

Государственный медицинский университет города Семей

УДК 614.2:378

На правах рукописи

**ГЛУШКОВА НАТАЛЬЯ ЕГОРОВНА**

**Модель совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г. Семей**

6D110200 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени  
доктора философии (PhD)

Научный руководитель  
доктор медицинских наук,  
профессор Т.К. Рахыпбеков

Научные консультанты  
MD, PhD, профессор  
Н. Такамура,  
кандидат медицинских наук,  
М.В. Горемыкина

Республика Казахстан  
Семей, 2013

## СОДЕРЖАНИЕ

	<b>НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....</b>	4
	<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....</b>	5
	<b>ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....</b>	7
	<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	8
<b>1</b>	<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАТИВНО ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ И МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ЗА РУБЕЖОМ.....</b>	12
1.1	Социальная значимость изучения здоровья молодежи.....	12
1.2	Нормативно-правовое регулирование в охране здоровья молодежи в Республике Казахстан.....	13
1.3	Нормативно-правовое регулирование в охране здоровья молодежи в США.....	17
1.4	Нормативно-правовое регулирование в охране здоровья молодежи в Австралии.....	19
1.5	Анализ видов организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи.....	21
1.5.1	Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи в Республике Казахстан.....	23
1.5.2	Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи в США.....	24
1.5.3	Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи в Австралии.....	26
1.6	Индикаторы эффективности моделей оказания медико- социальной помощи молодежи.....	26
1.7	Доступ молодежи к медико-социальной помощи.....	29
<b>2</b>	<b>МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	33
2.1	Программа диссертационного исследования.....	33
2.2	Общая характеристика участников исследования.....	35
2.3	Методы исследования.....	38
2.3.1	Обзор литературы.....	38
2.3.2	Анкетирование.....	40
2.3.3	Математический анализ данных исследования.....	42
<b>3</b>	<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....</b>	43
3.1	Изучение потребности получения медико-социальных услуг у молодых людей в Республике Казахстан.....	43
3.1.1	Эпидемиологические показатели молодежи в Республике Казахстан и Восточно-Казахстанской области.....	43
3.1.2	Распространенность поведений риска среди молодежи Республике Казахстан.....	47

3.1.3	Психо-эмоциональные особенности студентов вузов г.Семей	53
3.1.4	Заболеваемость студентов вузов г.Семей.....	57
3.2	Барьеры доступа к медико-социальным сервисам у студентов вузов г. Семей.....	61
3.3	Модель совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г.Семей.....	74
	<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>79</b>
	<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>82</b>
	<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>83</b>
	<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>94</b>

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:  
ГОСТ 2.105-95 Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам.

ГОСТ 7.1-2003 Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления

ГОСТ 7.32-2001 Отчет о научно-исследовательской работе (Структура и правила оформления).

Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.

Закон «О государственной молодежной политике» №581 от 7 июля 2004 года.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012г.).

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

**Барьер доступа к медико-социальным сервисам** (access barrier to health care services) – отсутствие возможности использования услуг медицинских сервисов вследствие географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых факторов. Виды: барьеры наличия, доступности, равенства, приемлемости.

**Индекс HALE** (Health-adjusted life expectancy) — индекс, отражающий число лет ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

**Индикатор** – измеримая переменная или характеристика, которую можно использовать для определения качества работы системы/процесса, степени соответствия стандартам или достижения целевого уровня качества

**Качество медицинской помощи** (quality of medical care) – уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологии.

**Кохрановское сотрудничество** (Cochrane collaboration) – международная организация клиницистов, эпидемиологов, пациентов и других лиц. Целью сотрудничества является помощь в принятии информированных решений об оказании медицинской помощи путем подготовки систематических обзоров об эффектах медицинских вмешательств. Так же сотрудничество поддерживает актуальность систематических обзоров, распространяет их и обеспечивает их доступность. Названо в честь Арчи Кокрейна (1909-1988), который впервые отстаивал преимущества вмешательств, эффективность которых доказана.

**Коэффициент фертильности среди подростков** (КФП) – количество рожденных детей на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет.

**Критерий, критерии** (criterion, criteria, греч. criterion) – средство для суждения, признак или правило, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо; иногда может выступать в виде стандарта для оценки и степени достижения цели.

**Медико-социальные услуги** – это координационная работа, позволяющая охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые связаны с защитой их здоровья.

**Моделирование** – способ изучения различных объектов, процессов и явлений, основанный на использовании математических (логических) моделей, представляющих собой упрощенное формализованное описание изучаемого объекта (пациента, заболевания, эпидемиологической ситуации) и его динамику при использовании медицинских вмешательств.

**Молодые люди** – по определению ВОЗ, данный термин характеризует возрастную категорию в диапазоне от 10 до 24 лет, включая подростков (возрастной диапазон 10 – 19 лет) и непосредственно молодежь (возрастной диапазон 15 – 24 лет).

**Мониторинг** (monitoring) — целенаправленная деятельность, включающая периодическое наблюдение, анализ, оценку и прогноз состояния объекта (процесса, явления, системы).

**Нормативный правовой акт** – письменный официальный документ установленной формы, принятый на референдуме либо уполномоченным органом или должностным лицом государства, устанавливающий правовые нормы, изменяющий, прекращающий или приостанавливающий их действие.

**Оценка** (evaluation) – процесс определения реального состояния объекта (процесса, явления, системы) по отношению к желаемому состоянию или другому объекту (процессу, явлению, системе).

**Организация-провайдер медико-социальной помощи** (organization-provider of medical and social care) - организация, предоставляющая медико-социальные услуги.

**Поведения риска (risky behavior)** – разновидности поведений, способствующих распространению ведущих причин заболеваемости и смертности среди молодежи и взрослых, часто возникающие в детстве или подростковом периоде. К основным категориям поведений риска среди молодежи относятся: суицидальное поведение, курение, употребление алкоголя и наркотиков, сексуальное поведение, ведущее к нежелательной беременности и заболеваниям, передающимся половым путем.

**Система здравоохранения** (health service system) – комплекс официальных и неофициальных мероприятий медицинского, экономического и организационного характера, направленных на предоставление населению профилактической и лечебной помощи.

**Уровень ответов** (response rate) – доля лиц, согласившихся ответить на вопросы исследования, в общем числе людей, которым было предложено участие в опросе/анкетировании.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- ВВП – валовой внутренний продукт  
ВКО – Восточно-Казахстанская область  
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения  
ВУЗ – высшее учебное заведение  
ГМУ – государственный медицинский университет  
ГОБМП – гарантированный объём бесплатной медицинской помощи  
ИППП – инфекции, передающиеся половым путем  
КазГЮИУ – Казахский гуманитарно-юридический инновационный университет  
КДМ – клиника дружественная к молодежи  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение  
МИКС – кластерное исследование по многим показателям  
МЗ – Министерство Здравоохранения  
МП – медицинская помощь  
МС – медицинский сервис  
МСС – медико-социальный сервис  
МСП – медико-социальная помощь  
МЦ – молодежный центр  
МЦЗ – молодежный центр здоровья  
МЭП – медико-экономический протокол  
НПО – неправительственная организация  
НПА – нормативно-правовой акт  
ООН – организация объединенных наций  
ОПР – обеспеченность профессиональными ресурсами  
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь  
ПСТ – поликлиника смешанного типа  
СГУ – Семипалатинский государственный университет  
СНГ – содружество независимых государств  
СМИ – средства массовой информации  
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита  
США – Соединенные Штаты Америки  
ТОО – товарищество с ограниченной ответственностью  
ЮНИСЕФ – Международный Чрезвычайный Фонд Помощи Детям (англ.– UNICEF — United Nations International Children’s Emergency Fund)  
ACA – Affordable Care Act (англ.– Закон о доступной медицине)  
CDC – Centers for Disease Control and Prevention (англ.– Центры по контролю и профилактике заболеваний)

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность проблемы**

В 2010 году, провозглашенном Международным годом молодежи, число молодых людей (от 10 до 24 лет) в мире достигло 1 миллиарда 822 миллионов человек, что составляет четверть населения всего мира, представляя, таким образом, колоссальный общественный ресурс определяющий будущее социальной сферы, экономики и здравоохранения [United Nations Statistics Division, 2009; 64 сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, 2011].

Ежегодные отчёты всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по уровням заболеваемости, смертности, и, в особенности, распространения поведений риска и ВИЧ-инфекции среди молодых людей, свидетельствуют о наличии тенденций к ухудшению медико-социального положения данной когорты населения [Мировая статистика здравоохранения, 2010].

В настоящее время молодежь в Казахстане составляет 29% населения, доля сельской– 44% от общей численности молодёжи. В условиях трансформации казахстанского общества, а также дальнейшего стратегического развития страны, государственная молодежная политика приобретает большое значение в контексте формирования конкурентоспособного и, следовательно, здорового молодого человека.

Острота проблемы охраны здоровья молодого поколения в современных условиях обусловлена тем, что от него зависят качество трудовых и интеллектуальных ресурсов, обороноспособность и безопасность страны в перспективе [Каржаубаева Ш.Е., 2009].

Множество исследований по всему миру посвящены изучению проблем репродуктивного, психического и общего здоровья молодых людей, также как и проблемам доступа к медико-социальным сервисам, оказывающим медико-консультативную помощь по этим проблемам. На сегодняшний день известно, что большинство из существующих проблем здоровья молодежи являются предотвратимыми [Абзалова Р.А. с соавт., 2009].

При этом в условиях увеличения спектра и характера оказываемых медико-социальных услуг, принятия программ поддержки молодёжи, в том числе направленных на решение проблем психосоматического и репродуктивного здоровья, предупреждения распространения поведений риска и удовлетворения социальных нужд, в Республике Казахстан отмечается достаточно низкий индекс здоровья молодых людей [Кошкимбаева Г.Д. с соавт., 2011].

Студенты вузов с первого по четвертый курс представляют собой популяцию молодежи со всеми атрибутивными компонентами изменений в физическом и психо-эмоциональном состоянии, начавшимися в подростковом возрасте и продолжившимися в пубертатном периоде.

Зарегистрированным фактом является то, что большая часть молодых людей поступает на обучение в колледжи и высшие учебные заведения, где находится в особых условиях жизни, зачастую, оказывающих немаловажное



влияние на состояние здоровья. Основным препятствием в решении этих проблем является вопрос об обеспечении адекватной и доступной медицинской помощью лиц молодого возраста [Зеленин А.А., 2009; Свиридова И.А., 2009].

Актуальность проблемы оказания медико-социальной помощи молодежи определяется отсутствием перспективных исследований, посвященных организационным механизмам и созданию новых организационных подходов в учреждениях образования и здравоохранения различного уровня по формированию и сохранению здоровья молодежи в Республике Казахстан.

**Целью работы** является научное обоснование и разработка модели совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г. Семей.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить нормативно-правовые аспекты и формы оказания медико-социальной помощи молодежи в Республике Казахстан и за рубежом.

2. Проанализировать основные модели, методы оценки и виды барьеров доступа к медико-социальным сервисам, существующие в мировой практике здравоохранения.

3. Определить потребность получения медико-социальных услуг и оценить качество доступа к ним у молодежи на примере студентов вузов г. Семей.

4. Разработать научно обоснованную модель по совершенствованию организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г. Семей и оценить ее эффективность.

#### **Научная новизна**

Впервые в общественном здравоохранении Республики Казахстан:

1. Проведена сравнительная характеристика нормативно-правовых аспектов и форм оказания медико-социальной помощи молодежи в Республике Казахстан и за рубежом.

2. Проанализированы основные модели, методы оценки и виды барьеров доступа к медико-социальным сервисам.

3. Выявлена высокая частота барьеров доступа к медико-социальным сервисам наряду с высокой потребностью получения медико-социальных услуг в молодежной популяции.

4. Разработана и внедрена в практическую деятельность учреждений здравоохранения г.Семей эффективная модель организации оказания медико-социальной помощи студентам вузов, позволяющая проводить мониторинг и своевременную коррекцию барьеров доступа к медико-социальным сервисам, выявлять потребности учащейся молодежи в данном секторе общественного здравоохранения.

#### **Практическая значимость работы**

Проведенный аналитический обзор нормативно-правовых аспектов и форм оказания медико-социальной помощи молодежи в Республике Казахстан и за рубежом позволит организаторам здравоохранения разработать дополнения к нормативно-правовым актам на основании международного опыта и подробной доказательной базы.

Разработанная модель совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г. Семей, позволяет своевременно проводить профилактические мероприятия в целевых группах с целью снижения количества медико-социальных проблем.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Проведённый анализ нормативно-правовых аспектов и форм оказания медико-социальной помощи молодежи в Казахстане и за рубежом свидетельствует об отсутствии эффективных методов мониторинга доступа к медико-социальной помощи у молодых людей при наличии большого количества регламентирующих документов по охране здоровья молодежи и организаций провайдеров медико-социальной помощи.

2. Результаты анализа потребности в медико-социальной помощи и частоты барьеров доступа к ней дают возможность для научно обоснованной разработки профилактических мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания медико-социальной помощи студентам вузов.

3. Предложенная модель по совершенствованию организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов вследствие систематического мониторинга барьеров и своевременной их коррекции будет способствовать снижению количества медико-социальных проблем среди студенческой молодежи.

#### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность КГКП «Поликлиника №5 смешанного типа г. Семей», КГКП «Поликлиника №2 смешанного типа г. Семей», в учебный процесс на кафедре общественного здравоохранения и информатики, положение о видах деятельности комитета по делам молодежи ГМУ г. Семей.

#### **Публикации по теме исследования**

По теме диссертации опубликовано 22 научные работы, в том числе 6 в журналах, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Республики Казахстан, 1 статья в дальнем зарубежье, 8 тезисов и 7 статей в сборниках и материалах конференций.

#### **Апробация работы**

Материалы диссертации доложены на: научных конференциях молодых ученых государственного медицинского университета города Семей (Семей, 2010, 2011, 2012); Международных научно-практических конференциях «Экология. Радиация. Здоровье» (Семей, 2011, 2012, 2013); Международной научной конференции студентов и молодых ученых (Новосибирск, 2012); Международной Азиатско-Тихоокеанской конференции университета Рицумейкан (Беппу, 2012).

### **Объём и структура диссертации**

Диссертация изложена на 93 страницах компьютерного набора, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 3 разделов собственных исследований, заключения и практических рекомендаций, 2 приложений, списка использованных источников, включающего 168 наименований, из них 62 источников на русском языке и 106 на иностранных языках. Содержит 15 таблиц, 39 рисунков.

# **1 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ И МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ЗА РУБЕЖОМ**

## **1.1 Социальная значимость изучения здоровья молодежи**

На международном уровне, по определению ВОЗ, термином «молодые люди» принято характеризовать возрастную категорию в диапазоне от 10 до 24 лет, включая подростков (возрастной диапазон 10 – 19 лет) и непосредственно молодежь (от 15 до 24 лет) [9; 2,с.9].

Характеризуя молодежь, необходимо принять во внимание, что определённую ее часть представляет студенчество. Студенчество является не только источником пополнения квалифицированных кадров, интеллигенции, но и само составляет довольно многочисленную и важную социальную группу. Студенты вузов, многочисленная группа, которая имеет как общие со всей молодёжью черты, так и специфические особенности.

Термин «студенчество» обозначает собственно студентов как социально-демографическую группу, характеризующуюся определенной численностью, половозрастной структурой, территориальным распределением и т.д.; определенное общественное положение, роль и статус; особую фазу, стадию социализации (студенческие годы), которую проходит значительная часть молодежи, и которая характеризуется определенными социально-психологическими особенностями. С повышением социальной значимости высшего образования роль студенчества в жизни общества возрастает и увеличивается его количество [10].

Социальная значимость здоровья молодых людей обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества [11].

Экономический аргумент и аргумент вложения социального капитала в молодых людей определяется тем, что, вкладывая в развитие молодежи, общество в дальнейшем получает большую отдачу в экономическом и социальном планах. Нобелевский лауреат Гэрри Беккер отметил на парламентских слушаниях пример Республики Казахстан: обучение одного студента колледжа в год обходиться в 145 тысяч тенге. Всего лишь двухмесячный курс лечения одного потребителя инъекционных наркотиков в 150 тысяч тенге, а содержание одного заключенного в местах лишения свободы в год в среднем составляет 302 тысячи тенге [12].

Изучение проблем формирования здоровья молодежи на современном этапе представляет собой сложную комплексную задачу, состоящую из многих аспектов. Неоднородность молодежной популяции, многоплановость мировоззрения, отношения к своему внутреннему «я» и состоянию здоровья и многие другие аспекты создают ряд сложностей для изучения и актуализации существующих медико-социальных проблем молодежи, а также вопросов, касающихся обеспечения молодых людей адекватной медико-социальной

помощью (МСП). Многочисленность категории студенчества соответствующей возрастному периоду, относящемуся к определению молодежи и доступность для изучения их особенностей обуславливают актуальность проведения ряда исследований именно в этой социальной группе.

## **1.2 Нормативно-правовое регулирование в охране здоровья молодежи в Республике Казахстан**

Анализ роли нормативно-правового регулирования охраны здоровья молодежи в Республике Казахстан в первую очередь связан с рассмотрением основных действующих актов в этой сфере. Оценка государственной практики формирования и реализации молодежной политики конкретизирует основные характеристики модели медико-социальной поддержки молодежи.

Республика Казахстан, как страна постсоветского пространства, унаследовала от прошлого периода систему здравоохранения, основанную на базе модели Семашко, одним из ключевых принципов которой был всеобщий и бесплатный доступ населения к медицинской помощи [13-14].

На сегодняшний день, все услуги, предоставляемые казахстанским гражданам, в том числе и молодежи, являются бесплатными в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), согласно статьи тридцать четвертой Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». ГОБМП предоставляется за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, в соответствии и с перечнем, утверждаемым Правительством Республики Казахстан. В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи входят:

- 1) скорая медицинская помощь и санитарная авиация;
- 2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая:
  - первичную медико-санитарную помощь;
  - консультативно-диагностическую помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- 3) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов), определяемых уполномоченным органом, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления [15].

Следует отметить, что в Казахстане процесс выработки политики носит централизованный характер. Национальная политика в области здравоохранения утверждается Правительством и реализуется республиканскими и местными органами государственного управления. Ответственность за ее формирование несет Министерство здравоохранения (МЗ). Предоставление медицинской помощи и финансирование здравоохранения делегированы, в большей степени, областным органам исполнительной власти и подведомственным им департаментам

здравоохранения. Министерство экономики и бюджетного планирования и Министерство финансов Республики Казахстан регулируют финансирование здравоохранения и распределяют бюджет здравоохранения. Другими основными участниками системы являются поставщики медицинских услуг (государственные, автономные и частные), профессиональные организации и ассоциации и ряд неправительственных организаций (НПО). Стратегическое планирование системы здравоохранения осуществляется на министерском уровне и утверждается Правительством Республики Казахстан.

Основным законодательным документом, регулирующим структуру, финансирование и обеспечение медицинских услуг, является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [13,с.32; 15,с.1]. Схематично структура системы здравоохранения Республики Казахстан представлена на рисунке 1 [13,с.36].

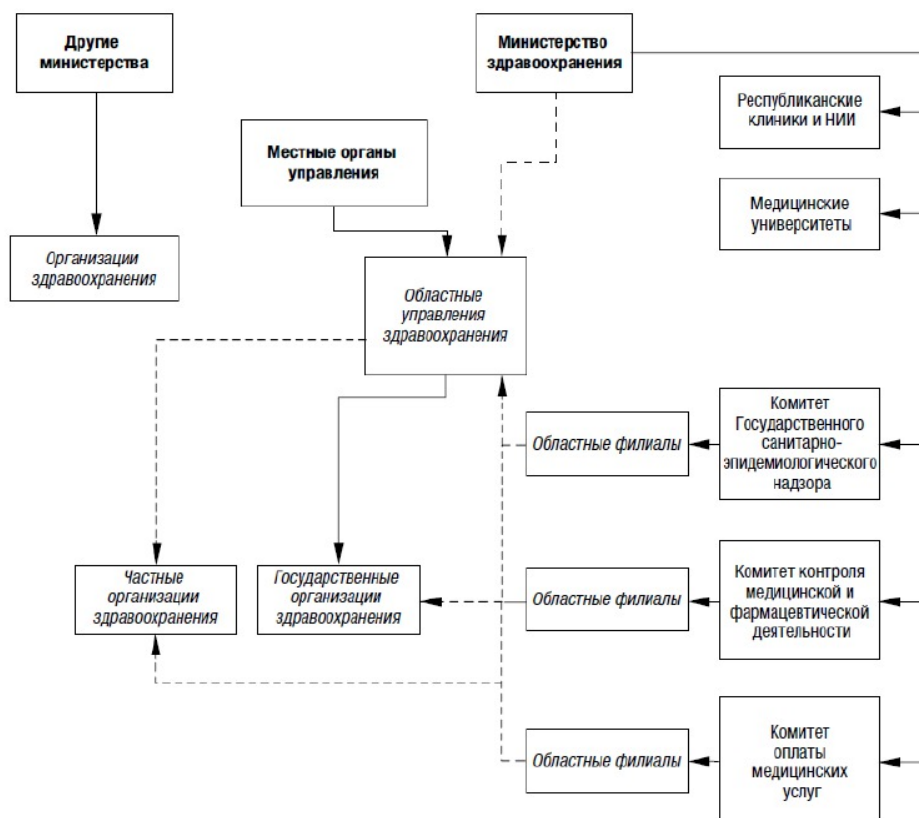


Рисунок 1 – Структура системы здравоохранения Республики Казахстан

Примечание – Пунктирные линии означают надзор, сплошные линии – прямое административное подчинение и подотчетность

На современном этапе в Казахстане, как и во многих других странах, действуют нормативно-правовые акты (НПА), согласованные с рекомендациями ВОЗ, Всеобщей декларацией по правам человека, Конвенцией о правах ребенка, Международном пакте об экономических, социальных,

культурных правах, адаптированные под национальные модели здравоохранения [16–19].

Основным нормативным правовым документом, регулирующим сферу отношений государства и молодежи в Республики Казахстан, является Закон «О государственной молодежной политике» №581 от 7 июля 2004 года, в котором определены его цели, задачи, направления, а также механизмы государственной поддержки молодежи, ее социальные и политические права. Среди механизмов реализации, следует особо отметить пункты: 2 – Обеспечение молодежи информацией о наиболее важных сферах жизнедеятельности, пункт 5 – Социальная работа с молодежью, 7 – Формирование здорового образа жизни и развитие массового спорта среди молодежи и 8 – Создание условий для деятельности детских и молодежных общественных объединений [20-21].

Говоря о данном законе, следует отметить, что вслед за ним был разработан проект Концепции государственной молодежной политики до 2020, определяющий молодежную политику в качестве стратегического приоритета достижения конкурентоспособности Казахстана и формирования интеллектуального общества. Концепция имеет установочный характер, не содержит перечня конкретных мероприятий, но дает содержательные требования к разработке соответствующих рабочих документов — программ и проектов межведомственного характера [22].

Сферу государственной молодежной политики в некоторой мере регулируют различные государственные и отраслевые программы. Ряд нормативно-правовых документов МЗ Республики Казахстан регулирует охрану здоровья молодёжи, в том числе: «Концепция по нравственно - половому воспитанию», Программа «Молодежь Казахстана» и, включающая в себя пункты, относящиеся к молодежи, Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» [23–26].

Ключевым в регулировании вопросов, связанных с образованием молодежи НПА, действующим в Республике Казахстан является «Концепция по нравственно - половому воспитанию». Согласно ее приоритетам, основной задачей организаций образования и здравоохранения в области нравственно - полового воспитания является реализация утвержденных программ обучения, направленных на формирование у подрастающего поколения нравственности, здорового образа жизни, здорового полового поведения, нацеленного на создание семьи [26,с.1].

С 2001 по 2002 годы была реализована Программа «Молодежь Казахстана», включившая в себя комплекс мероприятий по основным направлениям государственной молодежной политики Республики Казахстан. Целью Программы являлось создание правовых, экономических и организационных механизмов осуществления государственной молодежной политики, через решение перечня задач, в том числе и обеспечения социальных прав молодежи в области труда, образования и охраны здоровья [27–29].

Приоритетные направления в улучшении качества жизни и здоровья молодежи затрагиваются в Государственной Программе развития

здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Одним из основных индикаторов эффективности Программы обозначено удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%. Кроме того, одной из основных задач, заложенных в реализацию, отмечено развитие и совершенствование системы психосоциальной поддержки в преодолении личностных и социальных проблем молодежи [24,с.1].

К программам преимущественно социальной направленности по поддержке молодежи относятся:

– Закон Республики Казахстан «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан», гарантирующий получение пособия детьми до 18 лет, потерявших одного из родителей или обоих родителей, а также обучающихся граждан, не превышающих 23-летнего возраста;

– Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 мая 2000 года № 738 «О размерах и источниках социальной помощи гражданам в период получения ими образования», гарантирующий компенсацию на ежедневное питание для всех студентов из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

– Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 марта 2008 года № 296 «Об установлении квоты приема при поступлении на учебу в организации образования, реализующие профессиональные учебные программы технического и профессионального, послесреднего и высшего образования» для такой целевой группы, как сельская молодежь, предоставляющее 30% от государственного заказа квоту приема в учебные заведения республики [30–32].

В предыдущих работах казахстанских исследователей при анализе нормативно-правовой базы, регламентирующей охрану здоровья молодежи, был освещен ряд нормативных документов, некоторые из них на сегодняшний день уже утратили свою силу и поэтому не включены в проведенный обзор.

По мнению Батрымбетовой С.А. (2008 г.), в республике принято достаточно много законодательных актов, касающихся проблем молодежи. Однако правовая база требует совершенствования в связи с быстро меняющимися социально-экономическими условиями и реформированием систем здравоохранения и образования [33]. В ходе нашего исследования мы пришли к аналогичным выводам.

Резюмируя представленную в главе информацию, следует отметить, что изучение республиканского и мирового опыта нормативно-правового регулирования вопросов охраны здоровья молодых людей, в том числе и студенческой молодежи, имеет немаловажное значение в разработке эффективных и научно-обоснованных НПА в политике здравоохранения.



### 1.3 Нормативно-правовое регулирование в охране здоровья молодежи в США

В отличие от Республики Казахстан, в Соединенных Штатах Америки (США) медицинская помощь населению, в том числе и молодежи, осуществляется через систему страхования [34].

Регулирование политики в области здравоохранения осуществляется правительством США через ведущий государственный орган – Департамент здравоохранения и человеческих ресурсов (US Department of health and human services) [35–37].

Одной из характерных особенностей американской системы здравоохранения является отсутствие скоординированной системы взаимодействия структур внутренних элементов [38]. Однако, это не исключает общей эффективности американской системы здравоохранения. Схематично структура системы здравоохранения США представлена на рисунке 2.



Рисунок 2 – Структура системы здравоохранения США

По мнению ряда исследователей, основной проблемой национальной программы страхования в США является отсутствие автоматического покрытия всех граждан [39–41].

Говоря о системе здравоохранения США, следует указать ряд важных фактов:

- около 174,5 миллионов американцев имеют частное страховое покрытие, предоставляемое множеством независимых поставщиков;
- до 41,7 миллионов – участники государственной программы страхования Medicare;
- фактически 42,5 миллиона – пользователи государственной программы страхования с преимущественным вовлечением лиц пожилого возраста – Medicaid [42-43].

21 марта 2010 года Конгресс США одобрил реформу Системы здравоохранения, главным результатом которой, стало подписание сорок четвертым Президентом США Бараком Обамой закона «The Patient Protection and Affordable Care Act» (ACA). Целью реформы являлось создание универсальной системы медицинского обеспечения, призванной охватить 50 миллионов ныне незастрахованных граждан, и в целом, улучшить условия медицинского страхования [44–48].

На сегодняшний день, благодаря изменениям в системе, регламентирующие действия обеспечиваются двумя основными нормативно-правовыми актами: специальный раздел Public Health Service Act 2714, посвященный молодежи, и, в дополнение к нему, раздел 1001 Act The Affordable Care Act [49-50]. Основные инновации заключаются в том, что с 26 сентября 2010 года лица в возрасте до 26 лет могут оставаться в плане страхования родителей (Medicare/Medicaid) или добавляться к нему. Это ориентировано на охват выпускников высших учебных заведений (вузов) и колледжей, так как многие из студентов остаются вне частных программ студенческого страхования.

Непосредственно студенческое медицинское страхование регламентирует одноименный Закон, действующий с 11 февраля 2011 года 9981P [51]. Под его действие попадают около 3 миллионов студентов по всей стране [52-53].

Не смотря на то, что расширение планов страхования призвано сократить количество молодых людей, не имеющих легитимного права на получение медицинской помощи, в литературе уже появились критические статьи, затрагивающие, в частности, этические проблемы принятых актов. По мнению американских экспертов в области общественного здравоохранения, при включении молодых людей в страховое покрытие родителей могут быть нарушены принципы конфиденциальности. В особенности, эта проблема становится актуальной при решении вопросов репродуктивного и сексуального здоровья молодых людей [54–57].

По результатам национального исследования страхования здоровья молодых людей (Health Insurance Tracking Survey of Young Adults), проведенного Американским Фондом Содружества, выявлено, что в период с ноября 2010 года и ноября 2011 года, приблизительно 13,7 миллионов молодых людей в возрасте 19-25 остались в страховых планах родителей или присоединились к ним. В том числе 6,6 миллионов человек из групп среднего и низкого дохода, которые не получили бы это покрытие без принятия закона [58-59].

АСА-зависимое покрытие показало редкий общественный успех политической программы в общественном здравоохранении для молодых людей и для всей американской нации в целом [60-61].

Подводя итог описания нормативно-правового регулирования вопросов охраны здоровья молодых людей, а также студенческой молодежи в США, следует отметить, что, несмотря на активно проводимое реформирование законодательства системы здравоохранения, сотни тысяч молодых людей остаются вне доступа к государственным программам, накапливая тем самым бремя хронических проблем здоровья страны.

#### 1.4 Нормативно-правовое регулирование в охране здоровья молодежи в Австралии

В Австралии преобладает государственное финансирование здравоохранения. Медицинская помощь общедоступна благодаря государственной системе медицинского страхования Medicare.

Структура системы здравоохранения Австралии характеризуется как децентрализованная и смешанная (рисунок 3) [62].

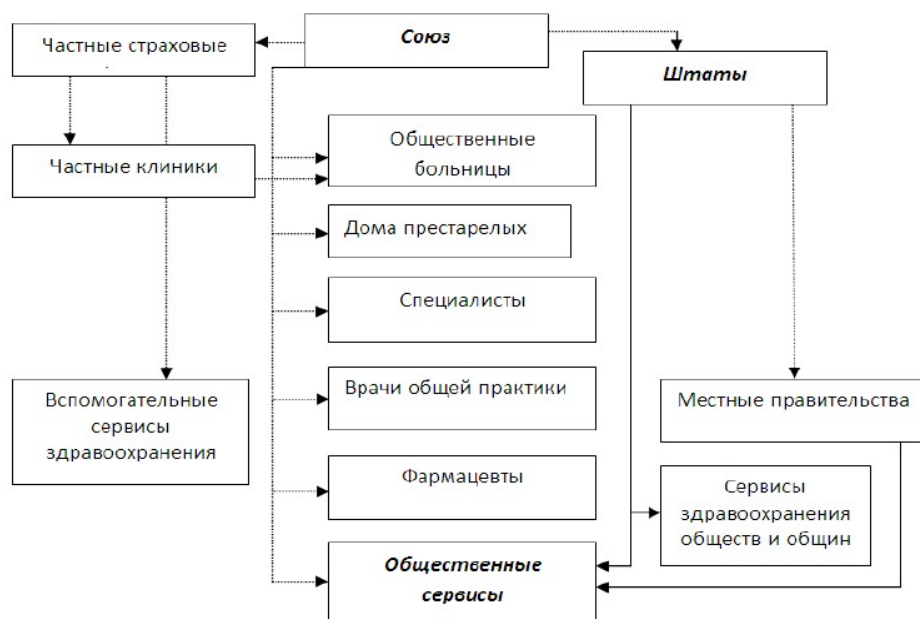


Рисунок 3 – Структура системы здравоохранения Австралии

Примечание – Пунктирные линии – финансирование, сплошные линии – прямое административное подчинение и подотчетность

Всем гражданам Австралии предоставляется субсидированная амбулаторная помощь с правом выбора врача, бесплатное лечение в государственных больницах и льготное лекарственное обеспечение.

На современном этапе, центральным органом, реализующим национальную политику здравоохранения, также как и его финансирование, является Союз (The Commonwealth). Правительство Союза имеет конституционный мандат на право финансирования. Министерство здравоохранения является главным национальным органом управления. Оно руководит общественным здравоохранением, исследовательской и информационной деятельностью [63–65].

Основной особенностью являются штаты, представляющие собой политико-территориальные единицы государства. В состав Австралийского Союза входят шесть «первоначальных» таких субъектов: Виктория, Новый Южный Уэльс, Южная Австралия, Квинсленд, Западная Австралия и Тасмания. Каждый штат самостоятельно руководит и реализует политику здравоохранения на своей территории [66-67].

В последние десятилетия роль Союза в организации, финансировании и регулировании здравоохранения возрастает, но медицинское обслуживание в основном остается в ведении штатов. Функции местных органов в области здравоохранения очень ограничены.

В Австралии в отличие от США, как собственно и от казахстанской системы здравоохранения, нормативно-правовое регулирование охраны здоровья и социального благополучия молодежи имеет свою специфику. Большая ее часть, заключается в отсутствии эффективных программ обеспечения всех молодых людей, независимо от этнической принадлежности, материального статуса, грамотности в отношении здоровья и страхового покрытия [68–70].

Вследствие этого, многие медико-социальные риски для молодежи все еще остаются вне программ правительства и остаются на попечение только международных конвенций по защите человеческих прав.

По состоянию на 2010 год в Австралии действуют «Закон о правовой помощи», основанный на Законе о Правах Человека и базированная на Законе о Системе Здравоохранения Национальная Система медицинского страхования MediCare [71].

Программу частного страхования обеспечивает фонд Medibank Private. Нормативно-правовое регулирование вопросов здоровья молодежи и социальной поддержки обеспечивается косвенно через общие акты. Активно ведется работа по социальной адаптации молодых людей, с особым вниманием к коренным жителям Австралии (An Aboriginal or Torres Strait Islander Australian) [72-73].

Возраст от 15 до 24 лет в Австралии легитимно признается как время получения независимого статуса от родителей или опекунов. В данный период ряд правительственных программ берут на себя функции по поддержке молодых людей. Молодежь вправе получить такие выплаты как Youth Allowance и ABSTUDY, позволяющие компенсировать затраты на получение образования в зависимости от стоимости обучения. В то же время по завершению учебного процесса, выпускник может получить

квалифицированный совет по вопросам карьеры, финансовых дел и других важных решений.

Также среди австралийской молодежи широко используется, как одна из опций вышеназванных программ, оплата медицинских услуг, полученных в государственных медицинских учреждениях.

Молодой человек вправе рассчитывать на получение собственной карты страхового покрытия (Medicare card) при поддержке государства с 15 лет, что осуществляется в любом из локальных центров обслуживания.

Одним из примеров государственной поддержки здоровья молодежи в Австралии является «The Medicare Teen Dental Plan». Согласно данному плану осуществляется ежегодное мониторинговое состояние здоровья ротовой полости молодых людей и компенсация по оплате стоматологической помощи [74-75].

Кроме того, на сегодняшний день в рамках национальной политики реализуется Государственная программа «Закон о Молодежи: Планы на 2009-2014 годы», ставящая перед собой задачи формирования здорового поколения молодежи и здоровой нации в будущем [76-77].

Таким образом, анализ австралийской системы здравоохранения, показал, что преимущественное регулирование вопросов охраны здоровья молодых людей, как и студенческой молодежи, осуществляется опосредованно, через общие акты и единичные студенческие программы.

### **1.5 Анализ видов организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи**

Разные виды источников предоставления медицинских и социальных услуг, существующих на современном этапе мировой практики здравоохранения касающихся молодежи, можно разделить на шесть групп.

Первая группа – это центр, специализирующийся на лечении подростков в больнице. Центр предоставляет молодежи услуги стационара и приема больных. Кроме того, такой центр служит вторичным и третичным специализированным центром для ближайших медицинских учреждений и проводит профессиональное обучение и исследования. Преимущественное распространение данная группа имеет в европейских странах и США [78-79].

Вторая группа – это клиники по месту жительства, представляющие собой организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и поликлиники смешанного типа (ПСТ). Данные медицинские сервисы оказывают медицинские и социальные услуги всем сегментам населения, в том числе и молодежи (например, общая практика, планирование семьи). Эта модель включает в себя автономные медицинские учреждения, которые обычно являются неотъемлемой частью районной или городской государственной системы здравоохранения. Распространен данный вид учреждений повсеместно [80-81].

Третья группа – это медицинские учреждения при учебных заведениях, так называемые на постсоветском пространстве «Здравпункты». Этот вид

медицинских учреждений предлагает учащимся профилактические и некоторые терапевтические медицинские услуги в помещениях школ, колледжей и университетов или рядом с ними. В компетенции учреждений данного вида входят: регулярные профилактические осмотры, проведение плановой вакцинации, оказание первой медицинской и первой врачебной помощи [82-83].

Четвертая группа – это медицинские центры, ориентированные также на формирование здорового образа жизни, которые являются не только медицинскими учреждениями, но и оказывают социальные услуги. Эти центры предоставляют информацию о здоровье, оздоровительные процедуры, проводят скрининги, выполняют социальное сопровождение. В дополнение к предоставлению некоторых медицинских услуг, они часто имеют связь с рядом медицинских учреждений и могут направлять туда молодых людей. К данной группе можно отнести «Клиники, дружественные к молодежи» (КДМ). Аналогично третьей группе, данный вид организаций-провайдеров медико-социальной помощи (МСП) распространен повсеместно [84–86].

Пятая группа – это аптеки и магазины, которые продают товары, связанные со здравоохранением (такие как, барьерные контрацептивы и средства посткоитальной контрацепции), но не оказывают непосредственно медицинские услуги, такие как лечение заболеваний, передающихся половым путем.

Последняя, шестая группа провайдеров медицинских и социальных услуг, состоит из организаций, пропагандирующих здоровый образ жизни и актуализирующих у населения активность по обращению за медико-социальными услугами. В таких странах, как США, Австралия, Япония, некоторых европейских странах, ведутся работы, чтобы донести медицинскую информацию, товары медицинского назначения и медицинские услуги до молодых людей из социально уязвимых слоев общества [87]. Медицинское просвещение проводится в тех местах, где такие молодые люди собираются (например, на углах улиц, на торговых улицах, в барах и чаще всего в образовательных учреждениях).

Следует отметить, что помимо существования основных групп провайдеров МСП молодежи, во всех странах проводятся программы по поддержке их активности, с использованием социальной рекламы на телевидении, в газетах и постерах, которые включают маркетинговые методы популяризации, к примеру, презервативов с целью повышения доступности их применения [88].

Анализ существующих видов организаций-провайдеров МСП молодежи, позволяет наглядно представить уровни применения организационных решений в сфере улучшения охраны здоровья молодежи и студентов.

### 1.5.1 Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи в Республике Казахстан

В Казахстане около 30% населения страны составляет молодежь, что представляет более 4 миллионов граждан [22,с.1; 89]. Среди медицинских провайдеров, оказывающих МСП молодежи и студентам в Республике Казахстан основную работу выполняют студенческие поликлиники, медицинские пункты вузов и ПСТ [90].

В последнее десятилетие по республике стали создаваться КДМ, инновационные по своей структуре клиники, в ассоциации с Детским фондом Организации Объединенных Наций (ООН, ЮНИСЕФ). На сегодняшний день инициатива создания таких учреждений активно поддерживается правительством и местными исполнительными органами. Вся деятельность в них основана на принципе трех «Д»: Доступность, Добровольность, Доброжелательность [11,с.5; 81,с.16; 6, с.22].

Среди организаций, в которых молодые люди могут рассчитывать на правовые и психологические консультации, анонимное консультирование по вопросам употребления наркотиков, сексуального здоровья, следует отметить: Союз сельской молодежи, Общественный фонд «Адал-Комек», Альянс студентов Казахстана, фонд «Будущее без наркотиков», Государственный Фонд развития молодежной политики, Конгресс молодежи Казахстана. Участие в пропаганде здорового образа жизни и поддержке прав молодежи активно принимает государственная молодежная организация Жас Отан [89,с.89; 91].

Влияние на реализацию социальных программ, например актуализирующих охрану репродуктивного здоровья женщин Казахстана и молодежи, противодействия распространению ВИЧ, оказывают казахстанские и зарубежные общественные фонды. К ним можно отнести Общественный Фонд «Амансаулык», Фонд Сорос Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения [92–94].

В Казахстане зарегистрировано более 700 молодежных движений и организаций, но далеко не все они активно работают и приносят ощутимую пользу [12,с.4].

Ряд казахстанских исследователей в своих работах критически оценивает столь широкое распространение НПО, не дающих актуальной практической помощи молодым людям. В основном молодежные организации слабо взаимодействуют как с молодежью, так и с государством. Приходится констатировать тот факт, что молодежные НПО не отражают реальной социальной структуры общества, многие из них не представляют интересов большинства молодежи, не имеют четкой направленности в своей деятельности, представляя собой манипулятивный инструмент для достижения определенных целей третьих лиц [95-96].

Очень важно развивать активные молодежные НПО, которые способны предложить свои навыки, опыт, социальную поддержку молодым людям, как

главным потребителям данного вида государственных услуг, так и государству как основному заказчику [89,с.91; 5,с.45].

Помощь в организациях-провайдерах и молодежных НПО во всех направлениях является бесплатной и широко поддерживаемой как правительством, так и различными международными структурами.

В целом по республике можно отметить большое количество организаций-провайдеров МСП молодежи, с достаточно низкой долей эффективно действующих НПО и инициативных КДМ.

### 1.5.2 Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи в США

В США среди организаций-провайдеров МСП широкое распространение получили спортивные организации, организации Молодежной политики и различные проектные Учреждения, поддерживаемые Департаментом Здравоохранения и Социальных служб США.

Следует сказать, что на федеральном уровне в США нет единого министерства либо руководящего ведомства, которое бы осуществляло молодежную политику. Вопросами молодежи занимаются разные министерства, в том числе Министерство Труда, Министерство Юстиции и Министерство Здравоохранения и социального обеспечения.

В разных штатах действуют территориально закрепленные общественные организации, оказывающие социальную поддержку и сопровождение в вопросах психологического здоровья, поведений риска и других, актуальных для молодых людей проблем [97]. Большинство организаций имеет общий принцип деятельности, направленный как на поддержку наиболее социально уязвимых слоев молодежи, так и на развитие молодежных инициатив. Особенно приветствуется создание различных волонтерских движений, способствующих формированию самосознания и обучения по принципу «равный-равному». Ряд таких молодежных организаций в США представлен в таблице 1.

Социальная работа с молодежью в США осуществляется через государственные и неправительственные программы поддержки молодежи, в рамках которых оказываются различные виды социальных услуг. Данные программы регламентируются либо федеральным законодательством, либо законодательством штата, либо федеральными государственными органами и органами управления штатов. Отдельные программы принимаются местными властями [7,с.72].

Так, например, в штате Нью-Йорк действует, поддерживаемая местным правительством программа медицинского страхования для лиц до 19 лет [98-99].

Широкое распространение, благодаря программам межэтнического равенства, приобрели Общинные Центры Здравоохранения, такие как, общины американских индейцев и коренных жителей Аляски.



Таблица 1 – Организации-провайдеры МСП молодежи в США, 2012 год

Название организации	Виды деятельности
Детский фонд Розенберга	Обеспечение ресурсной консультативной и финансовой помощью детей и подростков
Международный молодежный фонд «YouthActionNet»	Социальная поддержка молодых женщин, пострадавших от нарушения их прав, бытового и гендерного насилия, бедности и отсутствия возможности получать образование
Молодежный сервис Америки (YSA)	Консультативная помощь, обучение молодых людей и студенческой молодежи социальной активности, перспективам трудоустройства, молодежной политики, вопросы создания здорового общества
Молодежные центры Нельсона	Оказание услуг по приобретению необходимых навыков и ресурсов детям и молодым людям, студентам с эмоциональными, социальными, поведенческими проблемами или проблемами в обучении
Некоммерческая организация «Детский, подростковый и молодежный онкологический госпиталь Сиэтла»	Предоставление консультативной, медицинской и паллиативной помощи молодым людям и их семьям со всеми формами рака
Клиники, дружественные к молодежи или молодежные центры здоровья	Медико-социальные сервисы, являющиеся инициативой ЮНИСЕФ и оказывающие медицинскую, консультативную помощь, а также социальное сопровождение молодежи на основе основных принципов: дружелюбность, доброжелательность и доверие

Функционируют, поддерживаемые общественными фондами, клиники, обеспечивающие медицинской и психологической поддержкой молодых людей и их родителей [100–104].

Деятельность организаций-провайдеров МСП и активность молодежных НПО в США направлены не на всю молодежь, а только на ее наиболее уязвимые группы, что говорит об отсутствии целостного подхода к реализации программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья молодежи, при ее высокой потребности в молодежной популяции.

### 1.5.3 Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодежи в Австралии

Среди государственных организаций, обеспечивающих бесплатную медицинскую, социальную и психологическую помощь молодежи, не участвующих в страховой системе MediCare, в Австралии функционируют: Союз Молодежного Здравоохранения, Организация планирования семьи и Сексуального Здоровья, Центр Сексуального Здоровья Канберра, Первое Здоровье, Австралийская Общественная Медицинская Помощь, Консульство Гепатита С [105–107].

В числе организаций, предоставляющих социальную помощь подросткам, молодым людям и студентам в Австралии, можно найти сотни общественных, общинных, религиозных и нерелигиозных организаций. Среди них наиболее масштабными являются:

– «Австралийская Коалиция по делам молодежи», представляющая собой крупную неправительственную организацию с направлениями деятельности по защите прав молодых людей, развития молодежных и студенческих инициатив и молодежной политики;

– «Alive Youth» – христианская организация, имеющая филиалы во всех австралийских штатах, одним из видов деятельности, которой, является социальная поддержка молодежи;

– «Orygen Youth Health» – предоставляет медицинскую и консультативную помощь, психологические программы, поддержку семьи в вопросах психического здоровья молодых людей в возрасте от 15 до 25 лет;

– «Inspire Foundation» – фондовая организация, предоставляющая услуги, направленные на улучшение психического здоровья, знаний в области психического здоровья и благополучия молодых людей, с соблюдением принципов анонимности, круглосуточной поддержки и доступа к отдаленным районам.

Говоря об организациях, предоставляющих МСП молодым людям в Австралии, необходимо констатировать тот факт, что в этой стране, аналогично Республике Казахстан и США, имеет место инициатива ЮНИСЕФ в виде сети КДМ.

Активность молодежных НПО в Австралии можно отметить во всех видах общественной деятельности, таких как: принятие инициативных решений, рекомендации для органов власти в формировании нормативных актов, защита прав сексуальных меньшинств, развитие студенческих инициатив, поддержка коренных жителей Австралии и сельской молодежи.

### 1.6 Индикаторы эффективности моделей оказания медико-социальной помощи молодежи

При определении эффективности действующих систем здравоохранения в области нормативно-правового регулирования и вопросов оказания медико-социальных услуг молодежи, мы ориентировались на показатели, характеризующие, с одной стороны, государственные расходы на

здравоохранение (в процентах от внутреннего валового продукта (ВВП) и расходы на здравоохранение на душу населения, в долларах США, \$), а с другой стороны, на управляемые показатели здоровья населения и молодежи, такие как, ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), коэффициент фертильности среди подростков (КФП) и место страны в рейтинге оценки здоровья населения [108].

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) – является интегральным показателем здоровья населения страны. В интерпретации применяется следующее определение: ожидаемая продолжительность жизни, взвешенная с учетом качества проживаемых лет, в состоянии здоровья [109].

КФП – количество детей, рожденных на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет. Является официальным показателем, характеризующим уровень развития медицины, экономики, традиций и культурных особенностей данного региона и от специфических особенностей законодательства страны. Помимо этого, в исследованиях применяется его интерпретация, как индикатора сравнения уровня здравоохранения, социально-экономического развития и противодействия распространения поведений риска среди молодежи в различных странах [110; 3,с.29].

Гипотетически, при проведении данного этапа литературного обзора, мы предположили, что здоровье и благосостояние населения зависит от долгосрочного вклада в молодых людей. Сравнение эффективности систем здравоохранения в данном случае применено в контексте только изучаемых стран, представляющих три разных региона ВОЗ: Европейский – Республика Казахстан, Американский – США и Западно-Тихоокеанский – Австралия.

Принимая во внимание полученные в ходе аналитического обзора результаты, необходимо отметить, что национальная система здравоохранения США, является наиболее затратной, но при этом, данное обстоятельство не влияет на улучшение показателей здоровья, в сравнении с Казахстаном и Австралией.

Затраты австралийской системы здравоохранения меньше американской и больше казахстанской фактически в два раза. При этом, страна входит в число десяти самых здоровых стран мира, обеспечивая при минимальных затратах наиболее высокие показатели здоровья населения и наименьшие показатели распространения поведений риска среди молодежи (таблица 2).

Несмотря на широко развитые коммерческие и бесплатные сервисы в США и Австралии, развитую молодежную политику и систему оказания бесплатной медицинской помощи в Республике Казахстан, такой индикатор как КФП, характеризующий непосредственно здоровье молодежи, остается на сравнительно низком уровне.

Наиболее высокий КФП среди исследуемых стран, и, одновременно самый высокий среди всех развитых стран, в США – 41. В Казахстане дело обстоит несколько лучше, хотя коэффициент – 27 считается высоким по сравнению с благополучными по данному показателю странами (Германия 7,7; Франция 7; Италия 5). Австралия показывает результат по данным 2010 года в 2,5 раза

меньший, чем США, но все еще неблагоприятный по интерпретации – 15 [3,с.29].

В данном случае, феномен относительно низкого значения индикатора КФП в Казахстане, по сравнению с США, вкладывающей ежегодно в охрану здоровья молодых людей до 50 миллионов долларов, только на программы полового воспитания, может быть связан с нравственными и культурными особенностями казахстанской молодежи, имеющей, исторически сложившийся, более крепкий институт брака и половых отношений.

Таблица 2 – Показатели расходов и управляемых показателей здоровья населения Казахстана, США и Австралии, 2012 год

Показатель	Страны		
	Казахстан	США	Австралия
Расходы на здравоохранение, % ВВП	3,9	17,9	8,7
Расходы на здравоохранение на душу населения, \$	534	8362	4774
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), лет	56,4	70	74
Коэффициент фертильности подростков	27	41	15
Место страны в рейтинге оценки здоровья населения	111	33	3

Исходя из проведенного анализа, можно предположить, что КФП характеризует наличие проблем во взаимодействии правительств и организаций-провайдеров МСП в сфере оказания медико-социальных услуг молодежи в рассматриваемых нами странах.

В целом, американская и австралийская модели принципиально отличаются от казахстанской долей неправительственного участия в решении медико-социальных проблем молодежи. Это, с одной стороны, характеризует казахстанскую модель, как модель с более выраженным контролем за состоянием здоровья молодёжи, а с другой – признает нерентабельность исключительно государственного обеспечения и отсутствие механизмов саморегуляции профилактической помощи, отсутствия солидарной ответственности за здоровье и инициативности у самой молодежи по улучшению оказываемых медико-социальных услуг. Данные обстоятельства требуют коррекции, что реализуется в активно создающихся клиниках, дружественных к молодёжи.

Резюмируя все вышеизложенное, можно заключить, что в США реализуется преимущественно частная страховая система здравоохранения, государственная программа АСА только начинает свою реализацию и поэтому подвергается критике, как имеющая свои слабые стороны. МСП, предоставляемая государством, оказывается в основном наименее защищенным категориям молодежи при жесткой регламентации порядка расходования

средств и категорий получаемой помощи. Этим американская модель сходна с австралийской, которая, чётко дифференцирует государственное и частное страхование молодежи (Medi Care и Medibank Private) в рамках общего страхования с преимущественной и исторически сложившейся большей долей государственного участия в обеспечении страховой системы.

Независимо от системы здравоохранения, широкой распространенности медицинских организаций и социальных служб, участия общественных объединений, здоровье, социальная и психологическая поддержка молодежи все еще остро нуждается в глобальном изучении, о чем свидетельствуют индикаторы эффективности охраны здоровья молодежи.

### **1.7 Доступ молодежи к медико-социальной помощи**

Говоря о системе оказания медицинской помощи молодежи, следует рассмотреть основные модели доступа к медицинским сервисам, существующие в мировой практике.

Прежде всего, необходимо дать определение медико-социальному сервису (МСС). При анализе литературных источников мы выяснили, что МСС это организация или служба, оказывающая медицинскую и социальную помощь [111].

Получение медицинской помощи, в контексте доступа, тема, подлежащая обсуждению с семидесятых годов двадцатого века.

Так, по одному из определений, «доступ» – это возможность индивидуумов (или групп) получить медицинскую помощь (МП).

Доступ имеет географические, финансовые, социальные, этнические и психические компоненты, которые сложно четко определить или измерить. Множество правительственных программ здравоохранения имеют цель улучшения доступа к МП для определенных групп населения или обеспечения равенства доступа к медицинскому сервису (МС). Доступ, также является атрибутом приемлемости МС [112].

Отличное от предыдущего определение дал Р.Андерсен и соавторы. По их мнению, «доступ» относится к значению, через которое пациент входит систему МП и находится в процессе ее получения. Он определяет требования, которые должны быть выполнены и барьеры, которые необходимо преодолеть, прежде чем МП будет получена [113].

На сегодняшний день, одним из наиболее используемых в литературе определений является следующее: «доступ» - это фактическое использование медицинских услуг и все, что способствует или препятствует их использованию. Он является связующим звеном между системой здравоохранения и населением, которое она обслуживает. Доступ означает не только получение услуг, но и своевременное обеспечение потребителей качественными услугами в нужное время [114].

В иерархии моделей доступа к МС одной из первых и основополагающих считается «Поведенческая модель использования МС» Р.Андерсена, подвергшаяся шести пересмотрам с 1974 по 2001 год. При создании данной

модели, предполагалось, что использование МС является результатом комплекса взаимосвязанных агентов (предрасполагающих факторов, факторов позволяющих использовать МС, факторов необходимости обращения в МС) и результатом поведения семьи в отношении использования МС. В дополнение к данной концепции, в 1970 году он создал отдельную модель, обрисовывающую основные активные компоненты системы здравоохранения [113,с.18].

Альтернативные, описанной выше, модели доступа к МС представлены в таблице 3 [115–119].

Таблица 3 – Модели доступа к медицинским сервисам с 1977 по 1993 год

Исследователь, год	Особенности модели
R.Penchansky, 1977	Определил «доступ» как связующее звено между потребителями медицинский услуг и системой здравоохранения в целом. Представил степень влияния использования сервиса, удовлетворения пациента, модели деятельности провайдера через пять основных категорий: наличие, достижимость, размещение, доступность и приемлемость.
Т.Tanahasi, 1978	Изучал «доступ» с позиции определения категорий охвата целевой популяции в иерархическом порядке: наличие, доступность, приемлемость, контакт, эффективность, с последующим построением операционной кривой и сравнением ее тенденций.
A.Khan and S.Bhardwaj, 1994	Применяли преимущественное описание политик охраны здоровья, системы здравоохранения, потенциальных потребителей и входа в процесс доступа. Использовали концепции: потенциальный/реализованный доступ и полный/частичный доступ, позволившие сформировать типологию доступа к МС.
M.Millman, 1993	Сфокусировал свою модель доступа на участии индивидуума в системе здравоохранения. Выделил, что структурные, финансовые и персональные барьеры отвечают за проблемы доступа и влияют на снижение уровня использования сервиса, увеличение количества неблагоприятных исходов здоровья и неравенства.

По результатам анализа цитирования всех проанализированных источников, ни одна, из перечисленных в таблице моделей, не была столь широко известна и используется в сфере изучения общественного здравоохранения и доступа к медицинским сервисам, как поведенческая модель Р.Андерсена [118].

Однако, несмотря на факт столь широкого распространения в научной литературе упоминаний поведенческой модели, при оценке доступа к медицинским или медико-социальным сервисам, за основополагающую чаще всего принимают модель Роя Пенчанского [112,с.129]. Так, в национальном исследовании барьеров доступа у взрослого населения к получению медицинских услуг после введения АСА в США, была использована классическая модель Пенчанского. То есть доступ был охарактеризован по частоте встречаемости 5 групп барьеров: наличие, достижимость, размещение, доступность и приемлемость [121].

Прежде чем продолжить описание моделей доступа и их оценки с помощью определения частоты барьеров, мы решили охарактеризовать понятие «барьер». Барьер – это любой вид экономических, временных, эмоциональных издержек, которые связаны с получением услуг в какой-либо сфере обслуживания [122–124].

В контексте доступа к МСС, барьером является отсутствие возможности использования услуг сервиса вследствие географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых факторов [122,с.27].

Модификация использования данной модели в практике оценки доступа молодежи к МСС широко применяется в исследованиях, проводимых ВОЗ и ЮНИСЕФ [80,с.68]. При проведении оценки доступа используется изучение частоты 4 основных групп барьеров: наличие, доступность, приемлемость и равенство. Также, следует упомянуть, что данные характеристики являются базовыми в обеспечении доступа к МСС, согласно «Концепции развития клиник, дружественных к молодежи» [11,с.50; 125].

Наличие (Availability) – характеризует отношение между потребностями пациента в получении МСП и наличием их в сервисе, или же вообще наличием сервиса. Например, наличие в сервисе всех необходимых специалистов, оборудования, лекарственных средств.

Доступность (Accessibility) – характеризует отношение между местом жительства пациента и географическим расположением сервиса, платностью услуг, часами приема и наличием информации о сервисе или его услугах. К данной группе барьеров относятся: платность, отдаленность от места учебы или работы молодого человека, неудобные часы приема [48,с.524; 126–128].

Приемлемость (Acceptability) – характеризует отношение между провайдером и предпочтением пациента. Например, МСС может быть неприемлем для молодого человека из-за страха у последнего, что будет нарушена конфиденциальность, что возможно во время ожидания приема к врачу его кто-то узнает. Как показывает практика, основными причинами отказа молодежи за обращением в МСС является боязнь, что врач будет ругать, спрашивать сложные вопросы, проявлять отсутствие коммуникативных навыков [129].

Равенство (Equity) – характеризует отношение сотрудников сервиса к пациенту в зависимости от социально-экономического статуса. Например: неравное отношение к представителям разных национальностей, сексуальных

меньшинств, живущим в неудовлетворительных санитарно-бытовых условиях [129,с.512; 130-134].

Проведенный анализ литературных данных позволил сформировать теоретическую базу и понятийный аппарат относительно определений «доступ» и «барьер доступа» к МСС.

Необходимость литературного поиска в данном направлении и его практическая значимость обоснованы отсутствием четкого определения в используемых на сегодняшний день регламентирующих документах в сфере оказания медицинских услуг в Республике Казахстан.

Подводя итог, проведенного обзора литературы, следует отметить, что на современном этапе в Казахстане обеспечивается всесторонняя реализация молодежных программ социальной направленности, поддержки здоровья и благосостояния молодого поколения республики. Поддерживаются инициативы международных организаций, такие, как клиники, дружественные к молодежи. При этом показатели, характеризующие здоровье молодых людей, в особенности студенческой молодежи, остаются на низком уровне. Данный факт дает основание предполагать, что остается упущенным вопрос мониторинга доступа к получению услуг в МСС в молодежной популяции в целом, а также в ее многочисленной когорте – у студентов вузов.

Таким образом, представляется актуальным вопрос изучения барьеров доступа и потребности получения МСП молодежью на примере студентов вузов г. Семей, для их своевременного выявления и коррекции.



## **2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1 Программа диссертационного исследования**

С целью создания модели совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи нами проведено исследование, ставшее основой диссертационной работы и включившее в себя 4 основных этапа.

На первом этапе проводилось изучение мирового и отечественного опыта оказания медико-социальной помощи молодежи, включая анализ нормативно-правовой базы, обеспечивающей охрану здоровья молодых людей.

На втором этапе была проанализирована потребность получения медико-социальных услуг студентами вузов г.Семей для научного обоснования модели совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи.

На третьем этапе – разработана и внедрена модель совершенствования организации оказания медико-социальной помощи молодежи на примере студентов вузов г.Семей.

Четвертый этап включил в себя оценку эффективности внедренной модели совершенствования оказания медико-социальной помощи, основанную на изучении динамических показателей мониторинга, таких как:

1. Выявление частоты барьеров доступа студентов вузов к МСС;
2. Сравнение количества студентов, предпочитающих самолечение, как показатель социальной эффективности;
3. Определение уровня тревожности до и после обращения к психологу, как показатель медицинской эффективности;
4. Расчет экономической эффективности.

Более подробно программа диссертационного исследования отражена на рисунке 4.

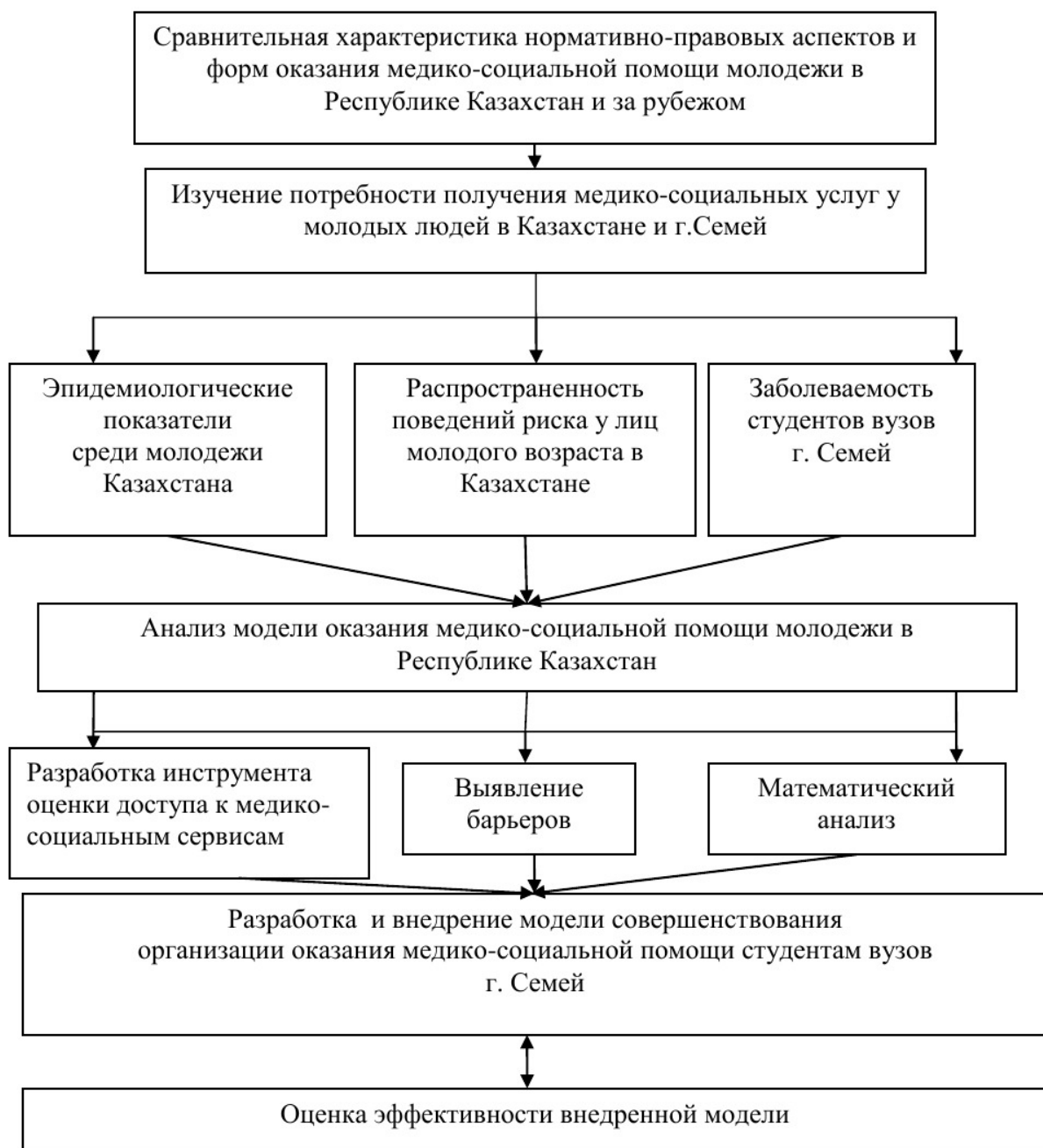


Рисунок 4 – Схема диссертационного исследования

Виды, методы и объем исследования представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Виды, методы и объём исследования

Вид исследования	Использованные методы	Объем исследований
Информационный анализ	Обзор и анализ литературных данных, нормативно-правовых актов: законов, кодексов, регистров, государственных программ, регламентирующих материалов медицинских учреждений, государственных и не правительственных молодежных организаций	165 литературных источника, электронные правительства, основные молодежные веб-провайдеры: Казахстан США Австралия
Ретроспективный анализ	Анализ статистических данных по эпидемиологии, поведению риска среди молодежи Республики Казахстан; выкопировка данных, анализ факторов, анализ медицинской статистики	Отчеты Агентства Республики Казахстан по статистике; отчет кластерного обследования по многим показателям Республики Казахстан – МИКС – 4; сводные годовые отчёты КГКП «Поликлиника смешанного типа №5» г.Семей
Социологический	Скрининговый метод определения тревожности с помощью «Шкалы реактивной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина; изучение барьеров доступа к медико-социальным сервисам у молодежи (анкета – опросник «Барьеры доступа молодежи к медико-социальным сервисам»)	1427 студентов 1-3 курсов вузов г.Семей
Математическая обработка	Статистический анализ с помощью программы SPSS 20 для Windows	Данные анкетирования 1427 студентов

## 2.2 Общая характеристика участников исследования

Исследование проводилось среди учащихся с первого по третий курс трех крупных вузов г. Семей: Государственного медицинского университета г. Семей (ГМУ г. Семей), Казахского гуманитарно-юридического

инновационного университета (КазГЮИУ), Семипалатинского государственного университета имени Шакарима (СГУ им.Шакарима).

Во всех вузах внедрены принципы Болонского процесса, обучение студентов осуществляется в программах бакалавриата, магистратуры и докторантуры. Количество студентов, принявших участие в исследовании, в разрезе вузов представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Количество студентов, участвовавших в исследовании, в разрезе вузов

Название вуза	Количество студентов-участников исследования	
	абс.	%
ГМУ г.Семей	978	68,5
КазГЮИУ	187	13,1
СГУ им.Шакарима	268	18,4
Всего	1427	100

Первоначально общее число участников включило 1971 студентов. Уровень ответов (response rate), полученный в исследовании достиг 72,39% (1427 из 1971). Таким образом, в базу данных для анализа были внесены, только полностью заполненные, т.е. валидные анкеты, общее количество которых составило 1427 (350 юношей (24,5%) и 1077 девушек (75,5%)). Средний возраст составил  $19,34 \pm 1,39$  лет. Соблюдая принцип обеспечения качественной репрезентативности выборки, в наше исследование были включены студенты, обучающиеся как на государственном, так и на русском языке.

Распределение участников исследования по полу, возрасту и языку обучения в вузах представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Основные характеристики респондентов, участвующих в анкетировании с целью изучения барьеров доступа к МСС

Признаки	Средний возраст, лет	Язык обучения			
		Русский		Казахский	
		абс.	%	абс.	%
Юноши (n=350)	$19,68 \pm 1,86$	168	48,0	182	52,0
Девушки (n=1077)	$19,24 \pm 1,18$	470	43,6	607	56,4
Всего (n=1427)	$19,34 \pm 1,39$	638	44,7	789	55,3

Нами использован выборочный метод сплошного активного исследования лиц молодого возраста, представляющих контингент студентов вышеупомянутых вузов с первого по третий курс.

Сбор и анализ данных был осуществлен в течение 1 года (с декабря 2011 года по декабрь 2012 года). Программа исследования по внедрению модели совершенствования оказания медико-социальной помощи молодежи состояла из 4-х этапов (таблица 7).

Таблица 7 – Характеристика программы по оценке эффективности модели совершенствования оказания медико-социальной помощи молодежи

Этапы исследования	1 этап	2 этап	3 этап	4 этап
Этапы исследования	Определение уровня тревожности и выявление барьеров к медико-социальным сервисам у студентов вузов г. Семей	Реализация исследовательских задач анкетирования	Разработка и внедрение модели совершенствования организации оказания медико-социальной помощи студентам вузов г. Семей	Оценка эффективности модели совершенствования организации оказания медико-социальной помощи студентам вузов г. Семей
Методы исследования	Социологический: 1) анкетирование; 2) создание базы данных	Математический: 1) анализ данных анкетирования; 2) интерпретация данных	Аналитический и экспертный: 1) разработка модели; 2) внедрение модели в практическое здравоохранение	Аналитический: 1) анализ динамических показателей мониторинга барьеров доступа и уровня тревожности; 2) расчет медицинской, социальной и экономической эффективности модели и интерпретация данных

На первом этапе осуществлялось анкетирование студентов вузов г. Семей с целью определения уровня ситуативной и личностной тревожности, а также частоты барьеров доступа к МСС среди учащихся и формирование базы данных исследования.

На втором этапе, после формирования базы данных была выполнена реализация исследовательских задач анкетирования:

1. Определить уровень личностной и ситуативной тревожности студентов вузов г. Семей;
2. Выявить барьеры доступа к МСС у студентов вузов г. Семей и интерпретировать количественные результаты их выявления;
3. Разгруппировать в зависимости от классов барьеров (наличие, доступность, приемлемость, равенство) и обозначить частоту выявления по группам в выборке;
4. Определить различия в зависимости от демографической идентификации, социально-экономической адаптации и самооценки здоровья учащихся;
5. Провести анализ источников получения МСП;
6. Проанализировать степень готовности исследуемой популяции принимать участие в повышении качества оказываемых медико-социальных услуг;
7. Обозначить приоритетные источники информации о предоставлении медико-социальных услуг молодежи г.Семей;
8. Изучить мнения респондентов о факторах, влияющих на доступ и возникновение барьеров к использованию медико-социальных сервисов.

На третьем этапе проводился анализ полученных результатов с использованием математической обработки данных и выводов, полученных на этапе проведения информационного анализа (сравнительной характеристики нормативно-правовых аспектов и форм оказания МСП молодежи в Республике Казахстан и за рубежом и изучения потребности получения медико-социальных услуг у молодежи в Республике Казахстан). В результате проведенного исследования была разработана и внедрена в практическое здравоохранение научно-обоснованная модель оказания МСП студентам вузов г. Семей.

На четвертом этапе программы по оценке эффективности модели совершенствования оказания МСП молодежи проведен анализ динамики уровня тревожности и частоты барьеров доступа к МСС. Внедренная модель показала высокую медицинскую, социальную и экономическую эффективность поведенных в рамках программы мероприятий.

## **2.3 Методы исследования**

### **2.3.1 Обзор литературы**

Методология формирования литературного обзора была представлена систематическим поиском и последующим анализом литературы для создания теоретической базы и формирования понятийного аппарата. Включенные в обзор работы были индексированы в базах данных MEDLINE, Embase, e-library, Google Scholar, библиотека Кохрейновского сотрудничества (с 1993 по 2013 г.).

Критерии поиска информации для включения представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Критерии поисковых запросов

Тематическая группа	Ключевые элементы
Нормативно-правовое регулирование и охрана здоровья молодежи в Казахстане и за рубежом	«Законы», «кодексы», «государственные регистры», «государственные программы», «нормативно-правовые акты», «электронные правительства», «молодежь/молодые люди/подростки/студенты», «система здравоохранения», «молодежная политика», «политика здравоохранения», «программы страхования», «Республика Казахстан», «США», «Австралия»
Деятельность организаций-провайдеров медико-социальной помощи молодым людям в Казахстане и за рубежом	«Медико-социальная помощь», «медико-социальный сервис», «провайдер медико-социальной помощи», «медицинское учреждение», «подростковая больница/клиника», «студенческая больница/клиника», «молодежный центр здоровья», «клиника, дружественная к молодежи», «государственные медицинские сервисы/учреждения», «частные медицинские сервисы/учреждения», «неправительственные организации»
Анализ типов предоставления медицинских услуг молодежи	«Молодежь», «подросток», «первичная медицинская помощь», «общая медицина», «семейная медицина», «служба школьного здравоохранения», «служба здравоохранения для студентов», «служба подросткового здравоохранения», «типы медицинских услуг»
Индикаторы эффективности моделей оказания медико-социальной помощи молодежи	«Эффективность», «индикаторы эффективности», «здоровье молодежи», «ВИЧ/СПИД», «коэффициент фертильности подростков»
Модели и методы оценки доступа к медико-социальным сервисам	«Модели доступа к медицинским сервисам», «доступ к медицинским сервисам», «оценка доступа» «обеспечение медицинскими услугами», «первичная медицинская помощь»
Барьеры доступа к медико-социальным сервисам у молодых людей	«Барьер», «барьер доступа к медицинским сервисам», «типы барьеров», «классификация барьеров», «выявление барьеров», «барьеры доступа к медицинским сервисам у молодежи»

Полученные литературные данные позволили систематизировать релевантную научную информацию, изучить и актуализировать необходимость

совершенствования организации оказания МСП молодежи Республики Казахстан.

### 2.3.2 Анкетирование

Для исследования психоэмоциональных особенностей студентов вузов в рамках изучения потребности получения медико-социальных услуг у молодых людей в Казахстане и г. Семей и последующего динамического наблюдения в оценке эффективности внедрения модели совершенствования оказания медико-социальной помощи молодежи, использован скрининговый метод определения тревожности с помощью шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) [135-136].

Метод представляет собой психологический тест, содержащий две шкалы самооценки – личностной и ситуативной тревожности. Каждая шкала включает 20 вопросов – утверждений. На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности. Итоговый показатель может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При интерпретации показателей ориентируются на следующие оценки тревожности: до 30 баллов – низкая; 31-44 балла – умеренная; 45 и более – высокая. Содержание анкеты представлено в приложении А.

Исследование по выявлению барьеров доступа к МСС у студентов вузов г. Семей проводилось при помощи, специально разработанной анкеты-опросника «Барьеры доступа к МСС у молодежи» (Рационализаторское предложение №2351 от 8.10.2012 г. ГМУ г. Семей). Разработка анкеты была обоснована тем, что на сегодняшний день в Республике Казахстан отсутствует унифицированный инструмент по выявлению барьеров доступа к МСС у студентов вузов. Анкетирование проводилось с целью подтвердить или опровергнуть гипотезу о том, что у студентов вузов существуют барьеры доступа к медико-социальным сервисам, и они являются одним из факторов, негативно влияющих на здоровье молодежи.

Пилотное анкетирование 350 учащихся перед проведением основного исследования позволило выявить недостатки анкеты (затрачиваемое респондентом время, понятность вопросов) и модифицировать опросник в валидную форму. Содержание анкеты представлено в приложении Б.

До включения студентов в исследования, от каждого участника было получено устное информированное согласие. Были полностью соблюдены конфиденциальность и анонимность. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ГМУ г.Семей (Протокол № 1а от 11.10.2010г.).

Структура анкеты представлена 15 вопросами смешанного типа, составляющими три основные группы:

1. Идентификационная группа;
2. Группа вопросов для выявления барьеров доступа:
  - барьеры наличия;
  - барьеры доступности;



- барьеры приемлемости;
  - барьеры равенства;
3. Группа открытых вопросов.

Вопросы о барьерах доступа к МСС основаны на базовых характеристиках деятельности молодежных медицинских сервисов, предложенных ВОЗ [87,с.68; 137–140].

Данные, полученные при анализе частоты барьеров в исследуемой популяции группировались, согласно концептуальной основе для оценки доступа к МСС молодых людей (рисунок 5).



Рисунок 5 – Концептуальная основа для оценки доступа молодежи к медико-социальным сервисам

Также, в анкетировании была изучена степень готовности исследуемой популяции принимать участие в повышении качества оказываемых медико-социальных услуг. Для ее оценки был рассчитан показатель, отражающий степень готовности опрошенной выборки к участию в повышении качества предоставляемых медико-социальных услуг – потенциал конструктивных намерений (potential of constructive intentions – PCI).

Расчет осуществлялся по формуле:

$$PCI = \frac{\Sigma(b+c)}{N} \times 100\%,$$

где –  $\Sigma(b+c)$  – сумма ответов «b» (да готов, но не знаю где и как) и «с» (я этим занимаюсь (волонтёр/высказываю предложения/участвую в опросах) на вопрос анкеты №12 (я готов принимать участие в повышении качества оказываемых мне медико-социальных услуг);

N – общее количество ответов на вопрос анкеты №12;

100% – размерность показателя, выраженная на 100 человек.

### 2.3.3 Математический анализ данных исследования

Результаты были проанализированы с использованием методов описательной статистики. Проведено измерение центральных тенденций среднее  $\pm$  стандартное отклонение для непрерывных переменных, соответствующих нормальному распределению. Для качественных данных статистическая значимость различий в группах была определена с помощью расчета критерия Хи-квадрат ( $\chi^2$ ), для количественных данных – Т-критерия Стьюдента.

Процедура статистического анализа выполнена с помощью программы SPSS 20 для Windows (ГМУ г. Семей).

### 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

#### 3.1 Изучение потребности получения медико-социальных услуг у молодых людей в Республике Казахстан

##### 3.1.1 Эпидемиологические показатели молодежи в Республике Казахстан и Восточно-Казахстанской области

Молодежь можно определить как социально-демографическую группу, выделяемую на основе совокупности возрастных характеристик, особенностей социального положения и социально-психологических свойств. Однако в государственной статистике и в государственных программах имеются расхождения в определении данной возрастной группы. Согласно Закону о государственной молодежной политике от 7.07.2004 г. «молодежь - это граждане Республики Казахстан в возрасте от четырнадцати до двадцати девяти лет». На данный возрастной период приходятся главные социальные и демографические события в жизненном цикле человека: завершение общего образования, выбор и получение профессии, начало трудовой деятельности, вступление в брак, рождение детей. В государственной статистике Казахстана, начиная с 2001 года, изменился возрастной порог отнесения населения к молодежи: до 2001 года возрастной порог отнесения к молодежи был 16 – 29 лет, а с 2001 года – 15–24 лет, согласно рекомендации Международной организации труда и определением, принятым международными конференциями статистиков труда [12,с.6]. По данным Агентства по статистике Республики Казахстан на 1 января 2012 года численность молодежи в возрасте от 14 до 29 лет составила 4,3 миллиона человек. В структуре современного казахстанского общества возрастная категория молодых граждан занимает 26,9% от общей численности населения республики. При этом за последнее десятилетие вплоть до 2008 года наблюдалась тенденция роста удельного веса молодежи в структуре населения. Однако, с начала 2010 года по 2012 год по республике отмечается заметная тенденция, как к снижению количества молодежи в целом, так и ее доли среди всего населения (рисунок 6, 7).

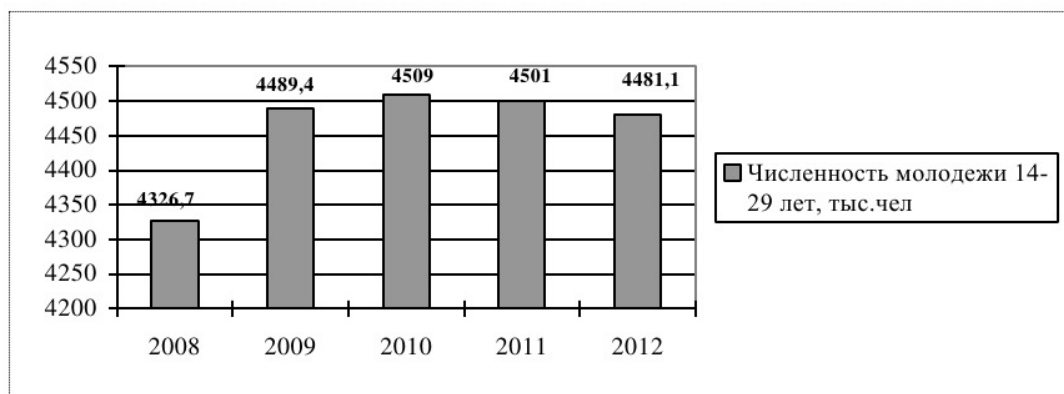


Рисунок 6 – Численность населения в возрасте 14-29 лет в Республике Казахстан, 2008-2012 гг.

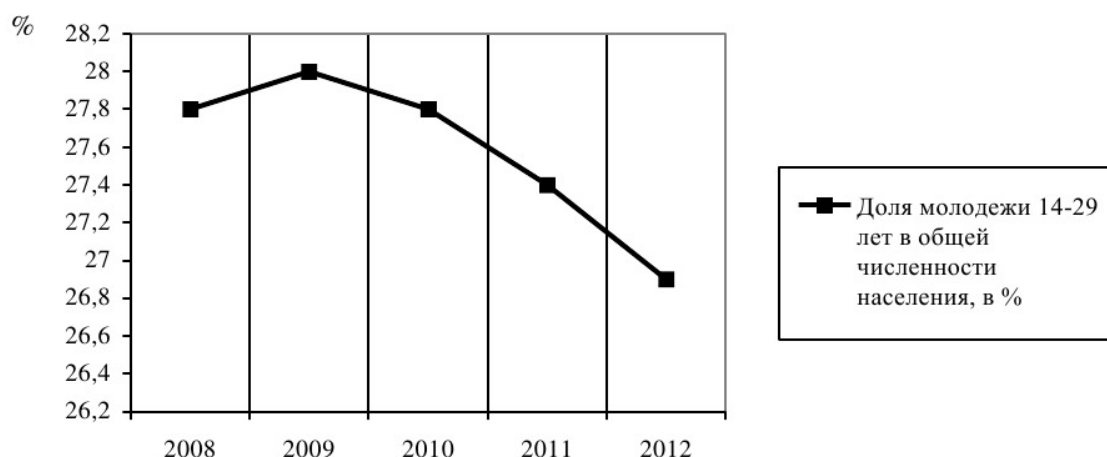


Рисунок 7 – Удельный вес населения в возрасте 14-29 лет в общей численности населения Республики Казахстан, 2008-2012 гг.

Характеризуя здоровье молодежи на республиканском уровне, по данным Агентства статистики Республики Казахстан, необходимо отметить изменения показателей рождаемости. Интерпретация коэффициентов рождаемости выражает уровень репродуктивного здоровья молодежи и имеет интегральное значение при оценке возрастной группы от 15 до 19 лет (КФП).

За период с 1999 по 2009 год коэффициент рождаемости по республике и по ВКО имеет тенденцию к росту в возрастных группах от 20 – 24 и 25 – 29 лет. Так, в 2009 году, по сравнению с 1999 годом, коэффициент рождаемости в целом по стране вырос на 22,84 в группе от 20 – 24 лет и на 57,02 в группе от 25 – 29 лет. В ВКО за тот же период можно отметить аналогичную тенденцию. Коэффициенты рождаемости в группах от 20 – 24 и 25 – 29 лет выросли за 10 лет на 5,17 и 46,27 соответственно (таблица 9). Данная ситуация отражает стабилизацию социально-экономических процессов к 2009 году по республике в сравнении с 1999 годом.

Таблица 9 – Коэффициенты рождаемости в Республике Казахстан и ВКО в возрастных группах 15 – 19, 20 – 24, 25 – 29 лет, 1999 – 2009 гг.

Возраст	Республика Казахстан		ВКО	
	1999	2009	1999	2009
15-19	33,83	31,04	23,19	27,08
20-24	133,3	156,14	110,53	115,7
25-29	100,01	157,03	77,76	124,03

Противоположная ситуация наблюдается при оценке коэффициентов рождаемости в возрастной группе от 15 – 19 лет. Коэффициент в данной группе имеет особое значение и определяется термином «Коэффициент фертильности среди подростков». КФП – является одним из международных индикаторов в

области улучшения здоровья молодых людей. Мировое сообщество в рамках решения задачи обеспечения всеобщего доступа к товарам и услугам сексуального и репродуктивного здоровья определило его официальным индикатором. Данный показатель одновременно является мерой доступа молодых людей к услугам и товарам сексуального и репродуктивного здоровья.

Характеризуя КФП за период 2009 по 2011 год, следует отметить, что по ВКО, также как и по республике, коэффициент остается высоким, но в целом можно отметить улучшение ситуации. Так, согласно данным, приведенным на рисунке 7, КФП по Республике Казахстан стране снизился по сравнению с 2009 годом в 2010 году на 2,85 и на 1,64 в 2011 году. По ВКО изменения данного коэффициента еще более заметные, что, по-видимому, отражает эффективность работы молодежных центров здоровья (МЦЗ) по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи. По сравнению с 2009 годом КФП по ВКО в 2011 году снизился на 3,64 (рисунок 8).

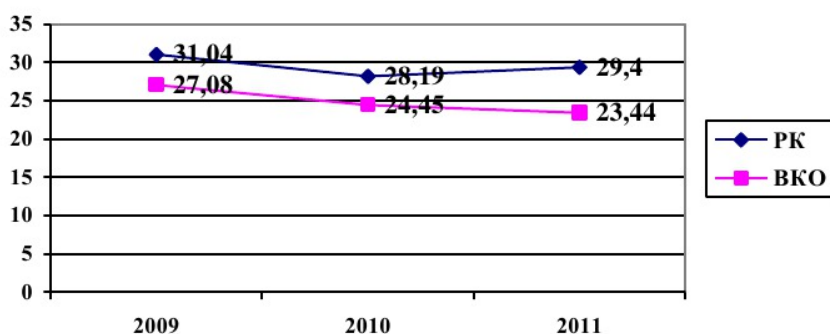


Рисунок 8 – Динамика коэффициентов подростковой фертильности в Республике Казахстан и ВКО, 2009-2011 гг.

Изменения КФП в сторону уменьшения, безусловно, являются характеристикой положительных изменений состояния репродуктивного здоровья молодежи Республики Казахстан.

Однако, следует принимать во внимание тот факт, что наиболее благоприятным считается КФП менее 10, принятый относительным эквивалентом благополучия из показателей развитых стран Европы, таких как Германия, Франция, Италия [3,с.29].

При анализе данных ежегодных отчетов Агентства Республике Казахстан по статистике, помимо показателей численности молодежи, коэффициентов рождаемости и КФП, нами были проанализированы показатели смертности в данной возрастной группе (от 14 – 29 лет).

По статистическим данным за 2011 год смертность среди всего населения в нашей стране достигла цифры 9,95 на 1000 человек, среди молодежи этот показатель составляет 1,44 на 1000 населения.

Распределение причин смертности среди молодежи в 2009-2011 гг. на 100 тысяч населения продемонстрированы на рисунке 8.

Некоторую тенденцию к снижению имеют все основные причины смерти, кроме класса новообразований.

При этом, следует отметить, что во все года доминирующую количественную позицию занимает смертность от несчастных случаев, отравлений и травм ( $\chi^2 = 18,21$ ;  $p < 0,01$ ).

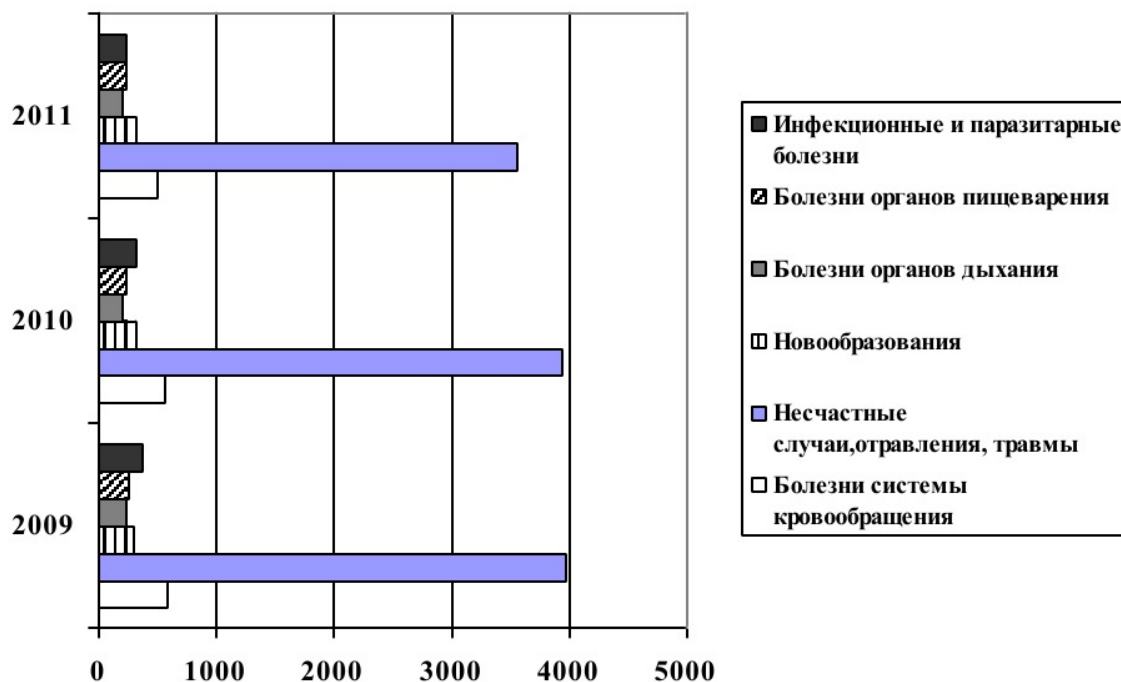


Рисунок 9 – Динамика смертности среди населения в возрасте 14-29 лет по основным классам причин, 2009 – 2011 гг

Высокий уровень смертности в классе несчастных случаев, отравлений и травм может быть объяснен отнесением Республики Казахстан к региону со «сверхвысокими» показателями суицидальной активности населения (свыше 30 на 100 тысяч населения в год), при этом в ВКО показатель самый высокий по республике (50,4), а также высоким уровнем дорожного травматизма.

Проблемы высокого уровня суицидальной активности, одновременно характеризующие распространение поведений риска среди молодежи обозначены в обосновании программы «Меры по оказанию медико-социальной и психологической помощи с целью профилактики и снижения суицида среди подростков и молодежи» Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ Республики Казахстан.

Одним из основных видов деятельности центра психиатрии, направленной на устранение проблемы суицида, является повышение доступности психиатрической и медико-психологической помощи и ее приближение к населению, организация в структуре учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), студенческих поликлиниках, кабинетов социально-психологической помощи (психотерапевты, медицинские

психологи). Социально-психологическое консультирование сегодня, существует как в студенческих поликлиниках, так и в вузах.

Однако, данных по анализу доступности этого вида помощи молодежи, как и объективных индикаторов ее получения, в научной периодике нами не найдено.

Таким образом, проведенный анализ некоторых демографических показателей среди молодежи в Республике Казахстан и, в частности, в ВКО, показал целесообразность совершенствования существующих мероприятий по охране здоровья молодежи.

### 3.1.2 Распространенность поведений риска среди молодежи Республики Казахстан

Поведения риска являются факторами, способствующими распространению ведущих причин заболеваемости и смертности среди молодежи по всему миру. Часто их возникновение отмечается именно в молодом возрасте, в силу психо-эмоциональных особенностей данного периода формирования личности.

К основным категориям поведений риска среди молодежи относятся: суицидальное поведение,

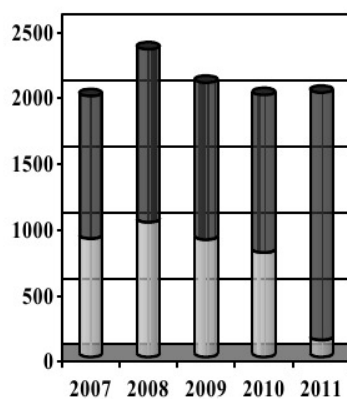
- курение,
- употребление алкоголя и наркотиков,
- сексуальное поведение, ведущее к нежелательной беременности и заболеваниям, передающихся половым путем.

Изучение вопроса распространенности поведений риска среди молодежи, является необходимым в контексте анализа потребности получения МСП данной возрастной группой. Низкая распространенность поведенческих рисков в исследуемой популяции, свидетельствует об эффективности профилактических мероприятий, проводимых в рамках работы с молодежью, специалистами МСС, и наоборот.

Одним из показателей, отражающих благополучие охраны здоровья молодежи, является число случаев заражения ВИЧ-инфекцией. На сегодняшний день ситуация по республике характеризуется неуклонным ростом количества зарегистрированных случаев.

По данным Центра по профилактике и борьбе со СПИД Республики Казахстан за период с 2007 по 2011 год общее число случаев заражения вирусом иммунодефицита выросло с 1979 до 2006.

При этом доля молодежи к началу 2011 года составила 93,7% от всего количества (рисунок 10).



■ Всего случаев заражения ВИЧ ■ Количество 15-29 летних, инфицированных ВИЧ

Рисунок 10 – Динамика случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди всего населения и в группе 15 – 29 лет по Республике Казахстан, 2007 – 2011 гг

Одно из самых главных условий снижения уровня заражения ВИЧ инфекцией среди населения это наличие точных знаний о путях передачи и методах профилактики. Отсутствие у молодых людей адекватных знаний относительно ВИЧ может быть источником рискованного сексуального поведения и низкой приверженности к соблюдению мер профилактики, низкой эффективности или отсутствия необходимой консультативной МСП. И наоборот, высокий уровень информированности молодежной популяции о предотвращении заражения ВИЧ может свидетельствовать об эффективности проведения консультативной и санитарно-просветительской работы организациями-провайдерами МСП молодежи.

На Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа в 2003 году прозвучал призыв к правительствам улучшить знания молодежи о ВИЧ-инфекции и способах самозащиты от инфицирования [141]. Показатели для оценки степени достижения этой цели развития тысячелетия, а также цели по сокращению уровня заражения ВИЧ вдвое, включают повышение уровня знаний о ВИЧ и его профилактике и изменение поведения с целью предотвращения дальнейшего распространения этого заболевания.

Мы проанализировали часть данных таких как: информированность молодежи в возрасте 15 – 29 лет о профилактике заражения ВИЧ в Республике Казахстан; информированность молодежи в возрасте от 15 до 29 лет о местах прохождения тестирования на ВИЧ; сексуальное поведение девушек, повышающее риск заражения ВИЧ-инфекцией, полученных в ходе Кластерного обследования по многим показателям в Республике Казахстан, 2010-2011 гг. – МИКС-4 [142].

По данным анализа материалов МИКС-4 наиболее низкий уровень знаний о способах предотвращения заражения ВИЧ (67,2% – 70,5%) отмечен в возрастной группе от 15 до 24 лет.



Таким образом, можно сделать вывод, что фактически каждый третий из числа молодежи в возрасте от 15 до 24 лет, а именно 32,8% девушек и 29,5% юношей, не знают о способах предотвращения заражения ВИЧ, а в возрастной группе от 25 до 29 лет – каждый четвертый (23,9% – юноши и 26,9% – девушки) (рисунок 11).

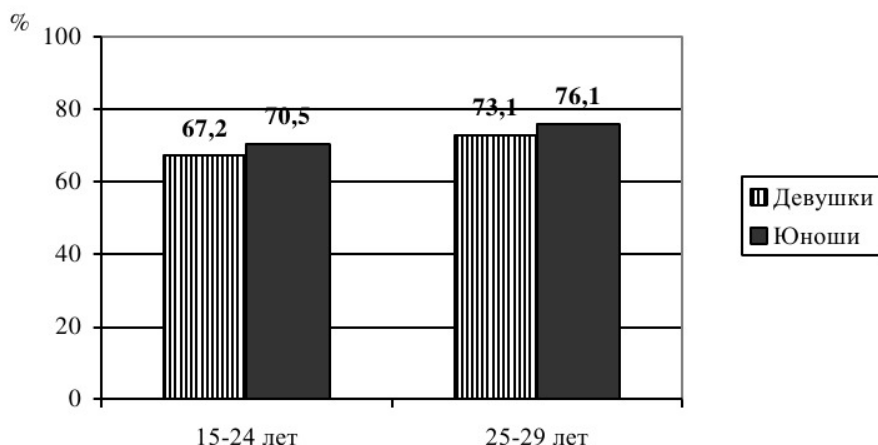


Рисунок 11 – Информированность молодежи в возрасте 15 – 29 лет о профилактике заражения ВИЧ в Республике Казахстан, 2010 – 2011 гг

Следует отметить что, в возрастной группе от 15 до 29 лет также отмечается низкий уровень информированности о том, где можно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию (рисунок 12).

Таким образом, 41,3% девушек и 40,1% юношей в возрастной группе 15 – 29 лет являются не информированными о местах прохождения тестирования на ВИЧ.

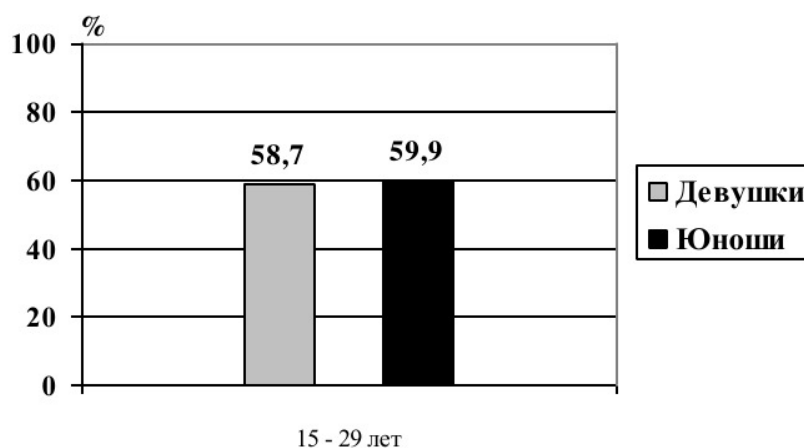


Рисунок 12 – Информированность молодежи в возрасте от 15 до 29 лет о местах прохождения тестирования на ВИЧ, 2010-2011 гг

Отсутствие осведомленности у представителей молодежи о лабораториях, осуществляющих тестирование на ВИЧ и о принципах их работы, включающих конфиденциальность, может быть причиной несвоевременного выявления заражения, и, как следствие, включения в цепочку заражения дополнительных людей. В конечном итоге, результатом низкой или отсутствующей информированности является поздняя, и менее эффективная терапия или экстренная профилактика ВИЧ-инфекции.

Культура и воспитание безопасного сексуального поведения имеют неоценимое значение в снижении распространения ВИЧ-инфекции. По всему миру более половины зарегистрированных новых случаев ВИЧ приходятся на молодых людей в возрастной группе 15-24 лет. Изменение сексуального поведения этой возрастной группы является наиболее важным с точки зрения снижения количества новых случаев инфицирования [143].

В Казахстане, при проведении исследования МИКС-4, вопросы по модулю «Сексуальное поведение» были заданы только молодым людям в возрастной группе 15-24 года, как наиболее индикаторной группе. При опросе молодых женщин в данной возрастной группе был использован модуль с вопросами по оценке риска инфицирования ВИЧ. В исследовании оценивались следующие критерии оценки факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией:

- сексуальные контакты в раннем возрасте;
- сексуальные контакты с мужчинами из старшей возрастной группы;
- сексуальные контакты с партнером, с которым женщина не состоит в браке и не сожительствует;
- отказ от использования презерватива (рисунок 13).



Рисунок 13 – Сексуальное поведение девушек, повышающее риск заражения ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан, (2010-2011 гг., МИКС – 4)

По результатам исследования было выяснено, что 0,5% городских девушек в возрасте от 15 до 19 лет вступали в половые связи до 15 лет. В селе данный показатель составил 0,3% и в целом по республике 0,4%.

Количество девушек в возрасте от 20 до 24 лет, проживающих в городе и вступивших в сексуальные контакты за последние 12 месяцев с мужчиной старше себя на 10 лет и более составило 7,7%.

В сельской местности данный показатель оказался несколько выше и составил 8%.

В целом по республике было отмечено 7,8% девушек, отметивших данный вид рискованного сексуального поведения.

Раннее половое созревание и вхождение сексуально активную жизнь ведет за собой череду таких серьезных угроз для здоровья девушки, как вероятность ранней и нежелательной беременности, аборт, бесплодие, заражение ИППП (инфекциями, передающимися половым путем), развитие хронических воспалительных заболеваний репродуктивных органов, депрессивные состояния и подверженность другим поведением риска.

Минимальные знания в области безопасного сексуального поведения могут быть решающими в предотвращении влияния указанных факторов.

К таким знаниям относится информированность о барьерной контрацепции, в частности, использование презервативов при половых контактах.

Так, процент девушек использовавших презерватив при последнем сексуальном контакте в возрастной группе от 15 до 24 лет, которые за последние 12 месяцев имели более одного сексуального партнера, составил всего 72,4 %.

К поведением риска среди молодежи помимо сексуального рискованного поведения также относятся курение табачных изделий и употребление алкоголя. По данным МИКС-4 в Республике Казахстан среди представителей обоих полов, начиная с 15 лет, отмечается риск быть вовлеченными в привычное использование сигарет и алкогольной продукции (рисунок 13 и 14).

Как видно из представленных результатов, во всех возрастных группах, девушки, в той или иной степени употребляют табачные изделия.

При этом, процент употреблявших сигареты за последний месяц имеет тенденцию к росту в каждой из последующих возрастных групп, к 29 годам достигает 9,8%. Таким образом, каждая 10 девушка имеет опыт курения табачных изделий к 30 годам.

Относительное число юношей, употреблявших за последний месяц табачные изделия значительно больше во всех возрастных группах ( $\chi^2 = 9,38$ ;  $p < 0,01$ ). К 30 годам, 58,8% юношей практикуют использование табачных изделий.

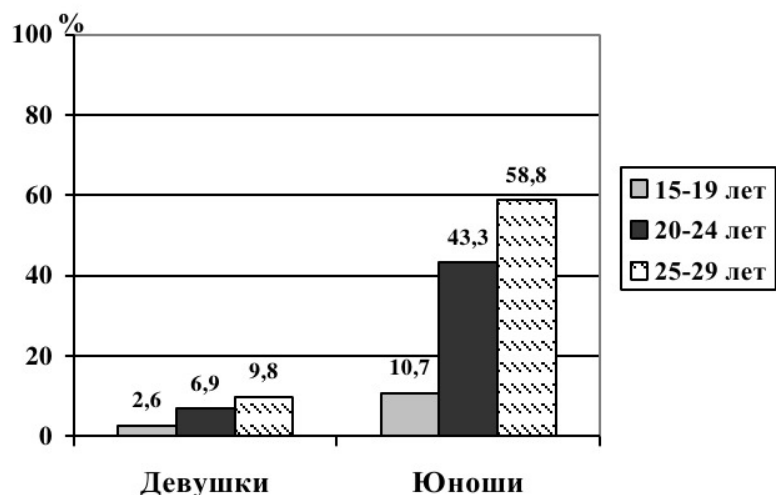


Рисунок 14 – Употребление табачных изделий молодежью Республики Казахстан за последний месяц, (2010-2011 гг., МИКС – 4)

Результаты исследования по употреблению алкоголя в возрастных группах молодежи от 15 до 29 лет показали, что аналогично употреблению табачных изделий в каждой из последующих возрастных групп, отмечается увеличение числа потребителей алкогольных изделий. При этом юноши чаще вовлекаются в практику употребления алкогольсодержащих напитков, чем девушки ( $\chi^2 = 10,22$ ;  $p < 0,01$ ).

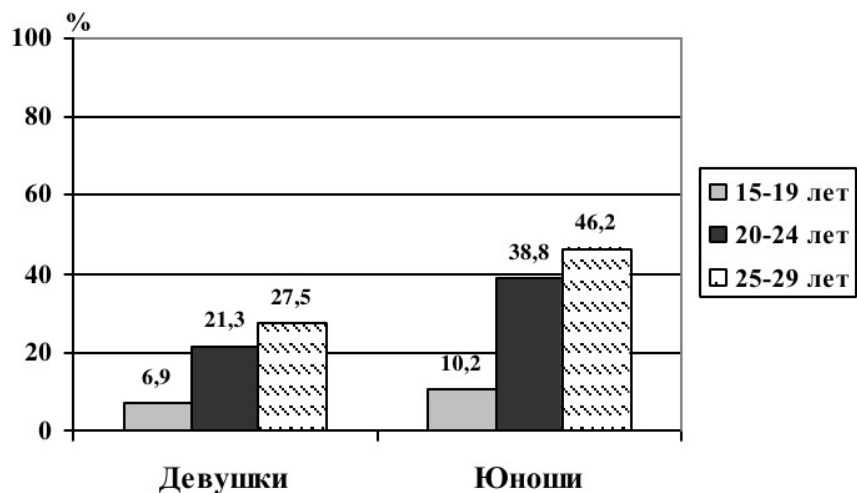


Рисунок 15 – Употребление алкогольных изделий молодежью Республики Казахстан за последний месяц, (2010-2011 гг., МИКС – 4)

Высокий риск сексуального поведения определяется наличием нескольких половых партнеров, вступлением в сексуальный контакт с человеком, который имел многочисленные сексуальные связи в прошлом и отказом от использования презервативов. Передаваемые половым путем возбудители хламидиоза и гонореи, являются одними из ведущих причин хронических

воспалительных заболеваний репродуктивных органов, внематочной беременности и бесплодия. Помимо бактериальных инфекций, рискованное сексуальное поведение, может быть источником заражения вирусными инфекциями. К ним относятся вирус простого герпеса 1 и 2 типа (HSV – 1, 2), вирус папилломы человека (ВПЧ (HPV)) и ВИЧ.

Документально подтверждено, что 50% хламидийной инфекции и гонорея приходится на возраст 15 – 24 лет [144]. Большинство подростков и молодых людей, посещая колледжи и университеты, живут вдали от дома и без надлежащего контроля со стороны взрослых вовлекаются в рискованное поведение, такое как курение, алкоголь, сексуальное поведение риска [144,с.864]. По мнению исследователей, студенты младших курсов находятся на той стадии развития, когда увеличивается риск вовлечения в активные половые отношения, часто сопряженные с отсутствием использования мер безопасности.

Использование презервативов идентифицировано как основной способ предотвращения передачи ИППП, при этом только 73% молодых людей, не состоящих в браке, отмечают использование презервативов [143,с.8].

Другой вид поведения риска – табакокурение, среди молодых людей и студенческой молодежи является немаловажной проблемой здравоохранения и негативным фактором, влияющим на здоровье.

По данным американских исследователей 438 тысяч смертей в год во всех возрастных группах, которые можно было предотвратить, связаны с курением сигарет [145-146 ].

Вместе с курением табачных изделий, прием алкоголя оказывает значительное влияние на здоровье молодых людей и увеличивает риск негативных изменений в состоянии здоровья. Причинами вовлечения молодых людей и учащихся вузов в практику употребления алкоголя являются: давление со стороны сверстников, ожидаемое поведение в развлекательных местах, усвоенное поведение в семейной обстановке, расширение доступа к приобретению алкоголя после достижения совершеннолетия. Социальными последствиями употребления алкоголя являются: дорожно-транспортные происшествия, драки, непреднамеренные травмы, изнасилования, нежелательная беременность, венерические заболевания, снижение самооценки и уверенности в себе, снижение успеваемости по учебной программе [147].

### 3.1.3 Психо-эмоциональные особенности студентов вузов г. Семей

Около двух миллионов молодых людей в Европейском регионе ВОЗ страдают от психо-эмоциональных расстройств, таких как: депрессия, нарушения поведения, тревожные расстройства и нервная анорексия. Одна пятая часть детей и подростков страдают от развития, эмоциональных и поведенческих проблем, и одна часть из восьми имеют психические расстройства [148]. Вопрос оказания своевременной психологической консультативной помощи молодежи в виду обозначенных тенденций становится все более актуальным.

Нормальное психоэмоциональное состояние студентов является одним из важных фактором обучения в вузе, основой формирования личности специалиста и высокой профессиональной пригодности в будущем. Между тем, педагогический процесс в современных условиях обучения в вузе, наряду с другими факторами, влияет на здоровье студента, вызывая напряжение психоэмоциональной сферы. По данным научных исследований ежегодно увеличивается число студентов вузов с психо-эмоциональной дезадаптацией, преимущественно сопровождающейся тревожными и депрессивными расстройствами [149].

В периоде обучения, согласно литературным данным, можно выделить три основных критических периода, которые приходятся на первый, третий и пятый курсы (у студентов-медиков, соответственно, первый, четвёртый и шестой) [150].

На первом курсе происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспособившись к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустроить быт. На третьем (четвёртом) курсе имеет место переоценка ценностей, переосмысление выбора специальности. Особенность кризиса пятого (шестого) курса связана с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности. Следует отметить, что подписание Болонского соглашения вузами и обучение в программе бакалавриата (5 лет), как студентов гуманитарных так и медицинских специальностей, уравнило временные сроки возникновения критических адаптационных периодов. Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов может привести к развитию невротических расстройств и расстройств адаптации [151].

На сегодняшний день бесплатную консультацию психолога молодые люди, в том числе и студенческая молодежь, могут получить в организациях ПМСП [152]. С 2011 года в Республике Казахстан в структуру ПМСП введены должности социальных работников и психологов. В тоже время, молодежь вправе обратиться за помощью в ситуациях, касающихся проблем психо-эмоциональной сферы в МЦЗ. Организации данного вида предлагают подросткам и молодежи получить квалифицированную консультацию по вопросам не только репродуктивного здоровья, планирования семьи, профилактики инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, профилактики поведений риска, но и психического здоровья, профилактики стресса и депрессивных состояний, проблем жестокости и насилия. Следует отметить, что медицинская или психологическая помощь, оказываемая в МЦЗ, является конфиденциальной. Выявление у студентов вузов г. Семей тревожной и депрессивной симптоматики было выполнено с помощью анкеты Ч.Спилбергера в модификации Ю.Ханина которая позволяет дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство и состояние. Шкала состоит из 2 частей, отдельно оценивающих реактивную

(вопросы 1 – 20) и личностную (вопросы 21 – 40) тревожность. Оценка уровня тревожности проводилась следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность; 31–45 – умеренная, 46 и более баллов – высокая тревожность. В ходе исследования нами были получены следующие результаты (рисунок 16, 17).

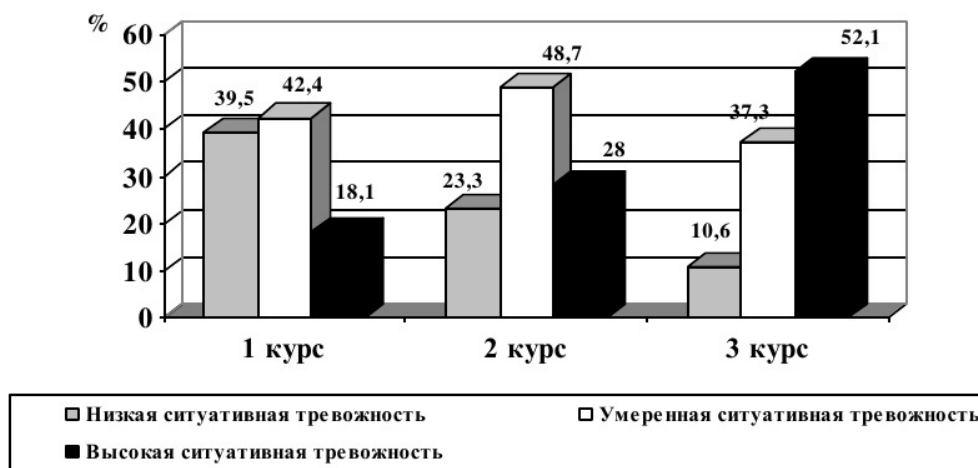


Рисунок 16 – Уровень ситуативной тревожности студентов вузов г. Семей в зависимости от курса обучения (n – 1427)

Как видно из рисунка 12, более 50% студентов вузов имеют умеренную или высокую ситуативную тревожность, при этом к третьему курсу обучения, доля лиц имеющих высокую ситуативную тревожность (52,1%) значительно превышает аналогичную долю на первом и втором курсе (18,1% – 1 курс, 28% – 2 курс) ( $\chi^2 = 11,51$ ;  $p < 0,05$ ). Данный факт, по-видимому, связан с нарастанием учебной нагрузки и истощением внутренних ресурсов организма студента в силу отсутствия режима дня и правильного питания.

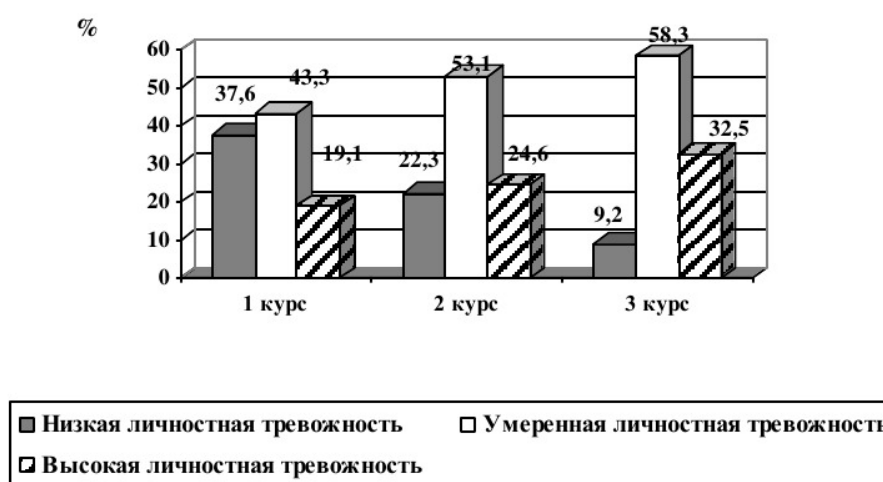


Рисунок 17 – Уровень личностной тревожности студентов вузов г. Семей в зависимости от курса обучения (n – 1427)

На рисунке 13 отображена картина уровня личностной тревожности на разных курсах обучения в вузе. Аналогично показателям по ситуативной тревожности, доля лиц с высоким уровнем личностной тревожности увеличивается к третьему курсу обучения ( $\chi^2 = 13,27$ ;  $p < 0,05$ ). Так, на первом курсе высокую личностную тревожность демонстрируют 19,1% учащихся, на втором – 24,6%, а к третьему курсу уже 32,5%.

Соответственно, доля лиц, показавших эмоциональную стабильность, выше на третьем, по сравнению с другими курсами обучения. Данный факт, может быть обусловлен интенсификацией учебного процесса, повышением умственно-эмоциональных нагрузок к 3 курсу обучения и отсутствием эффективных сохраняющих стратегий, способных дать организму возможность компенсировать все перечисленные воздействия.

При анализе распределения тревожности среди студентов по полу (рисунок 15) отмечается преобладание ситуативной и личностной тревожности среди девушек ( $\chi^2 = 9,38$ ;  $p < 0,05$ ). Так, у юношей умеренная и высокая ситуативная тревожность составляет соответственно 27,1% и 11,5%, а у девушек – 50,6% и 34,9%. Относительно личностной тревожности, в группе юношей умеренная и высокая встречалась в 34,2% и 23,5%, а у девушек – 47,1% и 24,3% случаев. По всей выборке преобладало количество студентов с умеренным и высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности.

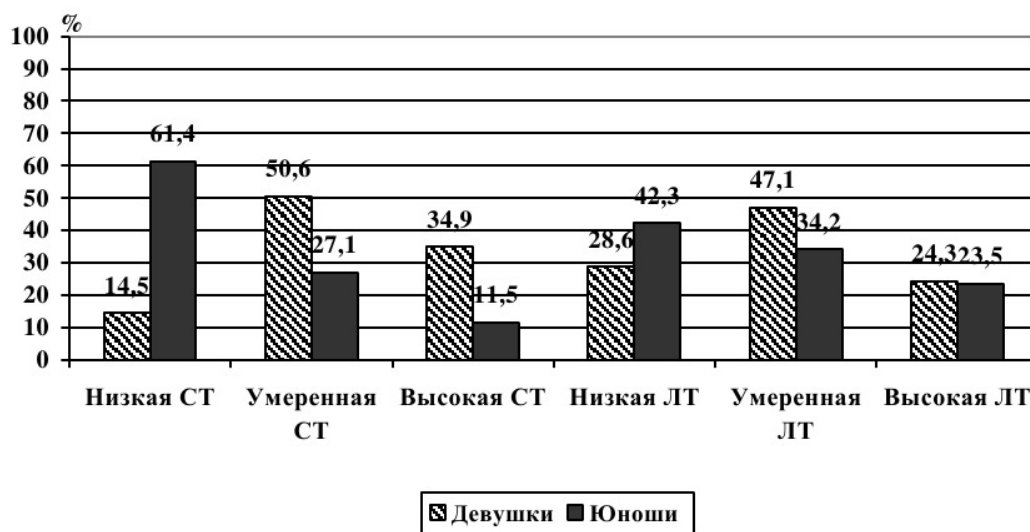


Рисунок 18 – Распределение тревожности студентов по полу (n – 1427)

Примечание – СТ – ситуативная тревожность; ЛТ – личностная тревожность

Анализ, полученных нами результатов о более высокой тревожности у девушек, подтверждается литературными данными, свидетельствующими о наличии гендерных психоэмоциональных особенностей [153].



Студенты с высокой тревожностью воспринимаемые стимулы расценивают как опасные и связывают их со специфическими (учебными) ситуациями угрозы их престижу, самооценке, самоуважению. Ситуативная тревожность характеризует уровень стресса в данный момент, а личностная тревожность - уязвимость (или устойчивость) к воздействию различных стрессоров в целом [154]. При этом, чем выше уровень личностной тревожности, тем выше вероятность, что студент в угрожающей (или кажущейся угрожающей) ситуации будет испытывать тревогу, и эта тревога будет относительно сильнее. В данном случае эмоциональная сфера «перекрывает» когнитивную и снижает эффективность учебной деятельности студента [155]. Прогностически очень высокая личностная тревожность может свидетельствовать о наличии невротического конфликта и вызывать психосоматические заболевания [156-157].

Полученные в результате исследования данные о высоком распространении в числе студенческой молодежи г. Семей умеренной и высокой ситуативной и личностной тревожности свидетельствуют о потребности получения консультативной психологической помощи, которая может быть оказана в ПСМП и МЦЗ.

#### 3.1.4 Заболеваемость студентов вузов г. Семей

Проблема здоровья студентов в последние годы привлекает внимание ученых, врачей и педагогов, что обусловлено высокой заболеваемостью и широкой распространенностью факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья студентов.

Семей – один из крупнейших городов ВКО Республики Казахстан, в котором большое количество средних и высших учебных заведений обеспечивает достаточно большой удельный вес студенческой молодежи.

При этом в регионе отмечается наличие неблагоприятных экологических факторов (йод-дефицит, высокая загазованность, прилегание к бывшему Семипалатинскому испытательному ядерному полигону), оказывающих негативное влияние на здоровье молодых людей.

Охрана здоровья населения, в особенности молодого поколения, традиционно считается одной из важнейших социальных задач общества. По мнению разных авторов [33,с.158-159], успешная подготовка высококвалифицированных кадров тесно связана с укреплением и охраной здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи.

Показатели заболеваемости являются одним из составляющих оценки состояния здоровья молодежи и свидетельствуют об эффективности проводимых лечебных и профилактических мероприятий, а также являются показателями обеспечения доступности МСП молодым людям и об их медицинской активности.

По данным проведенного нами ретроспективного анализа отчетов ПСТ №5 г.Семей в структуре общей заболеваемости по обращаемости студентов вузов лидирующие места заняли болезни органов дыхания (28,7%), пищеварения

(24,3%), нервной системы (10,5%), мочеполовой системы (16,7%), травмы (8,4%), заболевания кожи и придаточного аппарата (7,8%), прочие (3,6%). На рисунке 16 представлена структура заболеваемости студентов г.Семей по данным обращаемости за 2010 год.

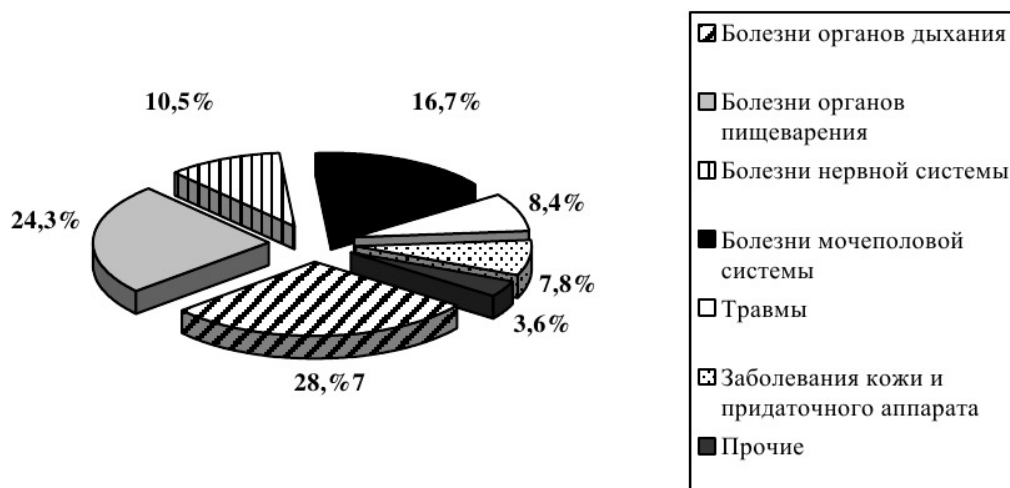


Рисунок 19 – Структура общей заболеваемости студентов г.Семей по обращаемости за 2010 год

Наиболее высокие показатели по всем годам при анализе результатов профилактических медицинских осмотров зарегистрированы по патологии глаза и его придаточного аппарата 640 в 2009 году и 651,2 на 1000 учащихся вузов в 2010 году (таблица 10).

Таблица 10 – Патологическая пораженность, зарегистрированная на профилактических медицинских осмотрах студентов г.Семей, на 1000 осмотренных студентов в 2009 – 2010 гг.

Заболевания	2009	2010
Глаза и его придаточного аппарата	640	651,2
Терапевтические	234,7	253,1
Гинекологические	161,7	160,1
Хирургические	79,6	82,4
ЛОР	55,3	55,9
Стоматологические	51,1	51,3
Неврологические	30,8	29,6
Кожи и подкожной клетчатки	2	2,5

По данным профилактических медицинских осмотров студентов вузов г. Семей в 2009 и 2010 годах, за все периоды наблюдения первые ранговые места занимали болезни глаза и его придаточного аппарата – 47,8% в 2009 году до

48,8% в 2010 году. На втором месте в 2009 и 2010 годах были терапевтические болезни от 17,5% до 17,9% соответственно.

На третью ранговую позицию вышли гинекологические заболевания с удельным весом 11,5% в 2009 году и 12,4% в 2010 году.

В группу часто регистрируемых заболеваний также вошли хирургические болезни – четвертое ранговое место 7% в 2009 году и 6,1% в 2010 году, на пятом месте были заболевания ЛОР органов в 2009 году, в 2010 заболевания органов эндокринной системы (таблица 11).

Таблица 11 – Структура патологической пораженности студентов г. Семей, по данным профилактических медицинских осмотров (на основании отчетов КГКП «Поликлиника №5 смешанного типа г.Семей»), 2009 – 2010 гг.

Заболевания	2009	2010
Глаза и его придаточного аппарата	47,8	48,8
Терапевтические	17,5	17,9
Гинекологические	11,5	12,4
Хирургические	7,0	6,1
Эндокринологические	4,1	4,47
ЛОР органов	4,8	4,2
Стоматологические	3,9	3,88
Неврологические	1,9	2,1
Кожи и подкожной клетчатки	1,5	0,15
Всего	100,0	100,0

По результатам диспансеризации студентов в ходе профилактических медицинских осмотров в 2009 – 2010 годах на диспансерный учет было взято 24,2% студентов.

При анализе структуры заболеваний студентов диспансерной группы в 2009 – 2010 годах были получены следующие результаты: наибольший удельный вес занимали терапевтические заболевания – 45,3% и 46,1%, на втором месте были заболевания ЛОР-органов – 24,5% и 23,5%, третье место занимали гинекологические заболевания – 18,2 и 20,2 соответственно (рисунок 20 и 21). При этом, доля неврологической патологии в 2009 и 2010 годах составила 7,9% и 7,2%, что противоречит данным исследований многих авторов, приводящим в своих работах результаты по выявлению высокой частоты неврологических заболеваний, в том числе остеохондроза среди студентов вузов [158,с.78; 160]. Данный факт, может быть объяснен отсутствием квалифицированных специалистов при комплектации комиссий для проведения профилактических медицинских осмотров, либо номинальным их проведением, в условиях массового потока учащихся и отсутствия, соответствующих условий для проведения осмотра.

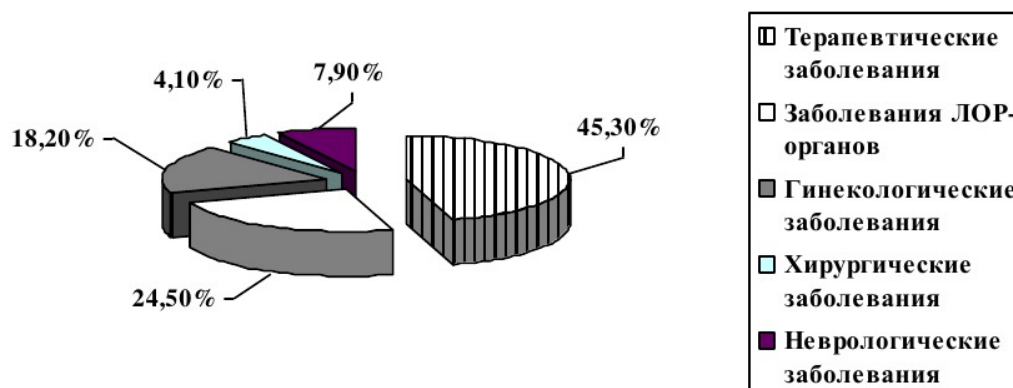


Рисунок 20 – Структура заболеваний диспансерной группы студентов г.Семей в 2009 году

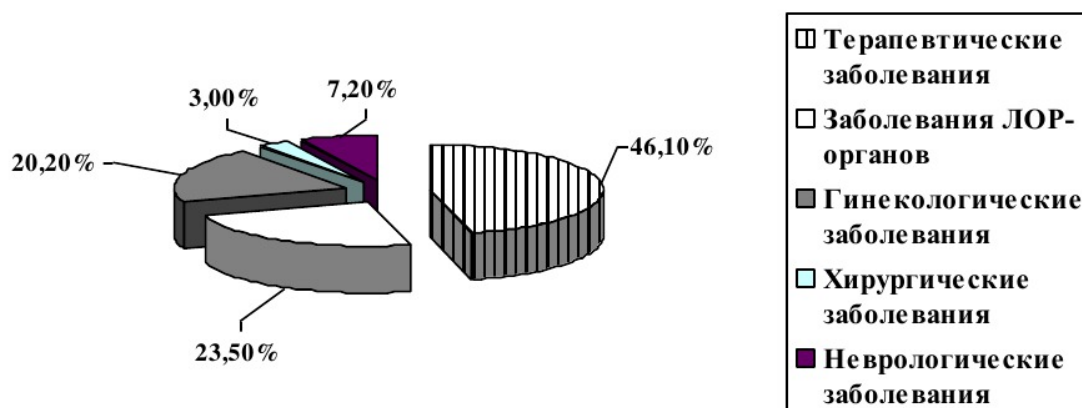


Рисунок 21 – Структура заболеваний диспансерной группы студентов г.Семей в 2010 году

Таким образом, за годы обучения в состоянии здоровья студентов отмечена тенденция к ухудшению.

Также нами было изучено состояние здоровья студентов первых курсов, обучающихся в вузах по данным профилактических осмотров за 2009 – 2010 учебный год. Распределение студентов по группам здоровья выглядело следующим образом: I группа - 10,6%, II группа - 34,9%. III группа - 54,5% [161]. Данные представлены в таблице 15.

Таблица 12 – Распределение по группам здоровья учащихся первых курсов вузов г. Семей, 2009 г

Группы	Включение в группу	%
I	Здоровые	10,6
II	Практически здоровые	34,9
III	Имеющие хронические заболевания	54,5

По данным Батрымбетовой С.А. (2008), в структуре заболеваемости студентов по данным профилактических медицинских осмотров студентов города Актобе за 2003 – 2006 годы, первые ранговые места занимали стоматологические заболевания – от 29,9% в 2003 году и до 35,5% в 2006 году, на втором месте были заболевания глаза и его придаточного аппарата (24,7% – 20,3%). На третьем месте были терапевтические заболевания, удельный вес которых, составил 14,6% в 2003 году и 18,5% в 2006 году. Аналогично результатам исследования в г. Семей, четвертое ранговое место от 8,4% в 2003 году до 13,0% в 2006 году заняли хирургические болезни.

Таким образом, по двум городам республики, с многотысячным контингентом студенческой молодежи, наблюдается высокий уровень заболеваемости среди учащихся. Только 10,6% студентов вузов г. Семей, обучающихся на первом курсе, отнесены в группу здоровых. В г.Актобе количество студентов первого курса вузов, признанных здоровыми, по данным Батрымбетовой С.А. (2008) составило 32,6%.

В ходе анализа отчетов о проведении профилактических осмотров вузов г. Семей за 2009 г. выявлено, что 76,3% студентов высших учебных заведений имеют патологию со стороны различных органов и систем, из них 24,2% было взято на «Д» – учет с хроническими патологическими состояниями.

В ходе исследования установлено, что около 89,4% студентов имеют патологические состояния, требующие коррекции. Сложившаяся ситуация диктует необходимость мониторинга оказания медико-социальных услуг данному контингенту, совершенствования системы оказания МСП для своевременного выявления и профилактики наиболее часто встречающихся проблем доступа молодежи к данным сервисам.

### **3.2 Барьеры доступа к медико-социальным сервисам у студентов вузов г. Семей**

В последние годы на территории стран Содружества Независимых Государств (СНГ), при активной поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ получили широкое распространение сервисы дружественные к молодежи [162]. Таким образом, правительства признают значительную роль молодых людей в формировании потенциала государства.

ВОЗ отмечает, что именно студенческая молодёжь, являясь наиболее представительной группой когорты, нуждается в комплексных мероприятиях

по улучшению физического и психического здоровья и созданию социально-бытовых условий для жизнедеятельности [131,с.947; 133,с.551; 163–167].

При этом в условиях увеличения спектра и характера оказываемых медико-социальных услуг, принятия программ поддержки молодёжи, в том числе направленных на решение проблем психосоматического и репродуктивного здоровья, предупреждения распространения поведений риска и удовлетворения социальных нужд, в Республике Казахстан отмечается достаточно низкий индекс здоровья молодых людей [33,с.166; 5,с.45; 158,с.78].

Следует отметить, что на территории ВКО, помимо традиционных форм оказания медицинского сопровождения, сформирована сеть «Клиник дружественных молодёжи». В частности, в г. Семей функционирует 2 таких клиники из 17 существующих в Казахстане.

Исследования, посвященные состоянию здоровья молодых людей в указанном регионе, в официальной медицинской периодике отсутствуют, что в купе с общереспубликанскими показателями, актуализируют вопрос изучения существующего дисбаланса между достаточно широким спектром возможностей системы здравоохранения и неудовлетворёнными медико-социальными потребностями молодых людей [168].

Число обучающихся в вузах Республики Казахстан на начало 2011 года по данным Агентства по статистике Республики Казахстан составило 311,3 тысяч человек, что соответствует 10,4% всего населения республики в возрасте от 15 до 24 лет. Каждый десятый представитель молодёжи является студентом вуза.

Ускорение темпов роста учебной нагрузки, усложнение требований для поступления в вуз, попадание в особые социально-экономические условия студенческой жизни и некоторый запас здоровья, имеющийся в силу высоких компенсаторных возможностей молодого организма, являются факторами, влияющими как на состояние здоровья, так и на отсутствие приверженности к его сохранению.

К совокупности перечисленных факторов, не смотря на всеобщий бесплатный доступ к МСС, развитие в Казахстане специальных сервисов (КДМ, молодежные центры здоровья) и потенциальное проявление медицинской активности среди студентов вузов, следует отнести так называемые барьеры доступа к МСС, разделяющиеся по основным 4 принципам:

- наличия сервиса, в том числе наличия медицинских работников в нем, оборудования или лекарственных препаратов;
- доступности, включающей, к примеру, платность услуг, географическое расположение, часы приема, информации о сервисе и оказываемых им услугах;
- приемлемости, заключающейся в обеспечении конфиденциальности, предпочтения специалиста не противоположного пола, коммуникабельности сотрудников;
- равенства, базовыми характеристиками которого является отсутствие зависимости от расовых, этнических, языковых факторов, социально-экономического статуса и сексуальной принадлежности.

Необходимость изучения барьеров доступа к МСС у студентов г. Семей представляется актуальной ввиду многочисленности данной группы в общей молодежной популяции и данными, сигнализирующими о негативных изменениях показателей здоровья молодых людей при достаточном количестве организаций-провайдеров МСП и программ, направленных на улучшение охраны здоровья молодежи и студенчества в Республике Казахстан.

Изучение барьеров доступа к МСС проводилось методом анкетирования сплошной выборки студентов с 1, 2 и 3 курсов студентов вузов г. Семей (ГМУ г. Семей, КазГЮИУ, СГУ им. Шакарима, обоих полов, в возрастном диапазоне от 17 – 24 лет. Возрастной ценз ориентирован на учащихся, которые находятся на завершающем этапе трансформации организма подростка в организм взрослого индивида и, тем самым, испытывающих наибольшее напряжение механизмов адаптации и, соответственно, особо нуждающихся в обеспечении МСС.

В нашем исследовании приняли участие студенты, готовые выразить свое мнение о сложившейся ситуации в области обеспечения медико-социальными услугами лиц молодого возраста.

В исследованиях, посвященных изучению доступа потребителей к медицинским и медико-социальным услугам, немаловажное значение придается факторам социально-экономической адаптации. Поэтому при разработке анкеты в структуру идентификационных вопросов, помимо половозрастных характеристик, был включен блок вопросов, характеризующих социально-экономическую адаптацию студентов.

Так как студенты вузов могут прибывать на обучение с различных регионов, и, в связи с этим фактом, испытывать необходимость съема жилья или проживания в нетипичных условиях по сравнению с привычными домашними в общежитиях, к изучению был принят фактор проживания с родителями или общежитии/съемной квартире (рисунок 22).



Рисунок 22 – Распределение респондентов по фактору проживания

Одним из аспектов получения медицинской помощи студенческой молодежью является фактор социально-экономической адаптации. Одной из наших гипотез было существование различий в группах имеющих собственные денежные средства и не имеющих возможности при возникновении необходимости произвести оплату, какой бы то ни было медицинской услуги.

Студенты всех государственных вузов, поступая на обучение, в зависимости от формы – коммерческая или бюджетная могут быть обладателями стипендии при условии хорошей и отличной успеваемости на границе семестров (рисунки 23 и 24).



Рисунок 23 – Распределение студентов в зависимости от формы обучения



Рисунок 24 – Распределение студентов по наличию стипендии

В дополнение к сведениям, полученным при опросе о форме обучения и наличии стипендии, мы спросили об оценке своего финансового статуса и разделили студентов на две категории: финансово адаптированные и финансово дезадаптированные учащиеся (рисунок 25).

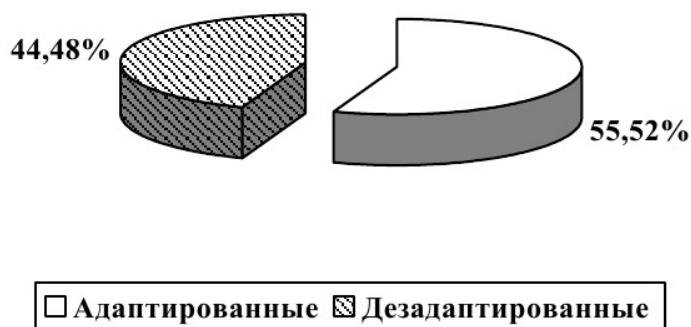


Рисунок 25 – Характеристика оценки финансового статуса

Безусловно, говоря об обеспечении доступа к МСС, следует охарактеризовать здоровье исследуемой группы. Мы попросили ответить респондентов на вопрос о том, как они оценивают свой настоящий статус здоровья (рисунок 26).



Оказалось, что 71,9% студентов пессимистично настроены в самооценке статуса своего здоровья, и только 28,1% учащихся оценил свое здоровье, как хорошее.



Рисунок 26 – Самооценка студентами собственного статуса здоровья

В нашем исследовании, данные полученные при обработке статистических отчетов студенческой поликлиники о состоянии здоровья студентов вузов г. Семей, показали отличающуюся картину.

Так, по оценке здоровья учащихся специалистами, индекс здоровья студентов составил 10,6%, а самооценка статуса здоровья как «хорошего» по результатам анкетирования составила – 28,1%.

Данный факт, может быть объяснен тем, что учащиеся вузов, в большинстве случаев, не критически относятся к своему здоровью, полагаясь на легкость течения заболевания и отсутствие возможности хронизации патологических процессов.

Одной из исследовательских задач анкетирования было выявление барьеров доступа к МСС у студентов вузов г. Семей.

Поэтому следующим блоком в структуре анкеты стала группа вопросов, направленных на выявление барьеров доступа к МСС.

Все ответы по данному блоку вопросов были объединены в группы, направленные на выявление основных четырех типов барьеров доступа к МСС.

В структуре барьеров у групп обоих полов преобладающее количество заняли барьеры приемлемости (45% у девушек и 38,9% у юношей), включающие обеспечение конфиденциальности, предпочтения специалиста не противоположного пола, коммуникабельности сотрудников и т.д. ( $\chi^2 = 33,01$ ;  $p < 0,01$ ) (рисунок 27).

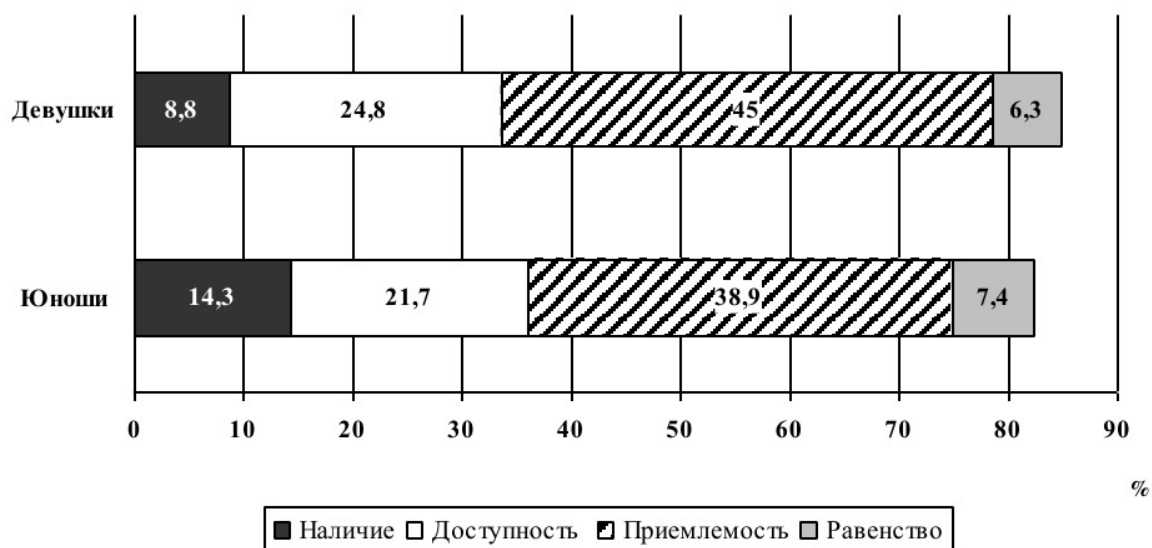


Рисунок 27 – Распределение частоты барьеров доступа к МСС у студентов вузов г. Семей по полу

Второе место в общей структуре заняли барьеры доступности (24,8% у девушек и 21,7% у юношей). Следует отметить, что барьеры доступности характеризуют отношение между местом жительства пациента и географическим расположением МСС, платностью услуг, часами приема и наличием информации о сервисе или его услугах.

Сравнительно меньшую долю среди четырех проанализированных составили барьеры наличия и равенства.

Как видно из рисунка 16, частота барьеров наличия была больше в группе юношей ( $\chi^2 = 6,76$ ;  $p < 0,05$ ).

Данный вид барьеров доступа заключается в отношении между потребностями пациента в получении медико-социальных услуг и наличием их в сервисе.

Отсутствие в клинике необходимых специалистов или оборудования является основными причинами возникновения данного вида барьеров.

На четвертом месте находятся барьеры равенства.

Наличие их отметили 6,3% девушек и 7,4% опрошенных юношей.

В основе возникновения данного вида барьеров лежит предвзятость медицинского работника по отношению к пациенту, неравное отношение к представителям разных социально-экономических уровней и т.д.

При анализе распределения частоты барьеров доступа к МСС в зависимости от курса обучения необходимо отметить, что по сравнению с первым курсом обучения к третьему курсу возрастает частота барьеров приемлемости и доступности на 8,6% и 8,2% соответственно (рисунок 28).

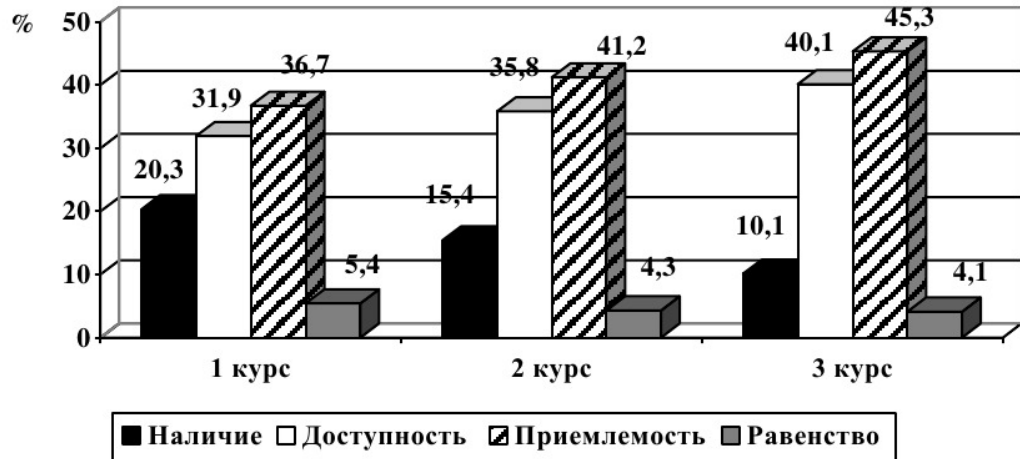


Рисунок 28 – Распределение частоты барьеров доступа к МСС у студентов вузов г. Семей по курсу обучения

В ходе исследования нами было выявлено, что количество барьеров в группе финансово-дезадаптированных студентов достоверно выше, чем в группе финансово-адаптированных ( $\chi^2 = 15,28$ ;  $p < 0,05$ ) (рисунок 26). Данное обстоятельство может быть объяснено наличием финансовой независимости во второй группе респондентов, которая позволяет чувствовать себя более уверенно во многих аспектах социальной жизни, в том числе и в получении медико-социальных услуг, независимо от их доступности, наличия и приемлемости в МСС.

Предпочтение более быстрых и возможно платных сервисов, свободных от очередей и предоставляющих клиент-ориентированную систему работы с пациентом было отмечено в 30,1% при анализе мнений в открытых вопросах анкеты.

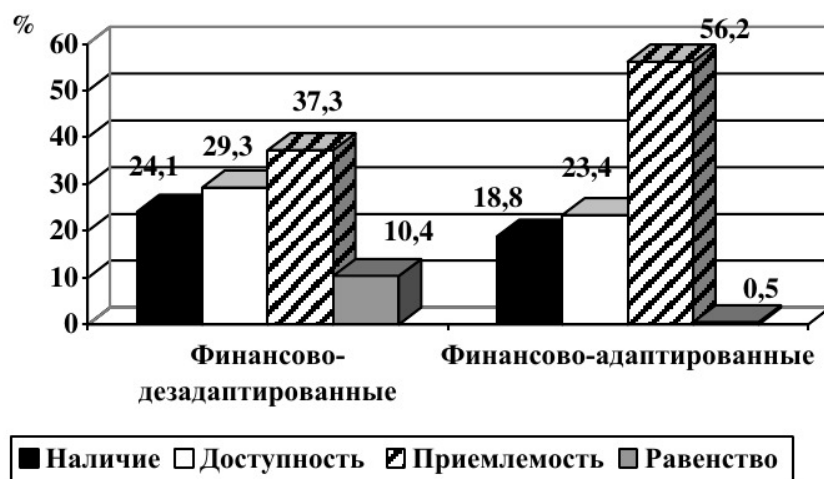


Рисунок 29 – Распределение частоты барьеров доступа к МСС у студентов вузов г. Семей в зависимости от финансовой адаптации

Наряду с исследованием фактора финансово-экономической адаптации, мы выявили, что частота барьеров в зависимости от статуса проживания также имеет различия (рисунок 30).

При анализе данных нами были получены результаты, свидетельствующие о значительном преобладании уровня барьеров приемлемости в группе студентов, проживающих с родителями (58,2%), по сравнению с группой резидентов съемного жилья или общежития (36,4%) ( $\chi^2 = 19,84$ ;  $p < 0,01$ ). Данные различия, по-видимому, объясняются значительно большим влиянием страхов молодых людей, живущих с родителями, что информация о состоянии и здоровья может быть передана родственникам или сначала по месту учебы, а затем сообщена по месту жительства.

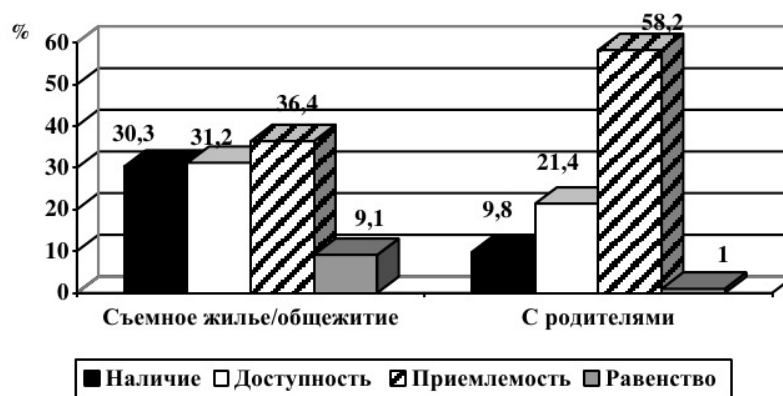


Рисунок 30 – Распределение частоты барьеров доступа к МСС у студентов вузов г.Самары в зависимости от статуса проживания

По числу барьеров доступа из каждой классификационной группы (наличие, доступность, приемлемость и равенство) в исследуемой популяции было выявлено, что 90,33% учащихся имеют от одного до трех барьеров доступа к МСС из указанных групп, что значительно превышает долю студентов вузов, не имеющих никаких барьеров к получению медико-социальных услуг ( $\chi^2 = 43,67$ ;  $p < 0,001$ ) (рисунок 31).

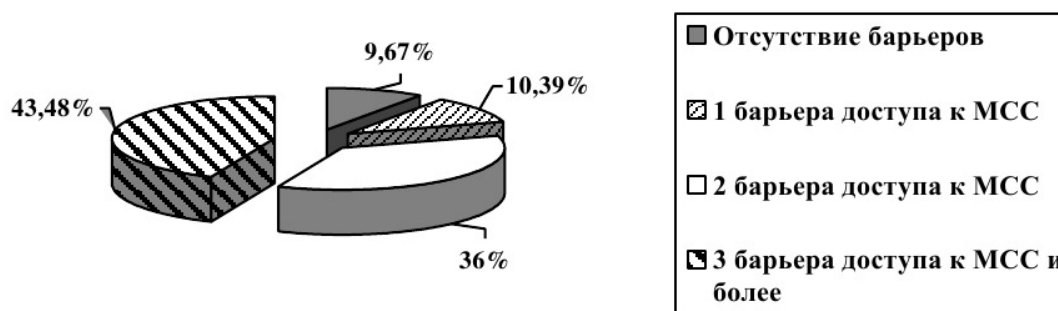


Рисунок 31 – Распределение по количеству барьеров доступа к МСС у студентов вузов г. Самары

При определении частоты барьеров доступа к МСС в среде студентов нами были выяснены основные причины, которыми учащиеся вузов объясняют свой отказ от использования услуг МСС.

В ходе анкетирования наиболее часто среди девушек были отмечены такие причины, как: «часы приема в клинике совпадают с занятиями в университете» – 69,7%, «отталкивает возможное грубое отношение, проявление неуважения со стороны медицинских работников» – 72,4%, «есть страх, что нежелательная информация о состоянии здоровья или психическом состоянии может попасть к моим родителям или по месту учебы» – 59,8% (таблица 13).

Таблица 13 – Причины отказа от обращения в МСС в зависимости от пола

Причины отказа	Юноши (n – 350)		Девушки (n – 1077)	
	абс.	%	абс.	%
Не знаю, куда могу обратиться за медико-социальной помощью	26	7,2	121	11,3
При возникновении проблем со здоровьем занимаюсь самолечением	138	39,5	513	47,6
Рядом с местом, где я живу, нет подходящей клиники	68	19,4	187	17,5
Часы приема в клинике совпадают с занятиями в университете	210	60,0	751	69,7*
Не знаю, какой спектр медико-социальных услуг может предложить мне клиника, и будут ли они бесплатны для меня	241	69,0	761	70,7
Есть страх, что нежелательная информация о состоянии здоровья или психическом состоянии может попасть к моим родителям или по месту учебы	184	52,8	644	59,8*
Не могу тратить время в долгих очередях на прием к врачу	307	88,0	978	90,8
Отталкивает возможное грубое отношение, проявление неуважения со стороны медицинских работников	226	64,6	780	72,4*
Считаю, что медицинский работник, к которому я обращался, был предвзят по отношению ко мне, хотя бы однажды	101	29,1	278	25,8
Врач в моей поликлинике не знает в полной мере языка, на котором я говорю	5	1,5	63	5,88
* p < 0,05				

При анализе причин отказа от использования услуг МСС в разрезе курсов, было выяснено, что на первом курсе, чаще, чем на втором и третьем, учащиеся

затрудняются «куда обратиться за медико-социальной помощью» – ( $\chi^2 = 29,08$ ;  $p < 0,001$ ) (таблица 14).

Таблица 14 – Причины отказа от обращения в МСС в зависимости от курса обучения

Причины отказа	1 курс (n – 435)		2 курс (n – 529)		3 курс (n – 463)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не знаю, куда могу обратиться за медико-социальной помощью	114	26,3	97	18,4	42	9,1
При возникновении проблем со здоровьем занимаюсь самолечением	124	28,6	200	37,9	237	51,3
Рядом с местом, где я живу, нет подходящей клиники	129	29,8	135	25,5	99	21,4
Часы приема в клинике совпадают с занятиями в университете	136	31,2	258	48,9	323	69,9
Не знаю, какой спектр медико-социальных услуг может предложить мне клиника, и будут ли они бесплатны для меня	205	47,1	183	34,6	116	25,1
Есть страх, что нежелательная информация о состоянии здоровья или психическом состоянии может попасть к моим родителям или по месту учебы	277	63,7	239	45,2	203	43,9
Не могу тратить время в долгих очередях на прием к врачу	165	38,1	223	42,1	409	88,4
Отталкивает возможное грубое отношение, проявление неуважения со стороны медицинских работников	239	54,9	326	61,6	335	72,3
Считаю, что медицинский работник, к которому я обращался, был предвзят по отношению ко мне, хотя бы однажды	122	28,1	128	24,3	88	19,1
Врач в моей поликлинике не знает в полной мере языка, на котором я говорю	24	5,5	20	3,9	14	3,1

Количество студентов, решающих проблемы со здоровьем самолечением, на третьем курсе значительно выше, чем на втором и первом ( $\chi^2 = 17,29$ ;  $p < 0,05$ ) (таблица 14). Частота проблемы самолечения среди учащихся, по-видимому, обусловлена высоким уровнем барьеров приемлемости в популяции

(до 38,9 % – 45%), а также пренебрежительным отношением к проблемам своего здоровья, в совокупности приводящим к хронизации или утяжелению недолеченных патологических состояний. Значительно больше первокурсников по сравнению с учащимися последующих двух курсов беспокоит отсутствие приближенных к месту проживания клиник ( $\chi^2 = 11,07$ ;  $p < 0,05$ ) (таблица 14). Данный факт можно объяснить тем, что значительная часть учащихся вузов прибывает с других населенных пунктов и фактически может затрудняться в поиске подходящего МСС. С другой стороны, все еще достаточно высокий процент (21,4%) на третьем курсе, отметивших причиной отказа «рядом с местом, где я живу, нет подходящей клиники», может быть индикатором недостаточного распространения молодежных или студенческих МСС и нежеланием молодого человека ехать с одного конца города в другой в состоянии заболевания.

Информированность студентов вузов о предлагаемом спектре медико-социальных услуг значительно выше становится к третьему курсу ( $\chi^2 = 12,64$ ;  $p < 0,05$ ) (таблица 14). Мы предполагаем, что это связано с приобретением опыта обращения за МСП в процессе обучения и информированием непосредственно в МСС, во время визитов с целью получения консультативной или медицинской помощи. Страх нарушения конфиденциальности приема более выражен у студентов первых курсов и к третьему курсу постепенно снижается ( $\chi^2 = 9,47$ ;  $p < 0,05$ ) (таблица 14). Одна из проблем молодого человека, поступившего на обучение сразу после окончания школы, это адаптация к новым условиям учебной и социальной среды на фоне завершающихся этапов физического и эмоционального созревания личности. В общей массе, влияющих факторов все это может создавать у студента-первокурсника, наряду с низкой информированностью о предлагаемых услугах в МСС, ряд страхов, в том числе и боязни нарушения конфиденциальности приема врача или психолога. Нетерпеливость и нежелание тратить время в очередях более присуще студентам третьего курса ( $\chi^2 = 29,74$ ;  $p < 0,001$ ), что можно объяснить большей дисциплинированностью в отношении обращения за МСП среди первокурсников (таблица 14).

Отсутствие коммуникативных навыков у сотрудников МСС в работе с пациентами, как причина отказа за обращением к специалистам МСС, имеет высокий уровень среди всех опрошенных учащихся – от 54,9% до 72,3% (таблица 14).

В меньшей степени предвзятость медицинских работников беспокоит третьекурсников ( $\chi^2 = 12,58$ ;  $p < 0,05$ ), что может быть связано с более уверенной жизненной позицией учащихся старших курсов, по сравнению с только что поступившими (таблица 14).

Самый низкий процент причин отказов по всей выборке приходится на незнание в полной мере языка общения принимающим специалистом (от 5,5% на первом курсе до 3,1% на третьем) (таблица 14). Появление данной причины можно объяснить наличием языковых проблем у студентов-оралманов (этнических казахов-репатриантов, переселяющихся в Казахстан из Китая, Монголии, Узбекистана и т.д.). При анализе данных, полученных в ходе

исследования, нами были отдельно проанализированы ответы на вопрос, куда обращаются студенты при возникновении проблем со здоровьем (рисунок 32). На первом месте по частоте отмеченных организаций-провайдеров МСП были студенческая поликлиника (38,7%) и поликлиника по месту жительства (12,3%), самый меньший процент показали медицинский пункт университета (3,4%) и Клиника, дружественная к молодежи (2,5%). Данный факт, возможно, объясняется низким уровнем информированности молодых людей о существовании такого рода клиник в г.Семей и отсутствием в средствах массовой информации (СМИ) или на наружных источниках (постерах, билбордах) рекламы о деятельности КДМ.

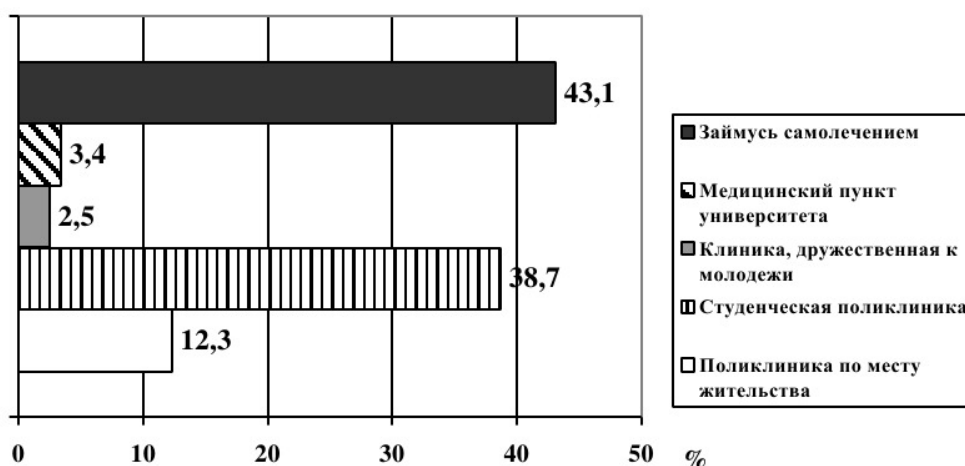


Рисунок 32 – Источники получения МСП среди студентов вузов г.Семей

При этом, в ходе анализа результатов уровня готовности респондентов принимать участие в качестве оказываемых им медико-социальных услуг, было выявлено, что студенты имеют большой волонтерский потенциал в своем числе (рисунок 33). Такое суждением было выдвинуто нами при интерпретации количества мнений респондентов, готовых улучшить качество МСП (58,2%), значительно превышающее все остальные мнения ( $\chi^2 = 36,29$ ;  $p < 0,001$ ).

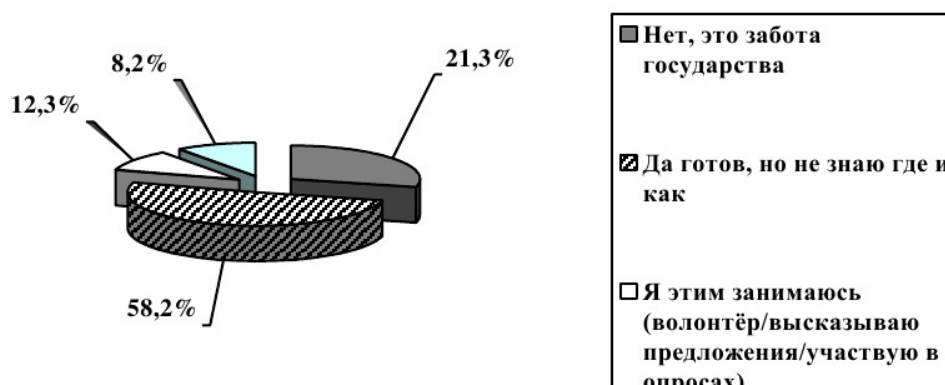


Рисунок 33 – Уровень готовности респондентов принимать участие в качестве оказываемых им медико-социальных услуг



Также нами была оценена значимость роли участия самих молодых людей в улучшении качества оказываемых им медико-социальных услуг с помощью расчета показателя РСІ – потенциал конструктивных намерений.

Результат суммирования ответов b) (Да готов, но не знаю где и как) и c) (я этим занимаюсь (волонтёр/высказываю предложения/участвую в опросах)) вопроса анкеты номер 12 (Я готов принимать участие в повышении качества оказываемых мне медико-социальных услуг) в сумме составил по выборке 608, общее количество ответов на данный вопрос составило 978. Таким образом, потенциал конструктивных намерений студентов ГМУ г.Семей, принявших участие в исследовании составил 62%. Среди приоритетных источников получения студентами вузов г. Семей информации о МСС (хотели бы получать информацию) нами были выявлены актуальные на сегодняшний день ввиду широко использования среди всей молодежи практически повсеместно СМИ (телевидение), социальные сети и непосредственно сам интернет (рисунок 34).

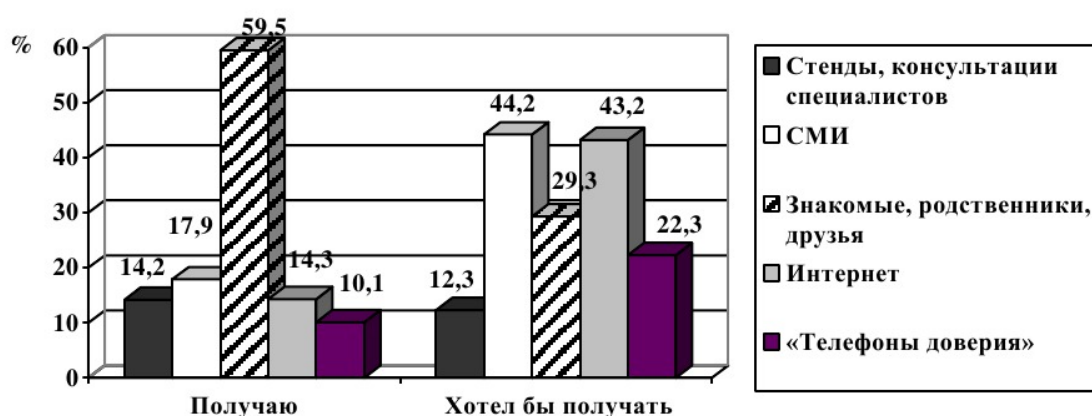


Рисунок 34 – Источники получения информации о МСС

При этом, текущее положение дел в области информирования молодежи о МСС и медико-социальных услугах показывает, что чаще всего молодежь получает информацию от знакомых и родственников. Данная ситуация, возможно, обуславливает общий низкий уровень информированности среди учащихся о наличие разного рода МСС, в том числе и КДМ, действующих в городе. Результаты, полученные в ходе изучения барьеров доступа к МСС молодежи на примере студентов вузов г.Семей, выявили высокий уровень барьеров доступа, с преобладанием класса приемлемости. Среди наиболее популярных источников получения МСП среди студентов находится студенческая поликлиника, и значительная часть молодежи предпочитает заниматься самолечением. Актуальные для молодежи источники получения информации, такие как СМИ и интернет, все еще не являются основными источниками информирования о деятельности МСС. Полученные данные диктуют необходимость научно-обоснованной разработки модели совершенствования организации оказания МСП молодежи.

### 3.3 Модель совершенствования организации оказания медико-социальной помощи студентам вузов г. Семей

С учетом результатов проведенного исследования были определены основные направления совершенствования организации оказания МСП студентам вузов г.Семей, включающие разработку и внедрение новых организационных технологий мониторинга качества доступа учащихся вузов, через определение частоты барьеров доступа (наличия, доступности, приемлемости и равенства). С целью обеспечения качества проведения мероприятий по мониторингу барьеров доступа к МСС нами разработана и внедрена модель совершенствования организации медико-социальной помощи студентам вузов г. Семей, предусматривающая регулярное выявление барьеров доступа и проведение мероприятий по их устранению (рисунок 35).



Рисунок 35 – Модель совершенствования организации медико-социальной помощи студентам вузов г. Семей

По результатам полученных данных формируется сводный отчет с идентификацией доминирующих групп барьеров. Результаты мониторинга анализируются с кратностью 1 раз в учебный семестр на уровне вуза и передаются в прикрепленный к обслуживанию студентов МСС для совместной разработки профилактических мероприятий по устранению барьеров. Организация мероприятий должна быть направлена на устранение барьеров, в зависимости от преобладающего типа/типов.

Профилактические мероприятия проводятся в 3 основных направлениях:  
– устранение барьеров доступа к МСС;

- повышение информированности о возможностях использования сервисов;
- обеспечение приверженности и ответственного отношения к своему здоровью.

В разработке планов мероприятий, следует пользоваться общим алгоритмом, предложенным на рисунке 36.

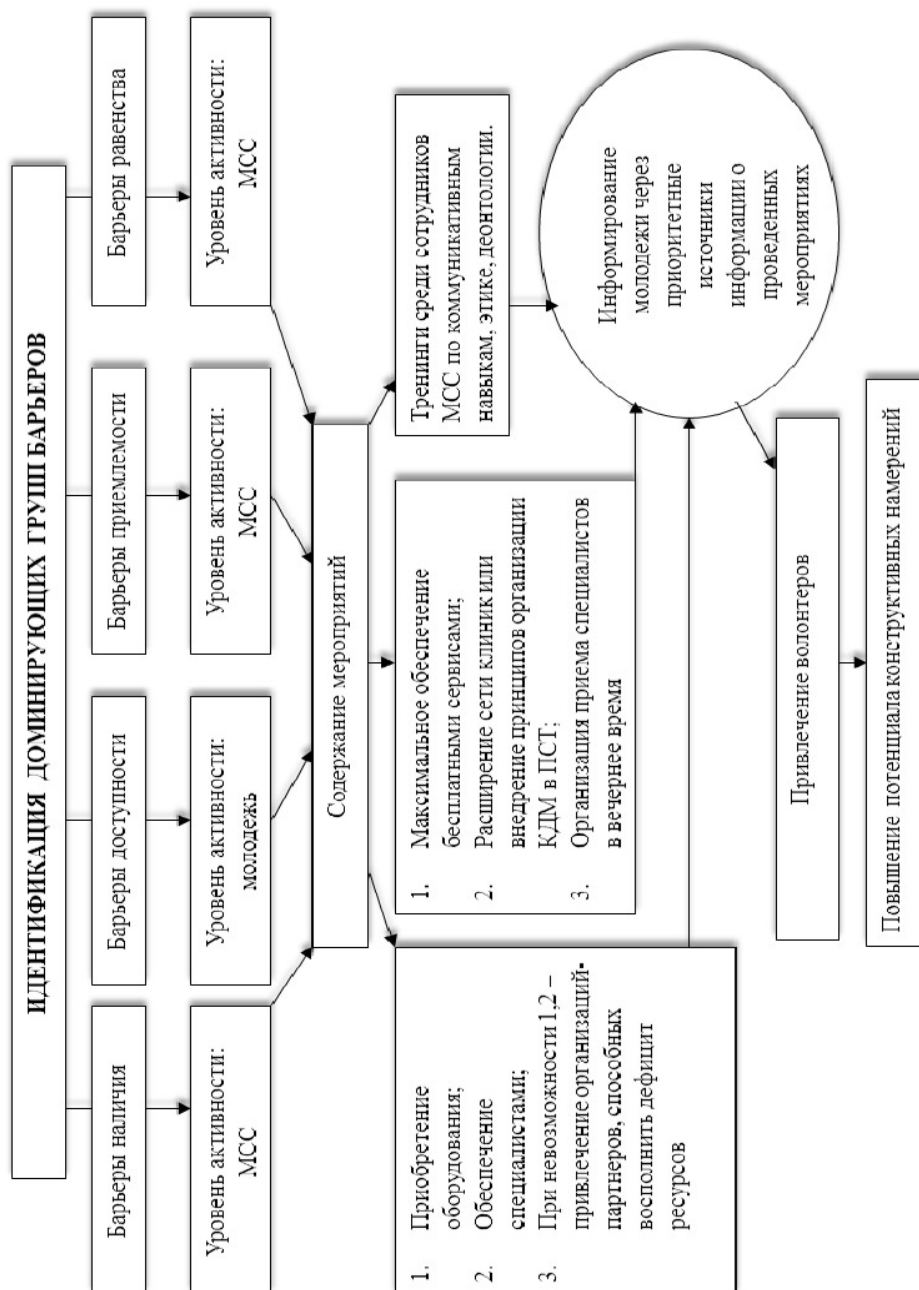


Рисунок 36 – Алгоритм проведения мероприятий среди молодежи по устранению барьеров доступа к МСС

Эффективность проводимых профилактических мероприятий оценивается на уровне МСС и включает анализ заболеваемости учащихся и мониторинг

количества визитов и процедур. Ключевым компонентом при работе с учащейся молодежью является наличие обратной связи медицинского и образовательного учреждения в мониторинге проблем, возникающих на этапе доступа учащихся к получению медико-социальных услуг и проведении совместных мероприятий по их устранению, с последующим анализом их эффективности. Для оценки эффективности предлагаемой модели совершенствования организации оказания МСП молодежи на примере студентов вузов г.Семей был проведен ряд исследований, включивших мониторинг и расчет следующих показателей:

- сравнение частоты барьеров доступа студентов вузов к МСС до и после внедрения модели;
- сравнение количества студентов, предпочитающих самолечение, обращению в МСС;
- определение уровня тревожности до и после обращения к психологу (после информирования об услугах психолога, бесплатно предоставляемых в ПСТ и КДМ), как показатель медицинской эффективности;
- расчет экономической эффективности внедрения модели совершенствования организации оказания МСП молодежи (анализ «затраты – эффективность») на примере предотвращения заражения ИППП, осложнения гриппа и развития тревожного расстройства. По результатам проведенного нами социологического исследования мы выявили, что 90,33% учащихся имеют от одного до трех барьеров доступа к МСС из групп наличия, доступности, приемлемости и равенства. После проведения мероприятий по устранению барьеров, представляющих собой лекции по информированию о деятельности и предоставляемых видах услуг в МЦЗ и ПСТ на уровне вузов и мастер-класс по коммуникативным навыкам и особенностям организации работы с молодежью и подростками на уровне МСС, нами было проведено повторное анкетирование студентов с целью выявления частоты барьеров доступа. Результаты в динамике показали достоверное снижение уровня барьеров после проведения мероприятий ( $p < 0,05$ ) (рисунок 37).



Рисунок 37 – Динамика частоты барьеров доступа к МСС на фоне внедрения модели в разрезе основных групп

Как критерий социальной эффективности внедрения модели нами также был принят показатель снижения количества студентов, предпочитающих самолечение. Как видно из рисунка 38, количество учащихся, по сравнению с претестовым этапом (до внедрения модели) снизилось на 12,3% ( $\chi^2 = 4,99$ ;  $p < 0,05$ ).

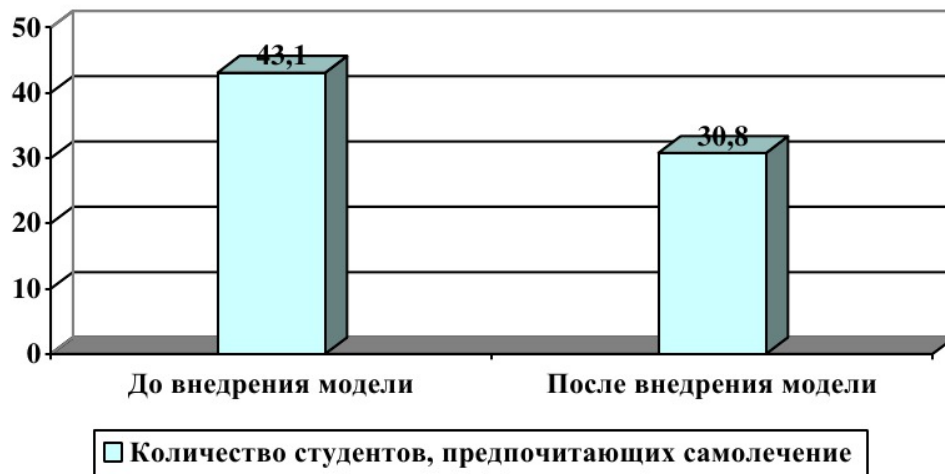


Рисунок 38 – Динамика частоты барьеров доступа к МСС на фоне внедрения модели в общей популяции студентов вузов г.Семей

С целью определения медицинской эффективности мы сравнили данные по определению уровня реактивной и личностной тревожности до и после обращения к психологу, после проведения на базе вузов лекций об услугах психолога, бесплатно предоставляемых в ПСТ и КДМ.

Студенты, получившие медицинскую и консультативную помощь на приеме психолога и давшие согласие на проведение анкетирования в динамике, показали значительное снижение уровня тревожности ( $t = 2,93$ ;  $p < 0,05$ ) (рисунок 39).

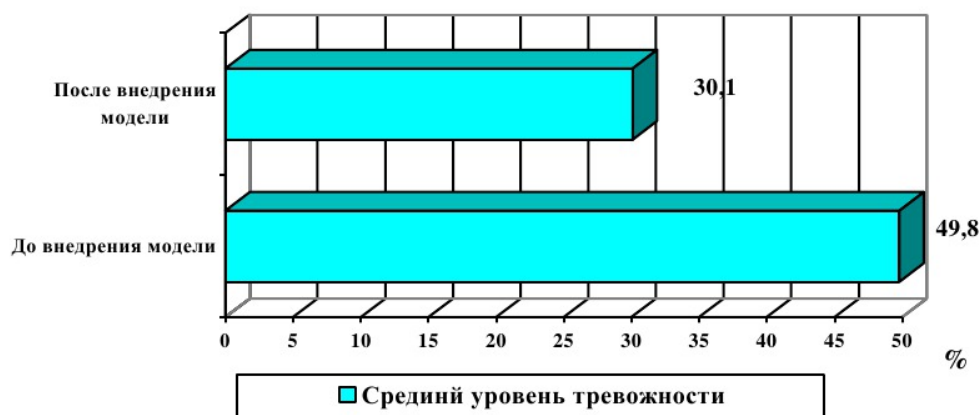


Рисунок 39 – Динамика среднего уровня тревожности на фоне внедрения модели в общей популяции студентов вузов г.Семей

Коэффициент результата медицинской деятельности составил 95% (отношение количества студентов со снижением уровня тревожности к общему числу студентов, получивших консультацию психолога).

Проведение расчета экономической эффективности внедрения модели в практическое здравоохранение было реализовано на примере таких часто встречающихся нозологий, как простудные заболевания (в том числе грипп), ИППП (хламидиоз) и тревожные расстройства.

С учетом того, что экономический ущерб от всех перечисленных видов заболеваний складывается из многих факторов, для большей наглядности нами были взяты только затраты, согласно стоимости медико-экономических протоколов (МЭП) оплаты за пролеченный случай. Финансовые вложения для реализации программы нами были оценены в виде суммы одной консультации специалиста (предусматривающей профилактическое направление и информирование пациента) и непосредственно стоимостью анкетирования одного студента вуза (2 раза за учебный год).

Таблица 15 – Оценка экономической эффективности внедрения модели (на одного человека в год)

Заболевание	Стоимость МЭП, профильный специалист	Стоимость 1 консультации	Мониторинг барьеров доступа к МСС, 2 раза в год	Экономический эффект
Простудные заболевания	16 721, терапевт	883	20	15818
ИППП	48 922, гинеколог (уролог)	670	20	48232
Тревожные расстройства	70 172, психолог с медицинским образованием	596	20	69556

Принимая во внимание, результаты оценки экономической эффективности внедрения модели совершенствования организации оказания МСП, следует сказать, что приведенные в таблице 18 результаты показывают достаточный уровень эффективности (0,94 – 0,99), чтобы сделать заключение о рентабельности мероприятия.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о достижении достаточно высоких показателей медицинской, социальной и экономической эффективности модели за счет повышения доступности и сокращения барьеров на пути получения МСП у студенческой молодежи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для достижения цели и решения, поставленных в диссертационном исследовании задач разработана многоэтапная комплексная программа организации, подбора объема материалов и методов исследования. С целью научного обоснования полученных результатов использованы следующие методологические подходы: анализ отечественного и зарубежного опыта, статистический метод, методы системного подхода и анализа.

В данном диссертационном исследовании проанализированы нормативно-правовые аспекты и формы оказания медико-социальной помощи молодежи на республиканском и мировом уровнях, изучена потребность получения медико-социальных услуг и модель оказания медико-социальной помощи молодежи. Проведенный на всех указанных этапах анализ позволил разработать и внедрить научно-обоснованную модель организации оказания медико-социальной помощи студентам вузов г. Семей.

Охрана здоровья студенческой молодежи является одной из наиболее приоритетных задач на всех этапах развития современного общества. Молодые люди, обучающиеся в вузах, имеют особый социальный статус, специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни. Данные влияющие факторы отличают студенческую молодежь от других категорий населения и делают чрезвычайно уязвимой в социальном плане, подверженной воздействию негативных факторов общественной жизни. Долгосрочное вложение в инициативы охраны здоровья и социальной поддержки студенческой молодежи является приоритетным направлением в развитии интеллектуального, профессионального и конкурентоспособного потенциала государства.

Изучение потребности получения медико-социальных услуг и факторов влияющих на доступ к ним осуществлялось по нескольким направлениям: были проанализированы эпидемиологические показатели, отражающие здоровье молодежи в Республике Казахстан; распространенность поведений риска среди молодежи республики; психо-эмоциональные особенности студентов вузов г. Семей; заболеваемость студентов вузов г. Семей; барьеры доступа к МСС у студентов вузов г. Семей.

Было определено, что в структуре населения РК возрастная категория граждан от 15 до 29 лет занимает 26,9%. С начала 2010 года по республике отмечается заметная тенденция к снижению количества молодежи в целом, так и ее доли в возрастной структуре населения.

КФП – один из интегральных показателей доступа молодых людей к услугам охраны репродуктивного здоровья снизился, как в целом по республике, так и в ВКО за период с 2009 по 2011 год до 29,4 и 23,44 соответственно.

Доминирующую позицию в структуре смертности населения в возрасте 14 – 29 лет по основным классам причин занимает смертность от несчастных случаев, отравлений и травм ( $\chi^2 = 18,21$ ;  $p < 0,01$ ).

Среди поведений риска выявлено, что в возрастной группе от 15 до 29 лет отмечается низкий уровень информированности о профилактике заражения

ВИЧ (67,2% – девушки и 70,5% юноши) и местах прохождения тестирования на ВИЧ (41,3% – девушки; 40,1% – юноши). Количество девушек от 15 до 24 лет использовавших презерватив при последнем сексуальном контакте, которые за последние 12 месяцев имели более одного полового партнера, составил всего 72,4%. К тридцати годам 9,8% девушек и 58,8% юношей курят табачные изделия. К этому же возрастному рубежу увеличивается количество молодых людей употребляющих алкогольную продукцию (27,5% девушки и 46,2% юноши).

Более 50% студентов вузов г.Семей имеют изменение психоэмоционального состояния в виде умеренной или высокой ситуативной тревожности, и более 30% – высокую личностную тревожность, при этом уровень имеет тенденцию к увеличению от первого к третьему курсу.

В ходе анализа отчетов о проведении профилактических осмотров студентов вузов г.Семей за 2009 год выявлено, что 76,3% учащихся имеют патологию со стороны различных органов и систем. Из них, 24,2 % было взято на «Д» – учет с хроническими патологическими состояниями.

В структуре барьеров к МСС преобладающее количество заняли барьеры приемлемости (45% девушки и 38,9% юноши), включающие обеспечение конфиденциальности, предпочтения специалиста не противоположного пола, коммуникабельности сотрудников и т.д. Количество барьеров в группе финансово-дезадаптированных студентов достоверно выше, чем в группе финансово-адаптированных ( $\chi^2 = 15,28$ ;  $p = 0,05$ ). Значительно преобладали барьеры приемлемости в группе студентов, проживающих с родителями, по сравнению с группой резидентов съемного жилья или общежития ( $\chi^2 = 19,84$ ;  $p < 0,01$ ). По числу барьеров доступа из классов наличия, доступности, приемлемости и равенства среди студентов вузов г.Семей выявлено, что 90,33% учащихся имеют от одного до трех барьеров доступа к МСС из указанных групп, что значительно превышает долю студентов вузов, не имеющих никаких барьеров к получению медико-социальных услуг ( $\chi^2 = 43,67$ ;  $p < 0,001$ ).

На первом месте по приоритетности обращения за МСП были студенческая поликлиника (38,7%) и поликлиника по месту жительства (12,3%), медицинский пункт университета (3,4%) и Клиника, дружественная к молодежи (МЦЗ) (2,5%).

Выявлено, что студенты имеют большой волонтерский потенциал. Количество учащихся, готовых улучшить качество МСП (58,2%), значительно превышало все остальные мнения ( $\chi^2 = 36,29$ ;  $p < 0,001$ ).

Среди приоритетных источников получения студентами вузов г.Семей информации о МСС выделены СМИ (телевидение), социальные сети и интернет.

На основании анализа отечественной и зарубежной литературы, данных собственного научного исследования нами разработана и внедрена в практическую деятельность поликлиник смешанного типа №2 и №5 г.Семей модель совершенствования организации оказания МСП студентам вузов г.Семей. Внедренная модель показала собственную эффективность в рамках динамического наблюдения за студентами до и после внедрения.



Результаты, полученные в ходе выполнения работы, позволили нам сформулировать следующие выводы:

1. В ходе изучения нормативно-правовых аспектов и форм оказания МСП молодежи выявлено отсутствие эффективных методов мониторинга доступа к МСП у молодежи при наличии большого количества регламентирующих охрану здоровья молодежи документов и организаций-провайдеров МСП в Республике Казахстан и за рубежом.

2. Использование методов оценки доступа молодых людей к МСС в контексте выявления барьеров доступа является одной из основополагающих практик в развитии медицинских учреждений, дружественных к молодежи.

3. Высокий уровень барьеров доступа к медико-социальным сервисам, наряду с высокой потребностью получения медико-социальных услуг в молодежной популяции на примере учащихся вузов г. Семей оказывает негативное влияние на состояние здоровья молодежи.

4. Концептуальная модель совершенствования организации МСП студентам вузов является научно-обоснованным и эффективным инструментом мониторинга и реализации мероприятий по улучшению качества доступа молодежи к МСС.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Для проведения анализа доступа лиц молодого возраста и студенческой молодежи к МСС рекомендуется использовать анкету-опросник «Барьеры доступа молодежи к МСС».

2. Мониторинг барьеров доступа к МСС рекомендуется проводить на уровне учебных заведений, привлекая к процессу ответственных по воспитательной работе, кураторов, наставников, комитетов по делам молодежи, деканов и проректоров по воспитательной части.

3. При выявлении барьеров среди студентов вузов рекомендуется не реже, чем 1 раз в семестр организовывать совместные профилактические мероприятия проводятся в 3 основных направлениях: устранение барьеров доступа к МСС; повышение информированности о возможностях использования МСС; обеспечение приверженности и ответственного отношения к своему здоровью.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 World Population Prospects: The 2008 Revision, Highlights, Working Paper No. ESA/P/WP.210 // United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. – Geneva, 2009. – 107 p.

2 Молодежь и риски для здоровья // Доклад секретариата сессии всемирной ассамблеи здравоохранения А64/25. – Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2011. – С. 9 // <http://www.unicef.ru/upload/iblock/68f/68ff0d04ac36b70700505641db7f016c.pdf> (дата обращения 25.12.2011г.)

3 Мирровая статистика здравоохранения. – 2010.

4 Каржаубаева Ш.Е. Ресурсное Обеспечение молодежных центров здоровья в Республике Казахстан // Российский семейный врач. – 2009. – Vol. 13, № 2. – С. 16.

5 Абзалова Р.А. Медико-социальные проблемы подростков и молодежи в современных условиях // Центрально-Азиатский Журнал Общественного Здравоохранения. - 2005. – Т. 4, № 4. – С. 45.

6 Кошкимбаева Г.Д. Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам репродуктивного здоровья // Репродуктивная медицина. – 2010. Т. 4–5. – С. 22–23.

7 Зеленин А. Национальная модель реализации молодежной политики в соединенных штатах америки // Вестник КемГМУ. – 2009. – Т. 4. – С. 69–72.

8 Свиридова И.А. Медико-социальные детерминанты повышения качества жизни студенческой молодежи: дис. ... док. мед. наук. – Кемерово: Изда-во Кемеровская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2009. – 209 с.

9 Blum R., William G. Morbidity and Mortality among Adolescents and Young Adults in the United States. Department of Population, Family and Reproductive Health Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. - AstraZeneca Fact Sheet, 2011. - P. 8.

10 Сергеев Р.В. Молодежь и студенчество как социальные группы и объект социологического анализа // Вестник Адыгейского государственного университета. Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2010. – Серия 1. – С. 127-133.

11 Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. Клиники, дружественные к молодежи: руководство для врачей и организаторов здравоохранения. – М., 2006. – 55 с.

12 Анализ и мониторинг молодежной политики в Республике Казахстан за период 2004-2008 годы: отчет о ситуации в сфере молодежной политики на основе проекта. – Алматы, 2009. – 40 с.

13 Kulzhanov M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review // Health Systems in Transition. – 2007. – Vol. 9, №7. – 232 p.

14 Katsaga A., Kulzhanov M. Kazakhstan: Health system review et all // Health Systems in Transition. – 2012. – Vol. 14, №4. – 179 p.

15 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 08.01.2013г.) // [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30479065](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065) (дата обращения: 22.03.2013).

16 Börzel T.A., Risse T. One Size Fits All EU Policies for the Promotion of Human Rights, Democracy and the Rule of Law. Prepared for the Workshop on Democracy Promotion. Center for Development, Democracy, and the Rule of Law. Stanford University. - 2004, october 4-5 // [http://www.eu-newgov.org/database/public/p23000-02-clu302\\_one\\_size\\_fits\\_all.pdf](http://www.eu-newgov.org/database/public/p23000-02-clu302_one_size_fits_all.pdf).

17 Powell E.J., Staton J.K. Domestic judicial institutions and human rights treaty violation // *International Studies Quarterly*. – 2009. – Vol. 53, №1. – P. 149–174.

18 Hannum H. Status of the Universal Declaration of Human Rights in National and International Law // *The Georgia Journal of International and Comparative Law*. – 1995. - Vol. 25. – P. 287-397.

19 Альтернативный доклад неправительственных организаций Казахстана с комментариями // К четвертому периодическому докладу правительства Республики Казахстан о выполнении конвенции о правах ребенка и рекомендаций комитета ООН по правам ребенка. – Алматы, 2012. – 38 с.

20 Молдахметкызы А., Джандарбек Б.А. Правовое регулирование государственной молодежной политики в Республике Казахстан // *Вестник КазНМУ*. – 2011. – №2. – С. 115.

21 Сафарова Т.С., Калиева А.У. Некоторые Вопросы совершенствования законодательства Республики Казахстан в области государственной молодежной политики. - 2006. - С. 50.

22 Проект концепции государственной молодежной политики до 2020 года // [http://www.zhasotan.kz/index.php?element\\_id=4771](http://www.zhasotan.kz/index.php?element_id=4771).

23 Послание президента Республики Казахстан - лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана 14 декабря 2012 г. Стратегия «Казахстан – 2050». Новый политический курс состоявшегося государства // [http://www.akorda.kz/ru/page/page\\_poslanie-prezidenta-respubliki-kazakhstan-n-nazarbaeva-narodu-kazakhstan-14-dekabrya-2012-g\\_1357813742](http://www.akorda.kz/ru/page/page_poslanie-prezidenta-respubliki-kazakhstan-n-nazarbaeva-narodu-kazakhstan-14-dekabrya-2012-g_1357813742) (дата обращения 25.12.2012г.)

24 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы // [ukimet.kz](http://ukimet.kz) <http://ru.government.kz/resources/docs/doc19> (дата обращения: 22.03.2013).

25 Постановление Правительства РК от 17.02.2001 № 249 "О программе "Молодежь Казахстана" (ред. от 03.07.2002) // [http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemsg/dok\\_oerrji.htm](http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemsg/dok_oerrji.htm) (дата обращения: 22.03.2013).

26 Постановление Правительства РК от 21.11.2001 № 1500 "О концепции по нравственно-половому воспитанию в Республике Казахстан" // <http://www.pavlodar.com/zakon/?dok=01450&all=all> (дата обращения: 22.03.2013).

27 Зайниева Л.Ю. Государственная молодежная политика: Казахстан в контексте мирового опыта. - Алматы: Daik-Press, 2006. – 47 с.

28 Токмурзиева Г.Ж. Концептуальные и методологические основы формирования и реализации целевых программ оздоровления населения в системе общественного здравоохранения Республики Казахстан // Керівні органи журналу. – 2008. - С. 153-158.

29 Выборнова В.В., Дунаева Е.А. Социальная поддержка молодежи в контексте модернизации образования // Социологические исследования. – 2004. - № 10. – С. 136–139.

30 О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан Закон Республики Казахстан от 16.06.1997 № 126-1 // <http://www.pavlodar.com/zakon/?dok=02664&ogl=all> (дата обращения: 22.03.2013).

31 О размерах и источниках социальной помощи нуждающимся гражданам в период получения ими образования // [http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemsndok\\_oermaz.htm](http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemsndok_oermaz.htm) (дата обращения: 22.03.2013).

32 Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 марта 2008 года № 296 "Об установлении квоты приема при поступлении на учебу в организации образования, реализующие профессиональные учебные программы технического и профессионального, послесреднего и // [http://ru.government.kz/docs/\\_296~1.htm](http://ru.government.kz/docs/_296~1.htm) (дата обращения: 22.03.2013).

33 Батрымбетова С.А. Здоровье и социально-гигиеническая характеристика современного студента. Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. – 2007. – С. 165–179.

34 Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // <http://www.inliberty.ru/library/study/1392> (дата обращения: 22.03.2013).

35 Bodenheimer T.S., Grumbach K. Understanding health policy. Lange Medical Books. Medical Pub. Division. – 2005. – P. 145-151.

36 Reinhardt U.E., Hussey P.S., Anderson G.F. US health care spending in an international context // Health Affairs. – 2004. – Vol. 23, № 3. – P. 10–25.

37 Petersen L.A. Does pay-for-performance improve the quality of health care? // Annals of internal medicine. – 2006. - Vol. 145, № 4. – P. 265–272.

38 Sultz H.A., Young K.M. Health care USA: Understanding its organization and delivery // Jones & Bartlett Learning. - 2006. – Vol. 17, № 4. – P. 161–172.

39 Eberhardt M.S. Health, United States, 2001: urban and rural health chartbook. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. – 2001. – 94 p.

40 Reinhardt U.E. Reforming the health care system: the universal dilemma // Am. J. & Med. – 1993. – Vol. 19. – P. 21.

41 Kohn L.T., Corrigan J.M. To err is human: building a safer health system. – Donaldson National Academies Press, 2000. –101 p.

42 Carney M. Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery? // Journal of Nursing Management. – 2006. – Vol. 14, № 1. – P. 23–33.

43 Feldstein P.J. Health care economics // Cengage Learning. - 2011.– P. 35-42.

44 Thompson M.J. Educational effects of international health electives on U.S. and Canadian medical students and residents: a literature review // *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. – 2003. – Vol. 78, № 3. – P. 342–7.

45 Huntington W. Patient Protection and Affordable Care Act of 2010: Reforming the health care reform for the new decade // *Pain Physician*. – 2011. – Vol.14. – P. 35–67.

46 Manchikanti L. The impact of comparative effectiveness research on interventional pain management: evolution from Medicare Modernization Act to Patient Protection and Affordable Care Act and the Patient-Centered Outcomes Research Institute // *Pain Physician*. – 2011. – Vol. 14, № 3. – P. 249–282.

47 Auerbach D. The Impact of the Coverage-Related Provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act on Insurance Coverage and State Health Care Expenditures in Illinois: An Analysis from rand compare // *Rand Corporation*. - 2011. – P.32-39.

48 Snowden L.R. Health and Mental Health Policies' Role in Better Understanding and Closing African American-White American Disparities in Treatment Access and Quality of Care-Federal initiatives over the past decade, such as the Patient Protection and Affordable Care Act // *American Psychologist*. – 2012. – Vol. 67, № 7. – P. 524.

49 Wong S.T. The social paediatrics initiative: a RICHER model of primary health care for at risk children and their families // *BMC pediatrics*. – 2012. – Vol.12. – P. 158.

50 Service I.R., Security E.B. Department of the Treasury Department of Labor Department of Health and Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Dependent Coverage of Children to Age 26 Under the Patient Protection and Affordable Care Act. Interim Final Rule and Prop. – 2010. – P. 1–20.

51 Student Health Insurance Coverage.: Federal Register of department of health and human services – 2011. – P. 256-259.

52 Committee P.P. Standards of Medical Care in Diabetes – 2010. Classification // *Diabetes Care*. – 2010. – Vol. 33, №1. – P. 11–61.

53 Claxton G. Health benefits in 2012: moderate premium increases for employer-sponsored plans; young adults gained coverage under ACA // *Health affairs (Project Hope)*. – 2012. – Vol. 31, №10. – P. 2324–2333.

54 Frerich E.A. Health care reform and young adults' access to sexual health care: an exploration of potential confidentiality implications of the affordable care act // *American journal of public health*. – 2012. – Vol. 102, № 10. – P. 1818–1821.

55 Slive L., Cramer R. Health reform and the preservation of confidential health care for young adults // *The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law. Medicine & Ethics*. – 2012. – Vol.40, № 2. - P. 383–90.

56 Gostin L.O., Garcia K.K. Affordable Care Act Litigation // *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. – 2012. – Vol. 307, № 4. – P. 369–370.

57 Martin L.T., Parker R.M. Insurance expansion and health literacy // JAMA: The Journal of the American Medical Association. – 2011. – Vol. 306, № 8. – P. 874–875.

58 Collins S.R. Young, uninsured, and in debt: why young adults lack health insurance and how the Affordable Care Act is helping: findings from the Commonwealth Fund Health Insurance Tracking Survey of Young Adults, 2011 // Issue brief (Commonwealth Fund). – 2012. – Vol. 14. – P.1–24.

59 Sommers B.D. The Affordable Care Act has led to significant gains in health insurance and access to care for young adults // Health affairs (Project Hope). – 2013. – Vol. 32, № 1. – P. 65–74.

60 Cantor J.C. Early impact of the Affordable Care Act on health insurance coverage of young adults // Health services research. – 2012. - Vol. 47, № 5. – P. 1773–1790.

61 Johnson W.R. The impact of health reform on HSAs // Benefits quarterly. – 2011. – Vol. 27, № 3. – P. 45–52.

62 Healy J., Sharman E. Health system review Editor: Judith Healy Health Systems in Transition. – 2006. - Vol. 5. – P. 23-25.

63 Kapitzke C. Information literacy: A positivist epistemology and a politics of outformation // Educational theory. – 2003. – Vol. 53, № 1. – P. 37–53.

64 Blackshield A., Williams G. Australian Constitutional Law and Theory: Commentary and Materials. - Federation Pr., 2010. – 45 p.

65 Wyn J., Woodman D. Generation, youth and social change in Australia // Journal of youth studies. - 2006. - Vol. 9, № 5. - P. 495–514.

66 Мочалов А.Н. Судебный федерализм Австралии // Российский юридический журнал. – 2009. – № 2. – С. 191–195.

67 Казаков В.В. Зарубежный опыт регионального выравнивания // Вестник Томского государственного университета. – 2008. – № 313. – С. 170–175.

68 Minkler M., Wallerstein N. Community-based participatory research for health: From process to outcomes. - Jossey-Bass, 2010. – p.544.

69 Reavley N.J. Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 44, № 8. – P. 729–735.

70 Cohen A. et all. Young People's Experiences of Mental Health Care // Youth Studies Australia. – 2009. – Vol. 28, № 1. – P. 13–20.

71 Farag I. A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia // BMC health services research. – 2013. – Vol. 13. – P. 69.

72 Wiese M. Australia's systems of primary healthcare. The need for improved coordination. - 2011. – Vol. 40, №12. – P. 995–999.

73 Investing in Australia's Young People. – 2010. - Vol. 4, №1. – P. 75–79.

74 Australian Government: Department of Education E. and W.R. National Youth Strategy // <http://foi.deewr.gov.au/documents/national-youth-strategy-launch-speech> (дата обращения: 22.03.2013).

75 Australian Government: Department of Education E. and W.R. Australian Capital Territory – Youth Attainment & Transitions Service Regions // <http://foi.deewr.gov.au/documents/australian-capital-territory-youth-attainment-transitions-service-regions> (дата обращения: 22.03.2013).

76 Leabharlanna A.C. Submission to the Department of Children and Youth Affairs Statement of Strategy 2011-2014. - 2011, October.

77 Wreford G. The state of arts and health in Australia // *Arts & Health*. - 2010. – Vol. 2, №1. – P. 8–22.

78 Chuang E., Wells R. The role of inter-agency collaboration in facilitating receipt of behavioral health services for youth involved with child welfare and juvenile justice // *Children and youth services review*. - 2010. – Vol. 32, №12. – P. 1814–1822.

79 Ralph L.J. Finding teens in theirspace: using social networking sites to connect youth to sexual health services // *Sexuality research and social policy*. - 2011. – Vol. 8, № 1. – P. 38–49.

80 Shah L.C. Health literacy instrument in family medicine: the “Newest Vital Sign” ease of use and correlates // *The Journal of the American Board of Family Medicine*. - 2010. – Vol. 23, № 2. – P.195–203.

81 Каржаубаева Ш.Е. Ресурсное Обеспечение Молодежных Центров Здоровья В Республике Казахстан // *Российский семейный врач*. –2009. – Vol. 13, № 2. – С. 16.

82 Ingram J., Salmon D. Young people’s use and views of a school-based sexual health drop-in service in areas of high deprivation // *Health Education Journal*. – 2010. – Vol. 69, № 3. – P. 227–235.

83 Ethier K.A. School-based health center access, reproductive health care, and contraceptive use among sexually experienced high school students // *Journal of Adolescent Health*. – 2011. – Vol. 48, № 6. – P. 562–565.

84 Jaudes P.K. Health Care of Youth Aging Out of Foster Care // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 130, № 6. – P.1170–1173.

85 Hayward R. Regular source of ambulatory care and access to health services // *American journal of public health*. - 1991. – Vol. 81, № 4. – P. 434–438.

86 Hoyt L.T. Positive youth, healthy adults: Does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? // *Journal of Adolescent Health*. - 2012. – Vol. 50, № 1. – P. 66–73.

87 Tylee A. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? // *Lancet*. - 2007. – Vol. 369, №9572. – P. 65–73.

88 Glisson C., Green P. Organizational climate, services, and outcomes in child welfare systems // *Child abuse & neglect*. – 2011. - Vol. 35, № 8. – P. 582–591.

89 Попова Ю.С. Исследование молодежных и детских организаций в Казахстане Костанайской области. - *Казанская наука*, 2010. – Т. 4. – С. 21–27.

90 Глушкова Н. Е. Анализ типов предоставления медико-социальных услуг молодёжи // *Современная медицина: тенденции развития: Материалы международной конференции молодых ученых*. - Караганда: Карагандинский государственный медицинский университет, 2013. - С. 15–18.

91 Жас Отан // <http://www.zhasotan.kz/ru/> (дата обращения: 03.05.2013).



- 92 Фонд "Сорос –Казахстан" // [http://www.soros.kz/about\\_us/open\\_society\\_foundations](http://www.soros.kz/about_us/open_society_foundations) (дата обращения: 03.05.2013).
- 93 Проект "Репродуктивное и сексуальное здоровье" // <http://www.zhas.kz/ru/main.html> (дата обращения: 03.05.2013).
- 94 Амансаулык общественный фонд // <http://www.amansauyk.kz/> (дата обращения: 03.05.2013).
- 95 Мекебаева М. Роль и место молодежи в социально-экономической и общественно-политической жизни казахстанского общества // *Analytic.* – 2010. – Т. 4. – С. 121.
- 96 Кайшыгулова Ж.Т. Достижения и проблемы системы образования // Ministry for Education and Science of the Russian Federation State Government of the Udmurt Republic Federal State-Funded Educational Institution of Higher Professional Education «Udmurt State University» Association of Finno-Ugric Universities. – 2011. – С. 111.
- 97 Doh J.P., Guay T.R. Corporate Social Responsibility, Public Policy, and NGO Activism in Europe and the United States: An Institutional-Stakeholder Perspective // *Journal of Management Studies.* – 2006. - Vol. 43, № 1. – P. 47–73.
- 98 Hechinger F.M. *Fateful Choices: Healthy Youth for the 21st Century.* - ERIC, 1992. - 29 p.
- 99 McCormick M.C. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States–1999 // *Pediatrics.* – 2000. – Vol. 105, №2. – P. 219–230.
- 100 Simpson L. Health care for children and youth in the United States: annual report on patterns of coverage, utilization, quality, and expenditures by income // *Ambulatory Pediatrics.* – 2005. – Vol. 5, № 1.– P. 6–20.
- 101 Messerlian C., Derevensky J.L. Youth gambling: A public health perspective // *Journal of Gambling Issues.* – 2005. – Vol.20, № 1. – P.69–79.
- 102 Gamm L. et all. Rural healthy people 2010: Identifying rural health priorities and models for practice // *The Journal of rural health.* - 2008. – Vol. 18, № 1. – P. 9–14.
- 103 Aday L., Andersen R.M. The national profile of access to medical care: where do we stand? // *American journal of public health.* – 1984. – Vol. 74, № 12. – P. 1331–1339.
- 104 Andersen R.M., Rice T.H., Kominski G.F. Changing the US health care system: Key issues in health services policy and management. – Jossey-Bass, 2007. – p.744.
- 105 Sawyer M.G. et all. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* - 2008.- Vol. 35, № 6. - P. 806–814.
- 106 Cooper H., Smaje C., Arber S. Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey // *Bmj.* - 1998. - Vol. 317, № 7165. - P. 1047–1051.

107 Holmes W. et al. Researching Aboriginal health: experience from a study of urban young people's health and well-being // *Social Science & Medicine*. - 2002. - Vol. 54, № 8. - P. 1267–1279.

108 The world's healthiest countries. - 2012. - Vol.5. - P. 12-18.

109 Рамонов А.В Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // *Экономический журнал ВШЭ*. – 2011. – № 4. – С. 497–518.

110 Lutz W., Samir K.C. Dimensions of global population projections: what do we know about future population trends and structures? // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. - 2010. –Vol. – 365, №1554. – P. 2779–2791.

111 Шурыгина Ю.Ю. Технологии и формы организации медико-социальной помощи на примере Республики Бурятия. – М., 2006. – 67 с.

112 Penchansky R., Thomas J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*. – 1981. – P. 127–140.

113 Andersen R., Smedby B., Anderson O.W. Medical care use in Sweden and the United States: A comparative analysis of systems and behavior. - Center for Health Administration Studies, 1970. – 89 p.

114 Andersen R.M., Davidson P.L. Improving access to care in America // *Changing the US Health Care System*. – 2001. – Vol. – P. 30.

115 Khan A.A., Bhardwaj S.M. Access to Health Care A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning // *Evaluation & the health professions*. - 1994. - Vol. 17, № 1. - P. 60–76.

116 Gulzar L. Access to health care // *Journal of nursing scholarship*. –2007. – Vol. 31, № 1. – P. 13–19.

117 Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation // *Bulletin of the World Health Organization*. - 1978. – Vol. 56, № 2. – P. 295–303.

118 Millman M.L. Access to health care in America. – National Academies Press, 1993. - 76 p.

119 Gulliford M. What does 'access to health care' mean? // *Journal of health services research & policy*. – 2002. – Vol. 7, № 3. – P. 186–188.

120 Goldsmith L.J. Access to health care for disadvantaged individuals: a qualitative inquiry. - 2007. - Vol. 5. – P. 56-59.

121 Kullgren J.T., McLaughlin C.G. Beyond affordability: The impact of nonfinancial barriers on access for uninsured adults in three diverse communities // *Journal of community health*. – 2010. - Vol. 35, № 3. – P. 240–248.

122 Александрова А.Т., Овчарова Л.М. Доходы населения и доступность социальных услуг. - М., 2003. – 47 с.

123 Яковлева И.В. Социальные практики доступа мигрантов к институтам здравоохранения: опыт европейских стран. - 2011. – С. 1–24.

124 Яковлева И.В. Новые направления политики государств-членов ЕС в отношении обеспечения доступа мигрантов к услугам здравоохранения // *Государственное управление: электронный вестник*. – 2011. – № 26. – С. 1–11.

125 Кропотин П.Н. Клиники, дружественные к молодежи. - Новосибирск: Олден-полиграфия, 2002. - 48 с.

126 Weinick R.M., Krauss N.A. Briefs Racial. Ethnic Differences in Children's Access to Care // American journal of public health. – 2000. – Vol. 90, № 11. – P. 1771–1774.

127 Ensor T. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side // Health Policy and Planning. - 2004. - Vol. 19, № 2. - P. 69–79.

128 Peters D.H. Poverty and access to health care in developing countries // Annals of the New York Academy of Sciences. - 2008. - Vol. 1136. - P. 161–171.

129 Devoe J.E., Edlund C., Carney P.A. Insurance + Access ≠ Health Care: Typology of Barriers to Health Care Access for Low-Income Families // Annals of family medicine. - 2007. - Vol. 5, № 6. - P. 511–518.

130 Newacheck P.W. Access and Quality Disparities in Adolescent Health and Health Care: Does Socioeconomic Status Matter // Health service research. - 2003. – P. 1235–1252.

131 Kang M. Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives // The British journal of general practice. - 2003. - Vol. 53, №497. - P. 947–952.

132 Janevic T. “There’s no kind of respect here” A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans // International journal for equity in health. – 2011. – Vol.10, № 1. – P. 2–12.

133 Burack R. Young teenagers' attitudes towards general practitioners and their provision of sexual health care // The British journal of general practice. – 2000. – Vol. 50, №456. – P. 550–554.

134 Cornelius L.J. Barriers to medical care for white, black, and Hispanic American children // Journal of the National Medical Association. – 1993. – Vol. 85, №4. – P. 281–288.

135 Komissarova S., Petrovskaya M. 211 Investigation for correlation interrelationship between neurovegetative regulation state & psychoemotional status & cognitive functions in CHF pts before cardiosurgical myocardial revascularization // European Journal of Heart Failure Supplements. – 2006. – Vol. 5. – P. 40.

136 Stepanenko N.Y. Psychological characteristics of the patients with juvenile idiopathic arthritis (JIA) of various age groups // Pediatric Rheumatology. – 2011. – Vol. 9, № 1. – P. 123.

137 Adams O.P., Carter A.O. Knowledge, attitudes, practices, and barriers reported by patients receiving diabetes and hypertension primary health care in Barbados: a focus group study // BMC family practice. – 2011. – Vol.12. – P. 135.

138 Donnell O.O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers Acesso aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento: rompendo barreiras contra a demanda. - 2007.– Vol. 23, № 12. – P. 2820–2834.

139 Bregnballe V. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: a questionnaire study in young patients and their parents // Patient preference and adherence. – 2011. – Vol. 5. - P. 507–515.

140 Opwora A.S. Who is to blame? Perspectives of caregivers on barriers to accessing healthcare for the under-fives in Butere District, Western Kenya // BMC public health. – 2011. – Vol. 11, № 1. – P. 272.

141 26-я Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по проблеме ВИЧ/СПИДа // <http://www.un.org/russian/documen/gadocs/26spec/> (дата обращения: 12.05.2013).

142 Куканова Г., Алкуатова Н.О мульти-индикаторном кластерном обследовании 4 раунда (МИКС-4) в Казахстане // Экономика и статистика. – 2011. – № 3. – С. 36.

143 Амирханова М.М., Танирбергенов С.Т. Кластерное обследование по многим показателям (МИКС) в Республике Казахстан 2010-2011 гг.: Мониторинг положения детей и женщин. - Астана, 2012. – 408 с.

144 Koumans E.H. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health // Sexually transmitted diseases. – 2007. – Vol. 34, № 11. – P. 864–869.

145 Ridner S.L., Staten R.R., Danner F.W. Predicting Smoking Status in a College-Age Population // Public Health Nursing. - 2005. – Vol. 22, № 6. – P. 494–505.

146 Ridner S.L., Staten R.R., Danner F.W. Smoking and depressive symptoms in a college population // The Journal of school nursing. – 2005. – Vol.21, № 4.– P. 229–235.

147 Panaretto K.S. Prevalence of sexually transmitted infections in pregnant urban Aboriginal and Torres Strait Islander women in northern Australia // Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology. – 2006. - Vol. 46, № 3. – P. 217–224.

148 Промелай Ю.П., Хнай Т.А.Бремя хронических болезней в Европе. Оказание помощи при хронических состояниях // Вестник медицины. - 2008. – Т.5, №3. – С. 16.

149 Брагина К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т. 7, № 2(2). – С. 849–851.

150 Хворих П.К., Речовин Н.А. Систематизация социально-психологических факторов риска развития депрессивного расстройства у студентов вузов // Тезисы докладов VII МНК Конференции. – 2009. – С. 18–19.

151 Гавенко В.Л., Коростий В.И., Синайко В.М. Пропедевтика психиатрии: учебное пособие для студентов медицинских вузов и врачей-интернов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 258 с.

152 Акбаев А. Растет гарантированная помощь // Казахстанский медицинский журнал // <http://kmj.kz/rastet-garantirovannaya-pomoshch> (дата обращения: 13.05.2013).

153 Венгерова Н.Н., Пискун О.Е., Возовиков С.А. Коррекция психологических состояний студенток 1-2 курсов высшей школы средствами физкультурно-оздоровительных технологий // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 6. – С. 52.

154 Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. – Спб.: Питер, 2004. – 704 с.

155 Андреева А.А. Стрессоустойчивость как фактор развития позитивного отношения к учебной деятельности у студентов: дис. ... канд. психол. наук. – Тамбов: Изда-во Амб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина, 2009. – 209 с.

156 Пасынкова Н.Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17, № 1. – С. 169–174.

157 Маркарян А.Г. Некоторые аспекты психологического состояния будущих врачей // Медицинская наука Армении НАН РА. – 2009. – № 3. – С. 138–143.

158 Имангалиева А.А., Каржаубаева Ш.Е. Здоровье студента как социальная инвестиция // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2009. – № 4. – С. 78–79.

159 Иванова А.В., Кулигин О.В. Оптимизация системы оздоровления студентов и преподавателей в условиях технического вуза // Российский медико-биологический вестник им. академика ИП Павлова. – 2007. – № 3. – С. 68–74.

160 Короткова О.В. Здоровьеформирующее образование: опыт, проблемы, прогнозы. – Пенза; М.; Витебск: Научно-издательский центр Социосфера, 2011. – 140 с.

161 Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для ВУЗов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.

162 Вартанова К.А. Деятельность ЮНИСЕФ по развитию сети клиник, дружественных к подросткам и молодежи в России // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – №1. – С. 43–45.

163 Пертел Т. Сеть Молодежных Клиник «Амор» В Эстонии. - Женева: Эстонский союз сексуального здоровья, 2009. – 47 с.

164 Widmark C. Barriers to collaboration between health care, social services and schools // International journal of integrated care. – 2011. – Vol. 11. – P. 1–9.

165 Stewart-Brown S. The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? // Journal of public health medicine. – 2000. – Vol. 22, № 4. – P. 492–499.

166 Agampodi S.B., Agampodi T.C., Ukd P. Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka // BMC health services research. – 2008. – Vol. 8, № 98. – P. 1–8.

167 Jaruseviciene L., Levasseur G. The appropriateness of gatekeeping in the provision of reproductive health care for adolescents in Lithuania: the general practice perspective // BMC family practice. – 2006. – №7. – P. 16–24.

168 Глушкова Н.Е. Барьеры доступа молодых людей к медико-социальным сервисам на примере студентов медицинского вуза // Сборник материалов XLVII научно-практической конференции «Гигиена, организация здравоохранения и профпатология» - г. Новокузнецк. – 2012. – Т. 1. – С.52 – 55.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А 1 - Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера

Шкала ситуативной тревожности					
№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	2	3	4	5	6
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4

Продолжение таблицы А 1

1	2	3	4	5	6
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
- 37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Анкета «Барьеры доступа молодежи к медико-социальным сервисам»



Результаты данного исследования будут использованы в диссертационной работе докторанта Глушковой Н.Е.  
Исследователь обязуется сохранять полную анонимность и конфиденциальность респондентов.

#### АНКЕТА-ОПРОСНИК № \_\_\_\_\_

Барьеры доступа молодежи к медико-социальным сервисам (МСС)

		<i>подчеркните</i>								
1. Мой пол		мужской					женский		5. Мне хватает денег на:	
2. Мой возраст		17	18	19	20	21	22	23	24	- только на проживание
3. Я проживаю		с родителями ; в общежитии ; снимаю жилье							- остро нуждаюсь	
4. Я обучаюсь		на коммерческой основе ; на бюджетной основе							- мне недостаточно	
6. Я знаю, куда могу обратиться за медико-социальной помощью									да	нет
7. Я считаю, что медицинский работник, к которому я обращался (-лась) был предвзят по отношению только ко мне хотя бы однажды									да	нет
8. Я получаю стипендию									да	нет
9. Я считаю, что за время учёбы в университете моё здоровье заметно ухудшилось									да	нет
10. Врач в моей поликлинике не знает в полной мере языка, на котором я говорю									да	нет

выберите только один вариант ответа

11. При возникновении проблем со здоровьем я обращаюсь в:

- a) Поликлинику по месту жительства;
- b) Студенческую поликлинику;
- c) Клинику дружественную к молодежи;
- d) Медицинский пункт университета;
- e) Никуда, займусь самолечением.

12. Я готов принимать участие в повышении качества оказываемых мне медико-социальных услуг:

- a) Нет, это забота государства;
- b) Да готов, но не знаю где и как;
- c) Я этим занимаюсь (волонтер / высказываю предложения / участвую в опросах);
- d) Пока не определился.

Возможно несколько вариантов ответа

13. Укажите причины, по которым Вы хотя бы раз отказывались от посещения специалистов медико-социальных служб:

- a) Таких причин нет;
- b) Рядом с местом, где я живу, нет подходящей для меня клиники;
- c) Часы приема в клинике совпадают по времени с занятиями в университете (при этом пропуски занятий можно отработать только платно);
- d) Я не знаю, какой именно спектр медико-социальных услуг может предложить мне клиника, и будут ли они бесплатны для меня?
- e) \_\_\_\_\_

*(свой вариант ответа)*

14. Укажите причины, по которым Вы считаете затруднительным для себя посещение специалистов медико-социальных служб:

- a) Таких причин нет;
- b) У меня есть страх, что нежелательная информация о моем здоровье или психическом состоянии может попасть к моим родителям или по месту моей учебы;
- c) Я не могу тратить свое время в долгих очередях на прием к врачу, в крайнем случае, я выберу платный и более быстрый сервис;
- d) Меня отталкивает возможное грубое отношение/неуважение со стороны медицинских работников;
- e) \_\_\_\_\_

*(свой вариант ответа)*

15. Укажите источники, откуда Вы получаете информацию о медико-социальных услугах:

	Не получаю	Получаю	Хотел бы получать
Стенды, консультации специалистов	Не получаю	Получаю	Хотел бы получать
Средства массовой информации	Не получаю	Получаю	Хотел бы получать
Знакомые, родственники, друзья	Не получаю	Получаю	Хотел бы получать
Интернет	Не получаю	Получаю	Хотел бы получать
«Телефоны доверия»	Не получаю	Получаю	Хотел бы получать

Полностью заполненная анкета, подразумевает понимание и добровольность участия в исследовании.