ВИЧ. СПИД. ЗППП: [веб-сайт]. – Режим доступа: https://spid-vich-zppp.ru/statistika/epidemiya-vich-spida-v-rossii-2017.html.
110. Оценка информированности старшеклассников о рисках репродуктивного здоровья / Ю. А. Уточкин [и др.] // Международный студенческий научный вестник. - 2019. - № 1. - С. 12.
111. Паниотто, В. И. Количественные методы в социологических исследованиях /

В. И. Паниотто, В. С. Максименко. – Киев, 2003. – 270 с.

112. Полянин, А.В. Развитие системы здравоохранения на основе кластерного подхода / А.В. Полянин, Л.И. Проняева, А.В. Павлова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т.129(S1). – С. 694—702.
113. Портер, М.Э. Конкуренция / М.Э. Портер. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2010. – 592 с.
114. Предварительная оценка численности постоянного населения на 1 января 2023 года и в среднем за 2022 год (с учётом итогов Всероссийской переписи населения 2020 г.): Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/12781.
115. Приверженность к комплексной реабилитации после коронарного шунтирования: проблема пациента и врача? / С.А. Помешкина [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2018. - №4. – с. 46-50.
116. Применение методов экспертных оценок в научных исследованиях и в практической деятельности: учебное пособие для послевузовской подготовки врачей / Под ред. И. П. Артюхова. - Красноярск: КрасГМА, 2008. – 54 с.
117. Программа «Урология» – комплексный подход к модернизации здравоохранения на примере Воронежской области / О. И. Аполихин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. - 2013. - № 2. - С. 4-8.
118. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков / Е. В. Уварова [и др.] // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2018. - № 2. - С. 45-62.
119. Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Обзор нормативной базы и существующей практики [Электронный ресурс] / Бюро ЮНЕСКО в Москве. – 2013. – Режим доступа: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000226426_rus.
120. Пустотина, О. А. Разговор на языке будущего. Стандарты репродуктивного образования: международный опыт / О. А. Пустотина, М. Б. Хамошина // StatusPraesens. - 2012. - № 4(10). – С. 16-19.

121. Радзинский, В. Е. Аборты в России / В кн.: Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12-13 марта 2013 г.) // Т. С. Рябинкина, Х. Ю. Симоновская, С. А. Маклецова. - М.: Редакция журнала StatusPraesens. - 2013. - С. 3-8.
122. Радченко, О. Р. Репродуктивное поведение молодёжи (Сравнительный анализ исследований 2008 и 2018 годов) / О. Р. Радченко // Профилактическая медицина - 2019: сб. научных трудов Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Санкт-Петербург, 14-15 ноября 2019 г.– Спб. : СЗГМУ имени И.И. Мечникова, 2019. - С. 115-120.
123. Радченко, О. Р. О необходимости подготовки специалистов для проведения мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни среди обучающихся в общеобразовательных организациях / О. Р. Радченко, Е. А. Тафеева // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 5-2. – С. 42.
124. Рассыпалова, А. Н. Специфика полового воспитания в России и его технологии в странах зарубежья / А. Н. Рассыпалова // Современные образовательные технологии: новые вызовы и перспективы: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Астрахань, 26 ноября 2021 года. – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет», 2021. – С. 40-44.
125. Рахматулина, М. Р. Динамика заболеваемости детей в возрасте 15—17 лет гонококковой и сифилитической инфекциями в субъектах Российской Федерации в период с 1999—2009 гг. / М. Р. Рахматулина, М. Ю. Васильева // Репродуктивное здоровье подростков. – 2011. № 3. – С. 9—21.
126. Рахматулина, М. Р. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков / М. Р. Рахматулина, А. А. Шашкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 4. – С. 30-37.

127. Рахматулина, М.Р. Сравнительный анализ структуры и динамики заболеваемости подростками инфекциями, передаваемыми половым путем в Астраханской области, Южном Федеральном округе и Российской Федерации за период 2006-2011 гг. / М. Р. Рахматулина, А. А. Шашкова Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. - № 2. – С. 12-20.
128. Рахматуллина, М. Р. Особенности сексуального поведения подростков различных социальных групп / М. Р. Рахматуллина, М. Ю. Васильева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2011. - № 4. - С. 32-33.
129. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. - Москва: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
130. Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы. Предложения по сохранению репродуктивного потенциала / Л. В. Адамян [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. -2016. - № 2. - С. 13-14.
131. Репродуктивное здоровье населения России 2011. Итоговый отчет [Электронный ресурс] / Москва, ЮНФПА. - 2013. Режим доступа: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf.
132. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения / М. П. Архипова [и др.] // Доктор.Ру. - 2013. - № 1 (79). - С. 70-74.
133. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг: руководство. 2-е изд., перераб. и доп. / А. В. Решетников, К. Э. Соболев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 664 с.
134. Рзянкина, М. Ф. Распространённость факторов риска среди обучающихся в ДВГМУ и их информированность о здоровьесберегающем поведении / М. Ф. Рзянкина, А. В. Горбачев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 3. – С. 71-75.
135. Рищук, С. В. Оздоровление молодежи России – основная задача демографической политики государства / С. В. Рищук, В. Е. Мирский // Terra medica: журнал для врачей всех специальностей. - 2010. - № 3. - С. 11-18.
136. Рудакова, Е. К. Демографический кризис в Европе: типы воспроизводства

населения / Е. К. Рудакова // Власть. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 246-253.

137. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях. Том 1. – 2-е издание, дополненное. / под ред. В.Р. Кучмы. М.: ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России, 2019. – 491 с.
138. Сакевич. В. И. Сексуальное поведение 15-летних подростков по данным международного исследования [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. 21 марта – 3 апреля 2016. - № 679–680. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0679/reprod02.php.
139. Самороднова, Е. А. Актуальные вопросы полового воспитания девочек-подростков / Е. А. Самороднова, Л. Ф. Хабибуллина, М. З. Темиргереев // Практическая медицина. - 2012. - № 7-1 (63). - С. 97.
140. Сексуальное просвещение молодежи: как, когда и зачем? Опрос ВЦИОМ [Электронный ресурс] // ВЦИОМ. – 2018. – Режим доступа: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9427.
141. Семченко, Л. Н. Репродуктивное поведение девочек подросткового возраста и ведущие факторы риска, формирующие их репродуктивное здоровье / Л. Н. Семченко, О. Ю. Герасимова // Непрерывное медицинское образование и наука. - 2017. - Т. 12, № 2. - С. 34-35.
142. Сергиенко, В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях: практическое руководство / В. И. Сергиенко, И. Б. Бондарева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 304 с.
143. Скворцова, Е.С. Социально-гигиенический портрет подростков, ежедневно продолжительно пользующихся интернетом / Е.С. Скворцова, Н.П. Лушкина // Наркология. - 2020. - Т. 19(7). - С. 35-43.
144. Скосырева, Г. А. Состояние репродуктивного здоровья подростков г. Новосибирска [Электронный ресурс] / Г. А. Скосырева , Т. И. Рябиченко , Е. П. Тимофеева // Медицина и образование в Сибири. - 2014. - №2. – Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1287.
145. Скрябина, Я.А. Особенности репродуктивного поведения населения в

условиях трансформационной российской экономики /Я.А. Скрябина – Уфа: БАГСУ, 2012, - 284 с.

146. Смертность среди ВИЧ-инфицированных подростков растёт [Электронный ресурс] // ТАСС. - 2017. – Режим доступа: http://tass.ru/plus-one/4387425.
147. Соколова, С.Б. Модель формирования единой профилактической среды в общеобразовательной организации/ С.Б. Соколова // Здоровье населения и среда обитания. – 2021. - N10 – С. 12-21.
148. Состояние здоровья детей в современной России / А. А. Баранов [и др.] – 2-е издание, дополненное. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательство "Педиатръ", 2020. – 116 с.
149. Состояние здоровья детей в современной России / А.А. Баранов [и др.]; Сер. 21 Социальная педиатрия (2-е изд., доп.). – Москва: ПедиатрЪ, 2020. - 116 с.
150. Социально значимые заболевания населения России в 2017 году. Статистические материалы [Электронный ресурс] // ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - 2018. - Режим доступа: http://mednet.ru/ru/statistika/soczialno-znachimye-zabolevaniya.html.
151. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по материалам обследования 2009/2010 гг.» [Электронный ресурс] // Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf
152. Стандарты сексуального образования в Европе [Электронный ресурс] Кельн, ФЦПСЗ и Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010. – Режим доступа: http://srhhivlinkages.org/wp/wp-content/uploads/2013/04/who_bzga_standards_ru.pdf
153. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России»: (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков) / [А. А. Баранов и др.]; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Науч. центр здоровья детей [и др.]. – Изд.

3-е, испр. и доп. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 111 с.

154. Стратегия и практика формирования здорового образа жизни детей в Российской Федерации / Фисенко А.П. [и др.] // Российский педиатрический журнал. 2020. Т. 23. № 2. С. 76-84
155. Таенкова, И. О. Потребление ПАВ среди подростков и молодежи: современные вызовы и возможности (информационно-аналитический материал) / И. О. Таенкова, А. А. Таенкова. - Хабаровск: Медиа-мост, 2014. - 32 с.
156. Таенкова, И. О. Профилактика распространения ИППП/ВИЧ-инфекции и потребления психоактивных веществ среди подростков и молодежи - дополнительный резерв в сохранении репродуктивного потенциала / И. О. Таенкова, А. А. Таенкова, О. Е. Троценко //Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016. - № 4. - С. 12-17.
157. Татукина, Т. А. Образовательный кластер как форма взаимовыгодного сотрудничества вуза и социальных партнеров / Т.А. Татукина // Вестник Алтайской академии экономики и права. - 2013. - № 1. - С. 133–135.
158. Тенденции репродуктивного поведения молодежи в реалиях современной демографической ситуации / Пестрикова Т. Ю. [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2019. - Т. 15, № 3. - С. 89-98.
159. Тер-Аванесов, Г. В. Современные аспекты диагностики и лечения мужского бесплодия. В кн.: Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [под ред. Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко]. - М., ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 324-411.
160. Тимошилов, В. И. Принцип доказательности в профилактике сексуальнотранмиссивных инфекций среди молодёжи // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. - Т. 19, № 12. - С. 148-152.
161. Титова, Н.Ю. Медицинский кластер: понятие и особенности / Н.Ю. Титова, Ю.В. Титова // Азимут научных исследований: экономика и управление. - 2017. - Т.6, № 4(21). – С. 227-229.
162. Уварова, Е. В. Правовые аспекты охраны репродуктивного здоровья

несовершеннолетних по профилю «акушерство и гинекология» в Российской Федерации / Е.В. Уварова, М.Г. Коломейцев, М.В. Радченко // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2022. - № 1. - С. 16-33.

163. Уровень осведомленности медицинских и социальных работников о ВИЧ-инфекции как один из возможных факторов, влияющих на качество медико-социальной работы с подростками и молодежью / И. О. Таенкова [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2019. - Т. 15, № 2. - С. 5-14.
164. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.gks.ru/.
165. Физическое развитие и состояние здоровья детей и подростков в школьном онтогенезе: (лонгитудинальное исследование) / [Кучма В. Р. и др.]; под редакцией В. Р. Кучмы, И. К. Рапопорт; Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья. – Москва: Научная книга, 2021. - 349 с.
166. Филькина, О. М. Информированность подростков о репродуктивном здоровье / О. М. Филькина, Е. А. Воробьева, А. И. Малышкина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2019. - Т. 15, № 3. - С. 5-10.
167. Формирование групп риска населения по уровню гигиенической информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению / А.В. Зелионко [и др.] // Гигиена и санитария. – 2017. - №4. – С. 313-319.
168. Хайруллин, Р. К. Инновационный потенциал региональных кластеров физической культуры и спорта: теория, организация и методология: монография / Р. К. Хайруллин. – Йошкар-Ола: Стринг, 2019. – 336 с.
169. Шашкова, А. А. Поведенческие и социальные факторы риска у подростков Астраханской области и меры профилактики распространения передаваемых половым путем инфекций / А. А. Шашкова, М. Р. Рахматулина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. - № 4, С. 84-92.
170. Шиган, Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е. Н. Шиган. - М.: Медицина, 1986. – 206 с.

171. Шилл, В.Б. Клиническая андрология / В. Б. Шилл, Ф. Комхаир, Т. Харгрив. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 800 с.
172. Ширшов, В.Д. Кластерный подход к социальной работе / В.Д. Ширшов, М.А. Зыскина // Специальное образование. – 2015. - №2. – С. 116-126.
173. Шитова, Л.Ш. Анализ европейского опыта развития территориальных спортивных кластеров / Л.Ш. Шитова // Современные наукоёмкие технологии. – 2020. – № 2. – С. 139-143.
174. Школа репродуктивного здоровья в условиях детской поликлиники / В. И. Орёл [и др.] // Актуальные проблемы педиатрии : Сборник тезисов XX Конгресса педиатров России с международным участием, Москва, 16–18 февраля 2018 года. – Москва: Союз педиатров России, 2018. – С. 232.
175. Шушерина, О. А. Математическая статистика для психологов: учебное пособие / О. А. Шушерина. – Красноярск: СибГТУ, 2012. – 62 с.
176. Щербакова, Е.М. Демографические итоги I полугодия 2021 года в России (часть I) [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly: электрон. научн. журн. 2021. № 911-912. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2021/0911/barom05.php.
177. Эпидемиология заболеваемости инфекциями, передающимися половым путём среди лиц молодого возраста [Электронный ресурс] / А. Э. Заргарова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. - № 5(63). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1016/30/lang,ru/.
178. Юрданова М.Э. Семья в фокусе современных социальных проблем общества [Электронный ресурс] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. 2011. № 2(97). – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/semya-v-fokuse-sovrmennyh-sotsialnyh-problem-obschestva.
179. A unique view on male infertility around the globe / A. Agarwal [et al.] // Reprod. Biol. Endocrinol. – 2015. – Vol. 13(1). - P. 37.
180. Adolescents' Perspective on Their Sexual Knowledge and the Role of School in Addressing Emotions in Sex Education: An Exploratory Analysis of Two School

Types in Austria R. Seiler-Ramadas [et al.]/ The Journal of Sex Research. – 2020. - 57:9. – P. 1180-1188.

181. Assessment of data quality of the Arab family health surveys. Pan Arab project for family health [Electronic resource] // Cairo: League of Arab states. - 2005. - Available at: http://ghdx.healthdata.org/organizations/pan-arab-project-family-health-papfam
182. Baraitser, P. Chlamydia trachomatis screening in young women. / P. Baraitser, S. Alexander, J. Sheringham // Curr Opin Obstet Gynecol. – 2011. – Vol. 23(315). P. 20.
183. Borges-Costa, J. Sexually transmitted infections in pregnant adolescents: prevalence and association with maternal and foetal morbidity / J. Borges-Costa, C. Matos, F. Pereira // J Eur Acad Dermatol Venereol. - 2011. – Vol. 7. – P. 29.
184. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually trans-mitted disease surveillance 2017. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2018. https://www.cdc.gov/std/stats17/natoverview.htm
185. Chlamydia trachomatis: Trends in the United States Among Persons 14 to 39 Years of Age, 1999—2008 / S. D. Datta [et al.] //Sex Transm Dis. – 2011. – Vol. 39(92). – P.6.
186. Cigarette Smoking and Semen Quality: A New Meta-analysis Examining the Effect of the 2010 World Health Organization Laboratory Methods for the Examination of Human Semen/ R. Sharma [et al.] // Eur Urol. – 2016. – Vol. 70(4). – P. 635-645.
187. Clinico-epidemiological features and antimicrobial resistance pattern in gonococcal infection / Bădescu A.C. [et al.] // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. – 2011. - Vol. 115(1237). P. 42.
188. Darj, E. STI-prevalence and differences in social background and sexual behavior among urban and rural young women in Uganda / E. Darj, F. M. Mirembe, E. B. Råssjö //Sex Reprod Health. – 2010. - Vol 1(111). —P. 5.
189. Differences between African-American adolescent females with and without human papillomavirus infection/ P. Seth [et al.] // Sex Health. – 2011. – Vol. 8(125).

- P 7.

190. EAU guidelines on male infertility / G. R. Dohle [et al.] // Eur Urol. – 2015. – Vol. 48(5). – P. 703-711.
191. FY 2007 program announcement: Section 510 abstinence education program [Electronic resource] / U.S. Department of health and human serivces. - 2007. — Available at: https://aspe.hhs.gov/basic-report/hhs-funding-abstinence-education-education-teen-pregnancy-and-hivstd-prevention-and-other-programs-address-adolescent-sexual-activity.
192. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2005/ 2006 survey [Electronic resource] / UNAIDS, WHO. - Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf.
193. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/ 2010 survey [Electronic resource] / UNAIDS, WHO. - Available from: http://www.euro.who.int/ru.
194. HIV in Europe and Central Asia. 2011. Progress Report [Electronic resource] / UNAIDS, WHO. - 2011. - Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/240045/Progress-report-2011,-HIV-AIDS-in-Europe-and-central-Asia.pdf?ua=1
195. Howard, S. R. The genetic basis of delayed puberty / S. R. Howard, L. Dunkel // Neuroendocrinology. – 2018. – Vol. 106. – P. 283–291. 17.06.2023).
196. International technical guidance on sexuality education. Part I — Rationale for sexuality education [Electronic resource] / UNESCO. Paris. – 2009. - Available at: http://unesdoc.unesco.org/ images/0018/001832/183281e.pdf.
197. International technical guidance on sexuality education. Part II — Topics and learning objectives [Electronic resource] / UNESCO, Paris. - 2009 Available at: http://recapp.etr.org/recapp/documents/programs/InterGuidanceSexualityEducation.pdf.
198. Kohler, P.K. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy / P. K. Kohler, L. E. Manhart, W. E. Lafferty // J. Adolescent. Health. - 2008. - Vol. 42(4). - P. 344−351.

199. Köhn, F.M. Environmental factors and male fertility / F. M. Köhn, H C. Schuppe // Urologe A. – 2016. – Vol. 55(7). – P. 82.
200. Kulikov, A. Medical and social support to adolescents in the Russian Federation / A. Kulikov, K. Vartanova, P. Krotin // International Handbook on Adolescent Health and Development: The Public Health Response, 2016. – P. 411-432.
201. Lifestyles Associated With Human Semen Quality: Results From MARHCSCohort Study inChongqing,China. [Electronic resource] / H. Yang [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2015. - № 94(28). - Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617091/
202. Ljubojević, S. Sexually transmitted infections and adolescence / S. Ljubojević, J. Lipozenčić // Acta Dermatovenerol Croat. – 2010. – Vol. 18(305). – P.10.
203. Longitudinal associations among relationship factors, partner change, and sexually transmitted infection acquisition in adolescent women / M. A. Ott [et al.] // Sex Transm Dis. – 2011. – Vol. 38(153). –P.7.
204. Obesity, male infertility, and the sperm epigenome / J. R. Craig, //Fertil Steril. - 2017. – Vol. 107. – P. 848-859.
205. Ott, M. A. Examining the Development and Sexual Behavior of Adolescent Males // J. Adolesc. Health. – 2010. - Vol. 46 (4). - P. 3-11.
206. Policies for Sexuality Education in the European Union [Electronic resource] / Brussels, European Parliament, Directorate-General for Internal Policies of the Union. - 2013. Available at: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/17522867-38aa-4ec5-b5b4-711d96f7b900
207. Prevalence and Correlates of Recent Vaginal Douching among African American Adolescent Females / R. Diclemente [et al.] // J Pediatr Adolesc Gynecol. – 2011. – Vol. 25(48). – P.53.
208. Prevalence of Chlamydyia trachomatis among young German adolescents/ S. Desai [et al.] // Sex Health. – 2011. – Vol. 8(120). – P.2.
209. Prevalence of STI / HIV Counceling Services Received by Teen Males, 1995 to 2002. / Marcell A.V. [et al.] // J. Adolesc. Health. – 2010. - Vol. 46 (6). - P.553-559.

210. Samkange-Zeeb, F. N. Awareness and k nowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature / F. N. Samkange-Zeeb, L. Spallek, H. Zeeb //BMC Public Health. – 2011. – Vol. 3. – P. 727.
211. Scharmanski S, Hessling A Sexualaufklärung junger Menschen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“// J Health Monit. – 2022. - 7(2): 23–41.
212. School-Based Sexuality Education Programmes. A Cost and Cost-Effectiveness Analysis in Six Countries [Electronic resource] / Paris, UNESCO. - 2011. Available at:http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/CostingStudy.pdf
213. Sex education in Swedish schools as described by young women / M. Ekstrand [et al.] // Eur J Contracept Reprod Health Care. – 2011. – Vol. 16(210). –P.24.
214. Spornraft-Ragaller, P. Sexually transmitted infections and male fertility / P. Spornraft-Ragaller, D. Varwig-Janßen // Hautarzt. – 2018. – Vol. 69(12). – P. 1006-1013.
215. Supporting every school to become a foundation for healthy lives / Jourdan D [et al.] // Lancet Child Adolesc Health. 2021; 5 (4):295-303.
216. Teenage pregnancy - analyse the determinants and sociodemographic factors / Thawal, Y. [et al.] // International journal of scientific research. – 2021. – P. 54-56.
217. Vobecka, J. Population Trends and Policies in the UNECE Region. Outcomes, Policies and Possibilities [Electronic resource] / J. Vobecka, W. P. Butz, G. C. Reyes // UNFPA and IIASA. - 2013. - Available at: http:// www.iiasa.ac.at/publication/more_XQ-13-801.php
218. Voyiatzaki C, Venetikou MS, Papageorgiou E, Anthouli-Anagnostopoulou F, Simitzis P, Chaniotis DI, Adamopoulou M. Awareness, Knowledge and Risky Behaviors of Sexually Transmitted Diseases among Young People in Greece. Int J Environ Res Public Health. – 2021. - Sep 23;18(19): 10022.
219. Waldman, R. N. The initial reproductive health visit. Committee Opinion // Obstetrics and Gynecology. – 2014. – Vol. 123(1143). – P.7.

220. Young People Awareness of Sexually Transmitted Diseases and Contraception: A Portuguese Population-Based Cross-Sectional Study Silva C.F. [et al.]/ Int J Environ Res Public Health. – 2022. - 19(21):13933.
221. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017 Kann L. [et al.] // MMWR Surveill Summ. - 2018. - 67(8). – P.1-114.

Приложение А

АНКЕТА

Возраст _____лет

1. **Семья (подчеркнуть)**: - полная;
   - неполная.
2. **Родители и их образование (подчеркнуть):** Мама – среднее, средне специальное, высшее;
   Папа – среднее, средне специальное, высшее.
3. **Количество детей в Вашей семье:**
   - 1-2
   - 3 и более.

4. **Как Вы оцените уровень доходов своей семьи:**
   - очень низкий;
   - низкий;
   - средний;
   - высокий.

5. **Вредные привычки родителей (подчеркнуть):**
   - курение: мама – да, нет; папа – да, нет;
   - употребление алкоголя чаще, чем 1 раз в месяц: мама – да, нет; папа – да, нет;
   - употребление наркотиков: мама – да, нет; папа – да, нет.

6. **Ваши жилищные условия (подчеркнуть):**
   - неблагоустроенная квартира и нет отдельной комнаты;
   - неблагоустроенная квартира и есть отдельная комната;
   - благоустроенная квартира и нет отдельной комнаты;
   - благоустроенная квартира и есть отдельная комната.

7. **Мои вредные привычки (подчеркнуть):**
   - курение: да, нет;
   - употребление алкоголя чаще, чем 1 раз в месяц: да, нет;
   - употребление наркотиков, в том числе однократно: да, нет.

8. **Физическая активность**
   - Занимаюсь спортом профессионально;
   - Занимаюсь любительским спортом;
   - Имею спортивную нагрузку нерегулярно;
   - Спортом не занимаюсь.

9. **Дополнительное образование (хобби)**
   - получаю дополнительное образование;
   - имею хобби;
   - хобби не имею, дополнительного образования не получаю.

10. **Успеваемость в школе**
    - на 4-5;
    - на 3-4;
    - на 2-3.

11. **Для меня иметь хорошее репродуктивное здоровье крайне важно** (оцените данное утверждение по 10-балльной шкале, где 10 баллов – максимальная значимость, 0 – минимальная). _____

12. **Зачем мне быть здоровым в репродуктивной сфере?** (выберите вариант ответа)
    - Чтобы быть счастливым и полноценным мужчиной;
    - Чтобы не болеть и не испытывать физического дискомфорта;
    - Чтобы не испытывать осуждения со стороны близких и родственников;
    - Чтобы поддерживать общий уровень здоровья;
    - Не считаю, что репродуктивное здоровье представляет в настоящее время какую-либо ценность;
    - Другое_____.

13. **Готов ли я прилагать усилия, чтобы оставаться здоровым в репродуктивной сфере?** (выберите вариант ответа)
    - Я готов максимально прилагать все возможное усилия для сохранения репродуктивного здоровья;
    - Я готов прилагать усилия при возникновении необходимости работы в этом направлении;
    - Я стараюсь избегать вредных факторов чтобы здоровье в этой сфере не ухудшилось;
    - Не считаю необходимым что-либо предпринимать с целью сохранения репродуктивного здоровья.

14. **Что именно я делаю для сохранения своего репродуктивного здоровья?**
    - Смотрю передачи о здоровье;
    - Читаю литературу на соответствующую тему;
    - Нахожу нужный контент по теме в интернете;
    - Консультируюсь с врачом по вопросам репродуктивного здоровья;
    - Участвую в школах здоровья;
    - Периодически прохожу профилактический осмотр уролога;
    - Другое _____.

15. **Я интересуюсь информацией по сохранению репродуктивного здоровья** (оцените свой интерес к информации по сохранению репродуктивного здоровья по 10 - балльной шкале - чем интерес выше, тем больше баллов)**.** _____

16. **Живете ли Вы половой жизнью, если да, то с какого возраста?**
    - да, с _____лет;
    - нет.

17. **Сколько половых партнеров Вы имели на сегодняшний день?**
    - ни одного;
    - 1-2;
    - 3 и более.

18. **Сообщала ли Вам Ваша партнёрша о наступлении беременности от Вас?**
    - Да;
    - Нет;
    - Половую жизнь не веду.

БЛОК 1. ФИЗИОЛОГИЯ И АНАТОМИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

19. Яичко – это

- орган мужской репродуктивной системы, в котором вырабатываются сперматозоиды и мужские половые гормоны;
- орган женской репродуктивной системы;
- нет таких органов в человеческом организме.

20. Сколько длится менструальный цикл?

- 2-7 дней;
- 15-27 дней;
- 21-35 дней;
- Не знаю.

21. Что такое овуляция?

- выход созревшей, готовой к оплодотворению яйцеклетки в брюшную полость из яичника;
- часть менструального цикла, сопровождающийся отторжением эндометрия от стенок матки.

22. Отметьте органы мужской репродуктивной системы:

- матка;
- предстательная железа;
- фаллопиевы трубы;
- мочевой пузырь;
- семявыводящие протоки;
- яичники.

23. В какой из периодов менструального цикла наиболее вероятно наступление беременности?

- во время менструации;
- в середине менструального цикла;
- перед менструацией

БЛОК 2. КОНТРАЦЕПЦИЯ

24. Является ли прерванный половой акт надёжным способом предохранения от нежелательной беременности?

- Да, является;
- Нет, не является.

25. В течение какого времени необходимо принять меры по экстренной контрацепции?

- 72 часа;
- в течение первых 7 дней;
- в течение месяца;
- не знаю.

26. Какие из нижеперечисленных методов контрацепции защищает Вас от нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем (ИППП)?

- презерватив;
- оральные контрацептивы (гормональные таблетки);
- внутриматочная спираль;
- гормональное кольцо Нова Ринг;

- спермициды (вагинальные свечи, крема и др.);
- календарный метод (высчитывание опасных и безопасных дней);
- прерванный половой акт;
- методы экстренной контрацепции;
- другие методы: _____

27. Используете ли Вы методы контрацепции, если да, то какие?

- Да, использую_____;
- Нет, не использую;
- Половую жизнь не веду.

28. Известно ли Вам о факте наступившей беременности у Вашей партнёрши?

- Да;
- Нет;
- Половую жизнь не веду.

29. Если девушка сделает аборт на раннем сроке беременности, то

- последствий для её здоровья не будет;
- на любом сроке, даже на раннем, аборт опасен серьезными последствиями для организма женщины.

30. Эффективность презерватива при использовании его с целью предохранения от нежелательной беременности составляет:

- 100%
- 70%
- 50%
- <50%.

БЛОК 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

31. Какие из нижеперечисленных симптомов, на Ваш взгляд, относятся к признакам ИППП?

- головная боль;
- тошнота, рвота;
- повышение температуры тела;
- зуд и жжение в области половых органов;
- обильные выделения из наружного отверстия мочеиспускательного канала
- неприятный запах;
- свой вариант: _____

32. Вырабатывается ли иммунитет к ИППП (возможно ли повторное заражение ИППП или появляется устойчивость организма к этим инфекциям)?

- да;
- нет.

33. Можно ли по внешнему виду определить, что человек болен ИППП?

- да;
- нет.

34. Отметьте возможные последствия неизлеченных ИППП?

- бесплодие;
- воспалительные заболевания органов репродуктивной системы;

- угревая сыпь на лице и теле;
- снижение сексуальной активности;
- свой вариант: _____

35. Приходилось ли Вам обращаться за медицинской помощью по поводу ИППП?

- Да, приходилось;
- Нет, не приходилось;
- Половую жизнь не веду.

36. Наиболее эффективный способ защиты от заболеваний, передающихся половым путём при половом контакте:

- Презерватив;
- Спермициды (вагинальные свечи, крема и др.);
- Обработка половых органов после полового контакта.

БЛОК 4. ВИЧ / СПИД

37. Как Вы считаете, ВИЧ – инфекция и СПИД это:

- одно и то же;
- СПИД – конечная стадия ВИЧ – инфекции;
- два разных заболевания.

38. Можно ли заразиться ВИЧ – инфекцией:

- при пользовании общей посудой да нет не знаю
- при пользовании общим санузлом, ванной да нет не знаю
- через воздух, при кашле, чихании да нет не знаю
- при половом контакте да нет не знаю
- при укусах насекомых да нет не знаю
- при переливании крови да нет не знаю
- при инъекциях в лечебных учреждениях да нет не знаю
- при инъекциях вне лечебных учреждений да нет не знаю
- при многократных защищенных половых актах да нет не знаю
- через рукопожатие, прикосновение к больному да нет не знаю

39. Можно ли по внешнему виду определить, что человек болен ВИЧ / СПИД?

- да;
- нет.

40. Существует ли в нашем городе анонимное обследование на ВИЧ / СПИД?

- да;
- нет.

41. Может ли применение презерватива защитить от заражения ВИЧ-инфекцией?

- да;
- нет.

Приложение Б

КАРТА ОЦЕНКИ АКТУАЛЬНОСТИ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ
О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННЫХ ЮНОШЕЙ

Инструкция: просим Вас принять участие в исследовании, целью которого является совершенствование организации медико – социальной помощи юношам в современных условиях.

Оцените, пожалуйста, источники, которые Вы считаете оптимальными для получения мальчиками подросткового возраста информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья (о строении и функционировании половой системы мужчин и женщин; методах контрацепции; заболеваниях, передаваемых половым путём). Для этого необходимо расставить ранговые места от 1 (наиболее рекомендуемые Вами источники информации) до 6 (наименее рекомендуемые). Номера рангов не должны повторяться.

Источник информации	**Ранг**
Школьная программа в рамках уроков биологии	
Дополнительные занятия с врачами, психологами и другими специалистами, имеющими специальную подготовку и опыт в проведении занятий подобного направления	
СМИ: телевидение, журналы, радио	
Интернет	
Близкие члены семьи: родители, старший брат и др.	
Друзья	

Вы являетесь (подчеркните):

- Матерью юноши 15-17 лет;
- Отцом юноши 15-17 лет.

БЛАГОДАРИМ ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!

КАРТА ОЦЕНКИ АКТУАЛЬНОСТИ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ
О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННЫХ ЮНОШЕЙ

Инструкция: просим принять участие в исследовании, целью которого является совершенствование организации медико – социальной помощи юношам в современных условиях.

Оцени, пожалуйста, актуальность источников, которыми ты пользуешься для получения информации, касающейся вопросов репродуктивного здоровья (о строении и функционировании половой системы мужчин и женщин; методах контрацепции; заболеваниях, передаваемых половым путём). Для этого необходимо расставить ранговые места от 1 (наиболее актуальные для тебя источники информации) до 6 (наименее актуальные). Номера рангов не должны повторяться.

Источник информации	**Ранг**
Школьная программа в рамках уроков биологии	
Дополнительные занятия с врачами, психологами и другими специалистами в пределах школы или лечебных учреждений	
СМИ: телевидение, журналы, радио	
Интернет	
Близкие члены семьи: родители, старший брат и др.	
Друзья	

БЛАГОДАРИМ ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!

Приложение В

Приложение Г

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ

«СУРГУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА № 2»

Комсомольский пр., 10/1, г. Сургут, Тюменская область,
Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра, 628402
Тел. (3462) 21-11-27, факс(3462) 21-11-21
e-mail : sgkp2@surgp2.ru,
www.surgp2.ru

"УТВЕРЖДАЮ"
И.О. главного врача
_____ Т.Н. Соколова
«07» апреля 2023г.

от «07» апреля 2023 г. № 05-03-198
на №_____от «___» _____ 20 г.

Акт

о внедрении (использовании) результатов кандидатской диссертационной работы
Ларичевой Евгении Геннадьевны

Комиссия в составе: председатель – заместитель главного врача по организационно-методической работе И.В. Фалалеева, члены комиссии - заведующий детской поликлиникой Л.М. Анненская, заведующий консультативно-диагностическим отделением №4 Е.А. Михайлёва; составила настоящий акт о нижеследующем.

Результаты кандидатской диссертации Ларичевой Е.Г. на тему «Совершенствование социально-гигиенических подходов к формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере» внедрены в деятельность клинико-диагностических отделений БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2» в виде реализации образовательной программы для юношей 15-17 лет "Школа юного джентльмена" в рамках проекта "Школа репродуктивного здоровья" с целью формирования здоровьесберегающего поведения в репродуктивной сфере у данной целевой группы.

Председатель _____ И.В. Фалалеева
Члены комиссии:
_____ Л.М. Анненская
_____ Е.А. Михайлёва

Подписи Фалалеевой И.В., Анненской Л.М., Михайлёвой Е.А. заверяю
Начальник отдела кадров БУ ХМАО-Югры «Сургутская
городская клиническая поликлиника №2» Г.И. Муртазина

Приложение Д

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»
(БУ ВО «Сургутский государственный университет»)

Проспект Ленина, 1. г. Сургут,
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, 628412
Тел. (3462) 76 29 00, факс (3462) 76 29 29
e-mail: rector@surgu.ru
http://www.surgu.ru
ОКПО 27387694
ОГРН 1028600609180
ИНН 8602200001 / КПП 860201001

От « 16 » мая 2023 г. № 139/1

На № _____ от «___» _____ 20 г.

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по науке и технологиям
БУ ВО «Сургутский государственный университет»
канд. хим. наук, доцент
_____ Р.В. Оствальд
« 16 » мая 2023 г.

АКТ
о внедрении результатов кандидатской диссертационной работы
Ларичевой Евгении Геннадьевны

Комиссия в составе председателя – зав. кафедрой патофизиологии и общей патологии, д-р мед. наук, профессора Коваленко Л.В. и членов – канд. мед. наук, доцента Тюриной И.А. и канд. мед. наук, доцента Хижняка А.С. составили настоящий акт о том, что результаты диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза на тему «Совершенствование социально-гигиенических подходов к формированию у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере» используются в учебном процессе на кафедре патофизиологии и общей патологии (курс общественного здоровья и здравоохранения) на лекциях и практических занятиях студентам 5-6 курсов направлений подготовки 31.05.01 Лечебное дело и 31.05.02 Педиатрия по дисциплине «Общественное здоровье, здравоохранение и экономика здравоохранения и ординаторам специальности 31.08.71 Организация

здравоохранения и общественное здоровье по дисциплине «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в следующем виде:

1. Изучение особенностей полового поведения юношей подросткового возраста во взаимосвязи с факторами, его определяющих в современных условиях;

2. Изучение методов формирования здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья у юношей, в том числе путём повышения уровня их осведомлённости в вопросах репродуктивного здоровья.

Председатель комиссии:
д-р мед. наук, профессор Л.В. Коваленко

Члены комиссии:
канд. мед. наук, доцент И.А. Тюрина

канд. мед. наук, доцент А.С. Хижняк

Подписи проф. Коваленко Л.В.,
доц. Тюриной И.А и доц. Хижняка А.С.
ЗАВЕРЯЮ
учёный секретарь Учёного Совета
бюджетного учреждения высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»
д-р биол. наук, доцент В.В. Козлова