

Казахстанский медицинский университет
«Высшая школа общественного здравоохранения»

УДК: 614-053.81(043)

На правах рукописи

БОЛАТОВА ТОЛКЫНАЙ СЕРИКОВНА

**Совершенствование профилактических программ для сохранения
репродуктивного здоровья молодежи**

6D110200 - Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты

д.м.н., профессор

Попова Т.В.

д.м.н., профессор

Курманова А.М.

Зарубежный научный консультант

д.м.н., профессор

Матякубова С.А

Республика Казахстан
Алматы, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ (обзор литературы)	12
1.1 Состояние репродуктивного здоровья молодежи в современном мире	12
1.2 Подходы к укреплению здоровья подростков на уровне ПМСП	23
2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
2.1 Программа и организация исследования.....	35
2.2 Методы оценки динамики медико-демографических показателей репродуктивного здоровья молодежи.....	36
2.3 Методология проведения контент анализа	39
2.4 Методология анкетирования.....	43
3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	49
3.1 Анализ медико-демографических показателей молодежи Казахстана	49
3.1.1 Демографические показатели	49
3.1.2 Показатели бремени болезней, риски для здоровья молодежи	53
3.1.3 Особенности становления менструальной функции у девочек-подростков в Южном регионе Казахстана.....	57
3.2 Результаты изучения состояния здоровья молодежи г. Алматы	59
3.1.1 Общая заболеваемость молодежи	59
3.2.2 Динамика гинекологической заболеваемости г. Алматы	Ошибка!
Закладка не определена.	
3.3 Результаты контент-анализа нормативно-правовой базы в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи.....	68
3.4 Результаты анкетирования молодежи по осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья	73
3.5 Результаты разработки комплекса мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи	91
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	94
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	100
ПРИЛОЖЕНИЕ А	114
Акт внедрения	114
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	115
Акт внедрения	115
ПРИЛОЖЕНИЕ В	116
Акт внедрения	116
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	117
Акт внедрения	117
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	118
Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр	118
ПРИЛОЖЕНИЕ Е	119
Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр	119

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж	120
Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр	120
ПРИЛОЖЕНИЕ И	121
АНКЕТА ПО ОЦЕНКЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ	121
ПРИЛОЖЕНИЕ К	124
Гинекологическая заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет по обращаемости (абс) в 2019-2024 гг. в г. Алматы	124
ПРИЛОЖЕНИЕ Л	126
Учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков»	126
ПРИЛОЖЕНИЕ М	127
СОП: Алгоритм взаимодействия молодежных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья	127

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ООН – Организация объединенных наций

СРЗ - сексуальное и репродуктивное здоровье

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ЮНФПА - фонд народонаселения ООН

ЦУР - Цели в области устойчивого развития

DALY - disability-adjusted life-years

NEET - not in education, employment, or training

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВПЧ - вирус папилломы человека

МЦЗ - молодежные центры здоровья

ЮНФПА - Фонд ООН в области народонаселения

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Важным приоритетом в государственной политике является охраны здоровья населения, включая репродуктивное [Обращение народу Казахстана 8 сентября 2025 года. В настоящее время в Казахстане реализуется государственная молодежная политика, предусматривающая комплекс системных мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения как ключевого ресурса общественного здоровья. Рассматривая молодежь как стратегический демографический и социально-экономический потенциал, данные инициативы ориентированы на создание условий, способствующих улучшению показателей здоровья и, как следствие, обеспечению устойчивого социально-экономического развития общества.

Репродуктивное здоровье представляет собой ключевой компонент общего состояния здоровья, определяющий демографические процессы и устойчивость социально-экономического развития общества, поскольку напрямую связано со способностью населения к воспроизводству и сохранению его численности [3,4]. Действующая модель оказания услуг в сфере репродуктивного здоровья преимущественно сосредоточена на женщинах репродуктивного возраста, тогда как потребности подростков и студенческой молодежи остаются недостаточно учтенными и охваченными системой медицинской помощи.

Вместе с тем молодежь, охватывающая возрастной диапазон от подросткового периода до 29 лет, представляет собой группу повышенной уязвимости к воздействию социально-экономических факторов. Распространение неполных семей, усиление психосоциальной дезадаптации, характерной для подросткового возраста, а также изменение условий социализации способствуют возрастанию роли социальных детерминант в формировании неблагоприятных показателей здоровья данной группы населения [5,6].

Подростковый возраст характеризуется повышенной распространенностью заболеваний как среди юношей, так и среди девушек. Совокупное воздействие неблагоприятных экологических факторов, хронического стресса и возрастающей учебной нагрузки обуславливает ухудшение показателей здоровья, что проявляется устойчивой тенденцией к росту общей заболеваемости и увеличению доли хронических форм [7,8].

Раннее начало половой жизни в сочетании с недостаточной информированностью о физиологии репродуктивной системы, методах профилактики нежелательной беременности и принципах рационального контрацептивного поведения способствует увеличению числа абортов и распространенности инфекций, передающихся половым путем, что в целом оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье [9].

Период обучения в вузе представляет собой важный этап биологического, психического и социального становления личности, характеризующийся повышенной чувствительностью к внешним воздействиям. Современные

условия жизни студентов, сопровождающиеся значительными учебными и психоэмоциональными нагрузками, приводят к изменению образа жизни и могут оказывать неблагоприятное влияние на соматическое и репродуктивное здоровье молодежи [9,с. 580].

Студенческая молодежь характеризуется недостаточным уровнем информированности по вопросам физиологии и патологии репродуктивной системы, факторов риска ее нарушений, современных методов контрацепции, а также последствий инфекций, передающихся половым путем, и мер их профилактики. Дефицит знаний приводит к низкой медицинской активности и несвоевременному обращению за специализированной помощью, что, в свою очередь, способствует увеличению доли запущенных хронических заболеваний органов малого таза, формированию трубно-перитонеального бесплодия, осложненному течению беременности и повышению уровня перинатальной заболеваемости [10].

Репродуктивное здоровье молодежи, включая подростков, студенток и молодых женщин, рассматривается как стратегически значимый ресурс, определяющий демографический потенциал и уровень социально-экономического развития общества [11,12]. В Казахстан медико-демографическая ситуация в данной сфере остается напряженной: наблюдается рост частоты воспалительных заболеваний органов малого таза, аномальных маточных кровотечений и врожденных аномалий половых органов, что происходит на фоне увеличения распространенности соматической патологии и отражает комплексное неблагоприятное воздействие медико-социальных факторов. Несмотря на наличие многочисленных исследований в этой области за последние десятилетия, современная медико-демографическая ситуация диктуют необходимость внедрения новых подходов к вопросам совершенствования профилактических программ в области охраны репродуктивного здоровья молодежи.

В связи с быстроменяющимися закономерностями современного общества, в современных реалиях требуется внедрение новых, научно обоснованных медико-организационных мероприятий, отличающиеся доступностью и гибкостью, с возможностью динамического мониторинга с использованием эффективных медико-технологических инновационных ресурсов.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью научного обоснования профилактических программ сохранения репродуктивного здоровья молодежи на основе интегральной оценки его состояния. В условиях демографических трансформаций, изменения репродуктивных установок и роста поведенческих факторов риска возникает потребность в разработке методологически выверенных инструментов анализа, позволяющих выявить ключевые детерминанты репродуктивного здоровья молодежи и использовать полученные результаты при формировании профилактических стратегий.

Научная проблема

Отсутствие интегральной оценки репродуктивного здоровья молодежи, ограничивающее эффективность профилактических программ.

Цель - разработать комплекс мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи направленный на оптимизацию межведомственного взаимодействия и улучшение маршрутизации студенческой молодежи для получения консультативной помощи.

Задачи исследования

1. Оценить динамику медико-демографических показателей здоровья молодежи Республики Казахстан в период 2014-2024 гг.
2. Проанализировать действующие нормативно-правовые акты, государственные программы и профилактические меры в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи в Республике Казахстан и выявить их соответствие современным вызовам и международным подходам.
3. Оценить уровень знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленность студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья.
4. Разработать комплекс мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья студенческой молодежи.

Научная новизна

1. Впервые проведена комплексная оценка динамики медико-демографических показателей здоровья молодежи Республики Казахстан за период 2014–2024 гг., позволившая выявить современные тенденции состояния репродуктивного здоровья молодежи и определить ключевые факторы риска.
2. Впервые выполнен системный контент-анализ нормативно-правовой базы Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи, что позволило выявить пробелы в нормативном регулировании профилактических мероприятий и оценить их соответствие современным вызовам и международным подходам.
3. Впервые проведена оценка уровня знаний и осведомленности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, позволившая установить несоответствие между субъективной оценкой и фактическим уровнем знаний и выявить ключевые пробелы в информированности студентов.
4. Разработан и внедрен комплекс организационно-профилактических мероприятий, включающий стандарт операционной процедуры взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов, модель маршрутизации студентов и инструменты оценки уровня знаний, направленные на совершенствование профилактики репродуктивного здоровья студенческой молодежи.

Основные результаты исследования

1. Основными неблагоприятными тенденциями состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков г. Алматы являются рост воспалительных заболеваний нижних отделов половых органов (с 10,7% в 2019 году до 54,8% в 2024 году), увеличение распространенности аномальных маточных кровотечений (с 13,0% до 31,8%), а также повышение частоты воспалительных заболеваний верхних отделов половых органов в постковидный период (до 8,3–9,3% в 2021–2022 гг.), что свидетельствует о неблагоприятной динамике

гинекологической заболеваемости подростков. Указанные тенденции приобретают особую значимость в условиях демографической ситуации в Республике Казахстан, характеризующейся снижением численности лиц в возрасте 15–19 лет на 28,0% по сравнению с возрастной группой 25–29 лет, что формирует риск сокращения численности женщин активного репродуктивного возраста и возможного снижения показателей рождаемости.

2. Основными пробелами нормативно-правовой базы Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи являются недостаточная регламентация доступа молодежи к контрацепции и планированию семьи (лишь 3 из 12 проанализированных документов, 25%), слабое нормативное закрепление цифровизации профилактических коммуникаций и молодежь-дружественных услуг (средний балл — 0,21), а также фрагментарное представление механизмов мониторинга эффективности профилактических программ (0,25). При этом меры по профилактике ИППП, ВИЧ и ВПЧ представлены значительно шире и рассматриваются как приоритетное направление (средний балл — 0,58).

3. Основными проблемами в уровне информированности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья являются несоответствие между субъективной оценкой и фактическим уровнем знаний (лишь 41,2% респондентов продемонстрировали высокий уровень знаний при 22,3% с низким уровнем), выраженные пробелы в знаниях по вопросам планирования семьи и современной профилактики (фертильное окно правильно определили 54,3% резидентов и 32,0% нерезидентов; знания об экстренной контрацепции — 46,8% и 24,0% соответственно; осведомлённость о вакцинации против ВПЧ — 40,4% и 20,0%; $p < 0,01$), а также распространённость ошибочных представлений о методах контрацепции (лишь 47,9% резидентов и 36,0% нерезидентов знают, что гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передающихся половым путём; $p < 0,05$). Наиболее высокий уровень осведомлённости выявлен по вопросам инфекционной безопасности, где более 95% респондентов правильно определили пути передачи ВИЧ-инфекции и влияние вредных привычек на репродуктивное здоровье.

4. Полученные результаты позволили разработать практические рекомендации, включающие стандарт операционной процедуры «Алгоритм взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья», и модель маршрутизации студентов из университетов в Молодёжные центры здоровья на основе механизма выявления потребности, а также учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков».

Практическая значимость работы

1. Разработан и внедрен стандарт операционных процедур: «Алгоритм взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья» (Акт внедрения: ГКП «Городской центр репродукции человека» на ПХВ УЗ города Алматы, г. Алматы, Приложение В).

2. Разработан, апробирован и валидизирован опросник для оценки уровня знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, внедренный в деятельность кафедры и используемый для определения уровня знаний студентов в рамках кураторской и воспитательной работы (Акт внедрения: Кафедра эпидемиологии, биостатистики и доказательной медицины, факультет медицины и здравоохранения КазНУ им. аль-Фараби, Приложение Г).

3. Разработан и внедрен учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков» (Алматы, 2021) в образовательный процесс Национального центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГП), Городского центра репродуктивного здоровья (ГЦРЧ), медицинского факультета Казахского национального университета им. аль-Фараби (ТВЛ-обучение для студентов 3 курса) (Акт внедрения, Приложение А,Б).

Положения, выносимые на защиту

1. Установлена неблагоприятная динамика показателей репродуктивного здоровья девочек-подростков г. Алматы на фоне изменений численности и структуры молодежной популяции Республики Казахстан, характеризующаяся ростом воспалительных заболеваний нижних и верхних отделов половых органов и увеличением распространенности аномальных маточных кровотечений.

2. Нормативно-правовая база Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи характеризуется недостаточной регламентацией ключевых направлений профилактики, включая вопросы доступа молодежи к контрацепции и планированию семьи, развития молодежь-дружественных услуг, цифровизации профилактических коммуникаций и мониторинга эффективности профилактических программ.

3. Уровень информированности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья характеризуется несоответствием между субъективной оценкой и фактическими знаниями, а также наличием значительных пробелов в вопросах планирования семьи, современной профилактики и правильного использования методов контрацепции.

4. Комплекс мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи может повысить уровень информированности студентов и способствовать формированию безопасного репродуктивного поведения.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на:

1. Международная научно-практическая конференция «Здоровье женщины – здоровье нации» (Самарканд, 2021);

2. IV Международном научно-образовательном форуме «Ана мен бала» (Алматы, 2021);

3. XXVIII Всероссийский Конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы» (Москва,

2022);

4. Конференции студентов и молодых ученых «Фараби элeмi» (Алматы, 2022);

5. XVII Международный конгресс по репродуктивной медицине (Москва, 2023);

6. Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы гинекологии» (Фергана, 2023);

7. Конгресс акушеров-гинекологов Казахстана (Алматы, 2023);

8. XVI Региональный научно-образовательный форум "Мать и Дитя" (Санкт-Петербург, 2023);

9. IV Научно-практической конференции с международным участием "Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья детей и молодежи" (Москва, 2024);

10. III Международной научно-практической конференции «Репродуктивное здоровье подростков и молодежи» (Алматы, 2024).

11. Научно-практической конференции «Медицина будущего» (Алматы, 2024).

12. II Международном Конгрессе ОО «Мужское здоровье» «Междисциплинарное взаимодействие в рамках мужского здоровья», посвященный 90-летию Казахского Национального университета им. Аль-Фараби (Алматы, 2024).

13. Международный научно-образовательный Конгресс, посвященный 50-летию НЦАГП (Алматы, 2025).

Личный вклад автора заключается в формировании направлений исследования, программы и его объектов, организации и проведении исследований, непосредственном участии во всех этапах исследования, статистической обработке данных, написании глав диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций.

Публикации

По материалам диссертационной работы опубликованы 18 научных работ, из них 2 статьи в журнале, индексируемом в базе данных Scopus (60%), Scopus (6%) 2 статьи в журналах, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан, 3 - в международных журналах, 11 - в сборниках международных конференций и 1 учебное пособие; 3 свидетельства о внесении сведений в Государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом (Приложения Д, Е, Ж).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 130 страницах и состоит из введения, обзора современного состояния проблемы, методологии исследования, 5-ти глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация содержит 21 таблиц, 32

рисунков, 165 использованных источников.

1 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ (обзор литературы)

1.1 Состояние репродуктивного здоровья молодежи в современном мире

В настоящее время численность молодежи в возрасте 10–24 лет достигает примерно 1,8 миллиарда человек, что составляет около одной шестой населения планеты [3, р. 1101]. По прогнозам, к 2050 году эта возрастная группа будет продолжать расти, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где сосредоточено около 90% подростков в возрасте 10–19 лет. Период подросткового возраста играет ключевую роль в формировании личности: именно в это время закладываются особенности физического развития, поведения и образа жизни, которые во многом определяют состояние здоровья в будущем, а также влияют на здоровье последующих поколений [4, р. 458]. Для полноценного развития подросткам необходим доступ к достоверной информации, включая комплексное половое воспитание, адаптированное к возрасту; условия для безопасной и поддерживающей среды; возможности формирования жизненных навыков; а также доступные, приемлемые и качественные медицинские услуги. Важным аспектом также является вовлечение молодежи в процессы принятия решений и реализации программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья, поскольку это способствует более точному учету их потребностей и защите их прав [8, с. 18].

В Глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков, принятой Организация Объединенных Наций в 2015 году, акцентируется необходимость формирования эффективной системы мониторинга здоровья подростков, обеспечивающей получение достоверных и сопоставимых данных [13]. В рамках данной стратегии были определены ключевые индикаторы, отражающие состояние здоровья подростков и согласованные с 12 Целями устойчивого развития. Эти показатели охватывают такие направления, как питание, репродуктивное здоровье, случаи сексуального насилия, ранние браки, уровень образования и занятости, а также подростковую смертность и фертильность [14,15]. Вместе с тем, несмотря на существование подобных международных инициатив, значительной проблемой остается недостаточная полнота и качество рутинных данных, охватывающих все группы подростков. Это приводит к существенным информационным пробелам, особенно в отношении младшей возрастной группы (10–14 лет), подростков мужского пола, лиц, не охваченных системой образования, а также по таким аспектам, как расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и случаи жестокого обращения [16].

В качестве инструмента оценки динамики состояния здоровья подростков была предложена система из 12 ключевых индикаторов, отражающих как бремя заболеваний, так и факторы риска, а также значимые социальные детерминанты здоровья в данной возрастной группе. Данная система предусматривает возможность агрегирования данных на уровне отдельных стран и их групп, что

позволяет учитывать изменяющиеся приоритеты в сфере общественного здравоохранения [17].

Предложенные индикаторы были объединены в три ключевые группы: показатели состояния здоровья, включающие оценку бремени заболеваний через годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY), обусловленные инфекционными, материнскими и алиментарными заболеваниями, травмами и неинфекционными болезнями; показатели факторов риска, охватывающие табакокурение, употребление алкоголя, избыточную массу тела и анемию; а также социальные детерминанты здоровья, включающие подростковую фертильность, уровень завершения среднего образования, долю молодежи, не вовлечённой в образование, занятость или обучение (NEET), распространённость детских браков и степень удовлетворения потребности в современных методах контрацепции [18-19].

По сравнению с 1990 годом, к 2016 году в состоянии здоровья подростков произошли существенные изменения: несмотря на снижение бремени заболеваний во многих странах, этот прогресс частично нивелировался ростом численности населения в регионах с наиболее неблагоприятными показателями здоровья, в результате чего более 250 миллионов подростков продолжали проживать в странах с множественным бременем. Одновременно наблюдается глобальный сдвиг в структуре питания, сопровождающийся увеличением распространённости избыточной массы тела и ожирения, охватывающих около 18% подростков (324,1 млн из 1,8 млрд), тогда как анемия затрагивает примерно 24% (430,7 млн). Существенной социальной проблемой остаются ранние браки: около 66 миллионов женщин вступили в брак до достижения 18-летнего возраста. Несмотря на относительно равные показатели завершения среднего образования среди юношей и девушек, доля молодежи, не вовлечённой в образование, занятость или обучение (NEET), остается высокой среди молодых женщин в странах с множественным бременем, что свидетельствует о сохраняющихся ограничениях в их возможностях трудоустройства [3, р. 1101].

В целом подростковый возраст традиционно рассматривается как относительно здоровый этап жизни, однако именно в этот период фиксируются значимые уровни смертности, заболеваемости и травматизма.

Структура причин смертности среди молодежи отражает возрастные особенности распределения факторов риска: в группе 10–14 лет доминируют инфекционные заболевания, тогда как по мере взросления их значение снижается, уступая место внешним причинам — травмам, несчастным случаям, самоповреждениям и межличностному насилию. В подростковом возрасте начинают отчетливо проявляться гендерные различия в смертности: у юношей показатели выше, что связано как с большей распространённостью травматизма и насилия, включая коллективные конфликты и действия правоохранительных органов, так и с другими внешними причинами. В то же время у девушек, особенно в странах с уровнем дохода ниже среднего, возрастает вклад причин, связанных с материнством, что подчеркивает влияние репродуктивных факторов на структуру смертности в данной группе [20].

Ведущими причинами смертности и утраты здоровья среди подростков остаются непреднамеренные травмы, прежде всего дорожно-транспортные происшествия и утопления. Значимый вклад в структуру смертности также вносит межличностное насилие, которое занимает одно из ведущих мест среди причин смерти в данной возрастной группе. При этом воздействие насилия не ограничивается непосредственными последствиями: пережитый опыт повышает вероятность формирования рискованного поведения, включая незащищённые половые контакты, что способствует распространению ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путём. Кроме того, насилие ассоциировано с развитием психических расстройств, снижением образовательных достижений и преждевременным прекращением обучения, а также с ростом риска нежелательной беременности, осложнений репродуктивного здоровья и дальнейшего формирования как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний.

Значительная доля подростков во всем мире сталкивается с различными заболеваниями и травмами, при этом профиль рисков существенно варьирует в зависимости от возраста. Для группы 10–14 лет ключевое значение имеют факторы, связанные с условиями водоснабжения, санитарии и гигиены, тогда как среди подростков 15–19 лет возрастает роль поведенческих рисков, включая употребление алкоголя и небезопасные сексуальные практики. Дополнительную нагрузку формируют недостаточное питание и низкий уровень физической активности, которые закладываются еще в детском и раннем подростковом возрасте. При этом девочки старшего подросткового возраста более уязвимы к насилию со стороны интимных партнеров. В 2021 году уровень рождаемости среди девушек 15–19 лет составил 42 на 1000, а осложнения беременности и небезопасные аборты продолжают оставаться одними из ведущих причин смертности в данной возрастной группе [21].

В 2016 году распространенность употребления алкоголя среди подростков 15–19 лет составляла около 13,6%, причем более высокая частота отмечалась среди юношей. В сравнении со взрослыми, молодежь демонстрирует большую уязвимость к последствиям употребления психоактивных веществ, что обусловлено как биологическими, так и поведенческими факторами. При этом значительная часть психических расстройств во взрослом возрасте имеет истоки в раннем начале употребления — нередко до 14 лет. Употребление алкоголя и наркотических веществ в детском и подростковом возрасте сопровождается неблагоприятными нейроркогнитивными изменениями, которые в дальнейшем могут проявляться в виде поведенческих, эмоциональных и социальных нарушений, а также снижением способности к обучению [22].

У большинства взрослых потребителей табака формирование никотиновой зависимости начинается именно в подростковом возрасте. По данным за 2018 год, как минимум каждый десятый подросток в возрасте 13–15 лет во всем мире употреблял табачные изделия, при этом в отдельных регионах распространенность была значительно выше. Особую обеспокоенность вызывает рост использования электронных сигарет среди детей и подростков,

поскольку содержащийся в них никотин обладает выраженным аддиктивным потенциалом. Учитывая, что формирование и созревание головного мозга продолжается примерно до 25 лет, воздействие никотина в этот период может оказывать негативное влияние на когнитивные функции и поведенческие реакции [23].

Среди ведущих причин заболеваемости у подростков значительное место занимают депрессивные и тревожные расстройства, а суицидальное поведение входит в число основных причин смертности, занимая третью позицию среди лиц в возрасте 15–19 лет. При этом около половины всех психических нарушений, диагностируемых во взрослом возрасте, формируются еще до достижения 14 лет, однако на ранних этапах они зачастую остаются нераспознанными и, соответственно, не получают своевременного лечения [24].

Несмотря на то что значительная часть случаев заболеваемости и смертности среди подростков является предотвратимой, доступ к необходимой информации и медицинским услугам для данной группы часто ограничен. Барьеры включают нормативные и правовые ограничения, контроль со стороны родителей или партнеров, недостаточный уровень информированности, территориальную удаленность медицинских учреждений, финансовые затруднения, отсутствие конфиденциальности и предвзятое отношение со стороны медицинских работников. В то же время на общее благополучие и психическое здоровье подростков влияет широкий спектр социальных факторов: воздействие насилия, бедность, стигматизация, социальная изоляция, а также проживание в условиях гуманитарных кризисов или нестабильности существенно повышают риск формирования психических расстройств.

Инфекционные болезни

Несмотря на существенное снижение числа новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека по сравнению с пиковыми показателями середины 1990-х годов, подростки по-прежнему составляют значимую долю в структуре новых заражений. В настоящее время на эту возрастную группу приходится около 10% новых случаев ВИЧ-инфекции, при этом примерно три четверти из них составляют девочки-подростки, что отражает сохраняющееся гендерное неравенство и уязвимость в сфере репродуктивного и сексуального здоровья [25].

Лица детского и младшего подросткового возраста (до 15 лет) составляют около 11% от общего числа пациентов с туберкулезом в мире. Ежегодно заболевание развивается примерно у 1,1 миллиона детей и подростков данной возрастной группы, при этом более 225 тысяч случаев заканчиваются летальным исходом. Следует отметить, что показатели выявляемости туберкулеза среди подростков 15–19 лет выше по сравнению с более младшими возрастными группами, что может быть связано как с особенностями эпидемиологии заболевания, так и с улучшением диагностики в данной возрастной категории [26].

Среди ведущих причин смертности у подростков 10–14 лет значительное место занимают диарейные заболевания и инфекции нижних дыхательных

путей, включая пневмонию. При этом младший подростковый возраст (9–14 лет) рассматривается как наиболее благоприятный период для проведения вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ): достижение охвата не менее 90% девочек данной вакциной потенциально позволило бы предотвратить более 40 миллионов смертей в течение следующего столетия. Однако, по оценочным данным, в 2021 году глобальный уровень вакцинации против ВПЧ среди девочек составил лишь около 12%. Дополнительное негативное влияние на здоровье и благополучие молодежи оказала пандемия COVID-19, последствия которой проявились в росте психических расстройств, снижении уровня физической активности, ухудшении питания и увеличении случаев семейного насилия [27, 28].

Одной из ключевых задач в рамках Цели устойчивого развития, связанной со здоровьем (ЦУР 3), является обеспечение к 2030 году всеобщего доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, информирование и просвещение населения, а также интеграцию вопросов репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы. Наряду с демографическими изменениями, Комиссия Гуттмахера-Лансета по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам подчеркивает значительное влияние таких факторов, как миграционные процессы, вооруженные конфликты, изменение климата, социально-экономические трансформации и урбанизация, которые в совокупности формируют новые вызовы и определяют приоритеты в сфере репродуктивного здоровья [29].

Здоровье подростков и молодежи в значительной степени подвержено негативному воздействию экологических факторов, среди которых особое значение имеют загрязнение атмосферного воздуха, воздействие химических веществ и тяжелых металлов, изменения климата, ультрафиолетовое излучение, особенности городской среды, а также состояние систем водоснабжения, санитарии и гигиены. В связи с этим возникает необходимость пересмотра и разработки современных санитарно-гигиенических нормативов, учитывающих региональные особенности физического и соматометрического развития девочек-подростков. Проживание в экологически неблагоприятных условиях, характерных для крупных промышленных регионов, ассоциируется с задержкой физического и полового созревания, а также с формированием дисгармоничного соматотипа, что во многом обусловлено нарушениями в функционировании щитовидной железы и гипоталамо-гипофизарной системы [30-37].

По данным на 2016 год, избыточная масса тела отмечалась примерно у каждого шестого подростка в возрасте 10–19 лет во всем мире, при этом ее распространенность существенно варьировала между регионами: от менее 10% в странах Юго-Восточной Азии до более 30% в Американском регионе. Избыточная масса тела в подростковом возрасте сопровождается нарушениями морфофункционального состояния организма и создает предпосылки для формирования различных форм висцеральной патологии, которая может проявляться на более поздних этапах жизни. В целом здоровье подростков как интегральная характеристика их состояния определяется совокупностью

факторов, включая возрастные особенности, условия проживания и воздействие окружающей среды, а также социально-экономические параметры, такие как уровень дохода семьи и социальный статус [40-42].

Значительная часть подростков в развивающихся странах вступает в этот возрастной период с признаками хронического недоедания, что повышает риск развития заболеваний и преждевременной смертности. По данным за 2019 год, железодефицитная анемия занимала одно из ведущих мест среди причин утраты здоровых лет жизни вследствие инвалидности у подростков 10–19 лет. В этой связи важное значение для укрепления здоровья имеют профилактические меры, включая обогащение рациона железом и фолиевой кислотой. Наряду с этим серьезной проблемой остается недостаточная физическая активность: по оценкам, в 2016 году лишь около 20% подростков соответствовали рекомендуемым нормам, при этом низкий уровень активности широко распространен во всех регионах мира и чаще наблюдается среди девушек по сравнению с юношами [43, 44].

Начало XXI века характеризуется усилением социального неравенства, оказывающего неблагоприятное влияние на здоровье подростков, что проявляется через различия в доступе к медицинской помощи, ухудшение качества питания на фоне снижения доходов семей, а также недостаточную информированность по вопросам здоровья, усугубляемую ослаблением воспитательной роли образовательных учреждений. На этом фоне особую обеспокоенность вызывает состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков в возрасте 15–18 лет, которое отражает совокупное воздействие социально-экономических и поведенческих факторов [45-49]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что современным подросткам присуща высокая распространенность заболеваний репродуктивной системы, а также трансформация сексуального и репродуктивного поведения. Эти изменения сопровождаются ростом числа нежелательных беременностей и абортов, увеличением распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП), а также формированием предпосылок для развития бесплодия в более позднем возрасте.

К числу характерных особенностей сексуального поведения современных подростков относятся раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, недостаточная осведомленность о современных методах контрацепции, а также относительная психологическая готовность к искусственному прерыванию беременности. На этом фоне в структуре гинекологической патологии у подростков, проживающих в городских условиях, наиболее часто встречаются воспалительные заболевания органов малого таза (31,1%), нарушения менструального цикла (25,9%) и нейроэндокринные расстройства (25,0%), тогда как невоспалительные заболевания половых органов (7,6%) и спаечные процессы в малом тазу (6,1%) регистрируются реже [51].

В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков крупного мегаполиса преобладают нарушения менструального цикла, а также доброкачественные изменения яичников и шейки матки. Распространенность

гинекологической патологии варьирует в зависимости от контингента: среди школьниц она составляет около 13%, тогда как среди учащихся колледжей достигает 34%. Одним из наиболее частых клинических состояний является синдром хронической тазовой боли, регистрируемый примерно у 14–16% подростков. Наиболее распространенной жалобой остается дисменорея, встречающаяся у 40–90% девочек-подростков и нередко являющаяся причиной пропусков учебы или работы. При этом у подростков с хронической тазовой болью, резистентной к медикаментозной терапии, эндометриоз выявляется в 60–70% случаев [51, с. 46].

Распространенность эндометриоза в популяции оценивается на уровне 6–10% и варьирует в зависимости от возраста, этнических особенностей, социально-экономических условий, а также влияния наследственных, гормональных и иммунологических факторов; при этом подтверждение диагноза у части пациенток возможно уже в возрасте 11–14 лет. Нарушения менструального цикла, включая первичную аменорею и аномальные маточные кровотечения, выявляются у значительной доли девочек-подростков — до 75% обращений. В клинической практике ключевое значение имеет тщательный сбор анамнеза с целью установления причин данных нарушений, при обязательном исключении беременности с помощью соответствующего тестирования, поскольку несвоевременно диагностированная беременность может представлять серьезную угрозу для здоровья подростка [52–54].

К наиболее частым причинам аменореи у подростков относятся нарушения центральной регуляции, синдром поликистозных яичников и гиперпролактинемия, тогда как реже встречаются такие этиологические факторы, как опухоли надпочечников и яичников, врожденная гиперплазия коры надпочечников, зависимость от психоактивных веществ, выраженные физические или эмоциональные нагрузки, а также расстройства пищевого поведения, включая нервную анорексию. В то же время в первые 2–3 года после менархе у большинства подростков наблюдаются нерегулярные менструации, что обусловлено функциональной незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы, приводящей к нарушению ритмической секреции гонадотропинов, расстройствам фолликулогенеза в яичниках и, как следствие, ановуляции [55].

В последние десятилетия среди девочек-подростков отмечается рост распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП), включая заболевания, вызванные *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*, частота которых варьирует в пределах 5–26%. Нелеченные формы этих инфекций могут приводить к серьезным последствиям, таким как воспалительные заболевания органов малого таза, бесплодие, внематочная беременность, а также повышенная восприимчивость к ВИЧ-инфекции. При этом до 40% всех случаев хламидийной инфекции регистрируется среди девушек в возрасте 15–19 лет. Высокий уровень распространенности ИППП среди подростков обусловлен сочетанием поведенческих и социальных факторов, включая раннее начало половой жизни, множественность половых партнеров, незащищенные половые контакты, в том числе в условиях употребления

психоактивных веществ, а также недостаточный родительский контроль, дефицит полового просвещения и ограниченный доступ к медицинскому наблюдению. Дополнительно отмечается влияние информационной среды: ряд исследований указывает на то, что высокая доступность контента сексуального характера в средствах массовой информации может способствовать формированию рискованных моделей сексуального поведения среди подростков [56-57].

К числу биологических факторов, повышающих восприимчивость девочек-подростков к инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), относятся особенности строения и функционирования репродуктивной системы, в частности наличие цилиндрического (железистого) эпителия на шейке матки (эктопия/эктропион), а также снижение уровня защитных антител после перенесенных инфекций. Дополнительное значение имеют гормональные колебания, особенно в фолликулярной фазе менструального цикла, которые могут способствовать снижению местной защиты, включая уменьшение количества лактобактерий во влагалищной микрофлоре. Кроме того, течение некоторых ИППП, таких как сифилис, может быть более тяжелым и хуже поддаваться терапии у пациенток с ВИЧ-инфекцией, что дополнительно увеличивает риск неблагоприятных исходов [58].

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости хламидиозом, что, вероятно, частично связано с совершенствованием методов диагностики и повышением выявляемости инфекции. При этом у подростков, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, сохраняется высокий риск сопутствующего заражения *Neisseria gonorrhoeae*, частота которого достигает около 22%. По имеющимся данным, заболеваемость хламидиозом среди девочек-подростков в возрасте 12–19 лет составляет примерно 2,8 случая на 100 человек в месяц, тогда как доля смешанных инфекций с гонореей варьирует в широких пределах — от 0 до 47%, что отражает значительную вариабельность эпидемиологических показателей [59-61].

Распространенность трихомониаза среди девочек-подростков существенно варьирует в зависимости от уровня риска — от около 3% в популяциях с низкой вероятностью инфицирования до 48% в группах высокого риска. В клинической практике подростки из группы риска, предъявляющие жалобы на острую или хроническую тазовую боль, подлежат обязательному обследованию для исключения спаечного процесса в малом тазу. Инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (ВПЧ), на сегодняшний день рассматривается как наиболее распространенная инфекция, передающаяся половым путем, среди сексуально активных лиц моложе 25 лет; при этом у подростков чаще выявляются высокоонкогенные типы вируса (22–77%). Несмотря на это, в большинстве случаев (70–91%) отмечается спонтанная элиминация инфекции без развития клинически значимых последствий [62, 63].

У девочек-подростков в возрасте 13–21 года, у которых наличие ВПЧ-инфекции подтверждено методом ПЦР, заболевание нередко протекает в субклинической форме, при этом распространенность латентного течения

варьирует в широких пределах — от 13 до 64%. В целом инфекции, передающиеся половым путем, оказывают существенное влияние на здоровье сексуально активных подростков, затрагивая как физическое, так и репродуктивное благополучие. Формирование сексуального поведения в подростковом возрасте определяется комплексом факторов, включая особенности межличностных отношений, гендерную идентичность, сексуальную ориентацию, а также культурные и религиозные установки, что необходимо учитывать при разработке профилактических и образовательных программ [64, 65].

Ключевая роль в снижении заболеваемости и обеспечении раннего выявления инфекций, передающихся половым путем, принадлежит медицинским работникам, осуществляющим целенаправленный скрининг среди подростков из групп повышенного риска. Подростковый период характеризуется интенсивными биологическими изменениями, включая формирование вторичных половых признаков и ускоренный физический рост, а также значительными трансформациями в психоэмоциональной сфере. В это время возрастает чувствительность к собственной внешности и усиливается значимость социальной роли и принятия в среде сверстников, что может оказывать влияние на поведенческие модели и отношение к собственному здоровью [66, 67].

В позднем подростковом возрасте происходит формирование эмоционально зрелой личности, сопровождающееся развитием способности к абстрактному мышлению и более сложным когнитивным процессам. Данный этап характеризуется необходимостью интеграции различных аспектов развития, включая психологические, физические, культурные, духовные, социальные и образовательные факторы, что в совокупности определяет становление целостной личности и дальнейшие жизненные стратегии.

У более чем половины студентов выявляются факторы риска, неблагоприятно влияющие на состояние здоровья и связанные с особенностями образа жизни студенческой молодежи, включая совмещение учебы с трудовой деятельностью, нерегулярное питание, употребление алкоголя и табака, трудности адаптации к новым социальным условиям, проживание вне семьи, а также низкий уровень физической активности. В этих условиях эффективное сохранение и укрепление здоровья студенческой популяции требует системного подхода, основанного на программно-целевом управлении, предполагающем координацию усилий различных секторов, включая органы государственной власти, систему образования, здравоохранение, социальную защиту, правоохранительные структуры и общественные организации [68].

Студенческий возраст представляет собой важный этап биологического и психического становления, характеризующийся повышенной уязвимостью к воздействию неблагоприятных факторов. Возрастающая интенсивность и напряженность современной жизни, сопровождающаяся значительными изменениями условий обучения и образа жизни, усиливает нагрузку на организм студентов. Наличие соматических заболеваний и психологические перегрузки,

обусловленные учебным процессом, оказывают негативное влияние на общее состояние здоровья, в том числе на репродуктивное здоровье девушек-студенток [69].

Современные тенденции физического и полового развития указывают на снижение функциональных резервов процесса полового созревания у девочек-подростков. Клинико-соматометрические особенности нарушений менструального цикла, в частности по типу олигоменореи, ассоциированы с различными гормональными состояниями, включая гипоестрогению, гиперандрогению или нормоэстрогению. В то же время воспалительные заболевания органов малого таза сопровождаются нарушением микробиоценоза, дисбалансом иммунной системы, усилением пролиферативных процессов и развитием дисфункции яичников, что в совокупности усугубляет нарушения репродуктивного здоровья [70-72].

Одним из рычагов позитивного решения проблемы репродуктивного здоровья может стать проведение осмысленных, долгосрочных и фокусных исследований, в результате которых будет сформирован социально-медицинский портрет здоровья подростков и молодежи с учетом региона их проживания [73,74].

У девочек-подростков РК регистрируется низкий уровень индекса здоровья, у каждой второй (46,9%) имеет те или иные заболевания, гинекологическая патология регистрировалась у 1466 девочек на 100 тыс, при этом у половины – наблюдаются дисфункциональные состояния репродуктивной системы [75].

В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков преобладают подострые и хронические формы заболевания, что указывает на позднее обращение к профильному специалисту, о недостаточном уровне знаний девочек и матерей в вопросах профилактики заболеваний, факторов риска и признаков гинекологических заболеваний. Исследование также показало, что факторами рисками, влияющими на репродуктивное здоровье девочек-подростков, было снижение физической активности, буллинг, нервно-психическое напряжение [76].

По данным за 2019 год в Республике Казахстан наибольшая доля абортот приходитась на женщин в возрасте 19–34 лет (около 75%), тогда как среди подростков 15–18 лет этот показатель составлял 4,9%. В течение того же года было зарегистрировано 153 случая осложнений, связанных с абортами, включая перфорацию матки (2 случая), кровотечения (79) и инфекционные осложнения (42). В структуре родов доля девушек 15–18 лет составила 1,2% от общего числа, при этом общее количество беременностей в данной возрастной группе превышало 8000, что свидетельствует о сохраняющейся актуальности проблемы репродуктивного здоровья подростков. Показатель подростковой беременности на 1000 девочек – 22,9. При этом максимальные количества случаев детского и подросткового материнства пришлось на возраст 15-19 лет и составило в целом по стране 31%, среди городского населения – 34%, а среди сельского – 27% [77].

Согласно результатам исследования, проведенного Sarah Font S. с соавторами в США, раннее материнство сопровождается значительной

экономической нагрузкой на государственный бюджет, при этом ежегодные расходы, направляемые преимущественно на социальную поддержку юных матерей и их детей, достигают около 21 млн долларов. Формирование ранней беременности обусловлено совокупностью факторов, среди которых выделяются раннее начало половой жизни, случаи сексуального насилия как в семье, так и вне ее, низкий уровень жизни, культурно-нравственные особенности отдельных сообществ, а также поведенческие аспекты, включая недостаточное использование методов контрацепции. Незапланированная беременность у подростков может завершаться различными исходами — рождением ребенка, аборт (медицинским, криминальным или самопроизвольным), при этом статистические данные свидетельствуют о преобладании медицинских абортов (около 70%), тогда как доля самопроизвольных выкидышей и родов составляет примерно по 15%, что отражает структуру репродуктивных исходов в данной группе [78-79].

В Казахстан по данным за 2019 год уровень родов среди девочек-подростков варьировал от 12,77 на 1000 в Алматы до 39,81 в Мангистауская область, при среднем республиканском значении 24,93, что сопоставимо с показателями, характерными для развивающихся стран. В Туркестанская область отмечается тенденция к росту подростковой рождаемости: средний возраст рожениц составлял $16,9 \pm 1,7$ года, при этом у 43,6% из них индекс массы тела превышал норму. Для данной группы также характерны более высокие показатели экстрагенитальной патологии по сравнению с контрольной группой (1,4 против 0,7), значительная доля патологических родов (71,3%), повышенная частота преждевременных родов (19,3%), а также относительно низкая масса новорожденных (в среднем 3111,7 г), что отражает неблагоприятные медико-социальные особенности течения беременности и родов у подростков [80].

Таким образом, современное состояние здоровья молодежи характеризуется негативной динамикой, обусловленной совокупным воздействием неблагоприятных экологических факторов, социально-экономических трудностей, хронического стресса и возрастающей учебной нагрузки, что проявляется ростом общей заболеваемости и тенденцией к ее хронизации. Особую обеспокоенность вызывает состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков, для которых характерна высокая распространенность воспалительных заболеваний органов малого таза, эндометриоза, нарушений менструального цикла и инфекций, передающихся половым путем, на фоне раннего сексуального дебюта и изменения репродуктивных установок. Существенный вклад в ухудшение показателей здоровья вносит недостаточная эффективность профилактической деятельности в системах здравоохранения и образования, а также ограниченность программ по формированию здорового образа жизни. В этой связи актуализируется необходимость внедрения комплексных, межсекторальных профилактических стратегий, основанных на современных технологиях, ориентированных на повышение доступности

медицинской помощи, уровня информированности молодежи и формирование устойчивых моделей здорового поведения.

1.2 Подходы к укреплению здоровья подростков на уровне ПМСП

В Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 годы, разработанной Организация Объединенных Наций, здоровью подростков придается приоритетное значение как ключевому условию достижения Целей устойчивого развития (ЦУР), поскольку именно в этом возрастном периоде формируются основы здоровья, определяющие демографические и социально-экономические перспективы общества [13, р. 2]. В 2017 году Всемирная организация здравоохранения в сотрудничестве с подростками и молодежью, государствами-членами, учреждениями системы Организация Объединенных Наций, представителями гражданского общества и другими партнерами разработала руководство «Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков», направленное на усиление национальных и международных мер по улучшению здоровья данной возрастной группы [7, р. 10].

С целью обоснования и планирования эффективных мер, направленных на удовлетворение потребностей подростков в сфере здравоохранения, был предложен системный подход к формированию национальных приоритетов, включающий проведение оценки потребностей для выявления наиболее значимых заболеваний и состояний, влияющих на здоровье и развитие подростков; анализ существующих программ, политик, нормативно-правовой базы, а также кадровых и ресурсных возможностей системы здравоохранения; и последующую приоритизацию направлений вмешательства на основе четко определённых критериев с обязательным учетом потребностей наиболее уязвимых групп населения [7, р. 10].

На национальном уровне приоритетной задачей является выявление наиболее уязвимых групп подростков, подверженных повышенным рискам для здоровья и испытывающих ограничения в доступе к медицинской помощи; к ключевым социально-демографическим характеристикам, определяющим уязвимость, относятся пол, уровень дохода, образование и место проживания (городская или сельская среда). Вместе с тем решение проблем охраны здоровья подростков выходит за рамки системы здравоохранения и требует межсекторального подхода, учитывающего влияние семейных и общественных норм, образовательной среды, рынка труда, экономической и социальной политики, законодательных механизмов, продовольственных систем и факторов окружающей среды. Реализация принципа «здоровье во всех политиках» предполагает систематическую оценку потенциального воздействия управленческих решений на здоровье подростков, минимизацию негативных эффектов, поиск межсекторальных синергий и обеспечение справедливости в сфере здравоохранения [81-84].

Участие подростков в процессах принятия решений предполагает учет их уникального опыта, знаний и взглядов, что способствует более точному определению их потребностей и повышает эффективность разрабатываемых мер. Такой подход также укрепляет взаимодействие между подростками и взрослыми, содействует формированию лидерских качеств, развитию самооценки и ключевых жизненных навыков, необходимых для активного и конструктивного участия в общественной жизни. Вовлечение и расширение прав и возможностей всех подростков, включая как юношей, так и девушек, а также наиболее уязвимые группы, рассматривается как важный инструмент обеспечения справедливости и равного доступа к ресурсам и возможностям в сфере здравоохранения и развития [86].

Программные мероприятия в сфере охраны здоровья подростков охватывают широкий спектр направлений, включая обеспечение устойчивого финансирования приоритетных областей, разработку и реализацию законодательных механизмов, направленных на защиту прав и интересов подростков, формирование и подготовку кадров, обладающих специализированными компетенциями в работе с данной возрастной группой, а также внедрение комплексного подхода к оценке состояния здоровья подростков, обращающихся за медицинской помощью, с учетом как клинических, так и психосоциальных аспектов [87-90].

Для оказания странам поддержки в их программной деятельности в интересах здоровья подростков ВОЗ составила логическую схему, содержащую общие элементы и основные области программной деятельности (рисунок 1).



Рисунок 1 - Общие элементы и основные области программной деятельности в интересах здоровья подростков («Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков»)

Примечание – Источник [7, р. 3]

Для повышения качества оценки здоровья подростков Консультативной группой Глобального действия по измерению здоровья подростков был сформирован перечень из 52 приоритетных индикаторов, включая 36 основных. Структура этих показателей отражает комплексный подход: 17 (33%) относятся к поведенческим факторам и рискам для здоровья, 16 (31%) характеризуют состояние и исходы здоровья, восемь (15%) отражают детерминанты здоровья, пять (10%) — параметры системы здравоохранения и проводимых вмешательств, четыре (8%) — аспекты политики, программ и законодательства, а два показателя (4%) связаны с субъективным благополучием, что позволяет всесторонне оценивать здоровье подростков и эффективность реализуемых мер [91].

Мероприятия, направленные на обеспечение устойчивого финансирования приоритетных направлений и разработку эффективных законодательных механизмов защиты подростков, требуют отдельного углубленного анализа. В рамках настоящего исследования акцент сделан на вопросах комплексной оценки состояния здоровья подростков, обращающихся с конкретными жалобами, с учетом как клинических, так и психосоциальных аспектов. В этом контексте особый интерес представляет анализ стратегий охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков, включающих два ключевых направления: повышение доступности медицинских услуг и улучшение качества их предоставления [92].

В стратегии по улучшению доступа к медицинским услугам рассматриваются следующие аспекты: предоставление медицинских услуг через медицинские центры (SBHC) учебных заведений, скрининг на ИППП, мобильные клиники здоровья, телемедицина, обеспечение контрацептивами в кампусе и он-лайн (рисунок 2).

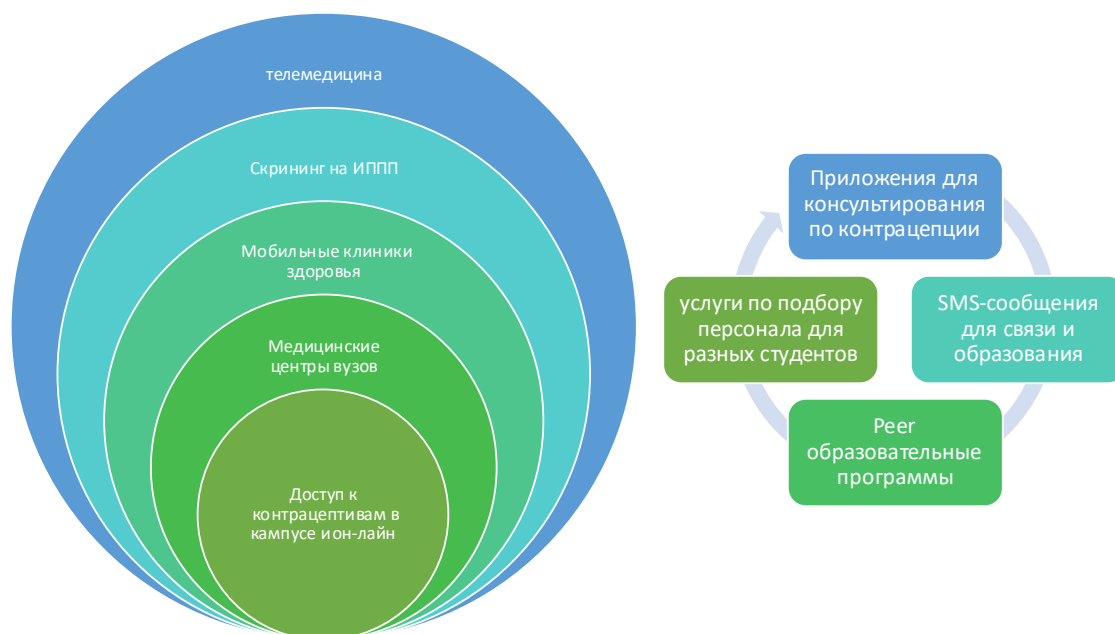


Рисунок 2 - Стратегии по улучшению доступа к медицинским услугам и стратегии по улучшению качества предоставляемых услуг

Роль медицинских центров при учебных заведениях заключается в развитии эффективного взаимодействия с поставщиками медицинских услуг, а также в расширении использования телемедицинских технологий для повышения доступности и качества помощи подросткам. В этой связи особое внимание со стороны лиц, формирующих политику в сферах здравоохранения и образования, должно быть направлено на усиление институциональной поддержки данных структур, в том числе посредством совершенствования нормативно-правовой базы и обеспечения устойчивого финансирования [93].

В кратких аналитических обзорах выделяются ключевые инновационные подходы к организации услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, разработанные в том числе в ответ на вызовы пандемии, направленные на повышение доступности и непрерывности оказания помощи. Среди перспективных решений особое внимание уделяется интеграции цифровых технологий, включая использование колл-центров и мобильных приложений для консультирования по вопросам контрацепции [94, 95]. Учитывая, что подростки нередко испытывают психологический дискомфорт при обращении в медицинские учреждения, дистанционные формы взаимодействия позволяют повысить уровень обращаемости и своевременность получения информации. В частности, организация горячих линий с применением единых телефонных платформ обеспечивает возможность гибкого распределения нагрузки между медицинскими работниками и предоставляет подросткам удобный канал связи для получения консультаций по неотложным вопросам, что способствует повышению эффективности профилактической и консультативной помощи.

Медицинские организации могут эффективно использовать цифровые коммуникационные инструменты, включая создание и распространение видеоконтента по вопросам репродуктивного здоровья через социальные сети и другие онлайн-платформы. Обучающие видеоматериалы демонстрируют более высокую вовлеченность аудитории при использовании ориентированного на пользователя подхода, предусматривающего участие самих подростков в разработке контента с учетом социокультурных особенностей целевой группы [96]. Это особенно важно для отдельных категорий подростков, которые традиционно менее склонны обсуждать вопросы сексуального и репродуктивного здоровья с медицинскими работниками и недостаточно представлены в образовательных материалах. Включение репрезентативных образов в видеоконтент способствует повышению доверия к медицинскому персоналу и снижению барьеров обращения за помощью [97, 98]. Дополнительно распространение видеоматериалов может осуществляться не только через социальные сети, но и посредством прямых коммуникационных каналов, таких как электронные и текстовые рассылки, что повышает доступность и охват профилактической информации.

Подростки, обращающиеся к услугам телемедицины, нередко выражают обеспокоенность вопросами аудиовизуальной конфиденциальности и риском несанкционированного распространения их персональной медицинской информации [99]. В этой связи особое значение приобретает использование

защищённых цифровых решений, таких как прокси-платформы (например, Doxy.me и RingCentral for Healthcare), которые обеспечивают высокий уровень конфиденциальности при оказании услуг, включая тестирование на инфекции, передающиеся половым путем, и консультирование по вопросам контрацепции [100]. Применение подобных технологий способствует укреплению доверия подростков к медицинскому персоналу и повышает готовность обращаться за необходимой помощью.

Для расширения информированности подростков о доступных методах контрацепции могут эффективно использоваться цифровые инструменты, такие как Bedsider.org, Health-E-You и Decide + Be Ready, которые предоставляют структурированную информацию о различных вариантах и включают интерактивные элементы для подбора наиболее подходящих методов [101-103]. Дополнительно отдельные платформы, например, Thera-LINK, предлагают функции автоматических напоминаний посредством текстовых сообщений о назначенных телемедицинских консультациях, что способствует повышению приверженности и непрерывности получения медицинской помощи [104].

Мобильное здравоохранение (mHealth) в последние годы приобретает все большее значение как инструмент улучшения сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) молодежи [105,106]. Анализ 17 программ, ориентированных на данную возрастную группу, показал, что мобильные телефоны широко используются как основной канал коммуникации: в большинстве проектов (82%) mHealth применялось для укрепления здоровья посредством распространения информации и формирования поведенческих изменений, тогда как в 18% случаев — для обеспечения связи пользователей с ключевыми услугами СРЗ, включая консультирование, планирование семьи, медикаментозный аборт, постабортный уход, а также помощь при ВИЧ. При этом основным способом доставки контента в большинстве инициатив (около 70%) оставались текстовые сообщения. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности мобильных технологий как средства расширения доступа молодежи к информации и услугам, а также влияния на уровень знаний и поведенческие практики. В то же время остаются недостаточно изученными потенциальные барьеры внедрения и использования мобильных приложений в данной сфере, что требует дальнейших исследований [107].

Расширение доступа к средствам контрацепции в студенческой среде реализуется через внедрение инновационных организационных решений, включая размещение торговых автоматов на территории кампусов, что позволяет снизить барьеры, связанные с недостаточной осведомленностью о доступных медицинских услугах, ограничениями во времени и транспортной доступности. Дополнительно программы обеспечения бесплатными презервативами в образовательных учреждениях способствуют увеличению их доступности за счет удобного размещения и отсутствия финансовых ограничений. Важную роль также играют онлайн-сервисы предоставления контрацептивов, позволяющие дистанционно получить рецепт на оральные контрацептивы, вагинальные кольца, пластыри или средства экстренной

контрацепции без необходимости личного визита к врачу, с возможностью доставки на дом или получения в аптеке [108-112]. Подобные цифровые решения особенно актуальны для студентов, не имеющих постоянного доступа к медицинским услугам на территории кампуса, обеспечивая при этом более высокий уровень конфиденциальности и, как правило, меньшие финансовые затраты.

Расширение программ скрининга и лечения инфекций, передающихся половым путем, среди молодежи на базе образовательных учреждений, включая их стандартизацию и интеграцию в рутинную медицинскую практику, способствует снижению барьеров в доступе к медицинской помощи. Такой подход позволяет повысить выявляемость заболеваний и своевременность лечения, одновременно минимизируя ограничения, связанные с транспортной доступностью, финансовыми затратами и организационными трудностями обращения за медицинской помощью [113, 114].

Мобильные медицинские клиники, оснащенные необходимыми ресурсами для оказания комплексной помощи, включая услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, представляют собой эффективный инструмент повышения доступности медицинских услуг, особенно в образовательных учреждениях, не имеющих собственной поликлинической базы или расположенных в районах с ограниченным числом профильных специалистов. В таких условиях дополнительным перспективным направлением является использование телемедицинских технологий, позволяющих обеспечить дистанционное консультирование и сопровождение пациентов, тем самым расширяя охват и непрерывность оказания медицинской помощи [117].

Партнерство между образовательными учреждениями и внешними поставщиками услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, имеющими схожие цели, рассматривается как экономически эффективный механизм расширения доступа молодежи к медицинской помощи, позволяющий оптимизировать ресурсы и повысить охват целевых групп за счет координации усилий и интеграции сервисов [118].

Стратегии повышения качества услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья для учащихся предполагают внедрение комплексных подходов, включающих интеграцию мобильных приложений, использование текстовых сообщений для поддержания коммуникации, развитие программ взаимного обучения по принципу «равный–равному», а также адаптацию сервисов с учетом потребностей конкретных целевых групп. Дополнительным инструментом повышения приверженности обращению за медицинской помощью могут служить системы мотивации, предусматривающие различные формы поощрения посещений, такие как предоставление подарочных карт, билетов в кино или питания.

С 2016 года на глобальном уровне реализуется Повестка устойчивого развития до 2030 года, основанная на 17 Целях устойчивого развития, в рамках которой особое значение придается обеспечению прав человека и расширению возможностей населения, включая гарантирование репродуктивных прав,

охрану репродуктивного здоровья, создание условий для достойного труда и устойчивого экономического роста. Достижение этих целей невозможно без активного участия молодежи, обладающей значительным потенциалом в сфере технологических инноваций и социальных преобразований, который может быть реализован при условии обеспечения доступа к качественному здравоохранению, образованию и возможностям трудоустройства. Казахстан также поддержал реализацию ЦУР, в связи с чем в стране предпринимаются комплексные меры, направленные на расширение охвата молодежи услугами здравоохранения и улучшение показателей их здоровья.

Международный опыт свидетельствует, что эффективное обеспечение репродуктивного здоровья молодежи достигается при создании специализированных, ориентированных на потребности подростков условий оказания помощи. В этой связи Молодежные центры здоровья (МЦЗ) рассматриваются как признанная интегрированная модель предоставления консультационных и медицинских услуг, основанная на принципах доступности, доброжелательности и добровольности. Деятельность МЦЗ включает разработку национальных стратегий устойчивого развития, внедрение регламентирующих протоколов работы специалистов, создание информационно-образовательных ресурсов (веб-сайты, мобильные приложения), а также формирование пакетов клинических рекомендаций по ведению наиболее распространенных проблем репродуктивного здоровья подростков, дополненных психологическим и юридическим консультированием. Важным направлением является трансформация центров в ресурсные площадки, обеспечивающие распространение знаний и лучших практик среди других организаций. Существенную роль в повышении информированности и формировании жизненных навыков играет и сеть равного обучения Y-PEER, функционирующая с 2003 года и основанная на принципе неформального взаимодействия подростков, обучающих друг друга посредством интерактивных методов, включая вопросы сексуального и репродуктивного просвещения.

Однако развитие Молодежных центров здоровья (МЦЗ) в Казахстан носило неравномерный характер: если в 2009 году функционировало лишь 10 организаций, то к 2019 году их число увеличилось до 128, при этом большинство центров было сосредоточено в городской местности и охватывало не более 1% молодежи в возрасте 14–28 лет ежегодно. Качество предоставляемых услуг оставалось неоднородным вследствие отсутствия единых стандартов и четкого включения в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, а финансирование зависело от возможностей региональных бюджетов. Дополнительные трудности возникли в связи с институциональными изменениями, включая приватизацию услуг, дружественных молодежи, в 2015 году и признание центров формирования здорового образа жизни экономически неэффективными. Введение системы Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) в 2020 году первоначально также не обеспечивало покрытие данных услуг. В последующем были предприняты меры по интеграции стандартов качества, рекомендованных Всемирная организация

здравоохранения, в национальную систему здравоохранения, а также по обеспечению устойчивого финансирования МЦЗ через механизмы ОСМС с участием государства, работодателей и населения.

При технической поддержке Фонд ООН в области народонаселения осуществляется формирование нормативно-правовой базы, разработка клинических протоколов и институционализация Молодежных центров здоровья с одновременным укреплением их организационного и кадрового потенциала. Параллельно развиваются современные коммуникационные инструменты, направленные на повышение информированности молодежи, стимулирование спроса на услуги с целевыми группами [122].

С целью совершенствования правового регулирования охраны здоровья подростков и молодежи Правительством был разработан законопроект, направленный на устранение существующих пробелов в вопросах обеспечения прав несовершеннолетних на медицинскую помощь, распределения ответственности между родителями и медицинскими работниками, а также расширения доступа к услугам подросткового здравоохранения. В новой редакции Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2020) закреплено право несовершеннолетних на получение информации о репродуктивном здоровье, снижен возраст самостоятельного обращения за амбулаторной медицинской помощью без согласия родителей с 18 до 16 лет, а также расширены полномочия Министерство здравоохранения Республики Казахстан в части разработки и утверждения правил организации Молодежных центров здоровья и предоставления услуг, дружественных молодежи [123]. В рамках реализации положений Кодекса принят комплекс подзаконных актов, предусматривающих обязательное создание МЦЗ в каждом городе, внедрение национальных стандартов их деятельности и включение оказываемых ими услуг в пакет обязательного социального медицинского страхования. Дополнительно законодательство в сфере профилактики правонарушений среди несовершеннолетних предусматривает разработку правил ведения медико-социального учета, что способствует более системному межведомственному взаимодействию [124-125].

В результате проведенных реформ амбулаторные услуги, ориентированные на подростков, стали более доступными: несовершеннолетние с 10 лет могут получать помощь с согласия родителей, тогда как с 16 лет услуги профилактики и диагностики предоставляются без такого согласия (за исключением медицинского аборта и хирургических вмешательств). Перечень услуг, дружественных молодежи, включает лабораторную диагностику (ИППП, ВИЧ, гормональные исследования), консультации профильных специалистов (гинеколога, уролога), ультразвуковое исследование, а также психологическую, социальную и правовую поддержку, в том числе в ситуациях незапланированной беременности, сексуального или гендерного насилия и суицидального поведения. Указанные услуги интегрированы в пакет обязательного социального медицинского страхования, при этом государство берет на себя оплату страховых взносов за несовершеннолетних и обучающуюся молодежь старше 18

лет, включая студентов, обучающихся за рубежом. С 2021 года Фонд социального медицинского страхования осуществляет прямое контрактное Молодежных центров здоровья с оплатой их деятельности по принципу «оплата за услугу». Дополнительно при поддержке Фонд ООН в области народонаселения разработана унифицированная программа подготовки кадров, в рамках которой обучение прошли около 300 специалистов (врачи, психологи, социальные работники), что способствует стандартизации и повышению качества оказываемых услуг [126].

В соответствии с глобальными трендами цифровизации здравоохранения Казахстан активно развивает направления мобильного здравоохранения (mHealth). В стране уже функционируют медицинские информационно-справочные службы, горячие линии и экстренные сервисы, использующие мобильную связь, однако потенциал мобильных технологий пока в меньшей степени реализован в таких направлениях, как повышение информированности населения, эпидемиологический надзор и дистанционное консультирование. Дальнейшее развитие mHealth требует укрепления кадрового потенциала медицинских работников, а также совершенствования цифровой инфраструктуры. В этой связи системное понимание задач и приоритетов цифровизации здравоохранения на национальном и региональном уровнях является ключевым условием для эффективного внедрения и масштабирования мобильных технологий [127].

Использование современных цифровых платформ стало эффективным инструментом вовлечения подростков в вопросы сексуального и репродуктивного здоровья: специализированные веб-ресурсы, такие как Shyn.kz, а также активность ЮНИСЕФ в социальных сетях, включая платформу TikTok, позволили обеспечить прямой доступ к аудитории, менее охваченной традиционными каналами коммуникации, такими как Instagram и Facebook [128].

Дополнительным механизмом вовлечения стало проведение тематических лагерей с участием подростков и молодежи для совместного создания цифрового контента. Наряду с этим важную роль в расширении образовательных возможностей сыграли смешанные форматы обучения (онлайн/офлайн), реализованные, в частности, в рамках программ Upshift и Samgau через платформу Learning Passport, которые направлены на развитие у молодежи навыков обучения, трудоустройства и профессиональной реализации, сочетая дистанционные технологии с очным взаимодействием и наставничеством. Значительный вклад в развитие системы охраны здоровья и благополучия детей и подростков в Казахстан вносит ЮНИСЕФ, при поддержке которого реализуется комплекс межсекторальных инициатив. В частности, разработаны стратегические документы, включая Национальную дорожную карту по укреплению системы иммунизации (2022–2025 гг.), Национальную дорожную карту по здоровому питанию (2022–2027 гг.), направленную на преодоление двойного бремени недоедания и ожирения с внедрением стандартов питания по микро- и макронутриентам, Национальную концепцию охраны здоровья матери

и ребенка на 2023–2026 гг., охватывающую вопросы психического здоровья и защиты от насилия, а также Национальный план по защите детей от насилия, профилактике суицида и обеспечению их прав и благополучия на 2023–2025 гг. Дополнительно разработаны алгоритмы действий для работников системы образования, направленные на профилактику и своевременное реагирование на случаи насилия в отношении детей, что отражает системный и межведомственный подход к решению актуальных проблем детского и подросткового здоровья [128,с. 2].

При поддержке ЮНИСЕФ Правительством Казахстана реализуются меры по укреплению национального потенциала в обеспечении безопасной и благоприятной среды для детей, включая принятие Дорожной карты по профилактике травматизма (2022–2023 гг.), Национального плана совершенствования системы профилактики инфекций и инфекционного контроля на 2022–2027 годы, а также разработку обучающих пакетов для повышения квалификации медицинских работников в области водоснабжения, санитарии и гигиены и инфекционного контроля [128,с.2].

Дополнительно в стране внедрен Индекс благополучия детей, включающий 56 индикаторов, позволяющих комплексно отслеживать реализацию прав детей и оценивать эффективность государственной политики в данной сфере.

В рамках реализации национального проекта «Здоровая нация» на 2021–2025 годы в Казахстан особое внимание уделяется цифровой трансформации системы здравоохранения, включая развитие дистанционных медицинских сервисов. В этом направлении в Туркестанской области на базе Молодежных центров здоровья апробирована онлайн-платформа, обеспечивающая предоставление интегрированных медицинских и социальных услуг подросткам, а также разработаны методические подходы к организации комплексной помощи в онлайн-формате. Дополнительно рассматривается создание цифровых решений, направленных на расширение доступа молодежи к психологической поддержке, включая возможность оперативного взаимодействия с профильными специалистами и службами сопровождения.

Эффективность внедрения подобных инициатив во многом определяется уровнем межсекторального сотрудничества, включающего взаимодействие государственных структур с организациями гражданского общества, академическим сообществом и волонтерскими движениями. Такое партнерство способствует не только повышению уровня компетенций молодежи, но и укреплению институционального потенциала, а также создает основу для дальнейших нормативных и организационных изменений. Практика показывает, что координация усилий различных секторов позволяет ускорить прогресс в таких направлениях, как улучшение питания, охват иммунизацией, цифровизация образовательной среды, развитие инклюзивного образования, обеспечение безопасности детей в цифровом пространстве, профилактика насилия и продвижение гендерного равенства.

Половое просвещение рассматривается как один из ключевых инструментов формирования здоровья молодежи и повышения качества человеческого

капитала. Несмотря на проводимые с 2011 года реформы, направленные на развитие функциональной грамотности школьников в соответствии с международными подходами, включая ориентиры Организация экономического сотрудничества и развития, вопросы формирования социальных и поведенческих компетенций остаются недостаточно интегрированными в образовательный процесс. В частности, требуется усиление работы по развитию навыков межличностного взаимодействия, гендерно-чувствительного поведения, формирования позитивных жизненных установок, приверженности здоровому образу жизни и лидерского потенциала у подростков и молодежи.

Сохраняется необходимость дальнейшего расширения информационно-просветительской работы как среди родительского сообщества, так и среди молодежи, направленной на повышение осведомленности о доступных услугах в сфере охраны репродуктивного здоровья [129].

Проведённый анализ показателей сексуального и репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15–19 лет выявил несоответствие между высоким уровнем рискованного поведения и недостаточной информированностью данной возрастной группы. При этом отмечается низкая медицинская активность подростков: даже при наличии симптомов инфекций, передающихся половым путем, обращаемость за квалифицированной помощью остается недостаточной, как и уровень участия в добровольном тестировании на ИППП и ВИЧ-инфекцию.

Выводы по 1 разделу

Таким образом, анализ современной научной литературы свидетельствует о том, что за период после Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года достигнут значительный прогресс в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и прав подростков. Динамика ключевых показателей указывает на позитивные изменения: в настоящее время девочки-подростки в среднем позже вступают в брак, откладывают начало половой жизни и первые роды, а также демонстрируют более высокую приверженность использованию современных методов контрацепции. Вместе с тем прогресс носит неоднородный характер — сохраняются выраженные различия как между странами, так и внутри отдельных государств, а в ряде регионов отмечается ухудшение отдельных аспектов благополучия подростков.

Современные тенденции характеризуются появлением новых вызовов, включая рост распространенности онкологических заболеваний репродуктивной системы и молочной железы, а также увеличение доли подростков с избыточной массой тела и ожирением, что формирует долгосрочные риски для здоровья [130]. Среди молодежи в возрасте 15–24 лет сохраняется высокая заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, включая социально значимые инфекции, такие как сифилис, гонорея и ВИЧ-инфекция.

Медико-демографическая ситуация в Казахстан отражает ряд неблагоприятных тенденций в состоянии репродуктивного здоровья молодежи, включая рост частоты воспалительных заболеваний органов малого таза,

нарушений менструального цикла, аномалий развития половых органов на фоне увеличения соматической патологии. В структуре заболеваемости преобладают подострые и хронические формы, что свидетельствует о снижении общего уровня здоровья молодежи. К числу значимых факторов риска относятся низкая физическая активность, психоэмоциональное напряжение и социальные явления, такие как буллинг.

Международный опыт показывает, что внедрение услуг, ориентированных на потребности молодежи и подростков, является эффективным как с социальной, так и с экономической точки зрения. В Казахстане также накоплен определенный опыт в развитии подобных моделей оказания медицинской помощи. Однако в условиях быстро меняющихся социальных и поведенческих паттернов возникает необходимость в регулярном анализе актуальных тенденций и пересмотре подходов к оценке состояния здоровья молодежи. Это определяет актуальность разработки современных стратегий мониторинга, оценки и реализации комплексных межсекторальных мер, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья молодежи.

Основные результаты главы 1 опубликованы в обзорах: «Состояние репродуктивного здоровья современных девочек-подростков и внедрение технологий мобильной связи для улучшения осведомленности в области репродуктивного здоровья (обзор литературы)» [131], «Инновационные подходы к программам по укреплению репродуктивного здоровья студенческой молодежи: обзор литературы» [132].

2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа и организация исследования

С целью разработки комплекса мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи мы провели комплексное научное исследование, которое состояло из 4 этапов.

На первом этапе были изучены медико-демографические показатели, характеризующие состояние репродуктивного здоровья молодежи Республики Казахстан в период 2014–2024 гг.

На втором этапе был проведён контент-анализ действующих нормативно-правовых актов, государственных программ и профилактических мероприятий в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи Республики Казахстан. Оценивались структура, полнота и направленность нормативной регламентации профилактики, а также степень соответствия национальной политики современным вызовам и международным подходам.

На третьем этапе выполнено социологическое исследование студенческой молодежи, направленное на оценку уровня знаний основ репродуктивного здоровья, источников информированности и особенностей репродуктивного поведения. Проведена объективная оценка знаний, позволившая выявить структуру информированности, различия между резидентами и нерезидентами, а также разрыв между знаниями и репродуктивным поведением.

На четвертом этапе на основе результатов медико-демографического анализа, контент-анализа нормативной базы и данных анкетирования был разработан научно обоснованный комплекс мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи.

В соответствие с целью и задачами исследования была разработана программа исследования, которая включала 4 этапов (таблица 1):

Таблица 1 – Программа исследования

Этап исследования	Вид/дизайн исследования	Методы исследования	Объём / источники данных
1	2	3	4
Оценить динамику медико-демографических показателей здоровья молодежи Республики Казахстан в период 2014-2024 гг.	Описательное эпидемиологическое исследование, тренд-анализ, вторичный анализ данных	Статистические, эпидемиологические, информационно-аналитические методы	Государственные статистические сборники МЗ РК, данные из Глобального бремени болезни (GBD)
Проанализировать действующие нормативно-правовые акты, государственные программы и профилактические меры в	Качественное исследование; контент-анализ нормативно-правовых документов	Контент-анализ, сравнительно-правовой анализ, экспертно-аналитический анализ документов	1 нормативно-правовых актов Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи в Республике Казахстан и выявить их соответствие современным вызовам и международным подходам.			здоровья молодежи (законы, государственные программы, приказы МЗ РК); международные рекомендации ВОЗ и UNFPA
Оценить уровень знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленность студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья.	Поперечное социологическое исследование (cross-sectional study)	Анонимное онлайн-анкетирование, социологический опрос, статистический анализ	238 студентов (респонденты)
Разработать комплекс мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи	Прикладное организационно-методическое исследование	Аналитический синтез результатов исследования	Результаты предыдущих этапов исследования; разработанные рекомендации: СОП «Алгоритм взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы» и модель маршрутизации студентов

2.2 Методы оценки динамики медико-демографических показателей репродуктивного здоровья молодежи

Для выполнения 1 задачи (оценить динамику медико-демографических показателей здоровья молодежи Республики Казахстан в период 2019–2024 гг.) был проведён ретроспективный аналитический эпидемиологический анализ официальных статистических и медицинских данных.

В качестве источников информации использованы материалы Бюро национальной статистики Республики Казахстан, официальные статистические сборники Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения», данные информационных систем здравоохранения, региональные медицинские базы данных, сведения Центра репродукции человека г. Алматы, а также данные комплексной медицинской информационной системы «Damumed».

Объектом исследования являлась молодежь Республики Казахстан. Основной возрастной диапазон составили лица 10–24 лет в соответствии с

международными рекомендациями, при этом для анализа отдельных показателей использовались возрастные подгруппы 10–17 лет, 15–17 лет, 15–19 лет и 18–24 лет, что обусловлено особенностями национальной статистической отчетности и доступностью медицинских данных.

Предметом исследования являлись медико-демографические показатели репродуктивного здоровья молодежи, включая показатели численности и половозрастной структуры населения, заболеваемости, подростковой фертильности, абортов, распространенности инфекций, передающихся преимущественно половым путем, показателей бремени болезней, факторов риска и социальных детерминант здоровья.

В рамках исследования проведён анализ следующих источников данных:

- официальные статистические сборники МЗ РК (2019–2024 гг.), включающие демографические показатели, численность подросткового населения, показатели заболеваемости, абортов и инфекций, передающихся половым путем;

- данные Global Burden of Diseases (GBD), включающие 12 индикаторов здоровья и благополучия подростков, рекомендованных Lancet Commission (2016), охватывающих показатели DALY, поведенческие факторы риска и социальные детерминанты здоровья. Сравнительный анализ проводился с учетом социально-демографического индекса (SDI), согласно которому Казахстан относится к странам с доходом выше среднего и избыточным бременем травматизма. Определения индикаторов представлены в таблице 2;

- ретроспективный анализ 199 историй подростковых родов Областного перинатального центра №3 г. Туркестана с сопоставлением со 100 историями родов женщин репродуктивного возраста;

- анализ гинекологической заболеваемости девочек-подростков по данным системы «Damumed», включающий воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения менструального цикла, задержку полового развития, врожденные аномалии и эндокринную патологию. Для последующего анализа нозологии были сгруппированы в укрупненные категории.

Таблица 2 – Основные индикаторы здоровья и благополучия подростков

Показатель	Определение
Показатели здоровья	
1	2
DALY из-за заболеваний	DALY на 100 000 подростков в связи с инфекционными, материнскими и алиментарными заболеваниями у лиц в возрасте 10–24 лет
DALY из-за травм и насилия у лиц 10–24 лет	DALY на 100 000 подростков в результате травм и насилия у лиц в возрасте 10–24 лет
DALY из-за неинфекционных заболеваний у лиц 10–24 лет	DALY на 100 000 подростков из-за неинфекционных заболеваний у лиц в возрасте 10–24 лет
Риски для здоровья	
Ежедневное курение лицами 10–24 лет	Распространенность употребления курительного табачного изделия лицами 10–24 лет

Продолжение таблицы 2

1	2
Употребление алкоголя в течение последних 12 месяцев лицами в возрасте 15–19 лет	Распространенность чрезмерного употребления алкоголя (>48 г алкоголя для женщин, >60 г для мужчин) за последние 12 месяцев лицами 15–19 лет
Лица в возрасте 10–24 лет с избыточной массой тела	Распространенность избыточного веса и ожирения (возрастные пороги, эквивалентные ИМТ ≥ 25 кг/м ² для 18 лет) у лиц 10–24 лет
Распространенность анемии у лиц в возрасте 10–24 лет	Распространенность анемии у лиц 10–24 лет: для 10–14 лет гемоглобин <115 г/л; для 15–24 лет <130 г/л для мужчин, <120 г/л для небеременных и <110 г/л для беременных
Социальные детерминанты здоровья	
Законченное среднее образование лицами в возрасте 20–24 лет	Доля лиц, окончивших среднюю школу, среди лиц в возрасте 20–24 года
Лица в возрасте 20–24 лет, являющиеся NEET	Доля лиц в возрасте 15–24 лет, не работающих, не обучающихся
Коэффициент рождаемости на 1000 подростков 15–19 лет	Рождаемость (живорождений на 1000 населения в год) у подростков 15–19 лет
Брак до 18 лет у женщин в возрасте 20–24 года	Доля женщин в возрасте 20–24 лет, состоящих в браке до достижения совершеннолетия 18 лет
Женщины в возрасте 15–24 лет с удовлетворенной потребностью в контрацепции	Доля женщин в возрасте 15–24 лет, потребность которых в контрацепции удовлетворяется с помощью современного метода

Статистическая обработка данных

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной и сравнительной статистики. Первичный анализ включал расчёт абсолютных и относительных показателей, средних величин, показателей структуры и динамики медико-демографических индикаторов.

Для оценки временных тенденций рассчитывались темпы прироста и убыли показателей, а также анализировались динамические ряды. Структура заболеваемости и репродуктивных показателей оценивалась в процентном выражении с последующим сравнительным анализом возрастных и региональных различий.

При анализе данных Global Burden of Diseases использовались стандартизованные показатели DALY на 100 000 населения соответствующих возрастных групп. Сопоставление проводилось с учетом социально-демографического индекса (SDI), что позволило оценить положение Республики Казахстан относительно стран с аналогичным уровнем социально-экономического развития.

Для анализа акушерских и перинатальных исходов подростковых родов и родов женщин репродуктивного возраста применялся описательный сравнительный анализ с расчетом абсолютных и относительных показателей и

оценкой структуры осложнений. Обработка данных выполнялась с использованием программ Microsoft Excel.

2.3 Методология проведения контент анализа

С целью оценки нормативно-правового и программного обеспечения профилактики репродуктивного здоровья молодежи в Республике Казахстан нами был проведён качественно-количественный контент-анализ. В исследовании применён смешанный (качественно-количественный) контент-анализ, который проводился в два последовательных этапа.

Первый этап — качественный контент-анализ

На первом этапе осуществлялась качественная оценка содержания нормативно-правовых актов и программных документов с целью выявления ключевых смысловых категорий, направлений и механизмов профилактики репродуктивного здоровья молодежи, а также определения логики и полноты их нормативной регламентации.

Второй этап — количественный контент-анализ

На втором этапе проводилась количественная оценка частоты и степени представленности выявленных категорий в каждом документе с использованием стандартизированной шкалы балльной оценки, что позволило сопоставить документы между собой и выявить доминирующие и недостаточно представленные направления профилактики.

Поиск и отбор нормативно-правовых актов и программных документов

Поиск нормативно-правовых актов и программных документов для проведения контент-анализа осуществлялся с использованием официальных государственных информационных ресурсов Республики Казахстан, обеспечивающих доступ к действующим и утратившим силу документам. Основными источниками поиска являлись информационно-правовая система Adilet, официальный портал государственных органов gov.kz, а также официальные сайты и нормативные базы Министерства здравоохранения Республики Казахстан и подведомственных организаций, включая документы, регулирующие вопросы репродуктивного здоровья, профилактики и организации медицинской помощи.

Поиск документов проводился, по ключевым словам, и их сочетаниям на русском и казахском языках, отражающим основные направления исследования, включая термины «репродуктивное здоровье», «молодежь», «подростки», «профилактика», «планирование семьи», «контрацепция», «инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)», «ВИЧ», «вирус папилломы человека (ВПЧ)», «здоровый образ жизни» и «молодежная политика». Использование указанных ключевых слов позволило обеспечить полноту выявления нормативно-правовых актов и программных документов, затрагивающих как медицинские, так и социально-поведенческие аспекты охраны репродуктивного здоровья молодежи.

Поиск и отбор документов охватывали период 2014–2024 гг. и осуществлялись поэтапно, начиная с формирования расширенного перечня нормативных актов, далее — их оценки на соответствие установленным критериям включения и исключения, и завершая формированием окончательного корпуса документов для проведения контент-анализа. В итоговый анализ включались исключительно официально утверждённые и опубликованные документы национального уровня, применяемые в практике системы здравоохранения и молодежной политики. Статус документов как действующих либо утративших силу уточнялся по официальным источникам на момент проведения анализа, что обеспечивало корректность интерпретации полученных результатов и возможность сопоставления нормативных подходов в динамике.

Формирование корпуса документов и критерии отбора

Формирование корпуса документов для проведения контент-анализа осуществлялось на основе принципов тематической релевантности и нормативной значимости. В анализ включались нормативно-правовые акты и программные документы Республики Казахстан национального уровня, регулирующие вопросы охраны репродуктивного здоровья молодежи, профилактики, планирования семьи, инфекционной и онкопрофилактики, а также межсекторальных профилактических мер. Корпус документов охватывал период 2014–2024 гг., что позволило проанализировать завершённый этап государственной политики в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи и обеспечить сопоставимость нормативных подходов во времени.

Отбор документов осуществлялся на основе заранее определённых критериев включения и исключения. В контент-анализ включались документы, имеющие официальный нормативный статус (кодексы, законы, концепции, государственные программы, приказы, стандарты и клинические протоколы), действующие и/или действовавшие в анализируемый период и содержащие положения, прямо или косвенно относящиеся к репродуктивному здоровью, профилактике и молодежной политике. В анализ включались исключительно документы национального уровня, применяемые в практике системы здравоохранения и молодежной политики Республики Казахстан. Документы регионального и локального уровня, методические рекомендации и информационные материалы, не обладающие нормативной силой, а также документы, не затрагивающие вопросы охраны репродуктивного здоровья молодежи, из исследования исключались.

Критерии включения и исключения нормативно-правовых актов и программных документов, использованных для формирования корпуса контент-анализа, представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Критерии отбора нормативно-правовых актов и программных документов для контент-анализа

Критерий	Документы, включённые в анализ	Документы, исключённые из анализа
Уровень регулирования	Национальный уровень (Республика Казахстан)	Региональный и локальный уровень
Период действия	Действующие и/или действовавшие в 2014–2024 гг.	Документы, действующие вне анализируемого периода
Официальный статус	Кодексы, законы, концепции, государственные программы, приказы, стандарты, клинические протоколы	Методические рекомендации, письма, информационные материалы
Тематика документа	Репродуктивное здоровье, молодежь, подростки, профилактика, планирование семьи, контрацепция, ИППП, ВИЧ, ВПЧ, здоровый образ жизни, молодежная политика	Документы, не относящиеся к указанной тематике
Практическое применение	Используемые в практике системы здравоохранения и молодежной политики	Декларативные документы без механизмов реализации
Нормативная значимость	Содержащие регламентирующие положения и требования	Дублирующие другие НПА без введения новых норм

Единица анализа

В ходе контент-анализа в качестве единицы анализа рассматривались структурные элементы нормативно-правовых актов и программных документов Республики Казахстан, включая разделы, статьи, пункты и подпункты, содержащие положения, относящиеся к охране репродуктивного здоровья молодежи, профилактике, планированию семьи, инфекционной и онкопрофилактике, а также межсекторальным профилактическим мерам. Выбор данных единиц анализа обусловлен необходимостью детального изучения содержания нормативных положений и сопоставления степени их регламентации в различных документах. Такой подход обеспечивал сопоставимость результатов анализа между документами различного типа и уровня нормативной детализации.

Процедура кодирования

Процедура кодирования нормативно-правовых актов и программных документов осуществлялась в соответствии с кодовой матрицей контент-анализа, сформированной на основе теоретических положений общественного здравоохранения, концепции социально-поведенческих детерминант здоровья, а также международных рекомендаций по охране репродуктивного здоровья молодежи. Кодовая матрица включала совокупность аналитических категорий, отражающих ключевые направления профилактики репродуктивного здоровья, в том числе целевую направленность на молодежь и подростков, типы

профилактики, организацию и доступность медицинских услуг, меры по планированию семьи и контрацепции, профилактику инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции и вируса папилломы человека, а также механизмы межсекторального взаимодействия и мониторинга эффективности профилактических программ.

На первом этапе кодирования, соответствующем качественному контент-анализу, проводилось выявление и интерпретация смысловых единиц текста, относящихся к категориям кодовой матрицы. Интерпретация заключалась в анализе содержания нормативных положений, их контекста и направленности, а также в определении степени конкретизации профилактических мер, логики их нормативной регламентации и целевой ориентации на молодежь. На втором этапе, в рамках количественного контент-анализа, осуществлялась балльная оценка степени представленности каждой категории в каждом документе с использованием стандартизированной шкалы кодирования. Критерии балльной оценки степени представленности категорий в нормативно-правовых актах представлены в таблице 4, а структура кодовой матрицы — в таблице 5.

Таблица 4 - Шкала балльной оценки степени представленности категорий в нормативно-правовых актах

Балльное значение	Критерий оценки	Характеристика нормативной регламентации
1	Полная регламентация	Меры чётко и подробно закреплены в документе, определены механизмы реализации, ответственные субъекты и/или порядок исполнения
0,5	Фрагментарная регламентация	Меры упоминаются частично или декларативно, без чёткой детализации механизмов реализации и показателей эффективности
0	Отсутствие регламентации	Положения, относящиеся к соответствующей категории, в документе отсутствуют

Таблица 5 - Кодовая матрица контент-анализа нормативно-правовых актов

Категория	Что анализируется (что ищется в тексте документа)
1	2
Целевая группа «молодежь»	Прямое указание возрастных границ молодежи или подростков, выделение молодежи как самостоятельной целевой группы
Первичная профилактика	Положения, направленные на образование, информирование, формирование знаний и навыков в сфере репродуктивного здоровья
Контрацепция и планирование семьи	Регламентация доступа к методам контрацепции, консультирование по вопросам планирования семьи
Профилактика ИППП / ВИЧ / ВПЧ	Меры профилактики, скрининга, раннего выявления и информирования по ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусу папилломы человека

Продолжение таблицы 5

1	2
Youth-friendly services (молодежь-дружественные услуги)	Упоминание конфиденциальности, доступности услуг, деятельности молодежных центров здоровья (МЦЗ)
Межсекторальное взаимодействие	Наличие взаимодействия системы здравоохранения с образованием, социальной сферой, молодежными организациями
Индикаторы эффективности	Наличие показателей эффективности (KPI), механизмов мониторинга и отчетности
Соответствие международным рекомендациям ВОЗ	Прямое упоминание рекомендаций ВОЗ или использование аналогичных подходов и принципов

2.4 Методология анкетирования

Для выполнения 3 задачи (оценить уровень знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленность студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья) проведено одномоментное (поперечное) социологическое исследование методом анкетирования.

Характеристика исследуемой популяции и условий проведения анкетирования

Исследование проводилось среди студенческой молодежи г. Алматы — крупнейшего образовательного центра Республики Казахстан, являющегося городом республиканского значения и крупным студенческим хабом. Высокая концентрация высших учебных заведений обуславливает значительную долю студенческой молодежи в структуре населения, что делает данную популяцию релевантной для изучения репродуктивного здоровья молодежи. Дополнительно урбанизационные и экологические особенности мегаполиса формируют специфические социально-поведенческие условия, способные влиять на здоровье и образ жизни молодежи.

Дизайн исследования и выборка

Проведено анонимное одномоментное онлайн-анкетирование студентов университетов г. Алматы в период январь–февраль 2026 года с использованием платформы Google Forms. Отбор респондентов осуществлялся методом добровольного участия (self-selection sampling).

Выбор студентов в возрастной группе, близкой к 20–22 годам, был обоснован современными эпидемиологическими рекомендациями по изучению репродуктивного здоровья. Всемирная организация здравоохранения выделяет возрастные категории 10–14, 15–19 и 20–24 лет для оценки состояния здоровья подростков и молодёжи, что отражает переход от подросткового к более зрелому репродуктивному поведению и самостоятельным моделям принятия решений в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Аналогично, международный отчёт Our future: the Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing рассматривает возрастной диапазон до 24 лет как единую широкую категорию, в которой формируются установки и поведенческие практики, определяющие репродуктивные исходы во взрослом возрасте

Объём выборки рассчитывался по формуле определения минимального размера выборки для поперечных исследований:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{\Delta^2}$$

где t — коэффициент доверия (для 95 % $t=1,96 \approx 2$);
 p — предполагаемая распространённость изучаемого признака;
 $q=100-p$; $q=100-p$;
 Δ — допустимая ошибка (5 %).

В качестве ожидаемой распространённости признака использовано значение $p = 18,2$ %, основанное на данных предыдущих исследований уровня информированности молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, согласно которым доля респондентов с достаточным уровнем знаний не превышала 20 %.

Соответственно $q=81,8$.

Тогда:

$$n = \frac{4 \times 18,2 \times 81,8}{25} = 238$$

Таким образом, минимальный объём выборки составил 238 респондентов.

Критериями включения являлись обучение в вузе, принадлежность к студенческой молодежи и добровольное согласие на участие. Критериями исключения являлись неполное заполнение анкеты и отказ от участия. Критерии включения и исключения участников анкетирования подробно представлены в таблице 6.

Таблица 6 - Критерии включения и исключения участников анкетирования

Критерии включения	Критерии исключения
Обучение в высшем учебном заведении	Неполное заполнение анкеты
Принадлежность к студенческой молодежи	Отказ от участия в исследовании
Возраст, соответствующий студенческому контингенту	Дублирующие анкеты
Добровольное информированное согласие на участие	Некорректно заполненные ответы, не подлежащие анализу

Инструмент исследования

Для сбора данных использована авторская анкета (Приложение И), включающая блок социально-демографических характеристик, субъективной информированности и источников информации, репродуктивного поведения, а также блок объективной оценки знаний о репродуктивном здоровье.

Для количественной оценки уровня информированности был выделен тестовый блок объективной оценки знаний. Объективный уровень знаний

оценивался по тестовому блоку анкеты, включающему 9 вопросов по ключевым аспектам репродуктивного здоровья. Каждый правильный ответ оценивался в 1 балл, неправильный ответ или вариант «не знаю» — в 0 баллов. Суммарный балл рассчитывался как сумма правильных ответов и мог принимать значения от 0 до 9. На основании суммарного балла респонденты классифицировались по уровню знаний: 0–3 балла — низкий уровень, 4–6 баллов — средний уровень, 7–9 баллов — высокий уровень (таблица 7).

Таблица 7 — Шкала балльной оценки уровня объективных знаний о репродуктивном здоровье

Элемент оценки	Описание
Единица оценки	Ответ на тестовый вопрос блока «Объективная оценка знаний»
Оценка правильности	Правильный ответ = 1 балл; неправильный/«не знаю» = 0 баллов
Диапазон суммарного балла	0–9 баллов (по числу тестовых вопросов)
Интерпретация суммарного балла	0–3 балла — низкий уровень знаний; 4–6 баллов — средний; 7–9 баллов — высокий

Валидность анкеты

Для обеспечения научной обоснованности и пригодности инструмента проведена процедура валидации авторской анкеты, включавшая экспертную оценку содержания, пилотное тестирование и лингвистическую валидацию.

Экспертная (содержательная) валидность обеспечивалась путём обсуждения структуры анкеты и формулировок вопросов с экспертами в области общественного здравоохранения и репродуктивного здоровья, включая преподавателей профильных дисциплин и акушеров-гинекологов. В ходе экспертной оценки анализировались полнота охвата ключевых аспектов репродуктивного здоровья молодежи, корректность медицинской терминологии, логическая последовательность блоков анкеты и соответствие вопросов целям исследования. По результатам экспертного обсуждения были уточнены формулировки отдельных вопросов и оптимизирована структура анкеты.

Пилотное тестирование проведено на ограниченной группе из 10 респондентов студенческого контингента. В ходе пилотирования оценивались понятность формулировок, логическая последовательность вопросов, удобство заполнения и средняя продолжительность прохождения анкеты. По итогам пилотного этапа внесены уточнения, направленные на повышение ясности формулировок и улучшение навигации внутри анкеты.

Дополнительно проведена лингвистическая валидация анкеты. Перевод инструмента на казахский язык сопровождался экспертной оценкой специалистами, владеющими медицинской терминологией и имеющими опыт работы в сфере общественного здравоохранения. Оценивались точность передачи смыслового содержания вопросов, корректность терминологии и

доступность формулировок для целевой аудитории. По результатам обсуждения обеспечена смысловая эквивалентность русской и казахской версий анкеты.

Проведённая процедура валидации подтвердила содержательную и лингвистическую пригодность анкеты для оценки информированности и особенностей репродуктивного поведения студенческой молодежи.

Переменные исследования

Для систематизации структуры социологического исследования и обеспечения воспроизводимости анализа были выделены ключевые переменные, отражающие социально-демографические характеристики респондентов, уровень субъективной информированности, особенности репродуктивного поведения и объективный уровень знаний о репродуктивном здоровье. Переменные классифицированы по типу, способу измерения и их роли в последующем статистическом анализе. Характеристика переменных исследования представлена в таблице 8.

Таблица 8 — Переменные исследования и их характеристика

Тип переменной	Переменная	Способ измерения	Назначение в анализе
Социально-демографические	Возраст	Количественная (годы)	Характеристика выборки
Пол	Категориальная	Стратификация результатов	
Резидентность	Категориальная (резидент/нерезидент)	Сравнительный анализ	
Факультет/образование	Категориальная	Описание выборки	
Субъективная информированность	Самооценка знаний о беременности	Категориальная (уровни)	Оценка субъективной грамотности
Источники информации	Множественный выбор	Анализ каналов информирования	
Предпочтительные каналы информации	Множественный выбор	Оценка профилактических коммуникаций	
Репродуктивное поведение	Начало половой жизни	Дихотомическая + возраст	Поведенческие риски
Количество партнеров	Категориальная	Оценка поведенческих факторов риска	
Использование контрацепции	Категориальная	Профилактическое поведение	
Объективные знания	Тестовые вопросы по репродуктивному здоровью	Дихотомическая (правильно/неправильно)	Оценка фактических знаний
Суммарный балл знаний	Количественная (0–9)	Интегральная оценка знаний	
Уровень знаний	Категориальная (низкий/средний/высокий)	Сравнительный анализ	

Демографические данные участников исследования

В исследовании приняли участие 238 респондентов. В структуре выборки преобладали женщины (58,8 %), мужчины составили 41,2 %. Большинство участников являлись резидентами Республики Казахстан (79 %), при этом доля иностранных студентов составила 21 %. Основная возрастная группа представлена студентами 21–25 лет (47,9 %), респонденты младше 20 лет составили 42,4 %, в возрасте 26–30 лет — 8,4 %, старше 30 лет — 1,26 %. Наибольшая доля опрошенных обучалась в КазНУ им. аль-Фараби (39,08 %) и МКТУ (41,60 %). По направлению подготовки преобладали студенты факультета общей медицины (68,49 %), далее — общественное здравоохранение (11,76 %), стоматология (4,62 %) и другие специальности (15,13 %). Большинство респондентов не состояли в браке (69,74 %), что соответствует возрастным характеристикам выборки (таблица 9).

Таблица 9 – Характеристика респондентов

Характеристика респондентов	Всего n=238	%	Ошибка среднего значения	ДИ	
				Нижняя граница	Верхняя граница
Пол					
1	2	3	4	5	6
мужчины	98	41,2 %	3,19	34,8	47,5
женщины	140	58,8 %	3,19	52,4	65,2
Страна проживания					
Казахстан	188	79 %	2,64	73,7	84,2
г. Алматы	52	27,7 %	2,9	21,8	33,4
Алматинская область	17	9%	1,86	5,3	12,7
Туркестанская область	64	34%	3,07	27,9	40,1
г. Шымкент	38	20,2%	2,6	15	25,4
ВКО	7	3,7%	1,23	1,2	6,1
ЗКО	8	4,3%	1,31	1,6	6,8
Нұр-Сұлтан	2	1,1%	0,67	-0,2	2,4
Иностранные студенты	50	21%	2,64	15,7	26,2
Индия	31	62%	3,15	55,7	68,3
Пакистан	4	8%	1,76	4,4	11,5
Россия	3	6%	1,54	2,9	9,0
Германия	2	4%	1,27	1,4	6,5
Другие страны	10	20%	2,59	14,8	25,1
Возраст					
До 20	101	42,44 %	3,2	36,0	48,8
21-25	114	47,90 %	3,24	41,4	54,3
26-30	20	8,40 %	1,8	4,8	12,0
Старше 30	3	1,26 %	0,72	-0,1	2,7
Университет					
КазНУ им.Аль Фараби	93	39,08%	3,16	32,7	45,3
МКТУ	99	41,60%	3,19	35,2	47,9
Семей Медицинский университет	8	3,36%	1,17	1,0	5,7

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5	6
Другие	38	15,97%	2,37	11,2	20,7
Факультет					
Общая Медицина	163	68,49%	3,01	62,4	74,5
Общественное здравоохранение	28	11,76%	2,09	7,5	15,9
Стоматология	11	4,62%	1,36	1,9	7,3
Другие	36	15,13%	2,32	10,4	19,7
Семейное положение					
Замужем/женат	72	30,25 %	0,36	29,5	30,9
Незамужем/ не женат	166	69,74 %	0,54	68,6	70,8

Статистическая обработка.

Выполнялся расчет абсолютных и относительных показателей, оценка структуры ответов и распределения уровней знаний. Для сравнения категориальных переменных (уровень знаний, ответы на тестовые вопросы, показатели репродуктивного поведения) между группами резидентов и нерезидентов использовались методы сравнительного анализа (критерий χ^2 Пирсона). Статистическая значимость принималась при $p < 0,05$. При необходимости рассчитывались меры ассоциации (отношение шансов, OR) с 95% доверительными интервалами. Обработка данных выполнялась в Microsoft Excel и/или IBM SPSS Statistics

Этические аспекты

Анкетирование проводилось анонимно. Персональные идентификаторы не собирались. Участие было добровольным, данные использовались исключительно в обобщенном виде в научных целях.

3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Анализ медико-демографических показателей молодежи Казахстана

3.1.1 Демографические показатели

В соответствие с задачами исследования проведена комплексная оценка динамики медико-демографических показателей молодежи Казахстана за последнее десятилетие.

По данным Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан (Казстат) за последнее десятилетие численность населения возросло с 17,2 млн на 1 января 2014 года до 20,0 млн на 1 января 2024 года. Город Алматы остается самым многонаселенным городом с численностью населения на 1 января 2023 года 2 228 677 человек. При этом численность молодежи Республики Казахстан возросла с 4,29 млн в 2014 году до 5,75 млн к 2024 году, а в г. Алматы возросла с 419,6 тыс. до 695,6 тыс. (таблица 10).

Таблица 10 – Динамика численности молодежи (тыс.) в РК и г. Алматы

Годы	РК	ТП(У), %	г. Алматы	ТП(У), %
2014	4 293,2		419,6	
2015	4 206,0	-2,0	440,5	5,0
2016	4 099,3	-2,5	446,0	1,3
2017	3 995,9	-2,5	437,8	-1,8
2018	3 900,9	-2,4	423,8	-3,2
2019	3 830,5	-1,8	407,4	-3,9
2020	3 765,4	-1,7	393,8	-3,3
2021	3 739,9	-0,7	386,6	-1,8
2022*	3 833,4	2,5	440,6	14,0
2023**	5 726,6	49,4	683,0	55,0
2024	5 759,8	0,6	695,6	1,9
Примечание - РК – Республика Казахстан, ТП(У) – темп прироста (убыли), *До 2022 года данные по молодежи сформированы возрастной группе 14-28 лет. **Согласно Закона РК "О государственной молодежной политике" с изменениями от 26.12.2022 года, молодежь - граждане Республики Казахстан от 14 до 35 лет.				

В период с 2015 по 2021 гг. наблюдалось снижение численности молодежи, средний темп убыли составил -1,95% в стране. В г. Алматы снижение численности молодежи наблюдалось с 2017 до 2021 гг. на -2,8%. С 2022 года отмечен прирост численности молодежи на 2,5% в Республике Казахстан и на +14,0% - в г. Алматы. Наибольший прирост численности молодежи отмечен в 2023 г. на +49,4% в РК и на +55,0% в г. Алматы, что связано с включением в дефиниции «молодежь в Казахстане» возрастной группы с 28 до 35 лет. К 2024 году темп прироста численности молодежи составил +0,6% в РК и +1,9% - в г. Алматы.

Численность девушек Республики Казахстан возросла с 2,13 млн в 2014 году до 2,82 млн к 2024 году, а в г. Алматы - с 225,7 тыс. до 361,0 тыс. Численность молодых мужчин за 10 лет в РК увеличилась с 2,15 млн до 2,9 млн, в г. Алматы – с 194,0 тыс. до 334,7 тыс. (таблица 11).

Таблица 11 - Динамика численности молодежи (тыс.) по полу в РК и г. Алматы

Годы	девушки				мужчины			
	РК	ТП(У), %	г. Алматы	ТП(У), %	РК	ТП(У), %	г. Алматы	ТП(У), %
2014	2 136,6		225,7		2 156,6		194,0	
2015	2 089,6	-2,2	236,4	4,8	2 116,4	-1,9	204,0	5,2
2016	2 032,9	-2,7	239,8	1,4	2 066,3	-2,4	206,2	1,0
2017	1 978,0	-2,7	235,7	-1,7	2 017,9	-2,3	202,1	-2,0
2018	1 925,1	-2,7	228,0	-3,3	1 975,8	-2,1	195,8	-3,1
2019	1 884,2	-2,1	218,2	-4,3	1 946,3	-1,5	189,2	-3,4
2020	1 846,3	-2,0	208,5	-4,5	1 919,1	-1,4	185,4	-2,0
2021	1 829,5	-0,9	203,5	-2,4	1 910,3	-0,5	183,1	-1,2
2022*	1 876,2	2,5	225,9	11,0	1 957,3	2,5	214,7	17,2
2023**	2 810,6	49,8	355,0	57,2	2 916,0	49,0	327,9	52,7
2024	2 822,6	0,4	361,0	1,7	2 937,2	0,7	334,7	2,1
Примечание - РК – Республика Казахстан, ТП(У) – темп прироста (убыли), *До 2022 года данные по молодежи сформированы возрастной группе 14-28 лет. **Согласно Закона РК "О государственной молодежной политике" с изменениями от 26.12.2022 года, молодежь - граждане Республики Казахстан от 14 до 35 лет.								

В период с 2015 по 2021 гг. в РК наблюдалось снижение численности девушек в стране, средний темп убыли составил -2,19%. В г. Алматы снижение численности молодежи наблюдалось с 2017 до 2021 гг. –3,22%. С 2022 года отмечен прирост численности девушек на 2,5% в стране и на 11,0% - в г. Алматы. Наибольший прирост численности молодежи отмечен в 2023 г. на +49,8% в РК и на +57,2% в г. Алматы, связанный с расширением возрастного диапазона с 28 до 35 лет. К 2024 году темп прироста численности девушек составил 0,4% в РК и 1,7% - в г. Алматы.

В период с 2015 по 2021 гг. наблюдалось снижение численности молодых мужчин, средний темп убыли составил - 1,7%. В г. Алматы снижение численности молодых мужчин наблюдалось с 2017 до 2021 гг. на –2,33%. С 2022 года отмечен прирост численности молодых мужчин на 2,5% в РК и на 17,2% - в г. Алматы. Наибольший прирост численности молодых мужчин также отмечен в 2023 г. на +49,0% в РК и на +52,7% в г. Алматы в связи с увеличением возраста молодежи до 35 лет. К 2024 году темп прироста численности молодых мужчин составил 0,7% в РК и 2,1% - в г. Алматы.

Такая динамика численности молодежи отражает социально-экономическую ситуацию в стране, сложившуюся в 1990 годы, не совсем благоприятную в плане демографических перспектив (рисунок 3).

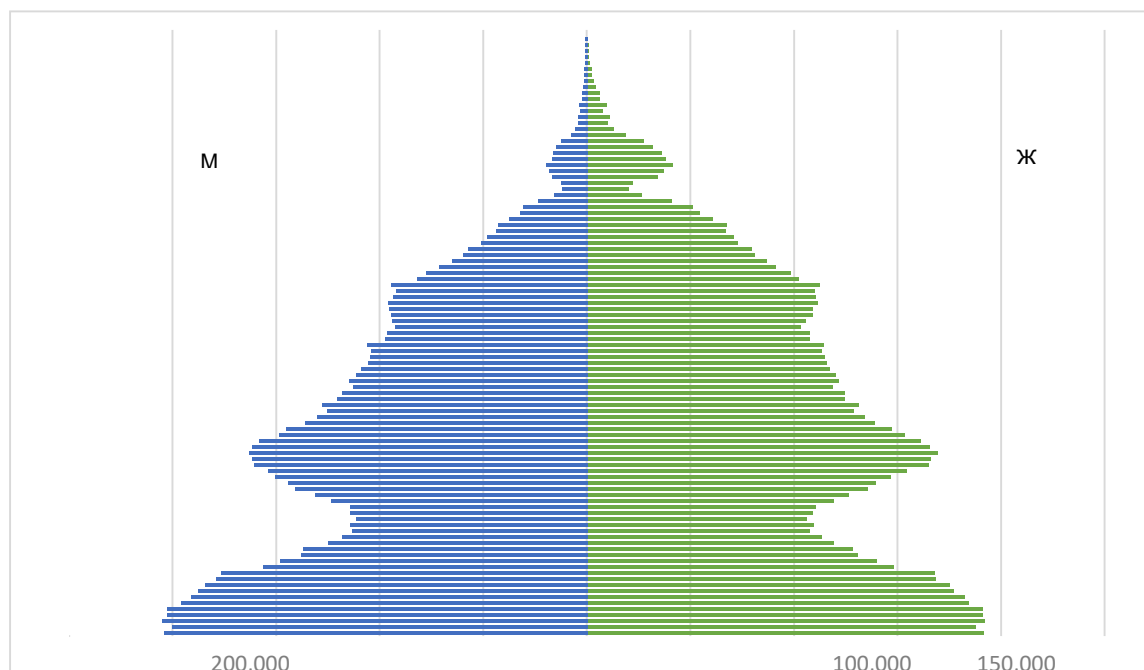


Рисунок 3 – Половозрастная структура населения РК на начало 2019 года

На начало 2019 г. половозрастная пирамида населения Казахстана имела широкое основание, наблюдался «провал» в группе 15-20 лет (с наибольшей глубиной в 17-21 год) в следствие снижения рождаемости в 1997-2001 гг. Доля молодежи в возрасте 15-24 года составляла 12,8%, из них в возрасте 15-19 лет составляет 6,2% всего населения Казахстана и в возрасте 20-24 года - 6,6%. При этом численность 15-19-летних девушек на 7,6% меньше, чем 20-24-летних, а их на 22,2% меньше, чем 25-29-летних; соответственно численность 15-19-летних девушек на 28,0% меньше, чем в 25-29 лет. Такое предстоящее сокращение численности женщин активного репродуктивного возраста неизбежно вызовет сокращение абсолютного числа родившихся и общего коэффициента рождаемости. Трансформация возрастной структуры населения Казахстана в ближайшие годы будет способствовать снижению общих показателей рождаемости и сокращению естественного прироста населения. Тенденции в численности молодежи будут оказывать влияние на социально-экономическое развитие, в том числе на различные системы в обществе (профессиональное образование, состояние рынка труда, социальной сферы, скорость распространения инноваций).

Прогноз численности населения Республики Казахстан до 2030 и 2050 года по половозрастным группам представлен на рисунке 4.

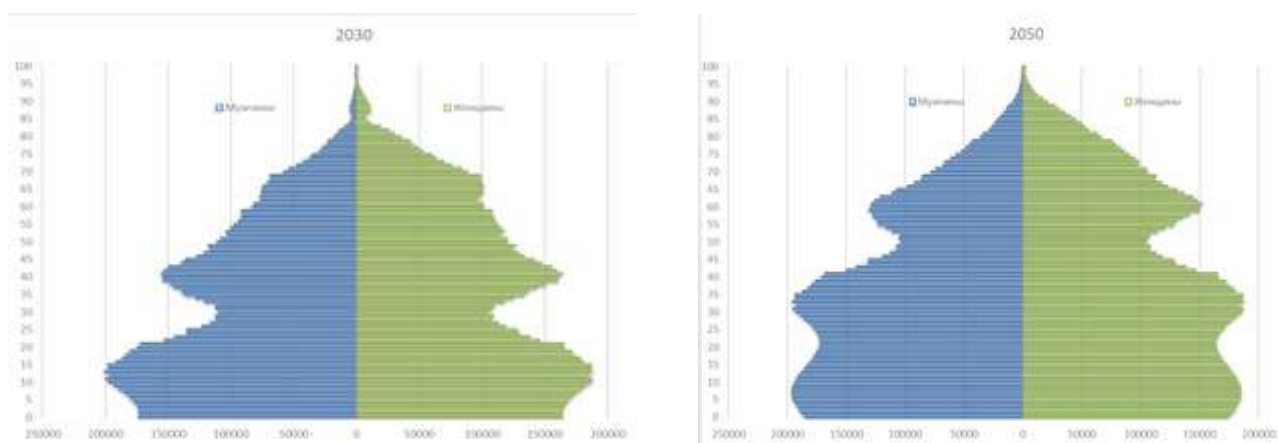


Рисунок 4 – Прогноз численности населения Республики Казахстан до 2030 и до 2050 года

В предстоящие 30 лет ожидается увеличение численности лиц старшего возраста (демографическое старение) с сохранением выбоин в пирамиде. Численность женщин в возрасте от 20 до 39 лет будет уменьшаться вплоть до 2029 года, но в последующие годы будет наблюдаться рост по мере вступления в репродуктивный возраст следующих поколений. К 2035 году в РК увеличится численность лиц в возрасте 15-19 лет в 1,7 раза (рисунок 5).

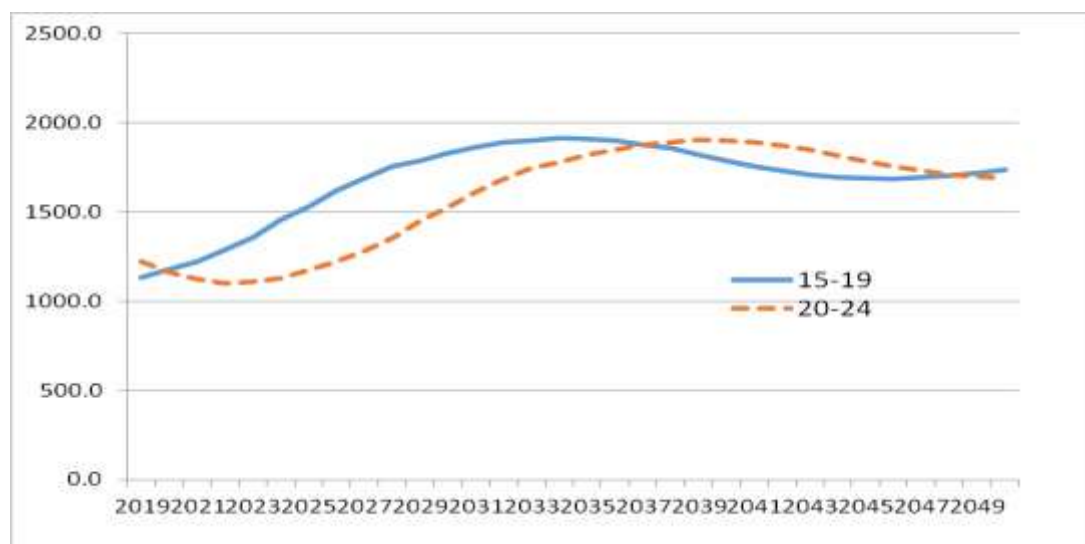


Рисунок 5 - Динамика численности населения возрастных групп 15-19 и 20-24 года до 2050 году (тыс. человек)

Начиная с 2022 года будет устойчиво увеличиваться численность группы молодых людей в возрасте от 20 до 24 лет до 2040 года. Всего за ближайшие 15 лет доля молодежи в возрасте 15-24 лет в численности населения в возрасте от 15 до 64 лет населения повысится с 20% до 27%.

3.1.2 Показатели бремени болезней, риски для здоровья молодежи

Сравнительная характеристика показателей бремени болезней (DALY) среди подростков в Республике Казахстан и на глобальном уровне представлена в таблице 12. Установлено, что суммарный показатель DALY в Казахстане несколько ниже мировых значений, что может свидетельствовать о сравнительно меньшем общем бремени заболеваний.

При этом в структуре DALY наибольший вклад вносят неинфекционные заболевания как в Казахстане, так и в мире. Следует отметить, что показатели DALY, обусловленные заболеваниями, в Республике Казахстан ниже глобальных значений, тогда как показатели, связанные с травмами и насилием, сопоставимы. Это указывает на сходство структуры причин потери здоровья среди подростков. Данные по Республике Казахстан, полученных из базы данных Глобального бремени болезней (Global burden of diseases, injuries, and risk factors study, gbd) [112, p. 642].

Таблица 12 – Сравнительная характеристика показателей DALY среди подростков 10–24 лет

Показатель	Республика Казахстан (девушки/юноши)	Глобально (девушки/юноши)
Суммарный показатель DALY (на 100 тыс.)	10,5 / 13,6	13,2 / 14,8
DALY вследствие заболеваний	1,7 / 1,4	3,9 / 3,2
DALY вследствие травм и насилия	1,4 / 3,8	1,4 / 3,8
DALY вследствие неинфекционных заболеваний	7,3 / 8,4	7,9 / 7,8

Анализ распространённости факторов риска показал наличие выраженных различий между республикой казахстан и глобальными показателями. В частности, уровень анемии среди подростков в казахстане существенно превышает мировые значения, что свидетельствует о значимости алиментарных и метаболических нарушений.

Также обращает на себя внимание высокая распространённость поведенческих факторов риска, таких как употребление алкоголя и табакокурение, особенно среди юношей. В динамике наблюдается рост распространённости избыточной массы тела, что отражает глобальные тенденции, связанные с изменением образа жизни.

Кроме того, отмечается рост распространённости избыточной массы тела, отражающий современные изменения образа жизни. В совокупности данные, представленные в таблице 13, указывают на необходимость усиления профилактических мероприятий.

Таблица 13 – Распространённость основных факторов риска среди подростков

Показатель	Республика Казахстан	Глобально
Избыточная масса тела (%) (2016)	15,3 / 17,4	28,1 / 25,6
Избыточная масса тела (%) (2019)	18,0 / 24,2	–
Анемия (%) (2016)	31,2 / 27,8	14,3 / 11,1
Анемия (%) (2019)	38,5 / –	33,4 / –
Употребление алкоголя (%) (2016)	31,2 / 34,5	13,5 / 20,3
Употребление алкоголя (%) (2019)	26,9 / 55,6	– / 59,1
Ежедневное курение (%)	3,3 / 18,7	2,8 / 11,3

Основные социальные детерминанты, влияющие на состояние здоровья подростков, представлены в таблице 14. Анализ показал, что в Республике Казахстан уровень охвата средним образованием среди молодёжи значительно превышает глобальные показатели.

Вместе с тем сохраняются значимые социальные риски, включая подростковую рождаемость и случаи ранних браков. Несмотря на относительно высокий уровень удовлетворённой потребности в контрацепции, показатели рождаемости среди подростков остаются существенными.

Таким образом, данные, представленные в таблице 14, свидетельствуют о том, что социальные детерминанты продолжают оказывать значимое влияние на репродуктивное здоровье подростков.

Таблица 14 – Социальные характеристики, влияющие на здоровье подростков

Показатель	Республика Казахстан	Глобально
Среднее образование (%) (20–24 лет)	91,8 / 93,6	53,3 / 52,6
Коэффициент рождаемости (на 1000, 15–19 лет)	27,2	41,2
Брак до 18 лет (%)	7,0	22,8
Удовлетворённая потребность в контрацепции (%)	72,4	66,6

Ювенильные браки, беременность и роды

Проблема детских браков в Казахстане связана с низкой осведомленностью девочек-подростков о своих правах. Детские браки нарушают права девочек на образование, репродуктивные права, увеличивая риски заболеваний и материнской смертности, увеличивают риск бытового насилия, ограничивают реализацию их жизненных возможностей. Число браков подростков в возрасте 15-19 лет составляет 10,8% от всего числа заключенных в стране браков. Кроме того, среди рисков, с которыми сталкиваются подростки, являются беременность и роды, которые ассоциируются с неблагоприятными исходами.

По статистическим данным в Казахстане рождаемость среди подростков (15-19 лет) с 2010 года показатель подростковых родов у девочек-подростков в возрасте 15-19 лет увеличился на 22% до максимума 34,46 случаев родов на

1000 подростков в 2014 году, в дальнейшем наблюдалось снижение до 24,94 в 2017 году. При этом показатели подростковых родов у девочек-подростков сельской местности был выше (27,6), чем у их городских сверстниц (22,4).

Динамика показателей, характеризующих подростковую репродуктивную функцию, представлена на рисунках 6 и 7. Анализ абсолютных значений (рисунок 6) показал, что в течение исследуемого периода наблюдаются колебания числа родов среди подростков, с наибольшими значениями в 2022 году и последующим снижением в 2023 году.

В то же время анализ относительных показателей (рисунок 7) свидетельствует о вариабельности уровня аборт, с тенденцией к снижению в начальный период наблюдения и последующим увеличением в последние годы.

В целом, представленные на рисунках 6 и 7 данные отражают нестабильность репродуктивного поведения подростков, что может быть обусловлено влиянием социально-экономических факторов, доступностью медицинской помощи и изменениями в системе здравоохранения.



Рисунок 6 – Динамика числа родов среди подростков 15–17 лет в абсолютных значениях (2019–2023 гг.)



Рисунок 6 – Динамика показателя абортов среди подростков 15–18 лет в относительных значениях (2019–2023 гг.)

Анализ особенностей подростковых родов (199 родов) проведен на базе областного перинатального центра г. Туркестана в 2019 году. В структуре подростковых родов наибольший процент приходился на 17-летних (66,7%) и на 18-летних (21%); на долю 16-летних - 9% и 15-летних - 3% (рисунок 7).

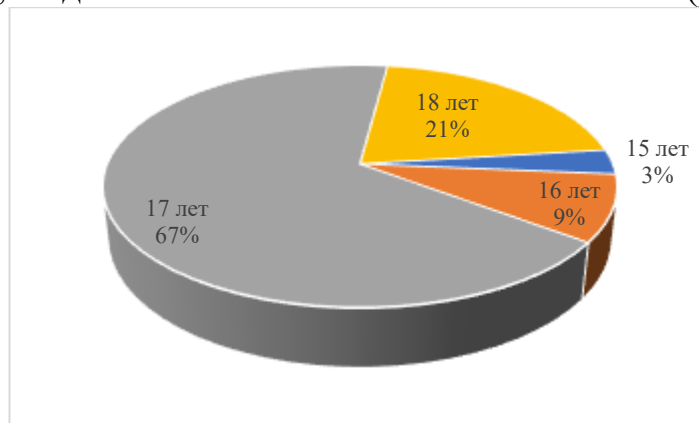


Рисунок 7 – Структура подростковых родов в зависимости от возраста

В социо-демографической картине подростковых родов была следующая: наличие брака (62,8%), среднего образования (66,3%), незапланированная беременность (55,7%), прегравидарная подготовка (15,5%), повторная беременность (18,6%), в 45,9% (17/34) случаев в анамнезе были неблагоприятные исходы: самопроизвольные выкидыши, аборты по медицинским показаниям, неразвивающиеся беременности; а также наличие коморбидности (рисунок 8).

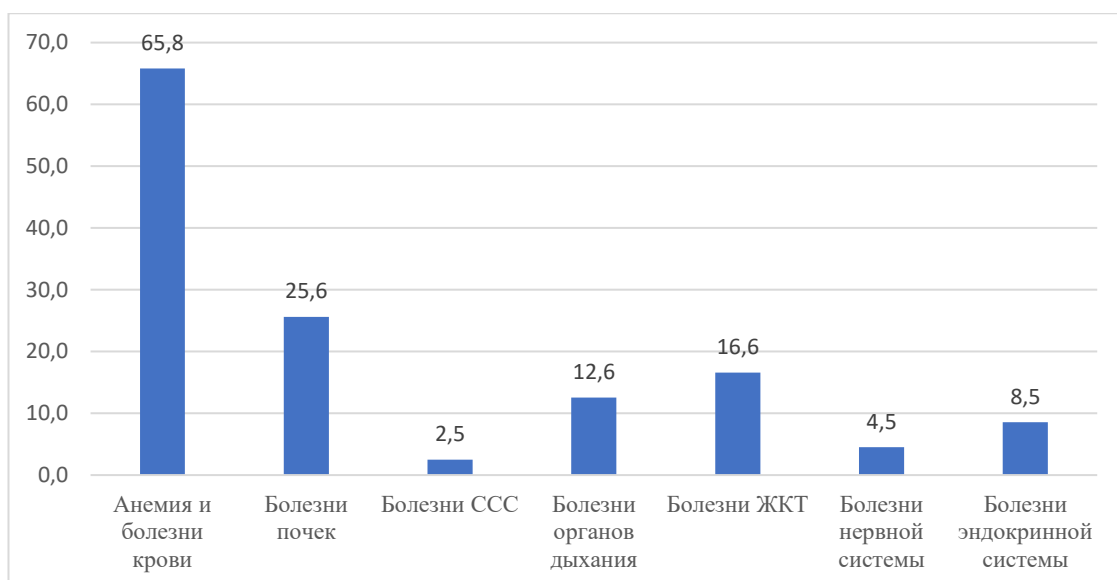


Рисунок 8 – Экстрагенитальная патология при подростковых родах (%).

Наиболее частой экстрагенитальной патологией была анемия (65,8%), болезни почек (25,6%), болезни желудочно-кишечного тракта (16,6%), далее - болезни органов дыхания (12,5%), эндокринной системы (8,5%) и заболевания сердечно-сосудистой системы (2,5%).

При подростковой беременности выше частота гипертензивных расстройств (19,5%), патологических родов (17,5%), инструментальных вмешательств, материнских и перинатальных травм, госпитализацией новорожденных в отделения интенсивной терапии.

Недостаточная информированность в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья приводит к росту числа абортов, заболеваний, передающихся половым путём и нарушению репродуктивного здоровья, бесплодию.

3.1.3 Особенности становления менструальной функции у девочек-подростков в Южном регионе Казахстана

Одним из индикаторов состояния репродуктивного здоровья является менструальная функция, становление которой тесно связано экологической обстановкой и с региональными особенностями.

Материал и методы исследования: Обследовано 5721 девочек и девушек-подростков в возрасте 7-19 лет Южного региона Казахстана. В зависимости от уровня физического развития девочки были разделены на три группы: 1 группа - с нормальным гармоничным развитием 2941 девочка (51,4%), 2 группа - с ухудшенным дисгармоничным развитием 2620 девочек (45,8%) и 3 группа - с общей задержкой физического развития 160 девочек (2,8%).

Установлено, что у 82,0% девочек 1 группы отмечено наличие менструации, во 2-й - лишь в 72,1% случаях, в 3-й группе - только в 25,0%. Средний возраст наступления менархе в 1 группе составил $13,3 \pm 0,8$ лет, во 2-й - $13,2 \pm 0,9$ лет и в 3-й – $15,2 \pm 0,3$ лет. При этом в 1-й группе в $79,2 \pm 2,4\%$ случаях менструация

наступила в возрасте 12-13 лет, в $2,5 \pm 0,9\%$ случаях – в 14-15 лет и лишь в $0,4 \pm 0,3\%$ случаях – в 16-17 лет. У каждой третьей из них менструации установились сразу ($66,1\%$) или в течение года ($32,2\%$), а в $1,7\%$ случаях так и не установились. В основном характер менструальных кровопотерь был умеренным ($83,8\%$), в $6,0\%$ наблюдалась полименорея и в $10,2\%$ – гипоменорея. У $4,2\%$ девочек менструации сопровождались явлениями дисменореи и у каждой десятой из них на фоне гипоталамического синдрома ($0,4\%$). Во 2-й группе – в периоде физиологической аменореи находились $18,2\%$ девочек и не имели статистически достоверной разницы со сверстницами из 1-й группы ($p > 0,05$). В 3-й группе на период обследования менструировали лишь 40 ($25,0\%$), в остальных случаях – у $56,3\%$ установлена аменорея первичная, а $18,7\%$ – находились в периоде физиологической аменореи. При этом лишь в $6,3\%$ случаях менструация наступила в возрасте 12-13 лет, в остальных – позже 14 лет. Более того, ни в одном случае не было выявлено регулярных менструаций, во всех случаях – были скудными (опсоменорея) и сопровождались дисменореей на фоне гипоталамических проявлений.

При первичной аменорее избыточная масса тела установлена у 26% обследованных, а дефицит – у 25% . Характеризуя развитие вторичных половых признаков у девочек-подростков основной группы, можно отметить, что у них имела тенденция к ускоренному созреванию молочных желез при относительном запаздывании полового оволосения. Менархе появлялось на 4-5 месяцев раньше или запаздывало почти на 17 месяцев, чем в общей популяции ($p < 0,001$). В дальнейшем становление менструальной функции затягивалось и частота ее нарушений в виде дисменореи и ювенильных кровотечений в 3 раза превышала таковую в группе сравнения ($p < 0,001$).

Худшие показатели развития имели девочки с общим отставанием физического развития. Среди них каждая вторая формировалась диспропорционально и имела нарушения менструальной функции. У $38,7\%$ девочек патология менструальной функции сочеталась с гипоплазией матки. Недостаток, так и избыток массы тела у девочек в пубертатном возрасте способствует появлению отклонений от правильного течения периода полового созревания, ускорению или замедлению наступления менархе и повышению частоты нарушений ритма менструаций.

Выводы по 3 разделу

Динамика демографических показателей в Казахстане демонстрирует, что на начало 20-х годов численность 15-19-летних женщин на $7,6\%$ меньше, чем 20-24-летних, а их на $22,2\%$ меньше, чем 25-29-летних; или численность женщин в возрастной группе 15-19 лет на $28,0\%$ меньше, чем в 25-29 лет. Сокращение численности женщин активного репродуктивного возраста будет способствовать снижению общих показателей рождаемости и сокращению естественного прироста населения. По прогнозу к 2035 году в Республике Казахстан увеличится численность лиц в возрасте 15-19 лет в 1,7 раза. Всего за ближайшие

15 лет доля молодежи в возрасте 15-24 лет в численности населения в возрасте от 15 до 64 лет населения повысится с 20% до 27%.

Оценка 12 основных показателей, охватывающих бремя болезней, риски для здоровья и важные социальные детерминанты здоровья в подростковом возрасте показала, что в Казахстане, в период 2016-2019 годы бремя болезней оказывало заметное влияние на продолжительность жизни молодежи Казахстана; наблюдалось увеличение показателей избыточного веса и ожирения с 15,3% до 18% среди девушек, с 17,4% до 24,2% среди юношей, распространенности анемии с 31,2% до 38,5% среди девушек. Употребление алкоголя в Казахстане среди девушек превышает глобальные значения в 2,3 раза (31,2% против 13,5%, $p < 0,01$); среди юношей - имеет тенденцию к увеличению с 34,5% до 55,6%, как в мире - с 20,3% до 59,1% ($p < 0,01$). Вредные привычки в виде курения табака у обоих полов были выше (3,3% девушек и 18,7% юношей), чем глобально (2,8% и 11,3%). В Казахстане получение среднего образования предоставляется 91,8% для девушек и 93,6% для юношей, при этом наблюдаются недостаточное удовлетворение спроса на противозачаточные средства (72,4%), риски ранних браков (7%), подростковой беременности (27,2%) и подростковых родов (24,9%).

Основные результаты главы 3 опубликованы в статьях «Показатели бремени болезней и риски для репродуктивного здоровья молодежи» [133], «Features of Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period of Young Mothers» [134], «Особенности становления менструальной функции у девочек-подростков в Южном регионе Казахстана» [135], «Dynamics of physical development of children as an indicator of recovery condition of biogeochemical province» [136].

3.2 Результаты изучения состояние здоровья молодежи г. Алматы

3.1 Общая заболеваемость молодежи

Проведённый анализ динамики общей заболеваемости подростков 15–17 лет в Республике Казахстан за 2019–2023 гг. выявил тенденцию к снижению показателя в 2019–2022 гг., сменяющуюся его увеличением в 2023 году. Построенная линейная модель демонстрирует отрицательный тренд с высоким уровнем аппроксимации ($R^2=0,854$), что свидетельствует о статистически значимой направленности изменений (рисунок 10).



Рисунок 10 – Динамика общей заболеваемости подростков 15–17 лет в Республике Казахстан за 2019–2023 гг.

Заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в РК по основным группам болезней (на 100 тыс. соответствующего населения) представлена в таблице 13.

Таблица 13 – Заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в РК по основным группам болезней (на 100 тыс. населения).

Класс болезней	2019	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6
инфекционные болезни	1561,80	1894,20	1985,06	1639,30	1808,00
новообразования	485,30	424,50	491,16	408,50	489,00
болезни эндокринной системы	6289,70	5441,90	4825,17	4082,50	3770,00
болезни крови и кроветворных органов	3973,20	3827,60	3706,64	3248,80	3182,00
психические расстройства	1548,50	1448,70	1396,24	1319,20	1294,00
нервной системы и органов чувств	7679,90	7032,80	7313,36	6861,60	6203,00
болезни системы кровообращения	2358,40	1891,10	1 748,67	1 476,9	1382,00
болезни органов дыхания	40 908,0	34 025,4	30752,11	29104,50	31308,00
болезни органов пищеварения	11109,00	10721,90	10158,51	10308,00	9919,00
болезни мочеполовой системы	5541,30	5 225,5	4933,91	4731,40	4788,00

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6
болезни кожи и подкожной клетчатки	5722,20	4813,40	4435,69	4346,20	4331,00
болезни костно-суставной системы	5322,70	4881,20	3890,23	3316,50	3578,00
врожденные пороки развития (аномалии)	1365,30	1346,40	1400,15	1272,60	1624,00
травмы, отравления	4875,80	4164,80	4020,89	3999,80	4209,00

Анализ структуры заболеваемости подростков 15–17 лет в Республике Казахстан за 2023 год показал, что наибольший удельный вес занимают болезни органов дыхания (40%). На втором месте находятся заболевания органов пищеварения (13%), далее следуют болезни нервной системы (8%) и заболевания кожи и подкожной клетчатки (6%). Остальные группы патологий имеют сопоставимо меньшую долю в общей структуре заболеваемости. Структура заболеваемости подростков РК представлена на рисунке 11.

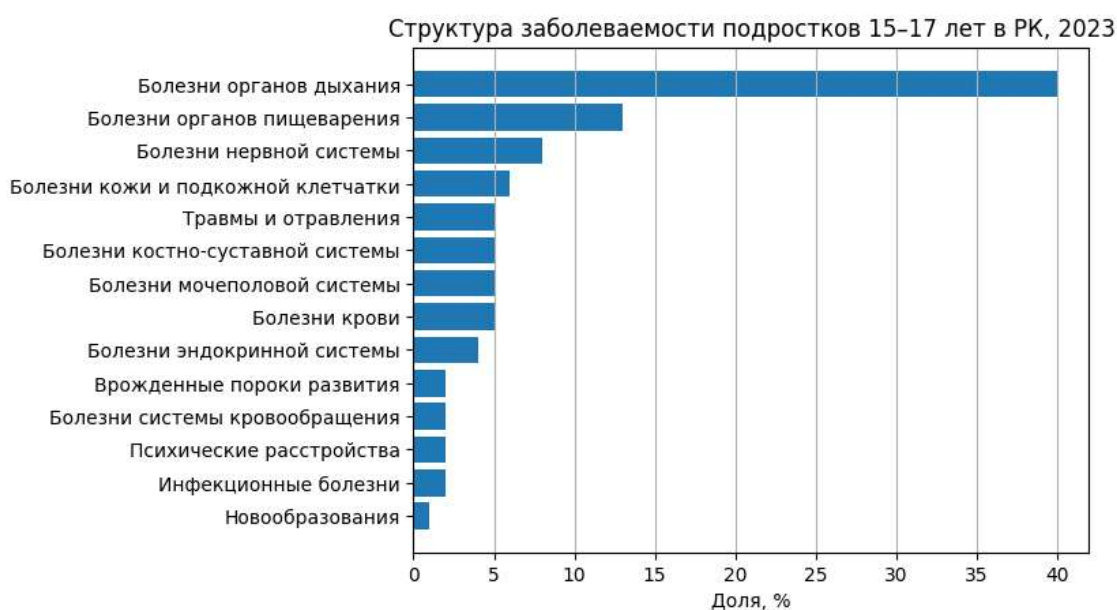


Рисунок 11 – Структура заболеваемости подростков 15–17 лет в Республике Казахстан в 2023 году (%).

Особый интерес представляет анализ динамики заболеваемости болезнями органов дыхания среди подростков 15–17 лет за последнее десятилетие (рисунок 13). Установлено, что в г. Алматы в период 2013–2015 гг. уровень заболеваемости превышал среднереспубликанские показатели в среднем в 2,4 раза. В последующие годы, вплоть до 2022 года, наблюдалось постепенное снижение данного показателя, однако он сохранялся выше общереспубликанского уровня.

Выявленные особенности могут быть обусловлены неблагоприятной экологической ситуацией в городе Алматы, характеризующейся значительными объемами выбросов загрязняющих веществ (свыше 122 тыс. тонн ежегодно), а также недостаточным уровнем озеленения, приходящегося на одного жителя.

В 2023 году отмечено изменение тенденции: уровень заболеваемости болезнями органов дыхания в г. Алматы оказался ниже среднереспубликанского показателя.



Рисунок 13 – Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания у подростков 15-17 лет в г. Алматы и в РК

Проведённый анализ показал, что с 2013 года заболеваемость эндокринными заболеваниями среди подростков 15–17 лет в г. Алматы стабильно превышала среднереспубликанские значения (в среднем в 1,6 раза). В 2015–2019 гг. наблюдалось снижение показателя с его последующей стабилизацией.

Начиная с 2019 года, на уровне Республики Казахстан отмечается резкое увеличение заболеваемости, достигшее роста в 3,4 раза, тогда как в г. Алматы сохраняется нисходящая динамика. Выявленные различия могут отражать региональные особенности факторов риска, включая образ жизни, доступность медицинской помощи и уровень выявляемости заболеваний. Динамика заболеваемости эндокринными болезнями, нарушениями питания у подростков 15-17 лет в г. Алматы представлена на рисунке 14.



Рисунок 14 – Динамика заболеваемости эндокринными заболеваниями у подростков 15–17 лет в Республике Казахстан и г. Алматы за 2013–2023 гг.

На следующем этапе исследования проведён анализ гинекологической заболеваемости среди девочек-подростков г. Алматы. В качестве источников данных использованы годовые отчёты Центра репродукции человека г. Алматы, а также сведения комплексной медицинской информационной системы «Damimed» за период 2019–2024 гг.

Формирование базы данных осуществлялось в соответствии с кодами Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), включающими воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, нарушения менструальной функции, доброкачественные новообразования, врождённые аномалии, эндокринные нарушения и сопутствующие состояния.

С целью последующего анализа нозологические формы были агрегированы в укрупнённые группы: воспалительные заболевания нижних отделов женских половых органов, воспалительные заболевания верхних отделов, аномальные маточные кровотечения, задержка полового развития, врождённые аномалии и эндокринные заболевания.

Результаты анализа свидетельствуют о неблагоприятном состоянии репродуктивного здоровья девочек-подростков: почти у половины обследованных (46,9%) выявлены различные гинекологические заболевания. При этом более чем у половины пациенток регистрируются функциональные нарушения репродуктивной системы. Данные по гинекологической заболеваемости подростков представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Распространенность гинекологической заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет по обращаемости (%) в 2019-2024 гг. в г. Алматы

Группы гинекологических болезней	2019 n=1268	2020 n=698	2021 n=2588	2022 n=1580	2023 n=7263	2024 n=7175
Воспалительные заболевания нижних отделов	10,73	46,56	44,36	89,30	54,15	54,82
Воспалительные заболевания верхних отделов	4,65	1,97	9,38	8,36	0,59	3,54
Аномальные маточные кровотечения	13,01	16,96	79,81	3,08	31,43	31,82
Врожденные аномалии	1,81	3,94	9,86	0,00	0,10	0,08
Эндокринные заболевания	0,00	0,00	0,71	1,66	0,23	0,47

В рамках проведенного анализа каждая группа гинекологических заболеваний была сформирована в соответствии с кодами Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). К группе воспалительных заболеваний нижних отделов женских половых органов были отнесены: вульвит (N77.1), кольпит (N76), бартолинит (N75.8), а также цервицит (N72). Воспалительные заболевания верхних отделов включали сальпингит и оофорит (N70), а также эндометрит (N71). Группа аномальных маточных кровотечений представлена следующими нозологическими формами: ювенильные кровотечения (N92.3), интерменструальные кровотечения (N92.4), другие аномальные маточные и вагинальные кровотечения (N92.5), посткоитальные и контактные кровотечения (N93.0), а также постменопаузальные кровотечения (N95.0). В структуру врожденных аномалий включены пороки развития матки и шейки матки, в том числе аплазия и гипоплазия (Q51.0), различные формы удвоения матки (Q51.1–Q51.2), двустовольная (седловидная) матка (Q51.3), однорогая матка (Q51.4), внутриматочная перегородка (Q51.5), а также аномалии шейки матки (Q51.6). Эндокринные заболевания включали синдром поликистозных яичников (E28.0), яичниковую недостаточность (E28.1), а также гиперпролактинемию (E22.0).

За последние 6 лет распространенность воспалительных заболеваний наружных половых органов увеличилась с 10,7% в 2019 году до 54,8% - в 2024 году, аномальных маточных кровотечений увеличилась с 13,0% в 2019 году до 31,8% - в 2024 году. При этом распространенность воспалительных заболеваний верхних отделов остается в пределах 4,6-3,54%, но в 2021-2022

гг. наблюдалось увеличение до 8,3-9,3% в постковидный период. Динамика гинекологических заболеваний отражена на рисунках 15-18.

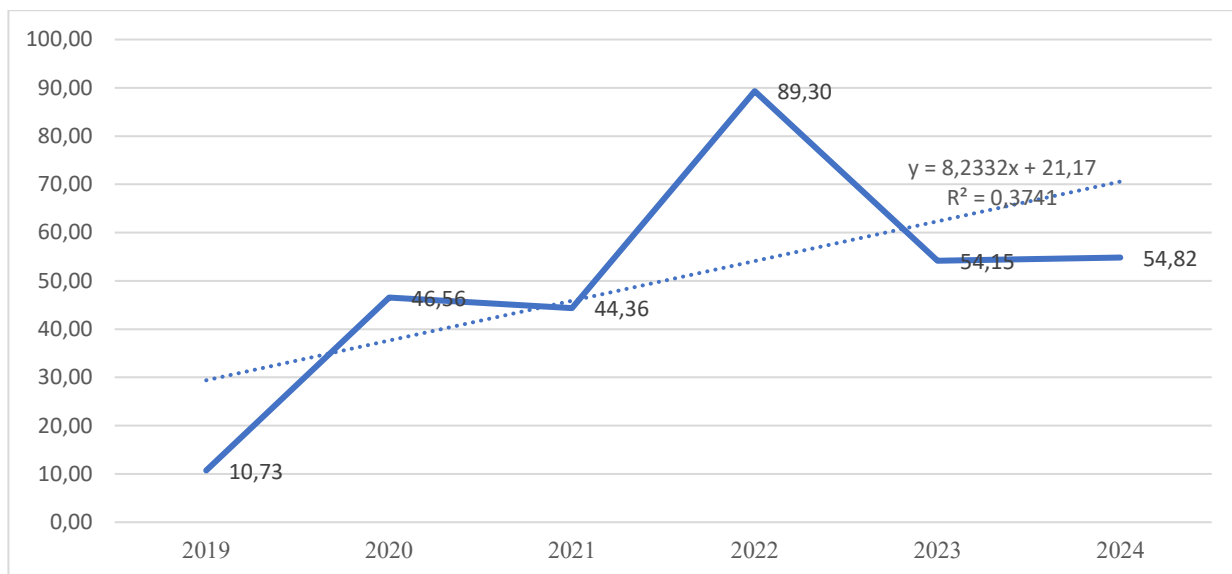


Рисунок 15 – Динамика воспалительных заболеваний нижних отделов подростков в г. Алматы за 2019-2024 гг.

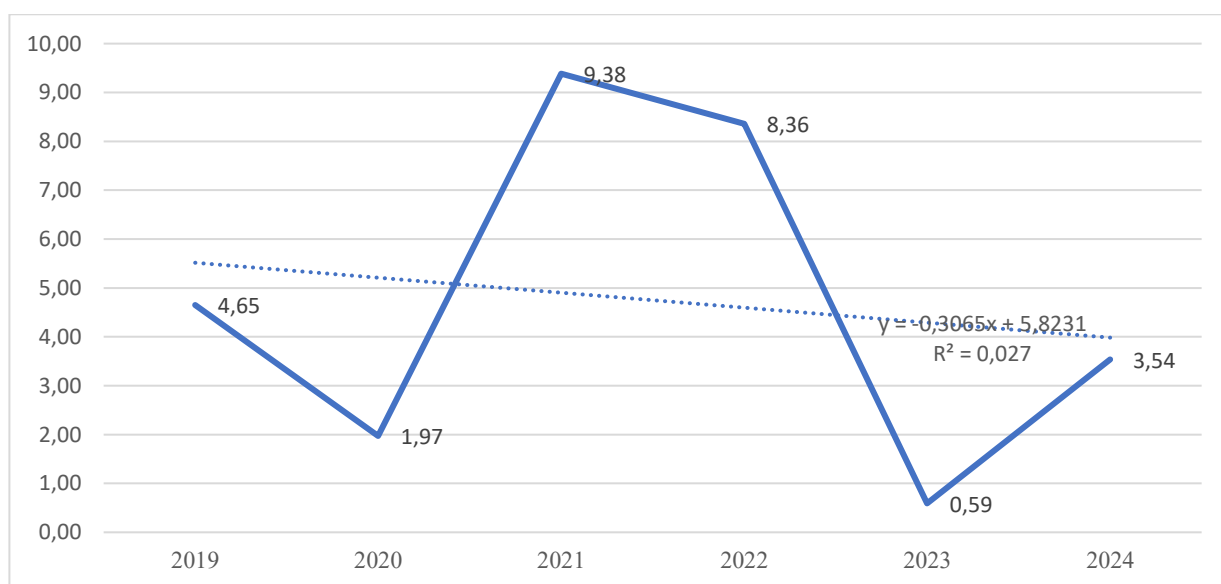


Рисунок 16 – Динамика воспалительных заболеваний верхних отделов подростков в г. Алматы за 2019-2024 гг.

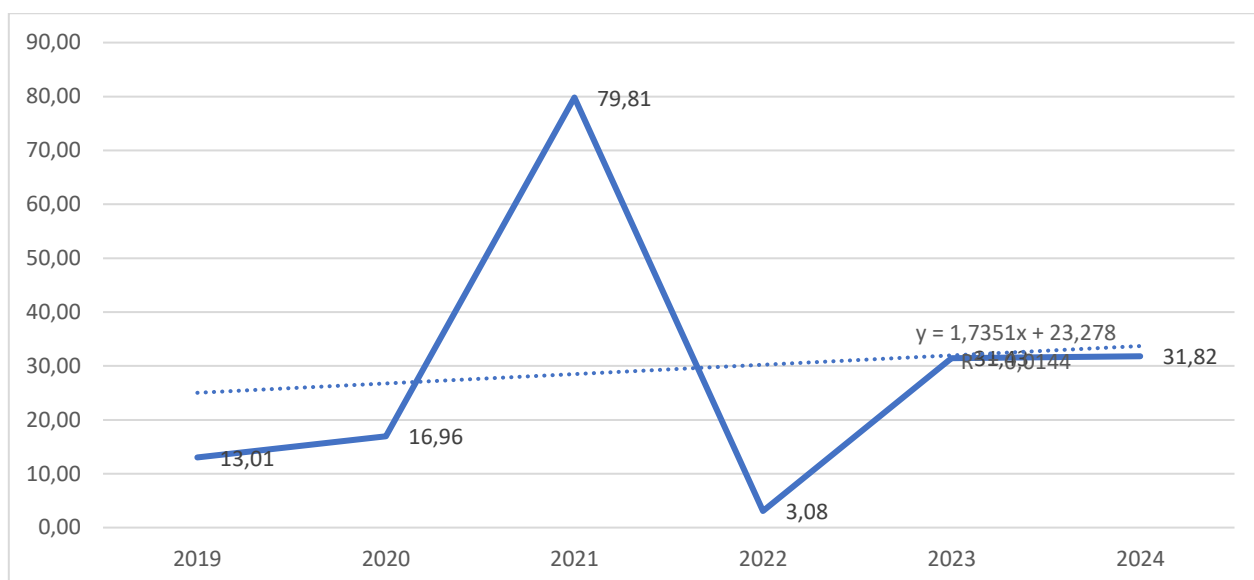


Рисунок 17 – Динамика аномальных маточных кровотечений подростков в г. Алматы за 2019-2024 гг.

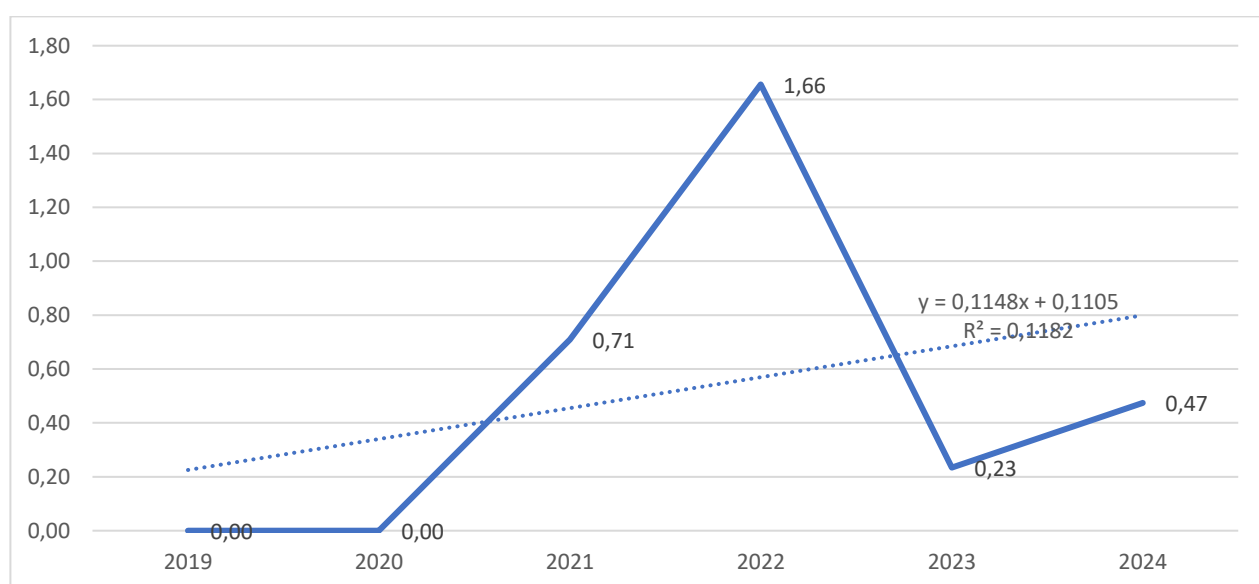


Рисунок 18 – Динамика эндокринных заболеваний подростков в г. Алматы за 2019-2024 гг.

Несмотря на завершение пандемии COVID-19, её последствия продолжают оказывать влияние на функционирование системы здравоохранения. Сохраняющиеся нарушения обусловлены снижением обращаемости населения за медицинской помощью, а также ограничением доступности медицинских услуг, в том числе для подростков и молодёжи. Кроме того, современные социальные и поведенческие изменения, усугублённые пандемией, способствуют формированию новых рисков для здоровья данной возрастной группы.

Сравнительный анализ гинекологической заболеваемости девочек-подростков г. Алматы в до- и постпандемический периоды (2019–2023 гг.) показал выраженные колебания показателей. Так, в 2020 году, на фоне начала пандемии, уровень обращаемости снизился на 55% (698 обращений против 1268 в 2019 году). Однако уже в 2021 году отмечено трёхкратное увеличение первичной заболеваемости, а в 2022 году показатель стабилизировался, приблизившись к допандемическому уровню.

Анализ структуры заболеваемости выявил, что в 2020 году преобладали воспалительные заболевания половых органов (48,6%), а также аномальные маточные кровотечения (17,0%). В 2021 году ведущую позицию заняли аномальные маточные кровотечения (79,8%), при этом сохранялась высокая доля воспалительных заболеваний (53,8%), а также увеличилась регистрация врождённых аномалий (9,9%). В 2022 году доля воспалительных заболеваний половых органов достигла 92,4%, одновременно отмечено увеличение обращаемости по поводу эндокринной патологии (1,7%), включая гипопункцию гипофиза (1,2%).

В целом, в структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков г. Алматы ведущую роль занимают воспалительные заболевания половых органов, демонстрирующие тенденцию к росту, особенно в период пандемии (до 48,6–53,8%). Кроме того, отмечено увеличение частоты спаечных процессов (до 20,6%). Значительно возросла доля обращений по поводу аномальных маточных кровотечений (с 17,8% в 2020 году до 79,8% в 2021 году), причём в четверти случаев требовалась госпитализация.

Отдельного внимания заслуживает проблема ювенильной беременности. В структуре абортс наблюдается снижение доли самопроизвольных прерываний беременности (до 15%), при одновременной регистрации случаев неразвивающейся беременности. Количество медицинских абортов до 12 недель увеличилось в 2,4 раза, при этом медикаментозный метод (73%) значительно преобладает над инструментальным (кюретаж — 15,4%).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях в состоянии репродуктивного здоровья девочек-подростков, характеризующихся ростом воспалительных заболеваний половых органов и аномальных маточных кровотечений. Это обосновывает необходимость разработки и внедрения комплексных профилактических и реабилитационных мероприятий, а также усиления консультативной и просветительской работы среди молодёжи.

Выводы по 4 разделу

За 2019-2023 годы в Республике Казахстан наблюдается тренд на снижение общей заболеваемости подростков 15-17 лет. В структуре заболеваемости подростков РК болезни органов дыхания занимают 40%, на втором месте – болезни органов пищеварения (13%), на третьем месте – нервной системы (8%),

болезни кожи (6%), (7%), болезни крови, мочеполовой системы, костно-суставной, травмы и отравления (5%), эндокринной системы (4%).

В динамике заболеваемости болезнями органов дыхания наблюдается тренд на снижение, однако уровень их заболеваемости превышает остальные группы заболеваний более чем в 5 раз. Динамика заболеваемости группы заболеваний, связанных с метаболическими нарушениями (болезни пищеварения, эндокринной системы, нарушения питания, железодефицитная анемия), и заболеваемости, связанной с травмами, имеет тренд на снижение.

Анализ гинекологической заболеваемости девочек-подростков г. Алматы за 2019-2024 гг. свидетельствует о низком уровне индекса их здоровья, почти каждая вторая из них (46,9 %) имеет те или иные заболевания, более половины из них имеют дисфункциональные состояния репродуктивной системы. За последние 6 лет распространенность воспалительных заболеваний наружных половых органов увеличилась с 10,7% в 2019 году до 54,8% - в 2024 году, аномальных маточных кровотечений увеличилась с 13,0% в 2019 году до 31,8% - в 2024 году. При этом распространенность воспалительных заболеваний верхних отделов остается в пределах 4,6-3,54%, но в 2021-2022 гг. наблюдалось увеличение до 8,3-9,3% в постковидный период.

В условиях ухудшения здоровья молодежи с риском серьезных ограничений трудоспособности в зрелом возрасте актуально создание системы мониторинга состояния здоровья молодежи, позволяющей разрабатывать общие и персонализированные подходы к поддержанию здоровья, создание среды, способствующей приверженности здоровому образу жизни, изменению мышления в сторону нулевой терпимости к гендерному насилию и гендерным стереотипам.

Основные результаты опубликованы в статьях «Анализ показателей репродуктивного здоровья женщин мегаполиса Алматы за последнее десятилетие» [137], «Постковидный синдром и репродуктивное здоровье» [138], и тезисах конференций «Динамика показателей репродуктивного здоровья молодежи г. Алматы» [139], «Сравнительная оценка гинекологической заболеваемости девочек-подростков в до - и постковидный периоды г. Алматы» [140], «Тенденции в показателях репродуктивного здоровья подростков г. Алматы» [141].

3.3 Результаты контент-анализа нормативно-правовой базы в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи

Общая характеристика результатов кодирования и обобщённого анализа

В рамках исследования проведён качественно-количественный контент-анализ нормативно-правовых актов и программных документов Республики Казахстан за период 2014–2024 гг., регулирующих вопросы охраны репродуктивного здоровья молодежи.

Результаты первичного кодирования нормативно-правовых актов по разработанной кодовой матрице представлены в таблице 16. Таблица отражает

балльные оценки (0; 0,5; 1), присвоенные каждому документу по девяти аналитическим категориям.

Таблица 16 - Результаты контент-анализа НПА в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи (2014–2024 гг.)

Документ	Молодежь	Первичная профилактика	Контрацепция	ИППП / ВИЧ / ВПЧ	Цифровизация	Youth-friendly	Межсекторальность	Индикаторы	ВОЗ	Средний балл
Кодекс «О здоровье народа»	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0,39
Закон «О государственной молодежной политике»	1	0,5	0	0	0,5	0	1	0	0	0,33
Государственная программа (2020–2025)	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0,5	0,5	0,44
Концепция развития здравоохранения до 2026	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0	1	0,5	0,5	0,44
Приказ МЗ №12 (2023)	1	0,5	0,5	0,5	0	1	0,5	0	0,5	0,50
Приказ №285 (2020)	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	0,33
Стандарт ПМСП	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5	0,39
Клинический протокол «Планирование семьи»	0	0,5	1	0,5	0	0	0	0	0,5	0,28
Дорожная карта по ВИЧ (2023–2026)	0,5	1	0	1	0,5	0	1	1	0,5	0,61
Концепция молодежной политики	1	0,5	0	0	0,5	0	1	0	0	0,33
Программы по ЗОЖ	0,5	1	0	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	0,39

На основе полученных балльных значений была рассчитана средняя степень представленности категорий, что позволило сформировать обобщённые результаты контент-анализа (таблица 17). Анализ данных таблицы 17 выявил выраженную неравномерность нормативной регламентации различных направлений профилактики репродуктивного здоровья молодежи. При относительно высокой представленности межсекторального взаимодействия и инфекционной профилактики выявлены существенные пробелы в области цифровизации профилактических коммуникаций, молодежь-дружественных услуг, планирования семьи и механизмов оценки эффективности.

Таблица 17 - Средняя степень представленности категорий в НПА

Категория	Средний балл	Интерпретация
Молодежь	0,50	Умеренная представленность
Первичная профилактика	0,58	Относительно выражена
Контрацепция	0,25	Недостаточная регламентация
ИППП / ВИЧ / ВПЧ	0,58	Приоритетное направление
Цифровизация	0,21	Практически отсутствует
Youth-friendly	0,21	Слабо регламентировано
Межсекторальность	0,67	Сильная стратегическая направленность
Индикаторы	0,25	Недостаточный мониторинг
ВОЗ	0,50	Частичное соответствие

Для выявления структурных особенностей нормативной регламентации далее проведён детальный анализ ключевых направлений.

Регламентация первичной профилактики

Первичная профилактика рассматривается как базовый уровень предупреждения нарушений репродуктивного здоровья, направленный на формирование знаний, установок и поведенческих моделей до возникновения заболевания. Средний балл категории «Первичная профилактика» составил 0,58 (таблица 17), что свидетельствует об умеренной нормативной представленности данного направления.

В стратегических документах профилактика декларируется как приоритет государственной политики, однако механизмы её реализации преимущественно носят общий характер и не содержат детализированных инструментов внедрения. Образовательные мероприятия и формирование здорового образа жизни упоминаются в ряде программ, однако отсутствует системное закрепление комплексных образовательных моделей, основанных на доказательных подходах.

Таким образом, первичная профилактика нормативно обозначена, но недостаточно институционализирована как структурированный компонент молодежной политики в сфере репродуктивного здоровья.

Контрацепция и планирование семьи

Регламентация вопросов планирования семьи характеризуется низким уровнем представленности (средний балл — 0,25; таблица 17). Положения, касающиеся доступа к современным методам контрацепции, преимущественно содержатся в клинических документах, однако в стратегических программах данное направление не выделено как самостоятельный приоритет.

Отсутствие системного подхода к профилактике нежелательной беременности свидетельствует о фрагментарности нормативного регулирования и недостаточной интеграции вопросов планирования семьи в общенациональные профилактические программы.

Профилактика ИППП, ВИЧ и ВПЧ

Наиболее полно в нормативной базе представлено инфекционное направление профилактики (0,58; таблица 17). Дорожные карты и

государственные программы предусматривают меры по профилактике, раннему выявлению и снижению распространенности ВИЧ-инфекции и других ИППП. Включение вакцинации против ВПЧ в национальный календарь профилактических прививок отражает частичное соответствие международным рекомендациям. Вместе с тем инфекционный компонент развивается преимущественно как самостоятельное направление, без достаточной интеграции в комплексную модель репродуктивного здоровья молодежи.

Цифровизация профилактических коммуникаций

Категория «Цифровизация профилактических коммуникаций» характеризуется минимальным средним значением (0,21; таблица 17). Несмотря на декларируемую цифровую трансформацию системы здравоохранения, использование цифровых каналов (социальные сети, онлайн-платформы, мобильные приложения, телемедицина) в целях профилактики репродуктивного здоровья молодежи практически не регламентировано. Данный результат свидетельствует о существенном разрыве между общей стратегией цифровизации и реальным нормативным закреплением цифровой профилактики.

Молодежь-дружественные услуги и механизмы мониторинга

Категория молодежь-дружественных услуг также получила низкий средний балл (0,21; таблица 17). Хотя отдельные нормативные акты регулируют деятельность молодежных центров здоровья, системное закрепление принципов конфиденциальности, доступности и ориентации на потребности молодежи отсутствует в большинстве документов.

Механизмы мониторинга и оценки эффективности профилактических программ представлены недостаточно (0,25; таблица 17). В большинстве документов отсутствуют чёткие показатели результативности и инструменты оценки воздействия, что ограничивает возможности доказательной оценки реализуемых программ.

Сопоставление с международными стандартами

С целью оценки степени соответствия национальной нормативной базы международным подходам проведено сопоставление выявленных направлений регулирования с рекомендациями World Health Organization и глобальными стратегиями профилактики. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 18.

Таблица 18 - Сопоставление нормативной базы Республики Казахстан с международными рекомендациями

Направление	Международные рекомендации	Нормативная база РК	Оценка соответствия
1	2	3	4
Комплексное половое образование	Evidence-based CSE	Фрагментарное упоминание	Частичное
Youth-friendly services	Конфиденциальность, доступность, гендерная чувствительность	Регламентировано частично	Частичное

Продолжение таблицы 18

1	2	3	4
Доступ к контрацепции	Обеспечение доступности для молодежи	Ограниченная регламентация	Низкое
Цифровая профилактика	e-health, m-health, онлайн-платформы	Практически отсутствует	Низкое
Мониторинг эффективности	KPI и оценка воздействия	Индикаторы фрагментарны	Частичное

Анализ данных таблицы 18 показал, что национальная нормативная база частично соответствует международным подходам, преимущественно в части инфекционной профилактики и межсекторального взаимодействия. Вместе с тем выявлены существенные расхождения в области цифровизации профилактических коммуникаций, системного внедрения комплексного полового образования и институционализации молодежь-дружественных услуг.

В международной практике профилактика репродуктивного здоровья молодежи рассматривается как интегрированная модель, объединяющая образовательные, цифровые, поведенческие и сервисные компоненты. В национальной системе данные элементы присутствуют разрозненно и не объединены в единую концептуальную рамку.

Первичная профилактика в нормативно-правовой базе Республики Казахстан представлена достаточно широко, однако ее эффективность ограничивается фрагментарностью и отсутствием единого стандарта сексуального образования.

Текущее состояние в НПА РК

Кодекс о здоровье (2020): Статья 91 закрепляет право на получение информации о репродуктивном здоровье, однако механизмы реализации этого права в образовательной среде прописаны недостаточно четко. Профилактика часто сводится к «информированию о вреде», а не к формированию навыков.

Приказ МЗ РК №244/2020 и Стандарт №12 (2023): Эти документы делают упор на работу Молодежных центров здоровья (МЦЗ). Однако МЦЗ — это скорее уровень «вторичной» профилактики (консультирование тех, кто уже обратился). Первичная профилактика в школах через «уроки здоровья» часто носит факультативный характер.

Пробелы: Отсутствие обязательного, стандартизированного курса полового просвещения, интегрированного в школьную программу, который бы охватывал не только медицинские, но и психологические, правовые аспекты (согласие, границы, права).

Международные стандарты (ЮНЕСКО и ВОЗ)

Сравнение с Международным техническим руководством по сексуальному образованию (UNESCO, 2018/2024) выявляет следующие отличия:

Концепция CSE (Comprehensive Sexuality Education): Международный стандарт предполагает «всестороннее» образование, которое начинается с раннего возраста и охватывает когнитивные, эмоциональные и социальные

аспекты. В РК профилактика остается преимущественно «медицинской» (акцент на ИППП и контрацепцию).

Доказательная база: ВОЗ подчеркивает, что доступ к полной информации снижает риск ранних беременностей и ИППП, в то время как ограничение информации («подход воздержания») неэффективно. В НПА РК наблюдается осторожность в формулировках, что часто приводит к самоцензуре педагогов.

Вакцинация как первичная профилактика: Программа вакцинации против ВПЧ в РК является передовым шагом первичной профилактики, соответствующим стратегии ВОЗ по элиминации рака шейки матки. Однако нормативная поддержка информационных кампаний вокруг вакцинации нуждается в усилении.

Таким образом, проведенный контент-анализ позволяет сделать вывод о том, что нормативно-правовая база Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи носит преимущественно организационно-декларативный характер, с акцентом на инфекционную профилактику и межсекторальное взаимодействие, при недостаточной регламентации цифровых профилактических коммуникаций, молодежь-дружественных услуг, планирования семьи и механизмов оценки эффективности программ. Выявленные пробелы свидетельствуют о необходимости разработки научно обоснованного комплекса мероприятий, направленного на усиление системности и результативности профилактических программ.

3.4 Результаты анкетирования молодежи по осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья

Репродуктивное поведение молодежи формирует модели поведения, многие из которых в будущем оказывают влияние на состояние здоровья. В современном мире наблюдается разрыв между степенью рискованного полового поведения и уровнем знаний молодежи в вопросах репродуктивного здоровья.

Регулярный мониторинг индикаторов в сфере репродуктивного здоровья населения остается актуальной задачей. Одной из эффективных моделей по улучшению осведомленности молодежи по вопросам репродуктивного здоровья является использование цифровых систем здравоохранения. Мобильное здравоохранение как техническая сфера вызывает растущий интерес и перспективы со стороны как развитых, так и развивающихся стран.

При анализе программ мобильного здравоохранения, ориентированных на сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ) молодежи, были изучены 17 проектов, в которых мобильные телефоны использовались в качестве ключевого средства коммуникации. В большинстве проектов мобильное здравоохранение использовалось в качестве инструмента укрепления здоровья (82%) для облегчения обмена знаниями и изменения поведения для улучшения сексуального и репродуктивного здоровья среди молодежи. В других проектах (18%) мобильное здравоохранение использовалось в качестве способа связать пользователей с основными службами СРЗ, включая консультирование и услуги по планированию семьи, медикаментозный аборт и тактика ведения после

аборта, а также тактика лечения при ВИЧ. Методы предоставления контента СРЗ в две трети проектов (70%) были в виде текстовых сообщений, что позволило увеличить охват молодых людей к подключению молодежи к информации и услугам в области СРЗ.

Использование информационных технологий позволяет провести мониторинг и совершенствование образовательных программ в области репродуктивного здоровья. Целью нашего исследования явилось изучение осведомленности по вопросам репродуктивного здоровья среди студенческой молодежи Казахстана, а также оценка структуры источников информации и предпочтительных каналов просвещения.

Анонимное онлайн анкетирование среди студентов разных университетов Казахстана в период январь-февраль 2022 года в Google Form, первый блок включал вопросы о социальном статусе респондента, во втором блоке - осведомленность по вопросам репродуктивного здоровья. В анкетировании приняли участие 238 человек. Обработка результатов опроса проводилась в программе SPSS Statistics 23 с использованием критерия χ^2 Пирсона.

Результаты анкетирования представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Результаты опроса

Вопросы к респондентам	Всего n=238	%	Ошибка среднего значения	ДИ	
				Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	3	4	5	6
Уровень знаний о зачатии					
100%	133	55,8%	3,2	49,4	62,2
75%	82	34,4%	3,1	28,2	40,6
50%	9	3,7%	1,2	1,3	6,1
<50%	14	6,0%	1,5	2,9	9,1
Знание о презервативах					
Да	216	90,7 %	1,9	86,9	94,5
Нет	22	9,2 %	1,9	5,5	13,0
Источники					
Родители	6	2,5%	1,0	0,5	4,6
Врачи	63	26,5%	2,9	20,8	32,2
Брошюры	2	0,8%	0,6	0,3	2,0
Друзья	19	8,0%	1,8	4,5	11,5
Социальные сети	54	22,6%	2,7	17,2	28,0
Молодежный центр	1	0,4%	0,4	0,4	1,3
ТВ	14	5,9%	1,5	2,8	8,9
Сайты	23	9,7%	1,9	5,8	13,5
Не знаю	4	1,7%	0,8	0,02	3,3
Студенческие организации	10	4,2%	1,3	1,6	6,8
В какой форме хотели бы получать информацию о репродуктивном здоровье					
Родители	5	2,1%	0,9	0,2	4,0

Продолжение таблицы 19

1	2	3	4	5	6
Врачи	107	45,0%	3,2	38,5	51,4
Брошюры	7	2,9%	1,09	0,8	5,12
Друзья	8	3,4%	1,2	1,0	5,7
Социальные сети	29	12,2%	2,12	7,9	16,4
Молодежный центр	3	1,3%	0,7	0,2	2,7
ТВ	3	1,3%	0,7	0,2	2,7
Сайты	20	8,4%	1,8	4,8	12
Студенческие организации	14	8,9%	1,8	5,2	12,6
Начала половой жизни (возраст)					
Не живут половой жизнью	157	66,0 %	3,1	59,8	72,1
До 20	54	22,7%	2,7	17,3	28,1
После 20	27	11,3%	2,1	7,2	15,5
Количество половых партнеров					
Нет	157	66,0%	3,1	59,8	72,1
1	60	25,2%	2,8	19,6	30,8
2	7	2,9%	1,1	0,8	5,1
3 и более	14	8,9%	1,8	5,2	12,6
Используемые методы контрацепции					
Не используют	140	58,8%	3,2	52,4	65,2
Оральные контрацептивы	6	2,52%	1,0	0,5	4,6
Презервативы	49	20,6%	2,6	15,3	25,8
Основные жизненные приоритеты (на 1-м месте)					
Семья	0	66,4%	3,1	60,3	72,5
Высшее образование	16	6,7%	1,6	3,5	10,0
Карьера	19	8,0%	1,8	4,5	11,5
Друзья	20	8,4%	1,8	4,8	12
ЗОЖ	25	10,5%	2,0	6,5	14,5
Основные негативные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье					
COVID-19	7	2,9 %	1,1	0,8	5,1
Наркотики	48	20,2%	2,6	15,0	25,4
Экологические проблемы	21	8,8 %	1,8	5,1	12,5
Алкоголь	18	7,6 %	1,7	4,1	11,0
Социальные проблемы	12	5,0 %	1,4	2,2	7,9
Аборт	10	4,2 %	1,3	1,6	6,8
Хронические заболевания	8	3,4 %	1,2	1,0	5,7
ИППП	40	16,8 %	2,4	12,0	21,69
Табакокурение	74	31,1 %	3	25,1	37,1
Знание о «медикаментозном аборте»					
Да	196	82,4%	2,5	77,4	87,3
Нет	42	17,7%	2,5	12,7	22,6

В социологическом опросе приняли участие 238 студентов КазНУ им.Аль Фараби, МКТУ им. Ходжа Яссауи и Медицинского университета Семей, подавляющее большинство респондентов были с медицинских факультетов (84,8%) и лишь 15% опрошенных из факультетов другой специальности.

Следует отметить, что из общего количества (n=238) молодых людей, принявших участие в социологическом опросе, 21% (n=51) – иностранные студенты, представители таких стран как: Индия (13%), Пакистан (2%), Германия и Российская Федерация (по 1%), и других (4%). Распределение по региону проживания среди опрошенных резидентов Республики Казахстан (n=188) показал, что половина из них (48,9%) являются жителями крупных городов: г. Алматы 22% (n=52), г. Шымкент 16% (n=38) и 1% (n=2) из г. Астана, другая половина (51,1%) проживает в областях Казахстана (при этом не было распределения по категориям: «сельский житель» или «городской житель»). Распределение по региону проживания представлено на рисунке 19.

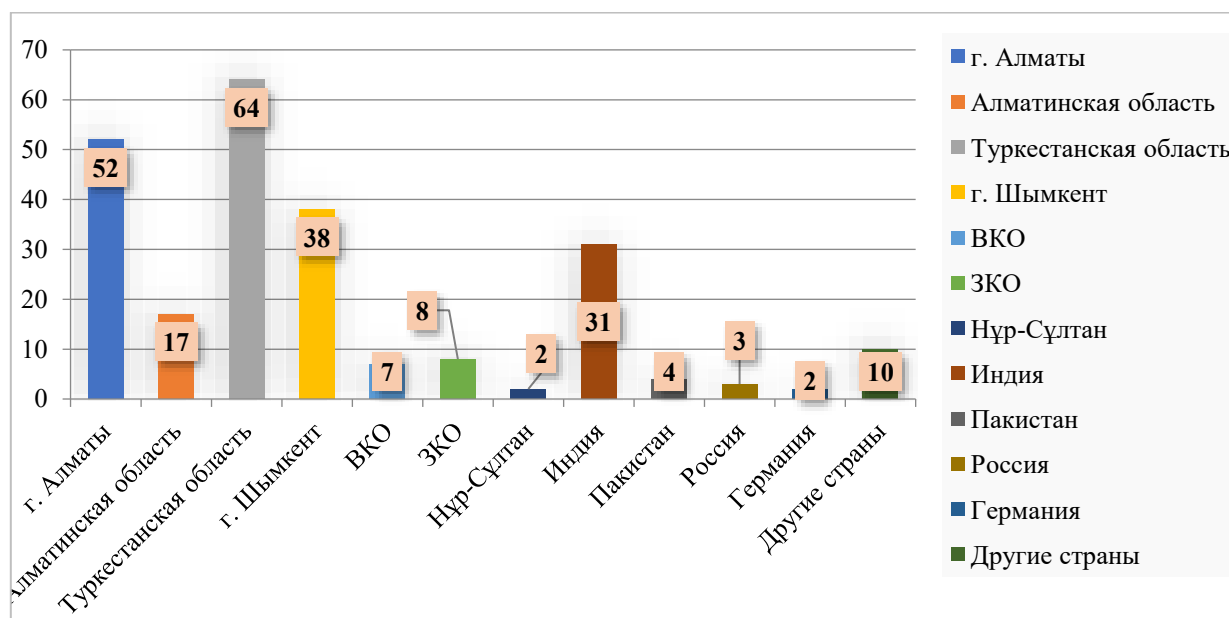


Рисунок 19 - Распределение респондентов по региону проживания

Распределение опрошенных по полу имеет следующий вид: 98 юношей (41,2%) и 140 девушек (58,8%), при этом среди резидентов РК преобладали девушки (66,5%), среди нерезидентов – юноши (70%) (рисунок 20).

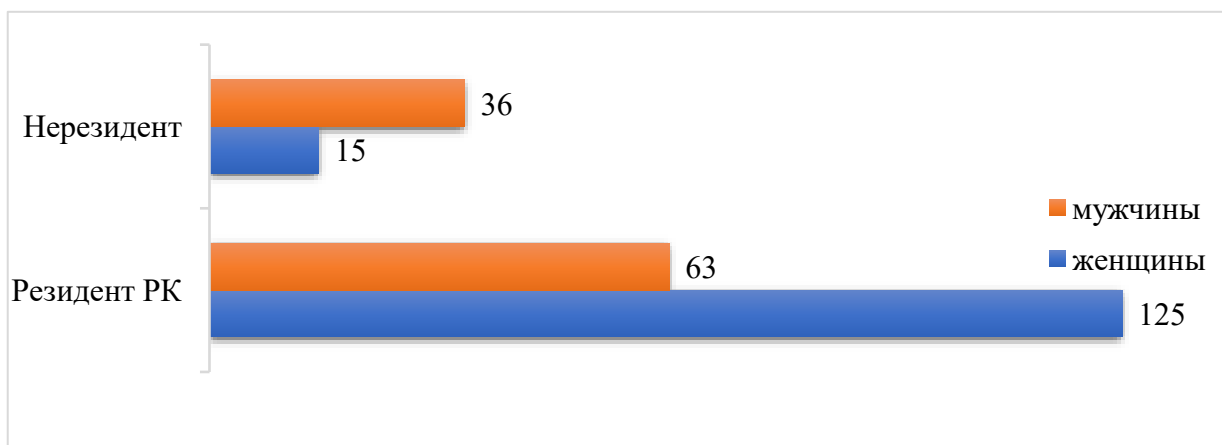


Рисунок 20 – Половая структура респондентов: резидентов РК и нерезидентов РК

Возрастной диапазон респондентов, участвовавших в исследовании: от 18 до 30 лет, средний возраст выборки составил $21,0 \pm 2,7$ лет: у девушек 21, у юношей 23 года. Половозрастная характеристика респондентов представлена на рисунке 21.

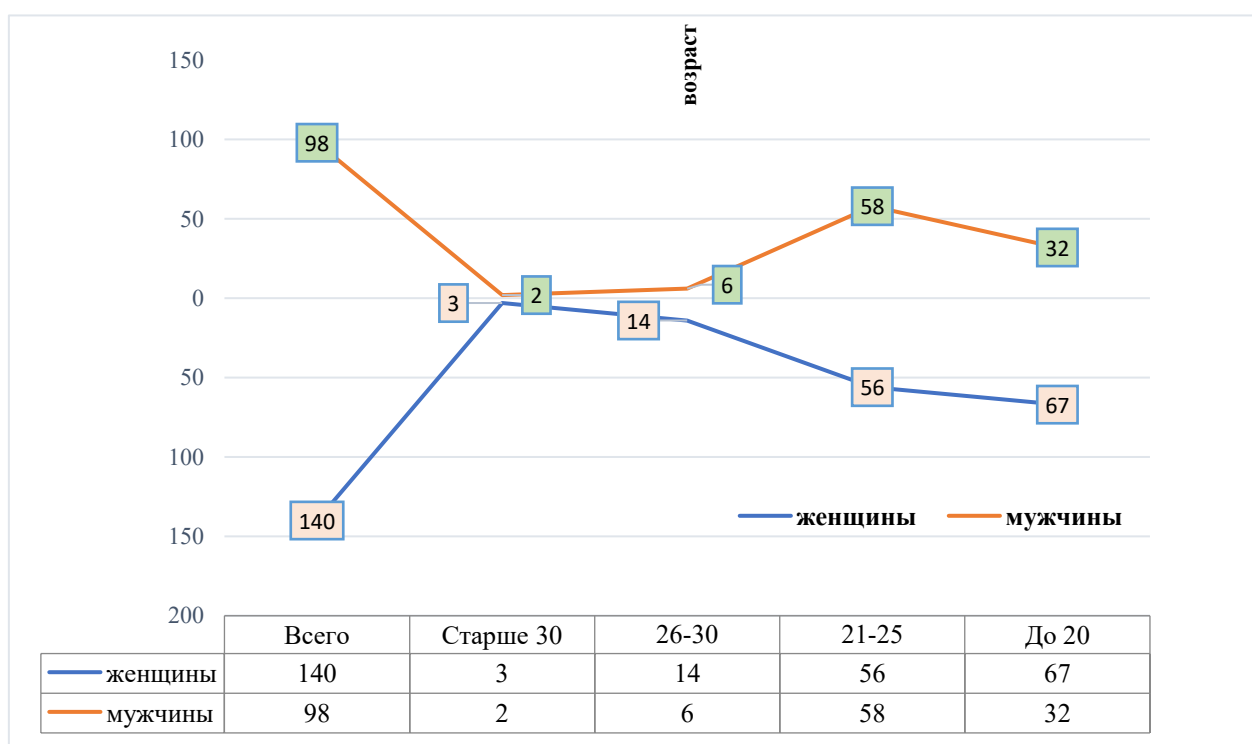


Рисунок 21 - Распределение респондентов по полу и возрасту

Среди всех респондентов, принявших участие в анкетировании, одна треть состояла в браке ($n=73$, 30,7%), большая часть из которых девушки (73,9%, $n=54$) (рисунок 22). Примечательно, что среди опрошенных резидентов РК было

больше замужних девушек – 69%, женатых юношей всего 30,5%; среди нерезидентов РК наоборот: 74% юношей и 26% девушек состояли в браке.

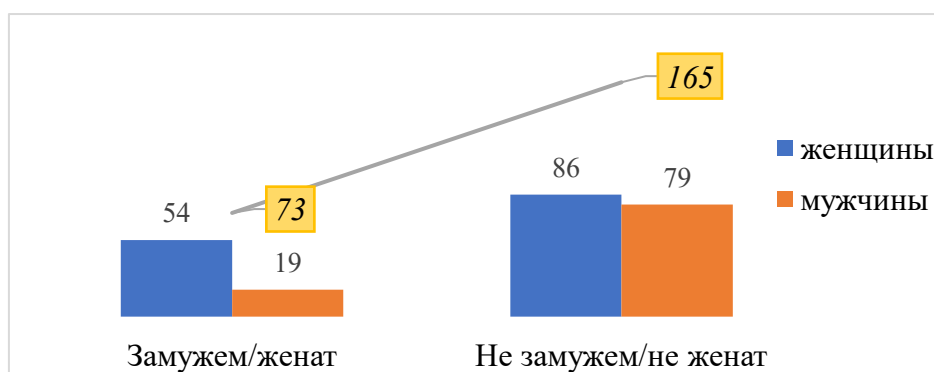


Рисунок 22 - Распределение респондентов по семейному положению

Таким образом, данные анализа о составе респондентов, принявших участие в социологическом исследовании, свидетельствуют о том, что большинство опрошенных из медицинских факультетов (84,8%), средний возраст респондентов $21,0 \pm 2,7$ лет, девушек опрошено было чуть больше чем юношей (58,8%), 1/3 респондентов представляют нерезиденты РК, среди которых преобладали юноши (70%), среди резидентов РК долевое распределение между городскими и областными жителями почти поровну (48,9% и 51,1% соответственно); по семейному положению – только одна треть опрошенных ответила, что состоит в браке, большинство из которых девушки (74,9%).

При изучении мнений студентов ВУЗов, участвовавших в опросе, выявило, что 31,1% молодых людей, из негативных факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, «табакокурение» относят к наиболее значимому, следующими риск-факторами в ранжировании оказались «наркотики» – 20,2% и «ИППП» – 16,8%, «аборт», как негативный фактор, отметили лишь 4,2%. Распределение факторов, по мнению респондентов, представлено на рисунке 23.

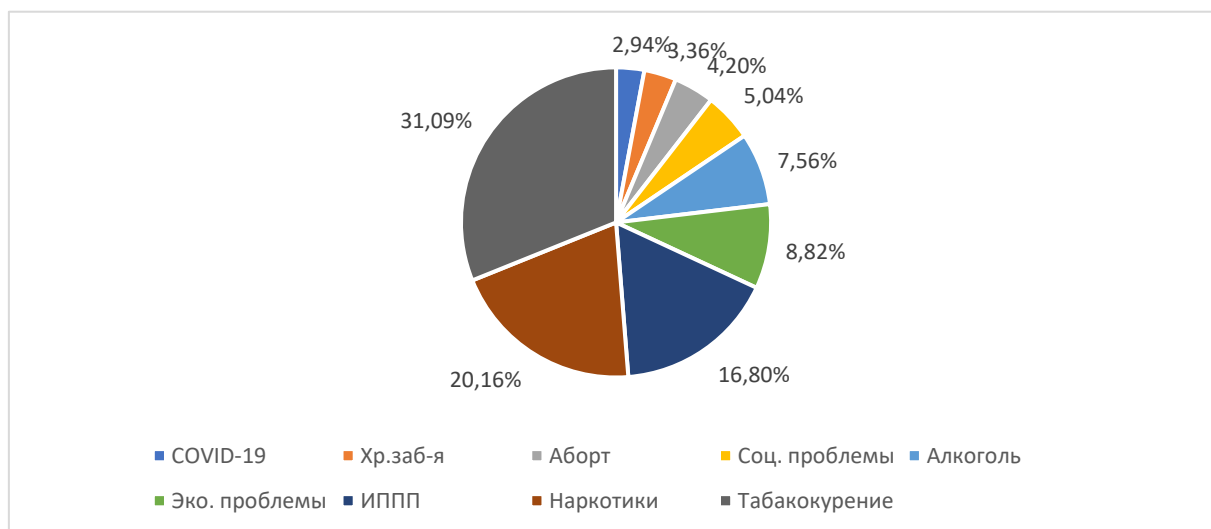


Рисунок 23 – Распределение негативных факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, по мнению респондентов.

Согласно результатам анкетирования, преобладающее количество опрошенных оценили свой уровень знаний о наступлении беременности как очень высокое 55,8% (n=133) и высокое 34,45% (n=82), при этом среди тех, кто выставил наивысшую оценку своим знаниям большую часть составили Казахстанцы (60,4%, n=113), и, наоборот, большая половина среди иностранных студентов (56,86%, n=29) считают, что их уровень знаний в данном вопросе ниже 100%. Выявлена статистическая значимость оценки осведомленности по вопросам зачатия со страной происхождения респондента, достоверно чаще резиденты РК оценивали свои знания в данном вопросе недостаточным (доля респондентов среди резидентов РК с оценкой средний и ниже среднего больше, чем среди нерезидентов РК (11,23% и 3,92% соответственно), $p < 0.01$, $p = 0.002$) (рисунок 24).

Обращает на себя внимание, что среди иностранных студентов респондентов исключительно юноши признали свой уровень знаний о зачатии недостаточным – ниже среднего (1,96%). Однако, следует отметить, что не выявлена статистическая значимость в утверждениях с половым признаком ($p > 0.05$).

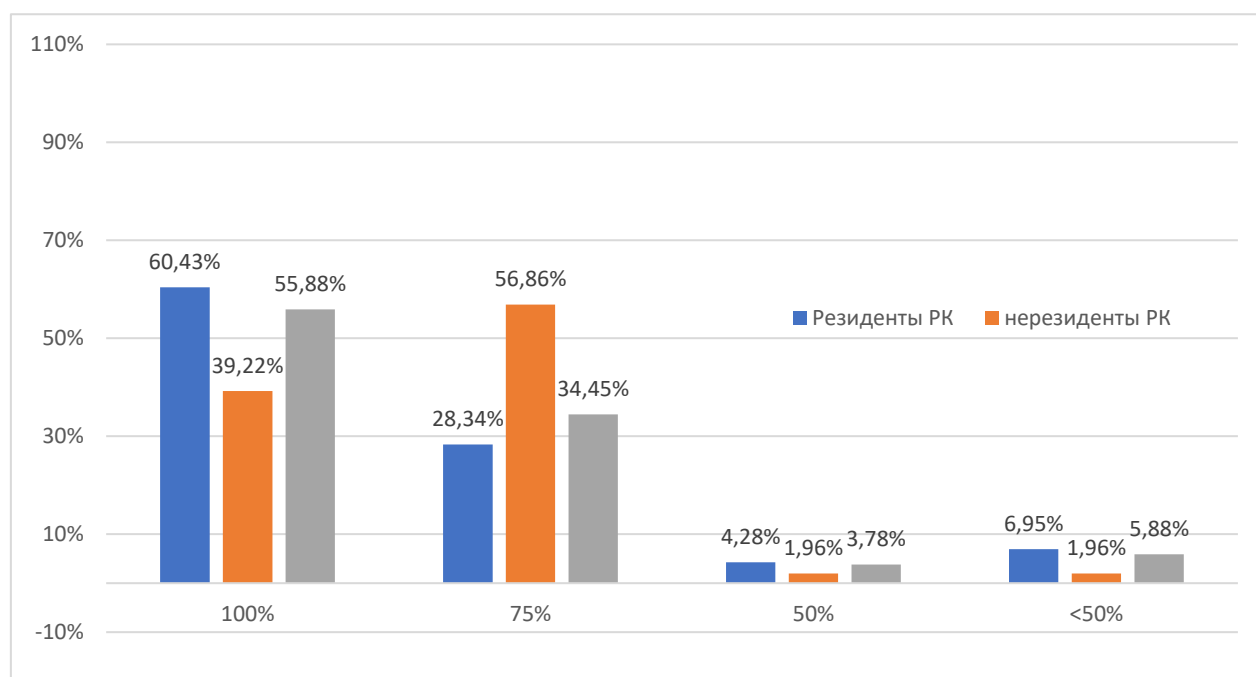


Рисунок 24 – Сравнительный анализ оценки уровня знаний о том, как наступает беременность

Анализ данных об уровне знаний о медикаментозном прерывании беременности выявил, что респонденты из зарубежных стран более осведомлены об аборте (92,16%, n=47, $p < 0.05$), тогда как среди Казахстанцев удельный вес незнающих выше, чем среди иностранцев (20,3% против 7,84%), хотя уровень информированности в данном вопросе среди Казахстанцев выше среднего и составил 79,7% (n=149). В тоже время, данные не выявили статистических

различий в разрезе гендера, по уровню их осведомленности об аборте ($p>0.05$), (рисунок 25).

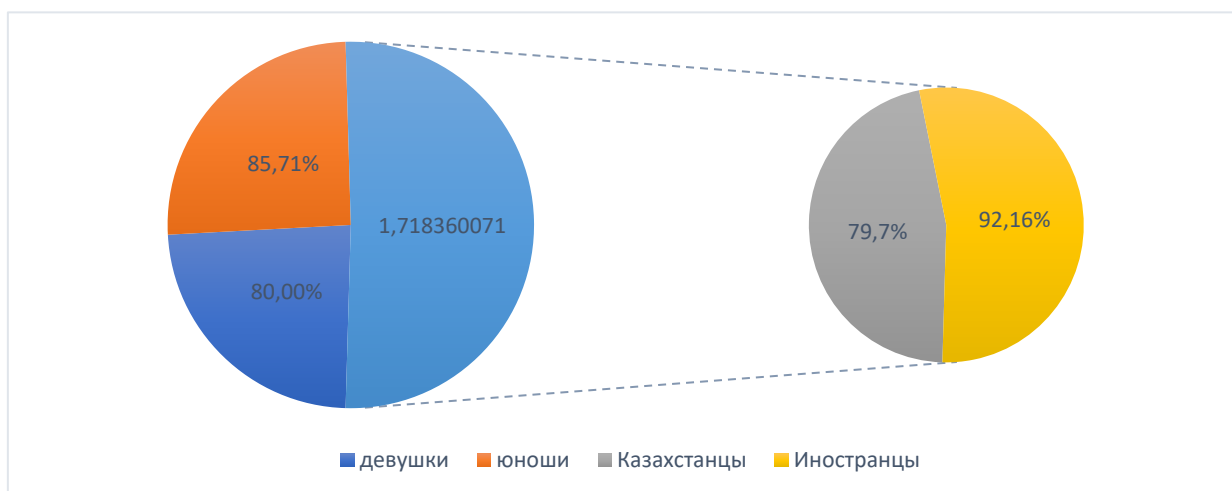


Рисунок 25 – Сравнительные данные оценки уровня знаний о методе прерывания беременности – медикаментозный аборт

Довольно преобладающая доля из всех респондентов (90,76%, $n=216$) ответили утвердительно на вопрос: «Знаете ли Вы, что можно предотвратить беременность, если постоянно использовать презервативы?», также высок уровень компетенции в этом вопросе в разрезе групп: резиденты и нерезиденты РК (89,84% и 94,12%) и в группах: девушки и юноши (выше 90%) (рисунок 26).

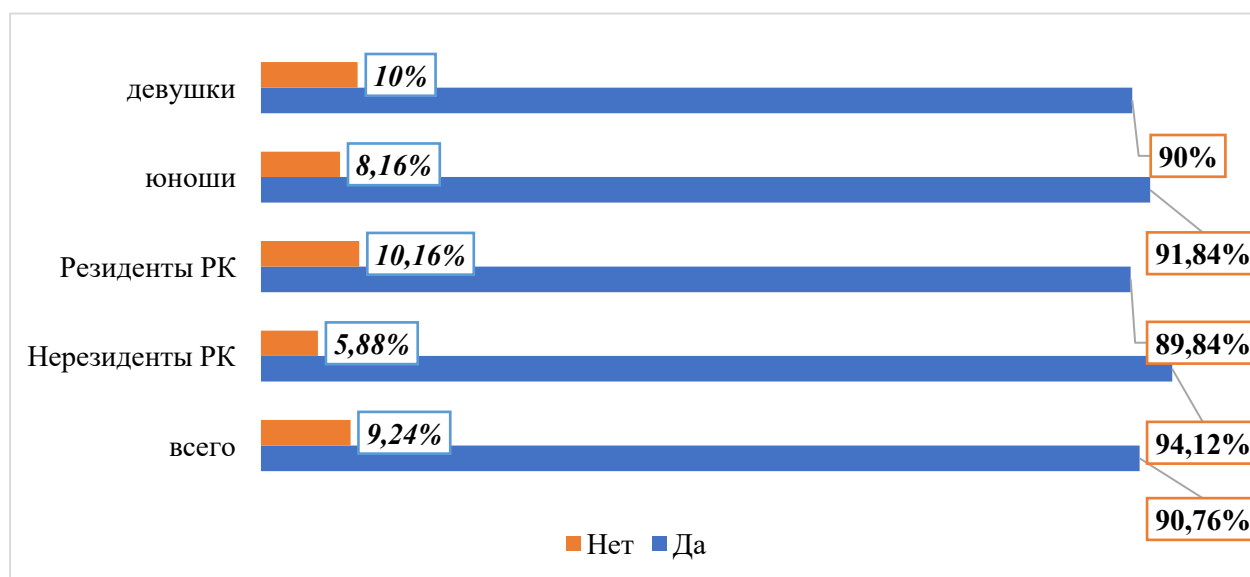


Рисунок 26 – Результат ответов респондентов на знание о методе контрацепции (презерватива)

Результат проведенного исследования показал, что основным источником информации у каждого третьего респондента были врачи (28,6%, $n=68$), средства массовой информации занимают второе место как источник сведений: такие как

социальные сети (27,3%, n=65) и сайты (14,3%), также чаще молодые люди получали информацию от друзей (по 14,3%). Примечательно, что из всех опрошенных, реже информируют родители и всего 1 юноша был проконсультирован специалистом Молодежного центра о средствах предохранения от нежелательной беременности (0,4%). Распределение мнений опрошенных по источникам информации представлено на рисунке 27.

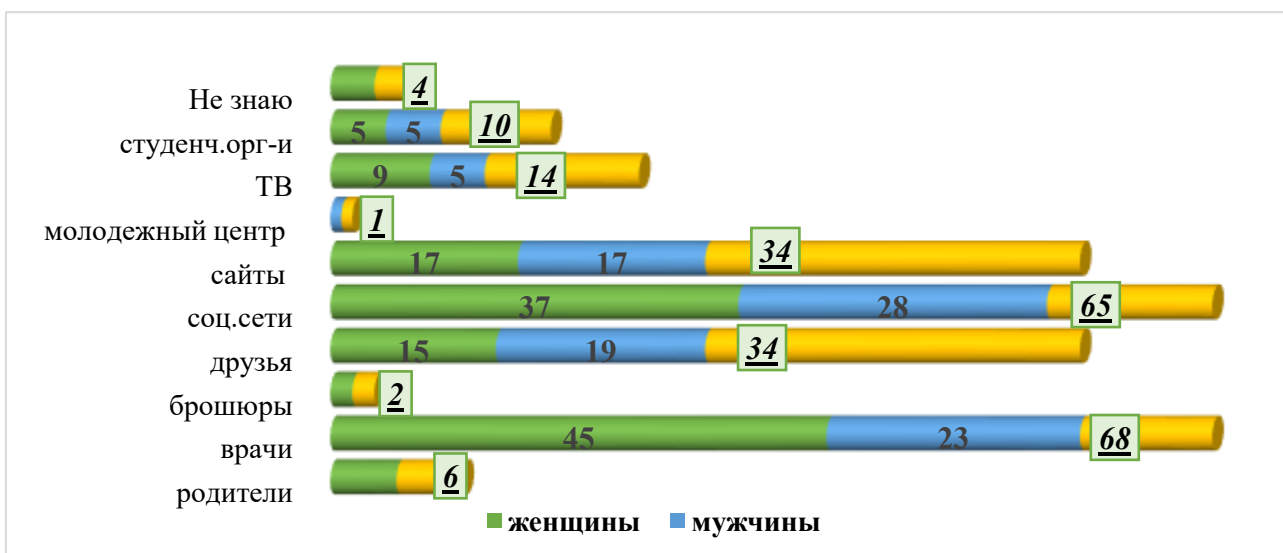


Рисунок 27 – Первые источники информации для респондентов

Особо следует отметить, что довольно значительная часть, почти половина всех респондентов (48,3%, n=115), желают получать информацию о репродуктивном здоровье через врача, что свидетельствует о высоком уровне доверия у молодых людей как надежного, компетентного источника (рисунок 28).

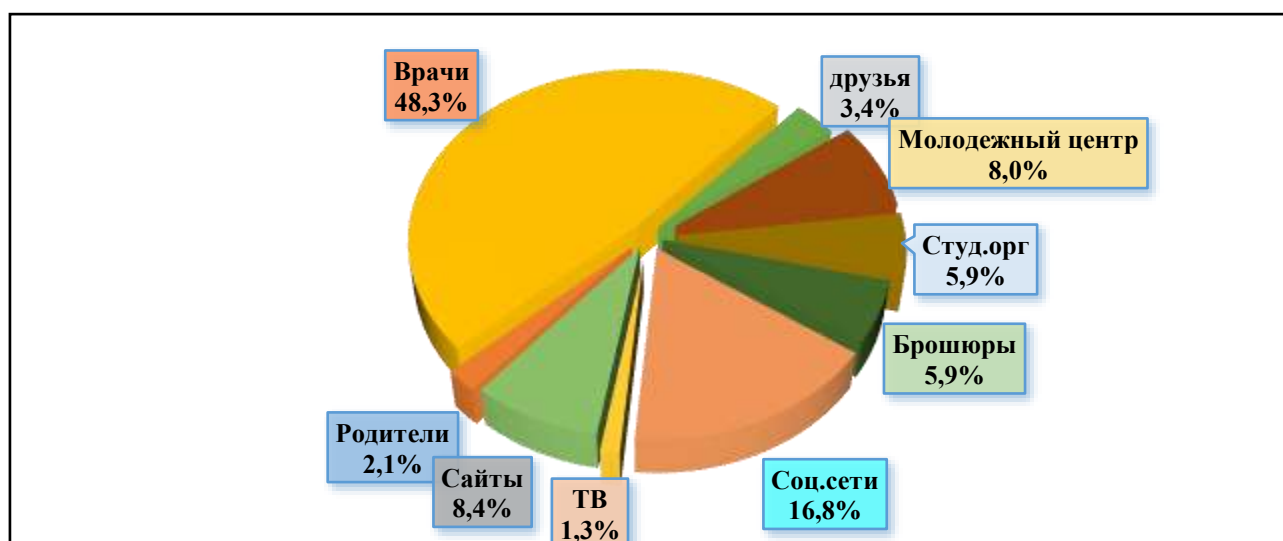


Рисунок 28 – Предпочитаемые источники информации для респондентов относительно репродуктивного здоровья

Далее был проведен анализ репродуктивного поведения респондентов. По результатам опроса треть молодых людей, участвовавших в анкетировании, сексуальна активна (34,02%, n=81), так, $\frac{1}{5}$ часть из общего количества опрошенных начали свою сексуальную жизнь до 20 лет (22,6%, n=54), 11,3% (n=27) после 20, больше половины респондентов (65,96%, n=157) не живут половой жизнью. Средний возраст начала половых отношений среди молодежи 18-30 лет составляет 19,5 лет.

Следует отметить, что выявлена зависимость начала сексуальной жизни от пола: доля респондентов юношей с опытом половой жизни больше (45,9%), чем среди девушек (18,6%); юноши вступали в сексуальные отношения в более раннем возрасте – до 20 лет (37,8%, n=37), чем девушки (p<0.01). Так самый ранний дебют половой жизни среди юношей респондентов составил 12 лет.

Различий между страной проживания респондентов и началом половых отношений не выявлено (p>0.05) (рисунок 29).

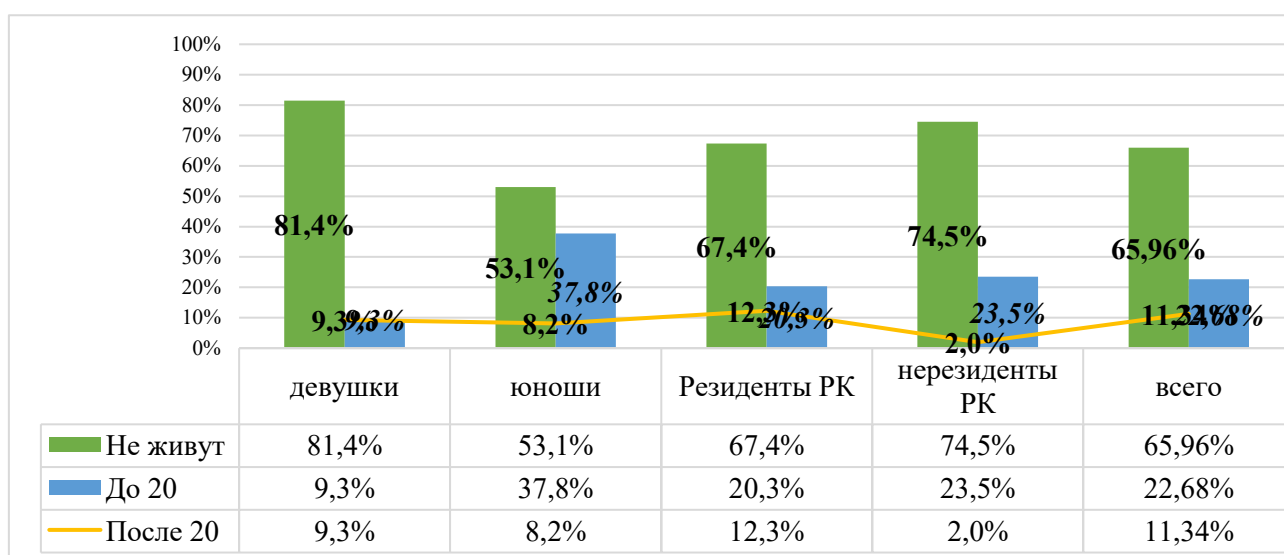


Рисунок 29 – Сравнительный анализ по возрасту начала половой жизни

Как показало исследование, 65,9% опрошенных не имеют половых партнеров (n=157), 25,2% верны одному половому партнеру, 2,7% имели сексуальные контакты с двумя половыми партнерами, 6,2% респондентов ведут беспорядочные половые связи (рисунок 30). Выявлена связь в разрезе гендера и страной постоянного места проживания респондента, так, достоверно чаще имеют несколько сексуальных партнеров юноши (p<0.01) и молодежь из Казахстана (p>0.05).

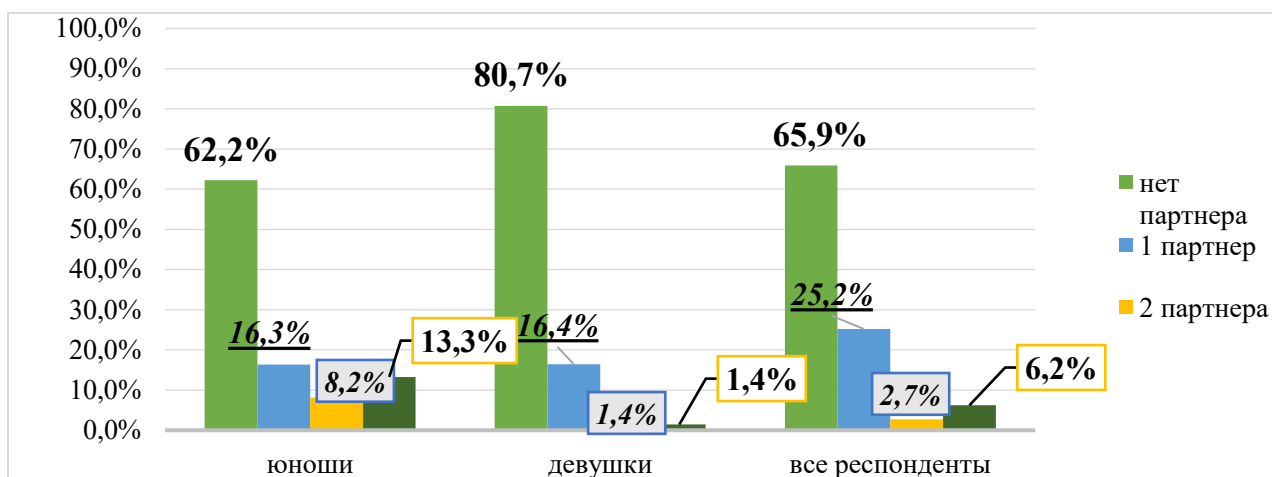


Рисунок 30 – Сравнительные данные по количеству половых партнеров

Следует подчеркнуть, что среди опрошенных молодых людей, живущих половой жизнью, одна треть (37,5%) не используют контрацептивы. Вместе с тем, 58,3% ответили, что при сексуальных контактах используют презерватив. Обращает на себя внимание, что достоверно чаще девушки предпочитают незащищенный половой контакт (так ответила каждая вторая респондентка), и, юноши чаще выбирают презерватив как метод контрацепции во время полового контакта ($p < 0.01$). Видимо, это связано с тем, что в большинстве у девушек один постоянный половой партнер, тогда как юноши имеют половые контакты более чем с одним сексуальным партнером и данный аспект является фактором, снижающим рискованное поведение. Ранжирование ответов респондентов представлено на рисунке 31.

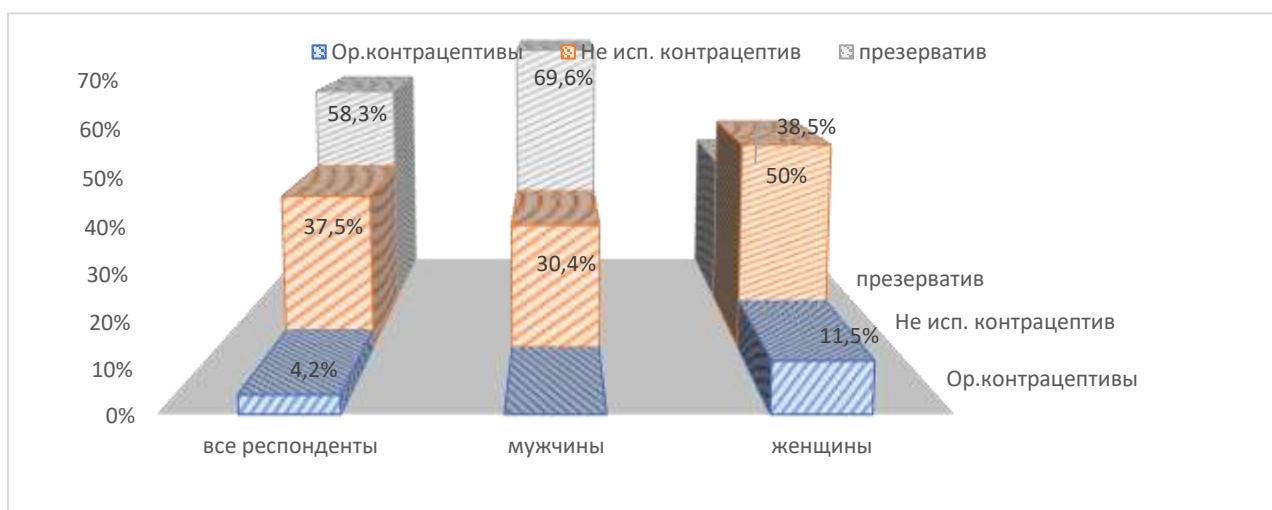


Рисунок 31 – Анализ об используемых методах контрацепции

Ответы о ценностной ориентации современных молодых людей показала, что главным жизненным приоритетом 66,39% респондентов отметили «семья», 10,5% участников опроса считают «здоровый образ жизни» основным, как ни

странно, меньше всего молодежь интересуется «карьерой» и «образованием», которые набрали наименьший удельный вес: 7,98% и 6,72%. Результат анализа не выявил статистической значимости между полом, регионом проживания опрошенных и жизненными приоритетами ($p > 0.05$). Распределение ответов респондентов представлено на рисунке 32.

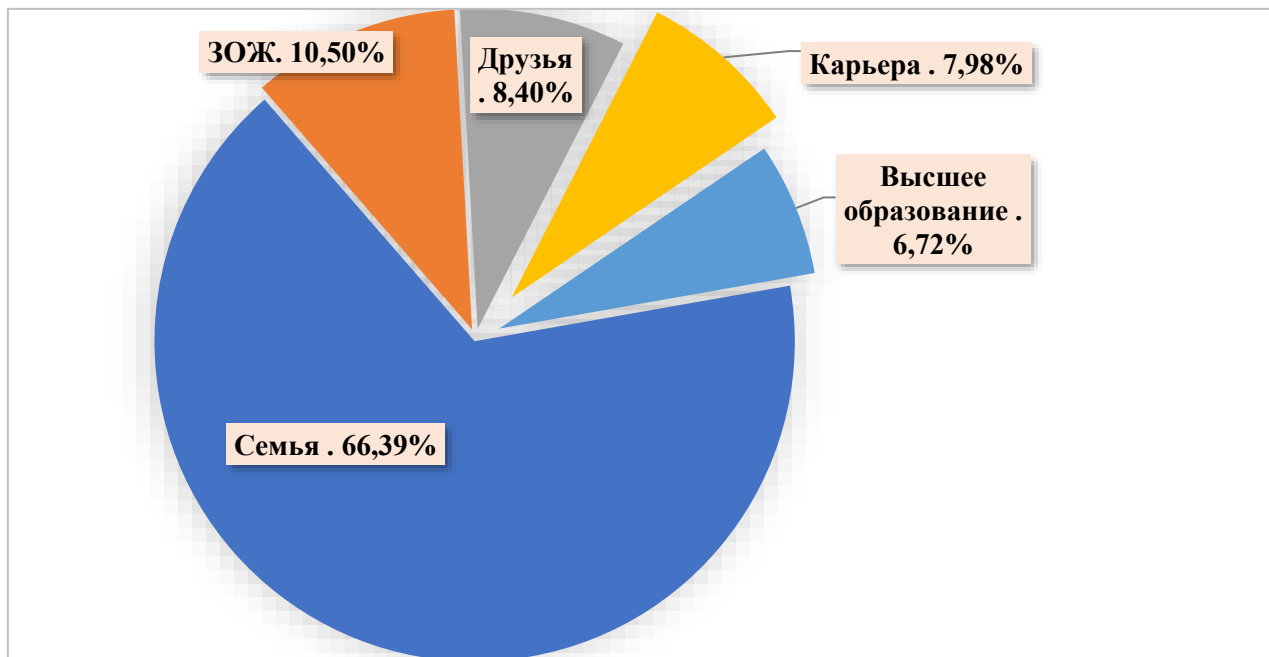


Рисунок 32 – Жизненные приоритеты респондентов

Проведенное исследование показало, что имеет место недостаточная осведомленность молодёжи 18-30 лет по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, что является предиктором к формированию в будущем поведения с повышенным уровнем риска для здоровья, последствия которого проявятся в росте случаев инфекций, передающихся половым путем, и увеличение количества бесплодия населения репродуктивного возраста. Такую ситуацию характеризуют следующие данные:

1. Лишь 4,2% молодых людей аборт считают негативно влияющим фактором на репродуктивное здоровье, что свидетельствует о том, что большая часть опрошенных, не владеет информацией об имеющихся рисках, последствиях при искусственном прерывании беременности.

2. Несмотря на то, что молодые люди высоко оценивают свой уровень знаний об абортах (90,7%) и признаках наступления беременности (90,3%), казахстанские студенты имеют низкую осведомленность по данным вопросам, чем нерезиденты РК.

3. 90,3% студентов имеют правильные знания об использовании презервативов, как одного из метода профилактики нежелательной беременности, это является довольно хорошим показателем информированности.

4. Основным источником информации у каждого третьего молодого человека были врачи и социальные сети (27,3%), довольно значительная часть (48,3%) желали бы получать информацию о репродуктивном здоровье через врача, что свидетельствует о высокой квоте доверия как надежного, компетентного источника.

Анализ репродуктивных установок и поведения установил, что:

1. Как и во многих исследованиях, в целом доля молодых людей 18-30 лет, имеющих опыт половой жизни, составляет около трети молодёжи данной возрастной группы – 34,02%, причем 22,6% отметили, что имели первый сексуальный контакт до 20 лет. Средний возраст начала половых отношений в данной возрастной группе составил 19,5 лет.

2. Также подтверждается тенденция сексуального поведения среди молодежи, в отношении различия в гендере: юноши в более раннем возрасте начинают половую жизнь – до 20 лет (37,8%) и вступают позже в брак, чем девушки ($p < 0.01$). Кроме того, достоверно чаще практикуют беспорядочные сексуальные связи, в большей степени демонстрируя рискованное поведение, юноши и молодежь из Казахстана.

3. Обращает на себя внимание, что среди сексуально активных молодых людей каждая вторая респондентка избегает использования контрацептивов, а юноши чаще выбирают презерватив как метод контрацепции во время полового контакта ($p < 0.01$). Видимо, это связано с тем, что в подавляющем большинстве у девушек один постоянный половой партнер, и имеется высокий уровень доверия к своему половому партнеру и наоборот, наличие более чем одного сексуального партнера, повышает настороженность у юношей.

Сегодня активная молодежь выступает как движущая сила прогресса страны, их ценные ориентации и нравственный облик оказывают заметное влияние на социальные, духовные и экономические процессы. Выбирая главный жизненный приоритет по значимости, большинство молодых людей (66,39%) отметили «семья», в противовес карьере, высшему образованию и здоровому образу жизни. Следовательно, важнее материальных благ оказались традиционные ценности как «семья», вероятно это связано с возрождением духовно-культурных традиций.

Представленные данные статистический достоверно демонстрируют, что около трети молодых людей 18-30 лет имеют опыт сексуальных отношений, значительная часть из них практикуют рискованное половое поведение. В то же время среди данной возрастной группы имеется недостаточный уровень знаний по вопросам детерминант сексуального и репродуктивного здоровья.

Все это является призывом к действию, направленных на обеспечение должного уровня информационного потока для ликбеза по вопросам репродуктивного здоровья, включая предоставление услуг по планированию семьи, обучение молодых людей вопросам сохранения сексуального и репродуктивного здоровья, предоставление молодежи равного доступа ко всему спектру методов контрацепции.

Результаты проведенного исследования опубликованы в [142-145].

Объективная оценка уровня знаний о репродуктивном здоровье среди студентов

Блок объективной оценки знаний о репродуктивном здоровье позволило провести верификацию субъективных представлений респондентов и установить фактический уровень их информированности по ключевым аспектам репродуктивного здоровья. Общая выборка исследования составила 238 студентов, среди которых преобладали представители медицинских специальностей (84,8%), что предполагает наличие базовой академической подготовки в вопросах инфекционной профилактики и гигиены.

Для интегральной оценки уровня информированности был рассчитан суммарный индекс знаний, основанный на девяти контрольных вопросах (один балл за каждый правильный ответ). Распределение респондентов по уровням знаний представлено в таблице 20.

Таблица 20 - Сравнение суммарного индекса знаний между резидентами и нерезидентами (n=238)

Уровень знаний	Резиденты (n=188) n (%)	Нерезиденты (n=50) n (%)	Всего (n=238) n (%)	p
Высокий (7–9 баллов)	80 (42,6%)	18 (36,0%)	98 (41,2%)	0,036
Средний (4–6 баллов)	71 (37,8%)	16 (32,0%)	87 (36,5%)	0,012
Низкий (0–3 балла)	37 (19,6%)	16 (32,0%)	53 (22,3%)	0,009
Итого	188 (100%)	50 (100%)	238 (100%)	

Согласно полученным данным, менее половины опрошенных (41,2%) продемонстрировали высокий уровень знаний, что, учитывая медицинский профиль большинства участников, свидетельствует о недостаточной эффективности существующих образовательных программ. Почти каждый четвертый студент (22,3%) имеет низкий уровень информированности, что сопряжено с повышенными рисками репродуктивного поведения.

Сравнительный анализ информированности резидентов и нерезидентов по тематическим блокам

Сравнительный анализ ответов резидентов (n=188) и нерезидентов (n=50) выявил специфические различия в уровне информированности по ключевым аспектам репродуктивного здоровья. Результаты анализа представлены в таблице 21. Показатели структурированы по тематическим блокам, отражающим знания физиологических основ репродуктивного здоровья, методов профилактики и поведенческих факторов риска.

Таблица 21 - Сравнение уровня объективных знаний между резидентами и нерезидентами

Вопрос	Резиденты (n=188) n (%)	Нерезиденты (n=50) n (%)	χ^2	p
Блок 1. Инфекционная безопасность				
Пути передачи ВИЧ-инфекции	184 (97,9%)	48 (96,0%)	0,45	0,067
Метод защиты от ИППП и беременности	139 (73,9%)	31 (62,0%)	2,84	0,023
Влияние вредных привычек	186 (98,9%)	48 (96,0%)	1,56	0,078
Блок 2. Планирование семьи				
Определение фертильного окна	102 (54,3%)	16 (32,0%)	7,64	0,011
Экстренная контрацепция	88 (46,8%)	12 (24,0%)	8,12	0,014
Гормональная контрацепция и ИППП	90 (47,9%)	18 (36,0%)	2,21	0,039
Блок 3. Профилактика и риски				
Вакцинация против ВПЧ	76 (40,4%)	10 (20,0%)	6,98	0,001
Профилактические осмотры	162 (86,2%)	32 (64,0%)	11,56	0,001
Беременность при первом контакте	168 (89,4%)	39 (78,0%)	4,21	0,019

Блок: Инфекционная безопасность и базовые аспекты профилактики

В данном блоке обе группы респондентов продемонстрировали наиболее высокие показатели, что свидетельствует о глобальной унификации подходов к информированию о социально значимых инфекциях.

Пути передачи ВИЧ-инфекции: Резиденты (97,9%) и нерезиденты (96,0%) показали практически идентичный уровень знаний ($p > 0,05$). Это указывает на то, что информация о путях передачи ВИЧ является базовым элементом санитарно-просветительской работы во всех представленных регионах (Казахстан, Индия, Пакистан и др.).

Метод одновременной защиты от ИППП и беременности: В отличие от предыдущих данных, уточненный анализ показал снижение уровня верных ответов. Лишь 73,9% резидентов и 62,0% нерезидентов ($p < 0,05$) смогли правильно идентифицировать презерватив как средство двойной защиты. Это указывает на то, что более четверти резидентов и почти 40% иностранных студентов не в полной мере осознают универсальность барьерной контрацепции, что является серьезным фактором риска.

Влияние вредных привычек: Осведомленность о негативном влиянии курения и алкоголя на репродуктивную систему составила 98,9% у резидентов и 96,0% у нерезидентов. Данный показатель является самым высоким в исследовании, что отражает успешность программ по пропаганде здорового образа жизни.

Блок: Планирование семьи и физиология репродукции

В этом блоке выявлены наиболее выраженные пробелы в знаниях, особенно среди иностранных студентов, что указывает на дефицит информации о методах управления репродуктивными рисками.

Определение фертильного окна: Лишь 54,3% резидентов и 32,0% нерезидентов смогли правильно определить дни цикла с наивысшей вероятностью зачатия ($p < 0,01$). Столь низкий показатель среди нерезидентов может быть связан с культурными особенностями или отсутствием соответствующих тем в школьных программах биологии.

Экстренная контрацепция: Знания о возможности предотвращения беременности после незащищенного полового акта продемонстрировали 46,8% резидентов и только 24,0% нерезидентов ($p < 0,01$). Двукратный разрыв в показателях свидетельствует о критическом дефиците информации о методах «пожарной» контрацепции среди иностранных студентов.

Гормональная контрацепция и ИППП: Анализ ответов на вопрос о том, защищают ли гормональные контрацептивы от инфекций, выявили крайне тревожную тенденцию: лишь 47,9% резидентов и 36,0% нерезидентов ($p < 0,05$) знают, что гормональные контрацептивы не защищают от инфекций. Более половины респондентов в обеих группах находятся в опасном заблуждении, приписывая гормональным препаратам защитные свойства против ИППП, что может вести к отказу от барьерных методов защиты.

Блок: Профилактическая медицина и вакцинация

Результаты данного блока подчеркивают необходимость усиления просветительской работы в области современной профилактики онкологических и репродуктивных заболеваний.

Вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ): Самый низкий уровень информированности в исследовании. Лишь 40,4% резидентов и 20,0% нерезидентов знают о связи ВПЧ с раком шейки матки и возможности вакцинации ($p < 0,01$). Столь низкий показатель (каждый пятый среди нерезидентов) требует немедленного внедрения образовательных программ, направленных на повышение онконастороженности.

Профилактические осмотры: Необходимость регулярных осмотров при отсутствии жалоб осознают 86,2% резидентов и 64,0% нерезидентов ($p < 0,01$). Значительная доля нерезидентов (более трети) придерживается тактики обращения к врачу только при наличии симптомов, что затрудняет раннюю диагностику заболеваний.

Беременность при первом половом контакте: Правильно ответили на вопрос 89,4% резидентов и 78,0% нерезидентов ($p < 0,05$). Сохраняющиеся мифы о невозможности зачатия при первом контакте среди 22% иностранных студентов указывают на необходимость деконструкции подобных заблуждений в образовательном процессе.

Результаты анкетирования студенческой молодежи ($n = 238$) показали, что формирование репродуктивных установок происходит в условиях сочетания относительно высокой самооценки информированности и сохранения поведенческих факторов риска. В структуре выборки преобладали женщины (74,8%), средний возраст составил $20,1 \pm 1,6$ года, при этом большинство респондентов являлись резидентами Республики Казахстан ($n = 188$; 79,0%),

нерезиденты составили 21,0% ($n = 50$). Значительную долю выборки представляли студенты медицинских специальностей (84,8%).

Факторы, ассоциированные с низким уровнем знаний по вопросам репродуктивного здоровья

В ходе анализа факторов, ассоциированных с низким уровнем знаний по вопросам репродуктивного здоровья, была проведена оценка отношения шансов (OR) с расчетом 95% доверительных интервалов и уровня статистической значимости. Результаты показали, что наибольший вклад в формирование низкого уровня знаний вносит немедицинский профиль обучения ($OR=2,10$; $p=0,023$), что указывает на более чем двукратное увеличение вероятности недостаточной информированности по сравнению со студентами медицинских специальностей. Статус нерезидента также ассоциирован с повышенным риском низкого уровня знаний ($OR=1,94$; $p = 0,004$), что может отражать особенности адаптации и ограниченный доступ к достоверной информации среди иностранных студентов. Использование неформальных источников информации, таких как социальные сети и окружение, увеличивает вероятность недостаточной информированности ($OR=1,85$; $p=0,001$), что подтверждает риск распространения недостоверной информации по вопросам репродуктивного здоровья.

Фактор мужского пола продемонстрировал тенденцию к более низкому уровню знаний ($OR=1,45$; $p=0,567$), однако статистически значимая ассоциация не была подтверждена.

Полученные данные представлены на рисунке 11. Таким образом, результаты свидетельствуют о значимом влиянии образовательного профиля, социального статуса и источников информации на уровень знаний студентов, что подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к профилактическим и образовательным мероприятиям.

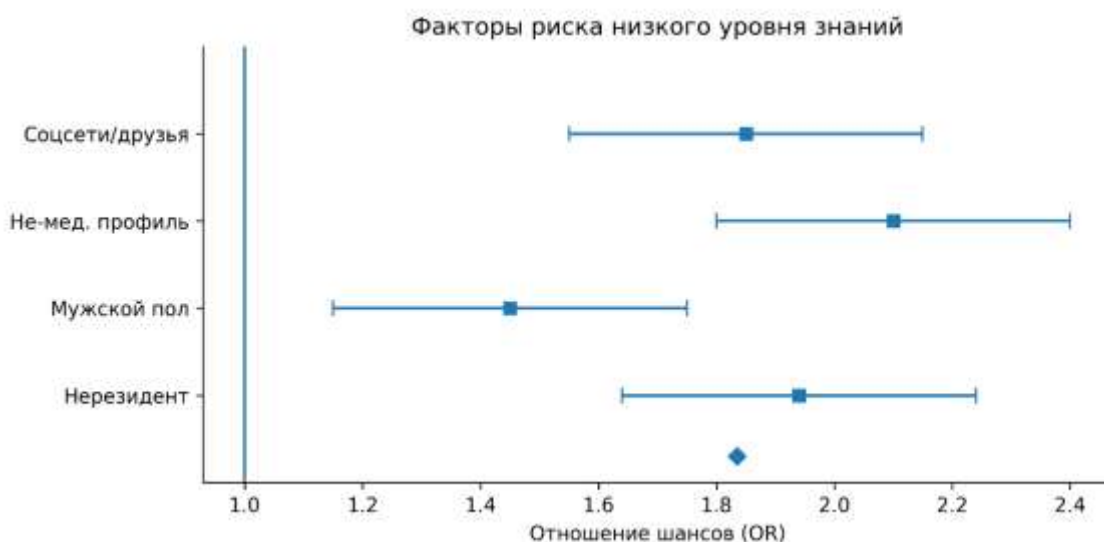


Рисунок 11 - Факторы, ассоциированные с низким уровнем знаний по вопросам репродуктивного здоровья

Выводы по 3 разделу

Проведенное исследование показало несоответствие между субъективной оценкой и фактическим уровнем информированности студентов по вопросам репродуктивного здоровья. Несмотря на то, что большинство респондентов оценили свои знания как высокие, объективная оценка выявила высокий уровень знаний лишь у 41,2% студентов, средний — у 36,5%, низкий — у 22,3%.

Наиболее высокий уровень осведомленности выявлен по вопросам инфекционной безопасности: знания о путях передачи ВИЧ-инфекции и влиянии вредных привычек на репродуктивное здоровье продемонстрировали более 95% респондентов, что свидетельствует об эффективности санитарно-просветительских программ в области профилактики социально значимых инфекций.

Наиболее выраженные пробелы в знаниях выявлены по вопросам планирования семьи и современной профилактики. Правильно определить фертильное окно смогли 54,3% резидентов и 32,0% нерезидентов ($p < 0,01$), знания об экстренной контрацепции продемонстрировали 46,8% и 24,0% соответственно ($p < 0,01$). Осведомленность о вакцинации против вируса папилломы человека остается низкой и составляет 40,4% среди резидентов и 20,0% среди нерезидентов ($p < 0,01$).

Установлено распространение ошибочных представлений о методах контрацепции: лишь 47,9% резидентов и 36,0% нерезидентов ($p < 0,05$) знают, что гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передающихся половым путем. Наличие подобных заблуждений может способствовать отказу от барьерных методов контрацепции и повышению риска заражения инфекциями, передающимися половым путем.

Сравнительный анализ показал статистически значимые различия между резидентами и нерезидентами по ряду показателей информированности. Резиденты Республики Казахстан достоверно чаще демонстрировали более высокий уровень знаний по вопросам профилактических осмотров (86,2% против 64,0%; $p < 0,01$), возможности наступления беременности при первом половом контакте (89,4% против 78,0%; $p < 0,05$), а также по вопросам планирования семьи и профилактики репродуктивных рисков.

Анализ источников информации показал, что основными каналами получения сведений о репродуктивном здоровье являются врачи (28,6%), социальные сети (27,3%) и интернет-ресурсы. При этом 48,3% респондентов предпочли бы получать информацию от медицинских специалистов, что указывает на высокий уровень доверия молодежи к медицинским работникам как к источнику достоверной информации.

Анализ репродуктивного поведения показал, что 34,0% респондентов имеют опыт половой жизни, при этом средний возраст начала сексуальных отношений составляет 19,5 лет. Юноши достоверно чаще начинают половую жизнь в более раннем возрасте и чаще имеют нескольких половых партнеров ($p < 0,01$).

Среди сексуально активных студентов выявлены элементы рискованного поведения: 37,5% респондентов не используют средства контрацепции, тогда как 58,3% используют презерватив. При этом девушки достоверно чаще сообщали об отсутствии использования контрацепции, тогда как юноши чаще применяли барьерные методы защиты ($p < 0,01$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что формирование репродуктивного поведения студенческой молодежи происходит в условиях недостаточной объективной информированности и наличия устойчивых мифов о методах контрацепции, что обосновывает необходимость совершенствования образовательных и профилактических программ по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья молодежи.

3.5 Результаты разработки комплекса мероприятий по совершенствованию профилактики репродуктивного здоровья молодежи

В ходе проведённого исследования, включавшего анализ медико-демографических показателей репродуктивного здоровья подростков, контент-анализ нормативно-правовой базы Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи, а также социологическое исследование уровня информированности студенческой молодежи, были выявлены существенные организационные и информационные проблемы в системе профилактики репродуктивного здоровья.

Установлено, что существующие профилактические мероприятия в образовательной среде носят фрагментарный характер, отсутствуют четко регламентированные механизмы взаимодействия между образовательными организациями и Молодёжными центрами здоровья, а также недостаточно используются возможности профилактического консультирования и раннего выявления факторов репродуктивного риска среди студенческой молодежи.

С учетом выявленных проблем и полученных результатов исследования был разработан комплекс мероприятий, направленный на совершенствование профилактики репродуктивного здоровья молодежи и повышение эффективности взаимодействия образовательных организаций и медицинских служб, оказывающих молодежь-дружественные услуги.

В рамках данного комплекса мероприятий разработаны следующие организационно-методические инструменты:

- стандарт операционной процедуры «Алгоритм взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья», регламентирующий порядок информационного взаимодействия, консультирования и маршрутизации студентов в Молодёжные центры здоровья (Акт внедрения: ГКП «Городской центр репродукции человека» на ПХВ УЗ города Алматы, г. Алматы) Приложение М;

- авторский валидизированный опросник для оценки уровня знаний основ репродуктивного здоровья и осведомлённости студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, внедрённый в деятельность кафедры и

используемый для определения уровня знаний студентов в рамках кураторской и воспитательной работы (Акт внедрения: кафедра эпидемиологии, биостатистики и доказательной медицины факультета медицины и здравоохранения Казахского национального университета имени аль-Фараби) Приложение И;

– учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков» (Алматы, 2021), внедрённое в образовательный процесс Национального центра акушерства, гинекологии и перинатологии, Городского центра репродуктивного здоровья и медицинского факультета Казахского национального университета имени аль-Фараби в рамках TBL-обучения студентов 3 курса (Акт внедрения) Приложение Л.

Разработанные организационно-методические решения направлены на формирование системы раннего выявления потребности студентов в профилактическом консультировании, повышение уровня информированности молодежи по вопросам репродуктивного здоровья и совершенствование профилактической работы в образовательной среде.

Схематическое представление разработанного алгоритма взаимодействия образовательных организаций и Молодёжных центров здоровья представлено на рисунке 11.

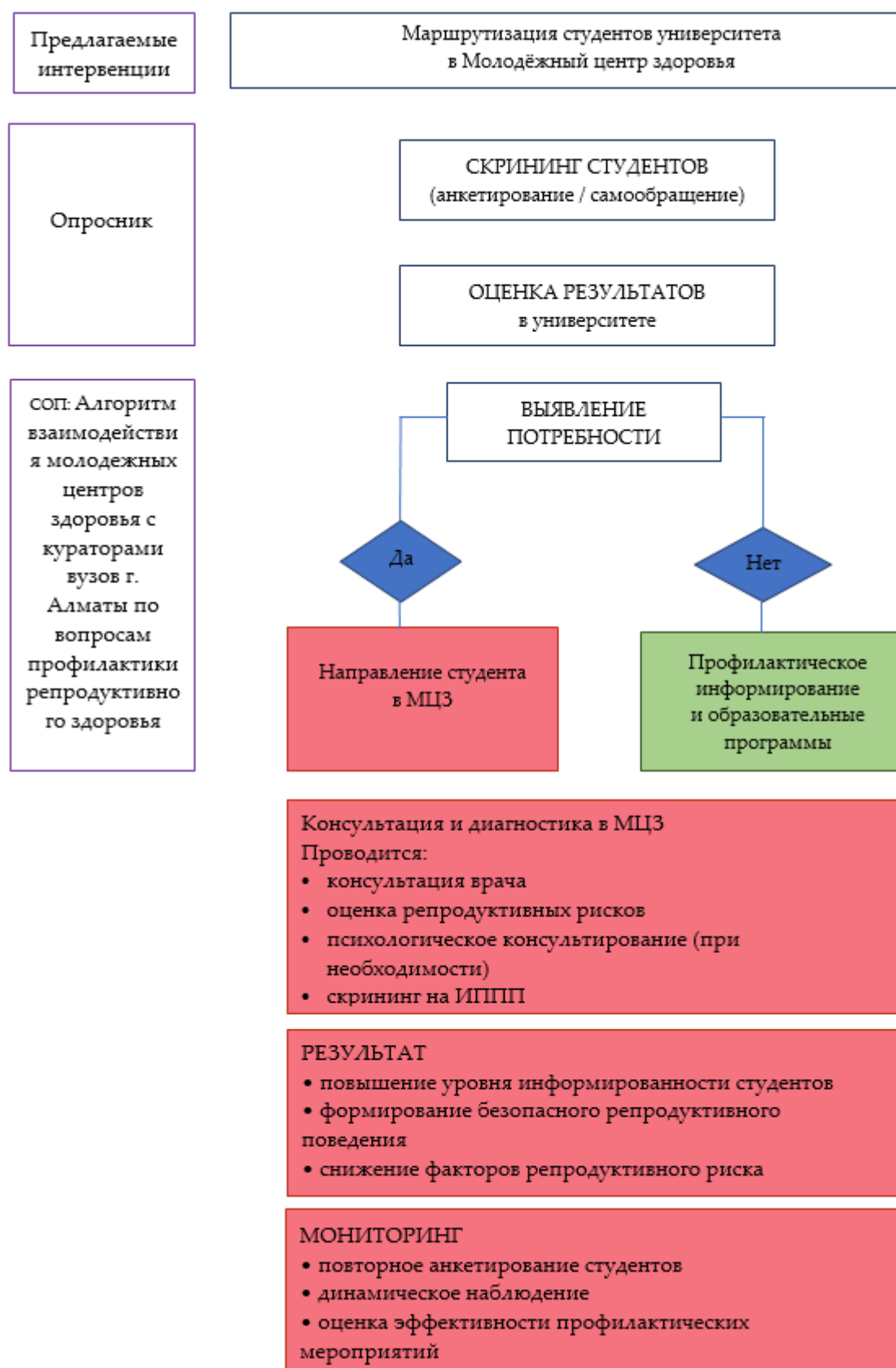


Рисунок 11 - Алгоритма взаимодействия образовательных организаций и Молодёжных центров здоровья

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За последние 30 лет в мире был достигнут значительный прогресс в области репродуктивного здоровья и прав подростков и молодежи. Однако, несмотря на общий прогресс, анализ тенденций ключевых показателей между странами и внутри стран значительно различаются, а в некоторых местах состояние жизни подростков ухудшилось. Новые тенденции включают резкое увеличение доли подростков с избыточным весом, с инфекциями, передаваемых половым путем.

Молодежь в Казахстане (от 14 до 35 лет) наиболее подвержена социально-экономическим условиям, влияющим на здоровье молодежи. Медико-демографическая ситуация характеризуется неудовлетворительным состоянием репродуктивного здоровья молодежи, отмечается низкий уровень индекса здоровья молодежи, в структуре заболеваемости преобладают подострые и хронические формы; снижение физической активности, буллинг, нервно-психическое напряжение.

Стратегии поддержки репродуктивного здоровья молодежи включают стратегии по улучшению доступа к сервисам репродуктивного здоровья и стратегии по обеспечению качества оказываемых услуг. Существующий в течение многих лет положительный мировой опыт по оказанию услуг, дружественных к молодежи и подросткам, показал их социальную и экономическую эффективность. В Республике Казахстан также имеется свой опыт по развитию услуг, дружественных к молодежи и подросткам. Однако, в связи с быстроменяющимися закономерностями современного общества, требуется анализ тенденций показателей, характеризующих здоровье молодежи, с разработкой новых стратегий и подходов к оценке, мониторингованию и комплексных мероприятий по укреплению репродуктивного здоровья молодежи.

С целью оценки репродуктивного здоровья молодежи нами были изучены медико-демографические показатели здоровья молодежи Республики Казахстан в период 2014-2024 гг.

Динамика демографических показателей в Казахстане демонстрирует, что в ближайшие годы трансформация возрастной структуры населения будет способствовать снижению общих показателей рождаемости и сокращению естественного прироста населения. Так, в активном репродуктивном возрасте будут малочисленные контингенты родившихся в 1990-е гг. На начало 20-х годов численность 15-19-летних женщин на 7,6% меньше, чем 20-24-летних, а их на 22,2% меньше, чем 25-29-летних; или численность женщин в возрастной группе 15-19 лет на 28,0% меньше, чем в 25-29 лет. Такое предстоящее сокращение численности женщин активного репродуктивного возраста неизбежно вызовет сокращение абсолютного числа родившихся и общего коэффициента рождаемости.

Развитие системы профессионального образования, состояние рынка труда, социальной сферы, скорость распространения инноваций в обществе

будет зависеть от тенденций в изменении численности молодежи. Результаты прогнозов показывают, что к 2035 году в республике казахстан увеличится численность лиц в возрасте 15-19 лет в 1,7 раза. Начиная с 2022 года устойчиво увеличивается численность группы молодых людей в возрасте от 20 до 24 лет до 2040 года. Всего за ближайшие 15 лет доля молодежи в возрасте 15-24 лет в численности населения в возрасте от 15 до 64 лет населения повысится с 20% до 27%. Оценка 12 основных показателей, охватывающих бремя болезней, риски для здоровья и важные социальные детерминанты здоровья в подростковом возрасте показала, что в Казахстане, в период 2016-2019 годы бремя болезней оказывало заметное влияние на продолжительность жизни молодежи Казахстана; наблюдалось увеличение показателей избыточного веса и ожирения с 15,3% до 18% среди девушек, с 17,4% до 24,2% среди юношей, распространенности анемии с 31,2% до 38,5% среди девушек. За последние годы употребление алкоголя в Казахстане среди девушек уменьшилось с 31,2% до 26,9%, несмотря на это, доля девушек-подростков, употребляющих алкоголь, превышает глобальные значения в 2,3 раза (31,2% против 13,5%, $p < 0,01$). Распространенность употребления алкоголя среди юношей имеет тенденцию к увеличению, как в Казахстане с 34,5% до 55,6%, так и во всем мире - с 20,3% до 59,1% ($p < 0,01$). Вредные привычки в виде курения табака в Казахстане у обоих полов были выше (3,3% девушек и 18,7% юношей), чем глобально (2,8% и 11,3%).

В Казахстане получение среднего образования предоставляется 91,8% для девушек и 93,6% для юношей. Несмотря на это, наблюдаются недостаточное удовлетворение спроса на противозачаточные средства (72,4%), риски ранних браков (7%), подростковой беременности (27,2%) и подростковых родов (24,9%). В социо-демографической характеристике наличие брака отмечалось в 62,8% случаев, наличие среднего образования в 66,3% случаев; в 55,7% случаев беременность была незапланированной.

За 2019-2023 годы в Республике Казахстан наблюдается тренд на снижение общей заболеваемости подростков 15-17 лет. В структуре первичной заболеваемости в 2021 году на первом месте и со значительной долей (40%) занимают болезни органов дыхания, на втором месте – болезни органов пищеварения (13%). В динамике заболеваемости болезнями органов дыхания наблюдается тренд на снижение, однако уровень их заболеваемости превышает остальные группы заболеваний более чем в 5 раз. Динамика заболеваемости группы заболеваний, связанных с метаболическими нарушениями (болезни пищеварения, эндокринной системы, нарушения питания, железодефицитная анемия), и заболеваемости, связанной с травмами, имеет тренд на снижение. заболеваемость ИППП снижалась с 2016 года до 2019 года в 2-2,5 раза, однако в последующие 2019-2021 годы наблюдалось замедление темпов снижения.

Анализ гинекологической заболеваемости девочек-подростков г. Алматы за 2019-2024 гг. свидетельствует о низком уровне индекса их здоровья, почти каждая вторая из них (46,9 %) имеет те или иные заболевания, более половины из них имеют дисфункциональные состояния репродуктивной системы. За

последние 6 лет распространенность воспалительных заболеваний наружных половых органов увеличилась с 10,7% в 2019 году до 54,8% - в 2024 году, аномальных маточных кровотечений увеличилась с 13,0% в 2019 году до 31,8% - в 2024 году. При этом распространенность воспалительных заболеваний верхних отделов остается в пределах 4,6-3,54%, но в 2021-2022 гг. наблюдалось увеличение до 8,3-9,3% в постковидный период.

Проведена оценка уровня знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленность студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. По результатам опроса свой уровень знаний о наступлении беременности как очень высокий (100%) оценили 55,8% респондентов, как высокий (75%) - 34,4%, средний (50%) - 3,7% и ниже среднего (менее 50%) - 5,9% студентов. Лишь 4,2% молодых людей аборт считают негативно влияющим фактором на репродуктивное здоровье

Знание о средствах предохранения по ответам респондентов достигало 90,7%, при этом о медикаментозном аборте знают 82,4% респондентов, из них 57% девушек и 43% юношей. Источники, из которых они узнали о медикаментозном аборте, расположились в следующем порядке: врачи (26,5%), социальные сети (22,6%), сайты (66%), друзья (7,9%), телевидение (5,9%), студенческие организации (4,2%), родители (2,5%), брошюры (0,84%) и через Молодежный центр узнали только 1 респондент (0,4%). При этом хотели бы получать информацию о репродуктивном здоровье от врачей ответили 44,9% респондентов, через социальные сети - 12,2%, студенческие организации - 8,8% и сайты - 8,4%. Основными негативными факторами, влияющими на репродуктивное здоровье, студенты отметили табакокурение (31%), наркотики (20,2%), инфекции, передающиеся половым путем (16,8%), экология (8,8%), алкоголь (7,6%), социальные проблемы (5%), аборт (4,2%), COVID-19 (2,9%). Таким образом, проведенное исследование позволило выявить спектр пробелов знаний в области репродуктивного здоровья (ИППП, аборты), а также наиболее предпочитаемые информационные каналы получения знаний (врачи - 44,9% и социальные сети – 12,2%).

На основании результатах ситуационной оценки состояния здоровья молодежи, данных анкетирования студенческой молодежи, новых подходов современных технологий для сохранения репродуктивного здоровья молодежи разработана концепция развития профилактических программ для сохранения репродуктивного здоровья молодежи. Стратегии поддержки репродуктивного здоровья студенческой молодежи включают стратегии по улучшению доступа к сервисам репродуктивного здоровья и стратегии по обеспечению качества оказываемых услуг.

На основании проведенных исследований сделаны следующие **выводы:**

1. Основными неблагоприятными тенденциями состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков г. Алматы являются рост воспалительных заболеваний нижних отделов половых органов (с 10,7% в 2019 году до 54,8% в 2024 году), увеличение распространенности аномальных маточных кровотечений (с 13,0% до 31,8%), а также повышение частоты

воспалительных заболеваний верхних отделов половых органов в постковидный период (до 8,3–9,3% в 2021–2022 гг.), что свидетельствует о неблагоприятной динамике гинекологической заболеваемости подростков. Указанные тенденции приобретают особую значимость в условиях демографической ситуации в Республике Казахстан, характеризующейся снижением численности лиц в возрасте 15–19 лет на 28,0% по сравнению с возрастной группой 25–29 лет, что формирует риск сокращения численности женщин активного репродуктивного возраста и возможного снижения показателей рождаемости.

2. Основными пробелами нормативно-правовой базы Республики Казахстан в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи являются недостаточная регламентация доступа молодежи к контрацепции и планированию семьи (лишь 3 из 12 проанализированных документов, 25%), слабое нормативное закрепление цифровизации профилактических коммуникаций и молодежь-дружественных услуг (средний балл — 0,21), а также фрагментарное представление механизмов мониторинга эффективности профилактических программ (0,25). При этом меры по профилактике ИППП, ВИЧ и ВПЧ представлены значительно шире и рассматриваются как приоритетное направление (средний балл — 0,58).

3. Основными проблемами в уровне информированности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья являются несоответствие между субъективной оценкой и фактическим уровнем знаний (лишь 41,2% респондентов продемонстрировали высокий уровень знаний при 22,3% с низким уровнем), выраженные пробелы в знаниях по вопросам планирования семьи и современной профилактики (фертильное окно правильно определили 54,3% резидентов и 32,0% нерезидентов; знания об экстренной контрацепции — 46,8% и 24,0% соответственно; осведомлённость о вакцинации против ВПЧ — 40,4% и 20,0%; $p < 0,01$), а также распространённость ошибочных представлений о методах контрацепции (лишь 47,9% резидентов и 36,0% нерезидентов знают, что гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передающихся половым путём; $p < 0,05$). Наиболее высокий уровень осведомлённости выявлен по вопросам инфекционной безопасности, где более 95% респондентов правильно определили пути передачи ВИЧ-инфекции и влияние вредных привычек на репродуктивное здоровье.

4. Полученные результаты позволили разработать практические рекомендации, включающие стандарт операционной процедуры «Алгоритм взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья», и модель маршрутизации студентов из университетов в Молодёжные центры здоровья на основе механизма выявления потребности, а также учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков».

Практические рекомендации

Менеджерам здравоохранения (руководителям Молодёжных центров здоровья и организаций ПМСП):

Внедрить стандарт операционной процедуры (СОП) «Алгоритм взаимодействия Молодёжных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья» в практическую деятельность организаций ПМСП и Молодёжных центров здоровья с последующей интеграцией в действующие клинично-организационные протоколы.

Обеспечить организацию системной консультативной и профилактической работы со студенческой молодежью с использованием разработанного алгоритма маршрутизации, включающего первичное консультирование, скрининг, направление к профильным специалистам и последующее динамическое наблюдение.

Внедрить систему мониторинга эффективности профилактических мероприятий, включающую следующие индикаторы: уровень обращаемости молодежи, охват профилактическими услугами, уровень выявляемости гинекологической патологии, а также показатели удовлетворённости получателей услуг.

Политикам и специалистам в области общественного здравоохранения:

Рассмотреть возможность нормативного закрепления и масштабирования, разработанного СОП на региональном и национальном уровнях с включением его в стандарты оказания медико-социальной помощи молодежи.

Разработать и реализовать межсекторальные программы, направленные на повышение информированности молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, планирования семьи и профилактики инфекций, передающихся половым путем, с активным привлечением образовательных организаций.

Усилить систему эпидемиологического мониторинга показателей репродуктивного здоровья молодежи, включая гинекологическую заболеваемость, показатели аборт и подростковой беременности, с использованием цифровых платформ (Damumed и др.).

Медицинским и образовательным организациям:

Внедрить в практику образовательных и медицинских организаций валидизированный опросник для оценки уровня знаний студентов по вопросам репродуктивного здоровья с целью регулярного мониторинга и последующей коррекции образовательных программ.

Интегрировать учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков» в образовательные программы медицинских вузов, системы последиplomного образования и повышения квалификации специалистов.

Обеспечить проведение регулярных скрининговых и консультативных мероприятий среди студенческой молодежи с использованием мультидисциплинарного подхода (врачи, психологи, социальные работники).

Кураторам академических групп и преподавателям вузов:

Организовать систематическую информационно-просветительскую работу со студентами, направленную на формирование ответственного репродуктивного поведения и повышение уровня знаний в области репродуктивного здоровья. Обеспечить информирование студентов о доступных медицинских и консультативных услугах, предоставляемых Молодёжными центрами здоровья, с использованием современных коммуникационных каналов (социальные сети, образовательные платформы).

Использовать результаты оценки уровня знаний студентов для разработки адресных профилактических программ, адаптированных к выявленным дефицитам знаний и поведенческим рискам. Структура практических рекомендаций представлена на рисунке 10.



Рисунок 10 - Структура практических рекомендаций

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Цели в области устойчивого развития - ООН, 2015 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/> 15.06.2023.
- 2 Стратегия развития Республики Казахстан «Казахстан-2050» https://www.akorda.kz/ru/official_documents/strategies_and_programs 11.07.2023.
- 3 Azzopardi S.P., Heaps J.C.S., Francis L.K. et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories 1990–2016 // *Lancet*. – 2019. – Vol. 393. – P. 1101–1118.
- 4 Patton G.C., Olsson C.A., Skirbekk V. et al. Adolescence and the next generation // *Nature*. – 2018. – Vol. 554. – P. 458–566.
- 5 Уварова Е.В., Коломейцев М.Г., Радченко М.В. Правовые аспекты охраны репродуктивного здоровья несовершеннолетних по профилю "акушерство и гинекология" в Российской Федерации // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2022. – Т. 18, №1. – С. 16-33.
- 6 Осташова О.А. Формирование репродуктивной культуры молодёжи: постановка проблемы // *Молодой ученый*. – 2021. – №8(350). – С. 49-51.
- 7 WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. - Geneva: World Health Organization, 2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf> 11.03.2023.
- 8 Герасимова Л.И., Денисов М.С., Шувалова Н.В., Сидорова Т.Н. Репродуктивное здоровье девушек студенток – как медико-социальная проблема // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – №6. – С. 18-24.
- 9 Вартанова М.Л. Аборты среди несовершеннолетних как медико-социальная проблема // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2022. – №30(4). – С. 580-586.
- 10 Петров Ю.А., Чеботарева Ю.Ю. Проблемы репродуктивного здоровья и поведения студенток Ростовского государственного медицинского университета с учетом теории фенотипов поколений // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2022. – Т. 18, №1. – С. 5-15.
- 11 WHO. Technical consultation on indicators of adolescent health: consultation held at WHO. Global reference list of health indicators for adolescents (aged 10–19 years). - Geneva: World Health Organization, 2015.
- 12 Banati P., Diers J. Measuring adolescent well-being: National Adolescent Assessment Cards (NAACs). - Florence: UNICEF Office of Research, 2016. – 108 p.
- 13 Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). - New York: Every Woman Every Child, 2015 http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1 11.05.2023.
- 14 Countdown to 2030 Collaboration. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health // *Lancet*. – 2018. – Vol. 391. – P. 1538–48.

15 Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. Annex III: revised list of global Sustainable Development Goal Indicators. – 2017 <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/> 03.06.2023.

16 Azzopardi P., Kennedy E., Patton G. Data and indicators to measure adolescent health, social development and well-being. - Florence: UNICEF Office of Research; Innocenti, 2017. – 103 p.

17 Patton G.C., Sawyer S.M., Santelli J.S., Ross D.A., Afifi R., Allen N.B., Arora M., Azzopardi P., Baldwin W., Bonell C., Kakuma R., Kennedy E., Mahon J., McGovern T., Mokdad A.H., Patel V., Petroni S., Reavley N., Taiwo K., Waldfogel J., Wickremarathne D., Barroso C., Bhutta Z., Fatusi A.O., Mattoo A., Diers J., Fang J., Ferguson J., Ssewamala F., Viner R.M. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing // *Lancet*. – 2016. – Vol. 387, №10036. – P. 2423-2478.

18 Santelli J., Haerizadeh S., McGovern T. Inclusion with protection: obtaining informed consent when conducting research with adolescents. - Florence: UNICEF Office of Research; Innocenti, 2017. – 120 p.

19 Erskine H., Baxter A., Patton G. et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents // *Epidemiol Psychiatr Sci*. – 2017. - Vol. 26. – P. 395–402.

20 GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *Lancet*. – 2017. - Vol. 390. – P. 1345–422.

21 Cahill N., Sonneveldt E., Stover J. et al. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool // *Lancet*. – 2018. - Vol. 391. – P. 870–882.

22 WHO. Global status report on alcohol and health. – 2018 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> 18.06.2023.

23 Ma C., Xi B., Li Z., Wu H., Zhao M., Liang Y., Bovet P. Prevalence and trends in tobacco use among adolescents aged 13-15 years in 143 countries, 1999-2018: findings from the Global Youth Tobacco Surveys // *Lancet Child Adolesc Health*. – 2021. - Vol. 5, №4. – P. 245-255.

24 Perin J., Mulick A., Yeung D., Villavicencio F., Lopez G., Strong K.L., Prieto-Merino D., Cousens S., Black R.E., Liu L. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals // *Lancet Child Adolesc Health*. – 2022. - Vol. 6, №2. – P. 106-115.

25 <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> 18.06.2023.

26 WHO Global Tuberculosis Report 2022 <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report> 19.06.2022.

27 Brisson M., Kim J.J., Canfell K., Drolet M., Gingras G., Burger E.A., Martin D., Simms K.T., Bénard É., Boily M.C., Sy S., Regan C., Keane A., Caruana M.,

Nguyen D.T.N., Smith M.A., Laprise J.F., Jit M., Alary M., Bray F., Fidarova E., Elsheikh F., Bloem P.J.N., Broutet N., Hutubessy R. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries // *Lancet*. – 2020. - Vol. 395, №10224. – P. 575-590.

28 Заболевание COVID-19 у детей и подростков
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345575/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Children-and-adolescents-2021.1-rus.pdf> 12.06.2023.

29 Chandra-Mouli V., Akwara E., Engel D., Plessons M., Asnake M., Mehra S., Dick B., Ferguson J. Progress in adolescent sexual and reproductive health and rights globally between 1990 and 2016: what progress has been made, what contributed to this, and what are the implications for the future? // *Sex Reprod Health Matters*. – 2020. - Vol. 28, №1. – P. 1741495.

30 Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков: руководство по осуществлению в странах. Резюме (WHO/FWC/MCA/17.05). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017.

31 Грицинская В.А., Гладкая В.С. Оценка физического развития девочек-школьниц г. Санкт-Петербурга с использованием интернациональных нормативов // *Мать и дитя в Кузбассе*. - 2018. - №1(72). - С. 85-89.

31 Sandberg David E., Paste Ski Vickie, Callens Nina. Introduction to the Special Section: Disorders of Sex Development // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2017. - Vol. 42, issue 5. - P. 487-495.

32 Rolston A.M., Gardner M., Van Leeuwen K., Mohnach L., Keegan C., Délot E., Vilain E., Sandberg D.E. Members of the DSD-TRN Advocacy; Advisory Network Accord Alliance. Disorders of sex development (DSD): Clinical service delivery in the United States // *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. – 2017. - Vol. 175, №2. – P. 268-278.

34 Salam R.A., Faqqah A., Sajjad N. et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions // *J. Adolesc. Health*. – 2016. - Vol. 59, №4. – S. 11-28.

33 Камалов К.Г., Газимагомедов Г.А., Магомедова И.М. Особенности физического и полового развития мальчиков в дебюте пубертата в различных эколого-географических зонах Республики Дагестан // *Андрология и генитальная хирургия*. - 2018. – Т. 19, №3. - С. 53-59.

34 Касымова С.Д., Турдалиева Н.М. Влияние йодного дефицита на половое развитие подростков // *Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения*. - 2016. - №2. - С. 15-19.

35 Мустахова Г.М., Ильина Е.Ю. Поздние эффекты со стороны эндокринной системы // *Росс. журнал детской гематологии и онкологии*. - 2019. - Т. 6, №2. - С. 83-89.

36 Смирнов В.В., Горбунов Г.Е. Причины низкорослости у детей // *Лечащий врач*. - 2020. - №10. - С. 16-25.

37 Herella C.E., Wassner A.J. Congenital hypothyroidism: insights into

pathogenesis and treatment // Int J Pediatr Endocrinol. - 2017. <https://doi.org/10.1186/s13633-017-0051-0> 13.06.2023.

38 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults // Lancet. – 2017. - Vol. 390, №10113. – P. 2627-2642.

39 Sanyaolu A., Okorie C., Qi X., Locke J., Rehman S. Childhood and Adolescent Obesity in the United States: A Public Health Concern // Glob Pediatr Health. – 2019. - Vol. 6. – P. 233-3794.

40 Гакова Е.И., Акимова Е.В., Кузнецов В.А. Оценка избыточной массы тела – одного из факторов риска артериальной гипертензии у школьников г. Тюмени // Артериальная гипертензия. - 2015. - №21(4). - С. 75-83.

41 Шевлюкова Т.А., Фельтц Н.В., Хасанова В.В., Боечко Д.И. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте // Смоленский медицинский альманах. - 2017. - №3. - С. 14-18.

42 Киселева Е.Е. Социальные факторы репродуктивного здоровья женщины // Молодой ученый. - 2015. – Т. 16, №94. - С. 384-386.

43 Kassebaum N.J., Jasrasaria R., Naghavi M. et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010 // Blood. – 2014. - №123. – P. 615–624.

44 Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants // Lancet Child Adolesc Health. – 2020. - Vol. 4, №1. – P. 23-35.

45 Дугнист П.Я., Мильхин В.А., Головин С.М., Романова Е.В. Здоровый образ жизни в системе ценностных ориентаций молодежи // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. - 2017. - №4(7). - С. 27-34.

46 Мельников К.В. Современные подходы организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях // Актуальные проблемы медицины и биологии. - 2018. - №3. - С. 8-42.

47 Филькина О.М., Воробьева Е.А., Малышкина А.И. Информированность подростков о репродуктивном здоровье // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2019. - Т. 15, №3. - С. 5-11.

48 Анализ положения детей в Республике Казахстан: отчет ЮНИСЕФ. - 2019. - С. 68.

49 Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Савицкий А.Г., Берлев И.В. Особенности репродуктивного здоровья современных девочек-подростков (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. - №2. – С. 63-72.

50 Годовой отчет 2022 Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). – 2022, декабрь. - 36 с.

51 Семятов С.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Московского мегаполиса в современных социально-экономических и экологических условиях: автореф. ... док. мед. наук. - М., 2009. - 46 с.

- 52 Kilico I., Kokcu A., Kefeli M. Regression of experimentally induced endometriosis with a new selective cyclo-oxygenase-2 enzyme inhibitor // *Gynecol. Obstet. Invest.* - 2014. - Vol. 77, №1. - P. 35-39.
- 53 Guo S.W. An overview of the current status of clinical trials on endometriosis: issues and concerns // *Fertil. Steril.* - 2014. - Vol.101, №1. - P. 183-190.
- 54 Rosenfield R.L. Clinical review: Adolescent anovulation: maturational mechanisms and implications // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* - 2013. - Vol. 98, №9. - P. 3572-3583.
- 55 Fortenberry J.D. Puberty and adolescent sexuality // *Horm. Behav.* - 2013. - Vol. 64, №2. - P. 280-287.
- 56 Beharry M.S., Shafii T., Burstein G.R. Diagnosis and treatment of chlamydia, gonorrhea, and trichomonas in adolescents // *Pediatr. Ann.* - 2013. - Vol. 42, №2. - P. 26-33.
- 57 Williams J.A., Ofner S., Batteiger B.E. Duration of polymerase chain reaction-detectable DNA after treatment of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis infections in women // *Sex Transm. Dis.* - 2014. - Vol. 41, №3. - P. 215-219.
- 58 Fontenot H.B., George E.R. Sexually transmitted infections in pregnancy // *Nurs Womens Health.* - 2014. - Vol. 18, №1. - P. 67-72.
- 59 Hengel B., Jamil M.S., Mein J.K. Outreach for chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes // *BMC Public Health.* - 2013. - Vol. 4, №13. - P. 10-40.
- 60 Swartzendruber A., Sales J.M., Brown J.L. Correlates of incident Trichomonas vaginalis infections among African American female adolescents // *Sex Transm. Dis.* - 2014. - Vol. 41, №4. - P. 240-245.
- 61 Gibson E.J., Bell D.L., Powerful S.A. Common sexually transmitted infections in adolescents // *Prim. Care.* - 2014. - Vol. 41, №3. - P. 631-650.
- 62 Javanbakht M., Stirland A., Stahlman S. Prevalence and factors associated with Trichomonas vaginalis infection among high-risk women in Los Angeles // *Sex Transm. Dis.* - 2013. - Vol. 40, №10. - P. 804-807.
- 63 Shah P.D., Gilkey M.B., Pepper J.K. Promising alternative settings for HPV vaccination of US adolescents // *Expert Rev. Vaccines.* - 2014. - Vol. 13, №2. - P. 235-246.
- 64 Holman D.M., Benard V., Roland K.B. Barriers to human papillomavirus vaccination among US adolescents: a systematic review of the literature // *JAMA Pediatr.* - 2014. - Vol. 168, №1. - P. 76-82.
- 65 Harden K.P. Genetic influences on adolescent sexual behavior: Why genes matter for environmentally oriented researchers // *Psychol. Bull.* - 2014. - Vol. 140, №2. - P. 434-465.
- 66 Alexander S.C., Fortenberry J.D., Pollak K.I. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits // *JAMA. Pediatr.* - 2014. - Vol. 168, №2. - P. 163-169.

67 Бруснева В.В. Научно-организационные аспекты совершенствования системы охраны здоровья студентов (на примере г. Ставрополя): автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 22 с.

68 Архипова М.П. Репродуктивное поведение студенток вуза и пути его коррекции в современных условиях: автореф. ... док. мед. наук. – М., 2015. – 26 с.

69 Денисов М.С. Репродуктивное здоровье девушек-студенток: медико-статистические особенности, факторы риска, проблемы охраны (комплексное медико-социальное исследование по материалам Чувашской Республики: автореф. ... канд. мед. наук. – М, 2019. – 24 с.

70 Андреева В.О., Петров Ю.А. Олигоменорея у подростков, страдающих ожирением: прогноз и выбор лечебной тактики // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2021. - №4 <https://cyberleninka.ru/article/n/oligomenoreya-u-podrostkov-stradayuschih-ozhireniem-prognoz-i-vybor-lechebnoy-taktiki> 12.03.2023.

71 Левкович М.А., Андреева В.О., Хошаби К.Э. Роль толл-подобных рецепторов и полиморфизма их генов в патогенезе овариальной дисфункции у девочек-подростков с ожирением // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2020. - №3 <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-toll-podobnyh-retseptorov-i-polimorfizma-ih-genov-v-patogeneze-ovarialnoy-disfunktsii-u-devochek-podrostkov-s-ozhireniem> 16.02.2023.

72 Ткаченко Н.В., Андреева В.О., Заика В.Г., Андреев А.С., Лев Л.М. Нейроэндокринные сдвиги у девочек-подростков с избыточной массой тела и овариальной дисфункцией в зависимости от типа нарушения пищевого поведения // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2015. - №5(64) <https://cyberleninka.ru/article/n/neyroendokrinnye-sdvigi-u-devochek-podrostkov-s-izbytochnoy-massoy-tela-i-ovarialnoy-disfunktsiey-v-zavisimosti-ot-tipa-narusheniya> 18.07.2023.

73 Звягин А.А., Фроландина Е.О. Оценка пищевого поведения по голландскому опроснику DEBQ у детей и подростков с ожирением и избыточной массой тела // Медицина: теория и практика. - 2019. - №1 <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-pischevogo-povedeniya-po-gollandskomu-oprosniku-debq-u-detey-i-podrostkov-s-ozhireniem-i-izbytochnoy-massoy-tela> 03.06.2023.

74 Engel E., Gell S., Heiss R., Karsay K. Social media influencers and adolescents' health: A scoping review of the research field // Soc Sci Med. – 2024. - №340. – P. 116387.

75 Kucharczuk A.J., Oliver T.L., Dowdell E.B. Social media's influence on adolescents' food choices: A mixed studies systematic literature review // Appetite. – 2022. - №168. – P. 105765.

76 Маханбеткулова Д.Н. Научное обоснование модели укрепления репродуктивного здоровья девочек-подростков как аспект модернизации здравоохранения в Казахстане: дис. ... док. филос. (PhD). - Алматы, 2020. – 155 с.

- 77 Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году // Статистический сборник – Астана, 2020. - 323 с.
- 78 Sarah Font S., Cancian M., Berger L.M. Prevalence and Risk Factors for Early Motherhood Among Low-Income, Maltreated, and Foster Youth // *Demography*. – 2019. – Vol. 56, №1. - P. 261-284.
- 79 Sedgh V., Gilda S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends // *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. - 2015. - Vol. 56, №2. - P. 223-230.
- 80 Аязбеков А.К. Совершенствование оказания акушерско-гинекологической помощи беременным подросткам в Туркестанской области: дис. ... док. филос. (PhD). – Алматы, 2022. – 152 с.
- 81 WHO. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, UNFPA. The global early adolescent study: an exploration of the evolving nature of gender norms and social relations 10-14 years: a critical age <http://aphrc.org/wp-content/uploads/2015/04/GEAS-March-2015.pdf> 12.05.2023.
- 82 WHO. Innovative approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. – Geneva, 2016 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250442/1/9789241511391-eng.pdf?ua=1> 03.06.2023.
- 83 WHO. Practising a health in all policies approach: lessons for universal health coverage and health equity: a policy briefing for ministries of health based on experiences from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. – Geneva, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105529/1/9789241506632_eng.pdf?ua=1&ua=1 11.02.2023.
- 84 WHO. Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. – Geneva, 2013 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf 11.06.2023.
- 85 Patton G.C., Sawyer S.M., Santelli J.S., Ross D.A., Aff R., Allen N.B. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing // *Lancet*. – 2016. – Vol. 387, №10036. – P. 2423-2478.
- 86 Комитет Организации Объединенных Наций по правам ребенка. Замечание общего порядка №20 (2016) об осуществлении прав ребенка в подростковом возрасте. CRC/C/GC/20 <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=589dad514> 08.04.2023.
- 87 Waddington C., Sambo C. Financing health care for adolescents: a necessary part of universal health coverage // *Bull WHO*. – 2015. - Vol. 93, №1. – P. 57–59.
- 88 WHO. UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Implementation guide. – Geneva, 2015. - Vol. 2. - 107 p.
- 89 WHO. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers, including a tool to assess the adolescent health and development

component in pre-service education. – Geneva, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148354/1/9789241508315_eng.pdf?ua=1
17.08.2023.

90 Nair M., Baltag V., Bose K., Boschi-Pinto C., Lambrechts T., Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach // *J Adolesc Health*. – 2015. - Vol. 57, №3. – P. 288-298.

91 Marsh A.D., Moller A.B., Saewyc E. et al. Priority Indicators for Adolescent Health Measurement - Recommendations From the Global Action for Measurement of Adolescent Health (GAMA) Advisory Group // *J Adolesc Health*. – 2022. - Vol. 71, №4. – P. 455-465.

92 Briggs S., Kim L., Wilson E., Wildsmith E. School-based Strategies to Support Adolescent Sexual and Reproductive Health // *Sexual & Reproductive Health*. – 2022 <https://www.childtrends.org/publications/school-based-strategies-support-adolescent-sexual-reproductive-health> 15.06.2023.

93 Abdul-Raheem J.N., Liu A.J., Collins M.E. Reimagining the Role of School-Based Health Centers During the COVID-19 Pandemic // *J Sch Health*. – 2021. - Vol. 91, №4. – P. 271-273.

94 Strategies for Providing School-based Family Planning during COVID-19. Strategies for Providing School-based Family Planning during COVID-19 - Child Trends – ChildTrends. – 2020.

95 Grossman J.M., Jenkins L.J., Richer A.M. Parents' Perspectives on Family Sexuality Communication from Middle School to High School // *Int J Environ Res Public Health*. – 2018. - Vol. 15, №1. – P. 107.

96 Adam M., McMahon S.A., Prober C., Bärnighausen T. Human-Centered Design of Video-Based Health Education: An Iterative, Collaborative, Community-Based Approach // *J Med Internet Res*. – 2019. - Vol. 21, №1. – P. 12128.

97 Zhao J., Lau M., Vermette D., Liang D., Flores G. Communication Between Asian American Adolescents and Health Care Providers About Sexual Activity, Sexually Transmitted Infections, and Pregnancy Prevention // *Journal of Adolescent Research*. – 2017. - Vol. 32, №2. – P. 205-226.

98 Ansari-Thomas Z., Desai S., Lindberg L.D. Sexual activity, contraceptive use and sexual violence among Asian high school students in the United States // *Contraception*. – 2020. - Vol. 101, №2. – P. 86-90.

99 Bull T.P., Dewar A.R., Malvey D.M., Szalma J.L. Considerations for the Telehealth Systems of Tomorrow: An Analysis of Student Perceptions of Telehealth Technologies // *JMIR Med Educ*. – 2016. - Vol. 2, №2. – P. 11.

100 Sundstrom B., DeMaria A.L., Ferrara M., Meier S., Billings D. The Closer, the Better: The Role of Telehealth in Increasing Contraceptive Access Among Women in Rural South Carolina // *Matern Child Health J*. – 2019. - Vol. 23, №9. – P. 1196-1205.

101 Zeal C., Paul R., Dorsey M., Politi M.C., Madden T. Young women's preferences for contraceptive education & development of an online educational resource // *PEC Innov*. – 2022. - Vol. 1. – P. 100046.

- 102 Giho Y., Jones K.A., Dick R.N., Gold M.A., Talis J.M., Gmelin T.A., Laird H.J., Vanek M.S., Miller E. Feasibility and acceptability of using a web-based contraceptive support tool in a university health clinic // *J Am Coll Health.* – 2020. - Vol. 68, №4. – P. 336-340.
- 103 Tebb K.P., Rodriguez F., Pollack L.M., Adams S., Rico R., Renteria R., Trieu S.L., Hwang L., Brindis C.D., Ozer E., Puffer M. Improving contraceptive use among Latina adolescents: A cluster-randomized controlled trial evaluating an mHealth application, Health-E You/Salud iTu // *Contraception.* – 2021. - Vol. 104, №3. – P. 246-253.
- 104 Shull J.G. Digital Health and the State of Interoperable Electronic Health Records // *JMIR Med Inform.* – 2019. - Vol. 7, №4. – P. 16-28.
- 105 L'Engle K.L., Mangone E.R., Parceasepe A.M., Agarwal S., Ippoliti N.B. Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review // *Pediatrics.* – 2016. - Vol. 138, №3. – P. 16-28.
- 106 Ippoliti N.B., L'Engle K. Meet us on the phone: mobile phone programs for adolescent sexual and reproductive health in low-to-middle income countries // *Reprod Health.* – 2017. - Vol. 14, №1. – P. 11.
- 107 Feroz A., Abrejo F., Ali S.A., Nuruddin R., Saleem S. Using mobile phones to improve young people's sexual and reproductive health in low- and middle-income countries: a systematic review protocol to identify barriers, facilitators and reported interventions // *Syst Rev.* – 2019. - Vol. 8, №1. – P. 117.
- 108 Gilmore K., Hoopes A.J., Cady J., Amies Oelschlager A.M., Prager S., Vander Stoep A. Providing long-acting reversible contraception services in Seattle school-based health centers: key themes for facilitating implementation // *J Adolesc Health.* – 2015. - Vol. 56, №6. – P. 658-665.
- 109 Lamme J., Edelman A., Padua E. et al. Evaluation of the challenges faced in increasing contraceptive access within a community college population // *Contracept Reprod Med.* - 2017. - №2. – P. 25.
- 110 Fisher R., Danza P., McCarthy J., Tiezzi L. Provision of Contraception in New York City School-Based Health Centers: Impact on Teenage Pregnancy and Avoided Costs, 2008-2017 // *Perspect Sex Reprod Health.* – 2019. - Vol. 51, №4. – P. 201-209.
- 111 Society for Adolescent Health and Medicine. Condom Availability in Schools: A Practical Approach to the Prevention of Sexually Transmitted Infection/HIV and Unintended Pregnancy // *J Adolesc Health.* – 2017. - Vol. 60, №6. – P. 754-757.
- 112 Dorland J.M., Fowler L.R., Morain S.R. From Cervical Cap to Mobile App: Examining the Potential Reproductive Health Impacts of New Technologies // *Health Promotion Practice.* – 2019. - Vol. 20, №5. – P. 642-647.
- 113 Katie Plax, Jane Garbutt, Kaushik Gaurav N. HIV and Sexually Transmitted Infection Testing Among High-Risk Youths: Supporting Positive Opportunities With Teens (SPOT) Youth Center // *American Journal of Public Health.* – 2015. - Vol. 105, №7. - P. 1394-1398.

114 Ortega-Peluso, Christina M.P.H., Akkaya-Hocagil, Tugba M.P.H., Leung Shu-Yin J., Rowe M.A., Kirsten M.S., Zielinski Mary, Tallon M.S.W., Thomas B.A., Smith Lou C. Routine HIV Testing Capacity, Practices, and Perceptions Among School-Based Health Center Providers in New York State After Enactment of the 2010 Amended HIV Testing Law // JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. - 2015. - №68. – P. 30-36.

115 Stefansson L.S., Webb M.E., Hebert L.E., Masinter L., Gilliam M.L. MOBILE-izing Adolescent Sexual and Reproductive Health Care: A Pilot Study Using a Mobile Health Unit in Chicago // J Sch Health. – 2018. – Vol. 88, №3. – P. 208-216.

116 Yu S.W.Y., Hill C., Ricks M.L. et al. The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review // Int J Equity Health. - 2017. - №16. – P. 178.

117 Love H., Panchal N., Schlitt J., Behr C., Soleimanpour S. The Use of Telehealth in School-Based Health Centers // Glob Pediatr Health. – 2019. - №6. – P. 233-379.

118 Sprigg S.M., Wolgin F., Chubinski J., Keller K. School-Based Health Centers: A Funder's View Of Effective Grant Making // Health Aff. – Millwood, 2017. – Vol. 36, №4. – P. 768-772.

119 Gilliam M.L., Martins S.L., Bartlett E. et al. Development and testing of an iOS waiting room “app” for contraceptive counseling in a Title X family planning clinic // Am J Obstet Gynecol. – 2014. - Vol. 211, №481. – P. 1-8.

120 Sridhar A., Chen A., Forbes E.R. et al. Mobile application for information on reversible contraception: a randomized controlled trial // Am J Obstet Gynecol. – 2015. - Vol. 212, №774. – P. 1-7.

121 Dodd S., Widnall E., Russell A.E., Curtin E.L., Simmonds R., Limmer M., Kidger J. School-based peer education interventions to improve health: a global systematic review of effectiveness // BMC Public Health. – 2022. - Vol. 22, №1. – P. 2247.

122 Сексуальное и репродуктивное здоровье. UNFPA Казахстан | Сексуальное и репродуктивное здоровье 28.01.2025

123 Кодекс Республики Казахстан “О здоровье народа и системе здравоохранения” от 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК. Статьи 78 (Пункт 2), 92. Нур-Султан: Правительство Республики Казахстан, 2020.

124 Стратегия развития ресурсного молодежного центра здоровья в Республике Казахстана на 2020-2025 годы. - Нур-Султан: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2019.

125 Правила оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2020 года, №р dsm-291/2020. Приложение 20. - Нур-Султан: Правительство Республики Казахстан, 2020.

126 Правила Организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетним от 10 до 18 лет

и молодежи. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2020 года, №р dsm-285/2020. - Нур-Султан: Правительство Республики Казахстан, 2020.

127 Интегрированные дистанционные медико-социальные услуги для подростков: руководство Иманова Ж.А., Айзада Марат, Суханбердиев К.А., Калмакова Ж.А. - Нур-Султан: Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, 2022. – 357 с.

128 Годовой отчет ЮНИСЕФ. - 2022.

129 Социологическое исследование по изучению состояния репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 15-19 лет, их сексуального поведения и доступа к услугам и информации в области охраны репродуктивного здоровья. - Нью-Йорк: ЮНФПА, 2018.

130 Li Z., Li M., Patton G.C., Lu C. Global development assistance for adolescent health from 2003 to 2015 // *Jama Netw Open*. – 2018. - №1. – P. 181072.

131 Курманова А.М., Болат К.С., Аманжолова Б.К., Салгабаева У.Е. Состояние репродуктивного здоровья современных девочек-подростков и внедрение технологий мобильной связи для улучшения осведомленности в области репродуктивного здоровья (обзор литературы) // *Педиатрия и детская хирургия*. – 2019. - №4(98). - С. 11-14.

132 Курманова А.М., Болат К.С., Попова Т.В., Алтынбаева Г.Б., Аязбеков А.К., Жаймырзаева Г.А. Инновационные подходы к программам по укреплению репродуктивного здоровья студенческой молодежи: обзор литературы // *Репродуктивная медицина*. - 2023. - №4(57). - С. 110-115.

133 Курманова А.М., Болат К.С., Султанкулов Д.Р., Жаймырзаева Г.А. Показатели бремени болезней и риски для репродуктивного здоровья молодежи // *Репродуктивная медицина*. - 2024. - №1(58). - С. 138-146.

134 Ayazbekov A., Nurkhasimova A., Kulbayeva S., Bolat K., Kurmanova A., Yeskarayeva A., Sarbassova M., Kemelbekov K. Features of pregnancy, childbirth and postpartum period of young mothers // *Electronic journal of general medicine*. – 2020. - Vol. 17, №6. – P. 260.

135 Курманова А.М., Болат К.С., Аязбеков А.К., Умбетов Б.У. Особенности становления менструальной функции у девочек-подростков в южном регионе Казахстана // *Сб. материалов международной научно-практ. конф. «Здоровье женщины – здоровье нации»*. Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2021. - №1(126). - С. 431-432.

136 Tolemisova A.M., Bolat K., Kulanchiyeva Z.A., Kurmanova A. Dynamics of physical development of children as an indicator of recovery condition of biogeochemical province // *Ecology, environment and conservation*. – 2019. - Vol 25, issue 4. – P. 1593-1601.

137 Бодыков Г.Ж., Курманова А.М., Болат К.С. и др. Анализ показателей репродуктивного здоровья женщин мегаполиса Алматы за последнее десятилетие // *Вестник КазНМУ*. – 2021. - №3. – С. 13-18.

138 Курманова А.М., Бодыков Г.Ж., Анартаева Г.Ж., Болат К.С. Постковидный синдром и репродуктивное здоровье // *Акушерство, гин. и перинатол*. – 2021. - №2(86). – С. 29-31.

- 139 Курманова А.М., Болат К.С., Калибекова Г.З., Умбетов Б.У., Сералиева Ж.Е. Сравнительная оценка гинекологической заболеваемости девочек-подростков в до- и постковидный периоды г. Алматы // "XVI Региональный научно образовательный форум "Мать и Дитя". – Спб., 2023. - С. 195-196.
- 140 Курманова А.М., Болат К.С., Калибекова Г.З., Аманжолова Б.К., Сералиева Ж.Е. динамика показателей репродуктивного здоровья молодежи г. Алматы // XVII Международный конгресс по репродуктивной медицине. – М., 2023. - С. 18-19.
- 141 Болат К.С., Курманова А.М., Утегенова Д.К., Аманжолова Б.К. Тенденции в показателях репродуктивного здоровья подростков г. Алматы // IV научно-практ. конф. с международным участием "Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья детей и молодежи". – Алматы, 2024. – 107 с.
- 142 Курманова А.М., Болат К.С. Информированность подростков в вопросах репродуктивного здоровья // Акушерство, гин. и перинатол. – 2019. - №1-2(77-78). - С. 46-49.
- 143 Болат К.С., Курманова А.М., Искакова Ф.А., Абсатарова К.С., Карлова К.Б. Осведомленность студенческой молодежи в вопросах репродуктивного здоровья // Сб XXVIII Всерос.конг. "Амбул.-поликлин.помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы". - М., 2022. - С. 19-20.
- 144 Болат К.С., Аманжолова Б.К., Сералиева Ж.Е., Карлова К.Б., Джарикова Б.Н. Результаты социологического исследования осведомленности молодежи в вопросах репродуктивного здоровья // Материалы междунар. научно-практ.конф. «Актуальные проблемы гинекологии». - Фергана, 2023. - С. 114-118.
- 145 Sewak A., Yousef M., Deshpande S., Seydel T., Hashemi N. The effectiveness of digital sexual health interventions for young adults: a systematic literature review (2010-2020) // Health promot int. – 2023. – Vol. 38, №1. – P. 104.
- 146 Leite P.L., Torres F.A.F., Pereira L.M., Bezerra A.M., Machado L.D.S., Silva M.R.F.D. Construction and validation of podcast for teen sexual and reproductive health education // Rev lat am enfermagem. – 2022. – Vol. 30. – P. 3706.
- 147 Sundstrom B., Demaria A.L., Ferrara M., Meier S., Billings D. The closer, the better: The role of telehealth in increasing contraceptive access among women in rural south Carolina // Maternal and child health journal. – 2019. – Vol. 23. – P. 1196-1205.
- 148 Fisher R., Danza P., McCarthy J., Tiezzi L. Provision of contraception in new york city school-based health centers: impact on teenage pregnancy and avoided costs, 2008–2017 // Perspectives on sexual and reproductive health. – 2019. – Vol. 51, №4. – P. 201-209.
- 149 Jing Z., Li J., Wang Y., Zhou C. Prevalence and trends of sexual behaviors among young adolescents aged 12 years to 15 years in low and middle-income countries: population-based study // Jmir public health and surveillance. – 2023. – Vol. 9, №1. – P. 45-236.

150 Dorland J.M., Fowler L.R., Morain S.R. From cervical cap to mobile app: examining the potential reproductive health impacts of new technologies // Health promotion practice. – 2019. – Vol. 20, №5. – P. 642-647.

151 Chavula M.P., Zulu J.M., Hurtig A.K. Factors influencing the integration of comprehensive sexuality education into educational systems in low- and middle-income countries: a systematic review // Reprod health. – 2022. – Vol. 19, №1. – P. 196.

152 Mason-jones A.J., Freeman M., Lorenc T., Rawal T., Bassi S., Arora M. Can peer-based interventions improve adolescent sexual and reproductive health outcomes? an overview of reviews // J Adolesc Health. – 2023. – Vol. 13. – S. 1054-1139.

153 Vazzano A., Briggs S., Kim L., Parekh J., Manlove J. Adapting family planning service delivery in title x and school-based settings during covid-19: provider and staff experiences // International journal of environmental research and public health. – 2023. – Vol. 20, №4. – P. 3592.

154 Dodd S., Widnall E., Russell A.E., Curtin E.L., Simmonds R., Limmer M., Kidger J. School-based peer education interventions to improve health: a global systematic review of effectiveness // BMC Public health. – 2022. – Vol. 22, №1. – P. 2247.

155 Hammarström S., Stenqvist K., Lindroth M. Sexual health interventions for young people in state care: a systematic review // Scand J Public health. - 2018. – Vol. 46, №8. – P. 817-834.

156 Муханова Г.Т., Оспаналиева М.С., Камалиева М.Р., Дуйсенбаева Б.С., Кенжекулова Р.Н., Саханова Л.Х. Структура заболеваемости среди детей и подростков в Республике Казахстан // Journal of health development. – 2022. – Т. 1. – №45. – С. 36-46.

157 Аязбеков А., Нурхасимова Р., Аязбекова А., Курманова А. Ювенильная беременность как фактор перинатальных осложнений // Репродуктивная медицина. – 2022. – №1(50). – С. 77–84.

158 Xu T., Tomokawa S., Gregorio E.R., Mannava P., Nagai M., Sobel H. School-based interventions to promote adolescent health: a systematic review in low- and middle-income countries of who western pacific region // Plos one. – 2020. – Vol. 15, №3. – P. 230-346.

159 Newby H., Marsh A.D., Moller A.B., Adebayo E., Azzopardi P.S., Carvajal L., Fagan L., Friedman H.S., Ba M.G., Hagell A., Morgan A., Saewyc E., Guthold R. A. Scoping review of adolescent health indicators // J Adolesc Health. – 2021. – Vol. 69, №3. – P. 365-374.

160 Brindis C.D., Decker M.J., Gutmann-Gonzalez A., Berglas N.F. Perspectives on adolescent pregnancy prevention strategies in the United States: looking back, looking forward // Adolesc health med ther. – 2020. – Vol. 11. – P. 135-145.

161 Mithra P., Khatib M.N., Sinha A.P., Kumar N., Holla R., Unnikrishnan B., Vijayamma R., Nair N.S., Gaidhane A., Quazi Zahiruddin S. Interventions for addressing anemia among children and adolescents: an overview of systematic reviews // Front pediatr. – 2021. - №8. – P. 549549.

162 Kurmanova A.M., Sahak M., Nazary Y., Elhan S., Momand A., Bolat K. Reproductive health in adolescence girls // Акушерство, гин. и перинатол. – 2020. - №3-4. – С. 98-101.

163 Аманжолова Б.К., Курманова А.М., Ахенбекова А.Ж., Ташенова Г.Т., Болат К.С. Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков: учебное пособие. - Издательство «Қазақ университеті», 2021. – 53 с.

164 Болат К.С., Бодыков Г.Ж., Курманова А.М. Современные технологии разработки образовательных программ в области репродуктивного здоровья //Акушерство, гин и перинатол. – 2021. - №2(86). – С. 17-18.

165 Бодыков Г.Ж., Курманова А.М., Болат К.С., Бахтиярова М. Перспективы развития перинатальной помощи в крупном мегаполисе // Электронный журнал «научные исследования в Кыргызской Республике» высшей аттестационной комиссии Кыргызской Республики. – 2021. - №4, ч. 1. – С. 43-55.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Акт внедрения

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ КММ
«ҚАЛАЛЫҚ АДАМ УРПАҒЫН
ОРЫТУ ОРТАЛЫҒЫ»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ



ҚҒУ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА АЛМАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО
КОММУНАЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ
«ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР
РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА»
НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ

050000, Алматы қаласы, Жібек жолы көшесі, 124 үй
тел./факс: 8(727) 279 02 12, e-mail: gcrch@mail.ru

050000, город Алматы, улица Жибек жолы, дом 124
тел./факс: 8(727) 279 02 12, e-mail: gcrch@mail.ru

№ 047-07 № 330
13-08 2025

Руководителю
КГП на ПХВ «Городской
центр репродукции человека»
Управления общественного
здравоохранения г.Алматы
Кошкимбаевой Г.Д.

Акт внедрения результатов научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности

1. Авторы (соавторы) (Ф.И.О.) Курманова А.М. (проф. КазНУ им. аль-Фараби), Болат К.С. (PhD - докторант);
2. Наименование научно-исследовательских, научно-технических работ и (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности: методические рекомендации при аномальных маточных кровотечениях у девочек – подростков;
3. Краткая аннотация: Работа включена из результатов научно-исследовательской работы «Совершенствование профилактических программ для сохранения репродуктивного здоровья молодежи». Эффект от внедрения – лечебно-диагностическая, профилактическая;
4. Место внедрения: КГП на ПХВ «Городской центр репродукции человека» УОЗ города Алматы .
5. Форма внедрения: проведение семинара, мастер класса, методические рекомендации.

Представитель организации

Кошкимбаева Г.Д.

в которую внедрена разработка

Зав.отделением

Абдыкадырова А.Д.

004649
Представитель организации,
из которой исходят внедрение

Болат К.С.



ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Акт внедрения

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ
«№3 ОБЛЫСТЫҚ
ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ»
ШЖҚ МКК



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН
ТУРКЕСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ
ГКП на ПХВ «ОБЛАСТНОЙ
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №3»

161200 Түркістан қаласы Т.Нышанов көшесі №18А факс: 8 (7253)342961 электронна: Roddom_turkistan@mail.ru

И. о. руководитель
ГКП на ПХВ «Областной
перинатальный
центр №3»
Аязбеков А. К.
«26» январь 2023 г.

Акт внедрения результатов научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно- технической деятельности

1. Авторы (соавторы) внедрения (Ф.И.О.) Курманова А.М. (проф. КазНУ им. Аль - Фараби), Болат К.С. (PhD - докторант);
2. Наименование научно-исследовательских, научно-технических работ и (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности: методические рекомендации при аномальных маточных кровотечениях у девочек – подростков;
3. Краткая аннотация: Работа включена из результатов научно-исследовательской работы «Совершенствование профилактических программ для сохранения репродуктивного здоровья молодежи» Эффект от внедрения – лечебно-диагностическая, профилактическая;
4. Место внедрения: ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3»
5. Форма внедрения: проведение семинара, мастер класса, методические рекомендации.

Представитель организации,
в которую внедрена разработка:

Зав. отделением

Представитель организации,
из которой исходит внедрение



Аязбеков А. К.

Закирова Д. З.

Унгарбаева С. А.

Болат К. С.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Акт внедрения

А К Т

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации:

Кафедра эпидемиологии, биостатистики и доказательной медицины, факультет медицины и здравоохранения Казахского национального университета имени аль-Фараби

Наименование внедряемых материалов:

Опросник для оценки уровня знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья

Основание для внедрения:

Материалы разработаны по результатам научно-исследовательской работы, выполненной в рамках диссертации на соискание степени доктора PhD на тему: *«Совершенствование профилактических программ для сохранения репродуктивного здоровья молодежи»*.

Авторы:

Болат К.С., Курманова А.М.

Исполнитель:

Болат К.С.

Информация о внедрении:

Разработан, апробирован и валидизирован опросник для оценки уровня знаний основ репродуктивного здоровья и осведомленности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, который внедрен в деятельность кафедры эпидемиологии, биостатистики и доказательной медицины факультета медицины и здравоохранения Казахского национального университета имени аль-Фараби.

Опросник используется для определения уровня знаний студентов по вопросам репродуктивного здоровья в рамках кураторской и воспитательной работы. Внедрение данного инструмента способствует систематической оценке информированности обучающихся, выявлению пробелов в знаниях, а также повышению эффективности профилактической, образовательной и воспитательной деятельности среди студенческой молодежи.

Срок внедрения:

В течение 2026 года

Председатель комиссии:

Заведующая кафедрой
эпидемиологии,
биостатистики и
доказательной медицины



Уалиева А.Е.

Исполнитель:
Докторант



Болат К.С.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Акт внедрения

АЛМАТЫ КАЛАСЫ ДЕНСАУЛЫК САКТАУ БАСКАРМАСЫНЫҢ КСМ «САЛАМ АДАМ» УПАТЫ ОРДУ ОРГАНЫ ШАРАПНАҢЫҚ ЖҮРГІЗУ КУКЫМДАРЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ ҚОС ШОҒЫ 01000, Алматы қаласы, Жайық жолы бойы, 124 үй тел. факс: 81273 279 03 12, e-mail: gpc@almaty.kz		ҚҰТ УПРАВЛЕНИЕ ЗАДОВОЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОММУНАЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА» НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ 010001, город Алматы, улица Жайық жолы, дом 124 тел. факс: 81273 279 03 12, e-mail: gpc@almaty.kz
---	---	--

№ _____	_____	_____	_____
----------------	--------------	--------------	--------------

А К Т
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации:
ГКП «Городской центр репродукции человека» на ПХВ УЗ города Алматы, г.

Наименование внедряемых материалов:
Стандартная операционная процедура (СОП) «Алгоритмы взаимодействия Молодежных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья»

Основание для внедрения:
Материалы разработаны по результатам научно-исследовательской работы, выполненной в рамках диссертации на соискание степени доктора PhD на тему:
«Совершенствование профилактических программ для сохранения репродуктивного здоровья молодежи».

Авторы:
Болат К.С., Курманова А.М.

Исполнитель:
Болат К.С.

Информация о внедрении:
Стандартная операционная процедура (СОП) «Алгоритмы взаимодействия Молодежных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья» внедрена в инициативном порядке в деятельность отделения «Центр здоровья молодежи» ГКП «Городской центр репродукции человека» на ПХВ Управления здравоохранения города Алматы.

Мероприятия направлены на совершенствование межсекторального взаимодействия между организациями здравоохранения и высшими учебными заведениями, повышение информированности студенческой молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, а также формирование эффективного механизма маршрутизации студентов для получения консультативной, профилактической и медицинской помощи в Молодежных центрах здоровья.

Срок внедрения:
В течение 2024 года

Президент комиссии: Директор Исполнитель: Докторинт		Коммандировка Г.Д. Болат К.С.
--	---	--

006119

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 47855 от «25» июня 2024 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ав):
БОЛАТ ҚАРЫҒАШ СЕРІКҚЫЗЫ, Курманова Азмагуль Медеубаевна, Жаймырзаева Гүлбану, Әзімханқызы, Сұғатаюсұлы Данияр Рұстамұлы

Вид объекта авторского права: **произведение науки**

Название объекта: **ПОКАЗАТЕЛИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ И РИСКИ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ**

Дата создания объекта: **15.01.2024**





Художественное произведение: <http://www.kazpatent.kz/ru/svedeniya>
"Авторское право" в базе данных: <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <http://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӨЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК
2024 жылғы «25» маусым № 47855

Автордың (ардың) жөні, аты, өкесінің аты (атер-піл және басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
**БҒАТ ҚАРТЫҒАШ СЕРІКҚЫНЫ, Құрманжан Алымғұлы Медеубаевна, Жайырмазаспа Гүлбану,
Әлімханқызы, Сұлтанқұлов Дәнир Рустамұлы**

Авторлық құқық объектісі: **ғылым ғылымы**

Объектінің атауы: **ПОКАЗАТЕЛИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ И РИСКИ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ**

Объектіні жасаған күні: **15.01.2024**

Құжат тіркелуінің нақтылығын қамтамасыз ететін куәгерлік қол қойылады
"Авторлық құқық" бағамдағы қайырымдылығы: <https://oborot.kz/kazakhstan>

Подлинность документа возможно проверить на сайте казахстанского
и республиканского "Авторского права" <https://oborot.kz/kazakhstan>

ЗІІҚ қол қойылды

Е. Оспанов

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 69848 от «9» апреля 2026 года

Фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ав):
БОТАТ ҚАРТЫҒАШ СЕРІАЛЫЗЫ **Алтынбекев Гүлмира Бектәліқызы,**
Абдылдақызы Аякөз

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: **Алгоритм взаимодействия медицинских центров здоровья с кураторами курор. А. Алтынбекев Гүлмира Бектәліқызы**

Дата создания объекта: **12.01.2026**



QR code: 

Ссылка на государственную базу данных: <https://www.kazakhstan.kz>
"Авторы: Курсы" Базы: <https://www.kazakhstan.kz>
Подлинность документа можно проверить на сайте: <https://www.kazakhstan.kz>
и в базе "Авторы: Курсы" <https://www.kazakhstan.kz>

Подписано ЗЦП

С. Ахметов

ПРИЛОЖЕНИЕ И

АНКЕТА ПО ОЦЕНКЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Уважаемый респондент!

Анкета является анонимной и проводится в научных целях. Просим отвечать искренне.

Блок I. Социально-демографические характеристики

Возраст: _____ (полных лет)

Пол:

☐ женский

☐ мужской

Место проживания:

Страна _____

Город/село _____

Образование:

ВУЗ _____

Факультет _____

Семейное положение:

☐ женат/замужем

☐ не женат/не замужем

Блок II. Установки, информированность и поведенческие факторы

Выберите основные жизненные приоритеты (можно несколько):

☐ семья

☐ высшее образование

☐ карьера

☐ здоровый образ жизни

☐ друзья

Выберите основные негативные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье
(ранжируйте по степени влияния):

☐ табакокурение

☐ алкоголь

☐ наркомания

☐ ИППП

☐ аборты

☐ COVID-19

☐ хронические заболевания

☐ социальные проблемы

☐ экологические проблемы

Оцените уровень своих знаний о том, как наступает беременность:

☐ 100% — владею полной информацией

☐ 75% — знаю, но не полностью

☐ 50% — слышал(а) об этом

☐ менее 50% — приблизительное представление

Можно ли предотвратить беременность при постоянном использовании презерватива?

☐ да

☐ нет

Слышали ли Вы о медикаментозном аборте?

- ☐ да
- ☐ нет

Если да, из каких источников Вы узнали:

- ☐ друзья
- ☐ родители
- ☐ социальные сети
- ☐ сайты
- ☐ телевидение
- ☐ брошюры
- ☐ врачи
- ☐ Молодежный центр
- ☐ студенческие организации

В какой форме Вы хотели бы получать информацию о репродуктивном здоровье:

- ☐ друзья
- ☐ родители
- ☐ социальные сети
- ☐ сайты
- ☐ телевидение
- ☐ врачи
- ☐ Молодежный центр
- ☐ другое _____

Блок III. Репродуктивное поведение

Начало половой жизни:

- ☐ да
- ☐ нет

Если да — возраст _____

Количество половых партнеров:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 и более

Какие методы контрацепции Вы используете:

- ☐ не использую
- ☐ презервативы
- ☐ оральные контрацептивы

Блок IV. Объективная оценка знаний о репродуктивном здоровье

Отметьте один правильный вариант ответа.

В какие дни цикла вероятность беременности наиболее высокая?

- ☐ в начале цикла
- ☐ в середине цикла
- ☐ перед менструацией
- ☐ в любой день одинаково

Может ли наступить беременность при первом половом контакте?

- ☐ да
- ☐ нет
- ☐ не знаю

Какой метод защищает одновременно от беременности и ИППП?

- ☐ оральные контрацептивы
- ☐ прерванный половой акт

☐ презерватив

☐ календарный метод

Защищают ли гормональные контрацептивы от ИППП?

☐ да

☐ нет

☐ не знаю

Можно ли предотвратить беременность после незащищённого полового контакта?

☐ нет

☐ да, с помощью экстренной контрацепции

☐ только хирургически

☐ не знаю

Основной путь передачи ВИЧ:

☐ бытовой контакт

☐ поцелуи

☐ незащищённый половой контакт и кровь

☐ пища

Для чего проводится вакцинация против ВПЧ?

☐ предотвращение бесплодия

☐ защита от всех инфекций

☐ профилактика рака шейки матки

☐ не знаю

Нужно ли проходить профилактические осмотры при отсутствии жалоб?

☐ да

☐ нет

☐ только после 40 лет

Влияют ли курение и алкоголь на репродуктивное здоровье?

☐ да

☐ нет

☐ не знаю

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Гинекологическая заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет по обращаемости (абс) в 2019-2024 гг. в г. Алматы

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	n=1268	n=698	n=2588	n=1580	n=7263	n=7175
Воспалительные заболевания нижних отделов	136	325	1148	1411	3933	3933
N75 Болезни бартолиновой железы	0	0	0	1		
V37 Кандидоз	30	75	319	353		
N76 Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы	93	248	829	1057		
N77 Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках	11	0				
N90 Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности	2	2				
Воспалительные заболевания верхних отделов	59	25	119	106	43	254
N70 Сальпингит и оофорит	25	6	28	18		
N73 Другие воспалительные болезни женских тазовых органов	4	2	4	5		
N83.0 Фолликулярная киста яичника	24	15	85	49		
N84 Полип женских половых органов	6	2	2	34		
Аномальные маточные кровотечения	165	215	1012	39	2283	2283
N91 Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации	41	58	309			
N92 Обильные, частые и нерегулярные менструации	85	124	420	39		
N93 Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища	1		3			
N94 Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом	34	30	248			
N99 Нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках	2	3				
R10 Боли в области живота и таза	2		32			

E30 Задержка полового созревания	12	5	24	34	67	68
Врожденные аномалии	23	50	125	0	7	6
Q50 Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок	0	2	4			
Q51 Врожденные аномалии [пороки развития] развития тела и шейки матки	0		3			
Q52 Другие врожденные аномалии [пороки развития] женских половых органов	22	45	116			
Q96 Синдром Тернера	1	3	2			
Эндокринные заболевания	0	0	9	21	17	34
E22 Гиперфункция гипофиза			3	1		
E23 Гипофункция и другие нарушения гипофиза			5	19		
E34 Другие эндокринные нарушения				1		
E25 Аденогенитальные расстройства			1			
D50 Железодефицитная анемия				1		
S30 Поверхностная травма живота, нижней части спины и таза	0	4				
Z00 Общий осмотр и обследование лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза	1	0	136	1		
Z01 Другие специальные осмотры и обследования лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза	28	72	14			

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Учебно-методическое пособие «Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков»

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени АЛЬ-ФАРАБИ
ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ

Б. К. Аманжолова, А. М. Курманова,
А. Ж. Ахенбекова, Г. Т. Ташенова,
К. С. Болат

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Учебно-методическое пособие

Алматы
«Казак университеті»
2021

ПРИЛОЖЕНИЕ М

СОП: Алгоритм взаимодействия молодежных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья

Наименование медицинской организации:	Стандартная операционная процедура
Наименование структурного подразделения:	
Название СОП: Алгоритм взаимодействия молодежных центров здоровья с кураторами вузов г. Алматы по вопросам профилактики репродуктивного здоровья	Версия СОП:

Разработчики:	Утверждено	
	Дата утверждения	
	Согласовано	
	Дата согласования	
	Ответственный за исполнение	
	Введен в действие	
	Сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры	

Цель: Обеспечение системной профилактической работы по вопросам репродуктивного здоровья среди студенческой молодежи посредством институционального взаимодействия молодежных центров здоровья и кураторов академических групп.

1. Область применения: Настоящий алгоритм предназначен для использования в вузах г. Алматы и молодежных центрах здоровья, оказывающих консультативную и профилактическую помощь молодежи.

2. Определение:

Маршрутизация беременной женщины с симптомами ВКИ (в том числе COVID-19) — это совокупность организационных мероприятий, направленных на определение последовательности и порядка оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе, включая выявление, оценку состояния, принятие решения о необходимости направления в специализированное медицинское учреждение, а также обеспечение преемственности медицинского наблюдения с учетом особенностей течения беременности и инфекционного процесса.

3. Ресурсы:

- 1) бланки медицинской документации;
- 2) кожный антисептик (при отсутствии возможности вымыть руки проточной водой с мылом);
- 3) одноразовая маска (при необходимости).

Реализация мероприятий по профилактике репродуктивного здоровья студенческой молодежи осуществляется в рамках взаимодействия образовательных организаций и Молодёжных центров здоровья и направлена на повышение уровня информированности студентов, формирование ответственного отношения к сохранению репродуктивного здоровья и обеспечение доступности консультативной помощи. Алгоритм взаимодействия предусматривает последовательность организационных, информационно-образовательных и консультативных мероприятий, направленных на раннее выявление потребности студентов в профилактической и медицинской помощи и их своевременную маршрутизацию в Молодёжные центры здоровья.

Этапы реализации

Шаг 1. Организация взаимодействия

На первом этапе формируется система взаимодействия между университетом и Молодёжным центром здоровья. Для этого заключается соглашение о сотрудничестве, назначаются ответственные координаторы со стороны образовательной организации и МЦЗ, а также разрабатывается план совместных профилактических мероприятий. Дополнительно формируется график проведения образовательных встреч и консультаций для студентов.

Шаг 2. Подготовка кураторов академических групп

С целью повышения эффективности профилактической работы проводится подготовка кураторов академических групп. Организуются обучающие семинары, в рамках которых кураторы знакомятся с основными вопросами репродуктивного здоровья молодежи, получают методические материалы (памятки, презентации, алгоритмы направления студентов) и разъяснения по порядку маршрутизации студентов в Молодёжный центр здоровья.

Шаг 3. Информационно-просветительская работа со студентами

Кураторы проводят тематические кураторские часы и информационные встречи со студентами, направленные на повышение уровня знаний по вопросам репродуктивного здоровья. Студентам предоставляются информационные и цифровые материалы, а также разъясняется возможность получения анонимной консультации специалистов Молодёжных центров здоровья.

Шаг 4. Направление студентов в Молодёжный центр здоровья

При выявлении у студента запроса на консультацию или потребности в дополнительной информации куратор информирует его о возможностях получения помощи в Молодёжном центре здоровья. Студент направляется на консультацию к специалистам МЦЗ (очно или в онлайн-формате) в соответствии с маршрутом взаимодействия, представленным в конце настоящего СОП (см. схему «Маршрутизация студентов университета в Молодёжный центр здоровья»). В центре проводится консультирование, оценка репродуктивных рисков и, при необходимости, осуществляется дальнейшая маршрутизация

студента в медицинскую организацию для получения специализированной помощи.

Шаг 5. Мониторинг и оценка эффективности

Для оценки эффективности профилактической работы проводится регулярный мониторинг. Он включает анализ уровня информированности студентов, оценку обращаемости в Молодёжные центры здоровья, а также анализ результатов реализуемых профилактических мероприятий. По итогам мониторинга при необходимости осуществляется корректировка профилактической программы.

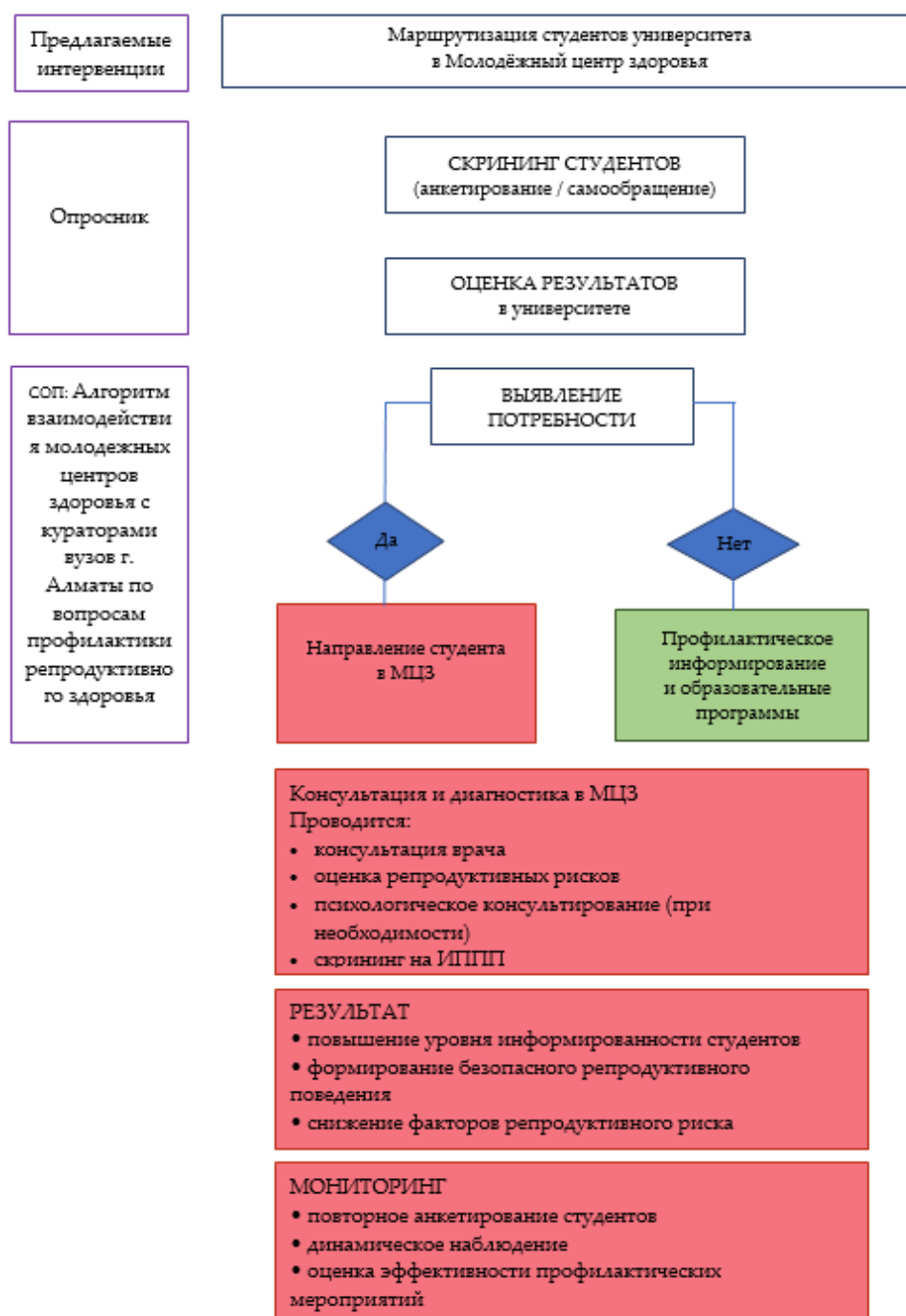


Рисунок М.1