

## МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКЦИИ

М.Ю.Сурмач<sup>1</sup>

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

*По данным медико-социологического опроса репрезентативной республиканской выборочной совокупности молодежи Беларуси (3060 человек), исследована востребованность молодежью здравоохранения в качестве информационного источника по вопросам репродуктивного здоровья, и апробирована методика оценки медико-гигиенической грамотности молодежи в сфере репродукции. Для оценки медико-гигиенической грамотности изучались смысловые блоки анонимных раздаточных анкет, характеризующие знания молодых людей в таких областях, как контрацепция и прерывание беременности, ИППП/ВИЧ, прегравидарная подготовка, основы сексологии, основы генетики. Введены и рассчитаны показатели: уровень положительной информированности (УПИ), интегральный показатель медицинской грамотности (ИПГ). На основе полученных результатов обоснованы принципы медико-гигиенического обучения молодежи как основного компонента комплексной прекоцептивной подготовки.*

### Введение

Основа первичной медицинской профилактики в любой области – знание населением факторов риска и его реализация посредством профилактически направленного поведения. Уровень медико-гигиенической грамотности населения, являющийся одним из критериев, рекомендованных ВОЗ для оценки общественного здоровья, также может служить индикатором эффективности работы профилактического компонента здравоохранения.

Унифицированных методик исследования, оценки, а также четких механизмов практического применения результатов изучения уровня медико-гигиенической грамотности населения пока не существует. Проводимые в Беларуси и России исследования медико-гигиенической грамотности молодежи основываются преимущественно на изучении самооценки молодежью уровня знаний в тех или иных сферах [1, 2], в том числе в области репродукции [3–6]. В то же время, зачастую самооценка и объективная оценка грамотности не совпадают, а в некоторых случаях даже прямо противоположны [7, 8]. Принципиально иной подход использован в методике национального мониторинга в области ВИЧ/СПИД [9], согласно которой уровень информированности населения в данном вопросе определяется как доля лиц, правильно указавших все пути передачи ВИЧ-инфекции. Однако, данная методика не может быть применена для оценки уровня медико-гигиенической грамотности населения в области репродуктивного здоровья, поскольку рассматривает только один аспект репродукции и не учитывает частично правильные ответы респондентов.

Цель настоящей работы – исследование востребованности молодежью здравоохранения в качестве

информационного источника по вопросам репродуктивного здоровья, разработка и апробация методики исследования медико-гигиенической грамотности молодежи в сфере репродукции и последующая разработка на основе полученных данных рекомендаций для практического здравоохранения.

### Материалы и методы

В основу материалов исследования положены данные медико-социологического опроса репрезентативной республиканской выборочной совокупности молодежи 15–29 лет (N=3060) [10]. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA версии 6.

Конструирование выборочной совокупности осуществлялось поэтапно. На первом этапе совокупность стратифицировалась с выделением мужской и женской частей, женская часть дополнительно разделялась по нозологическому принципу на группы «беременность с ориентацией на рождение ребенка, роды», «искусственное прерывание беременности по желанию женщины», «бесплодие или привычное невынашивание беременности» (в сумме три выделенные группы наиболее полно характеризуют генеральную совокупность молодых женщин с точки зрения реализации репродуктивной функции). Количественное соотношение между мужской и женской частями выборки установлено пропорционально существующему в генеральной совокупности для выбранной возрастной категории [11], соотношение между группами, выделенными по нозологическому принципу, определено согласно данным о распространенности бесплодия и невынашивания беременности (среди женщин фертильного возраста), родов и искусственного прерывания беременности (среди молодых женщин). Опрос каждой

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Б-07 М 160)

выделенной группы проводился раздельно, по специально разработанным опросникам.

На втором этапе проведено районирование, которое осуществлялось с учетом соотношений, представленных в генеральной совокупности, а именно: численное соотношение городской и сельской молодежи [11, с. 72–77, табл. 2.2], распределение молодежи по административным областям страны [11, с. 79–83, табл. 2.3]. В каждом из административных регионов страны бесповторным отбором определялось не менее семи населенных пунктов: один областной центр, один город с численностью населения 50 тысяч человек и выше, находящийся в областном подчинении (для Минской области – два таких города), три города (или поселка городского типа) с численностью населения менее 50 тыс. чел., и 2–4 района, где сбор материала осуществлялся в сельских населенных пунктах; отдельно выделен город Минск. Конкретные населенные пункты для проведения опроса определялись отдельно для каждой из частей выборочной совокупности. В пределах каждого из отобранных населенных пунктов общее количество респондентов разделялось на примерно равные группы. Группа «бесплодие или привычное невынашивание беременности», с учетом небольшого объема, районировалась только по административно-территориальным областям.

В результате двух первых этапов конструирования выборочной совокупности получена районированная и стратифицированная по возрастному, половому и нозологическому принципам модель совокупности молодежи Беларуси.

На третьем этапе конструирования проведен выбор точек проведения опроса – гнезд. В качестве точек проведения опроса женской части выборки выступали организации здравоохранения, где осуществляется медицинское наблюдение соответствующих нозологий. Для группы «беременность с ориентацией на рождение ребенка или роды» отбирались женские консультации, кабинеты гинеколога участковых амбулаторий, родильные и гинекологические отделения стационаров, отделения патологии беременности, для группы «искусственное прерывание беременности» – женские консультации и отделения стационаров, в которых проводится процедура прерывания беременности или производится направление пациенток в другие организации здравоохранения для искусственного прерывания беременности (лица младше 18 лет). Опрос женщин группы «бесплодие или привычное невынашивание беременности» осуществлялся в точках концентрации такого рода пациентов (организации здравоохранения крупных городов). Выбор гнезд проводился методом случайного бесповторного отбора.

Опрос мужской части выборки осуществлялся преимущественно на терапевтических участках территориальных поликлиник, в участковых врачебных

амбулаториях и участковых больницах в период сезонного (зима – весна) подъема заболеваемости острыми респираторными заболеваниями. Учитывая низкую обращаемость молодого мужского населения за амбулаторной терапевтической помощью, часть выборочной совокупности (28%) опрошена: в военных госпиталях, ГУ «223-й лечебно-диагностический центр военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны Вооруженных сил Республики Беларусь», в медпунктах и санитарных ротах воинских частей; в травматологических и хирургических отделениях больниц скорой медицинской помощи; противотуберкулезном и дермато-венерологических диспансерах; в стоматологических поликлиниках; на станциях переливания крови.

В пределах гнезда опрос проводился методом основного массива среди лиц соответствующей возрастной и нозологической категории. Количество опрошенных превышало численность выборки с учетом последующей выбраковки материала. По каждому опроснику тиражировалось два варианта анкет с различной последовательностью альтернатив.

С целью уточнения социологического инструментария и методики проведено пилотное исследование, включавшее анкетирование и полуформализованные глубинные интервью (индивидуальные и в фокус-группах) 100 пациенток акушерских и гинекологических отделений организаций здравоохранения г. Гродно; 85 студенток (девушки) и 110 студентов (юноши) УО «Гродненский государственный университет имени Я. Купалы», задействованных при апробировании факультативного курса «Репродуктивное здоровье женщины». Результаты пилотного исследования подтвердили необходимость учета гендерного признака при обсуждении вопросов, связанных с репродукцией, что отражено в разработке отдельных опросников для мужской и женской частей выборочной совокупности. Они позволили оптимизировать опросники по принципам объективности, доступности для респондентов, сбалансировать смысловые блоки по объему и с учетом фазности опроса, уточнить систему категорий в вопросах, фиксирующих мнения, установки; выделить особенности опросников для страт.

Опрос и выкопировка сведений из первичной медицинской документации беременных и родильниц осуществлялись студентами заочного отделения факультета медицинских сестер с высшим образованием УО «Гродненский государственный медицинский университет» в течение трех календарных лет: 2004 г. – молодые женщины группы «искусственное прерывание беременности», 2005 г. – молодые женщины групп «бесплодие или привычное невынашивание» и «беременность с ориентацией на рождение ребенка или роды», 2006 г. – молодые мужчины и выкопировка сведений о беременных и родильницах 15–24 лет 2005–2006 гг. Предварительно студенты информировались о характере и направлениях ис-

следования, демонстрировался инструментарий, разъяснялись порядок сбора информации и формы контроля за качеством сбора. Каждому студенту выдавалась инструкция. Количество исполнителей позволило организовать раздаточный опрос.

Для оценки медико-гигиенической грамотности изучались смысловые блоки анонимных раздаточных анкет, определяющие знания в таких областях, как контрацепция и прерывание беременности, ИППП/ВИЧ, прегравидарная подготовка, основы сексологии, основы генетики. Вопросы на оценку уровня знаний формулировались как задания тестового типа, с ограниченным количеством альтернатив, уточненных пилотным исследованием. При формулировке тестовых заданий учтены принципы теории педагогических измерений [12], возрастные особенности опрашиваемых [13], особенности предметной области (фактор, определивший стратификацию выборочной совокупности по гендерному и нозологическому признакам).

Ответы каждого респондента оценивались по принципу трехпунктной системы: «знания достаточные» (правильный ответ), «знания недостаточные» (выбраны не все правильные альтернативы, ответ частично правильный при отсутствии грубых ошибок), «знаний нет или неверно» (грубые ошибки, вариант ответа «не знаю»). Трехпунктная система, дав общую ориентировочную характеристику результатов, позволила облечь их в данные, легко обрабатываемые с помощью компьютера.

При оценке знаний всей совокупности молодых людей необходимо было получить некий общий результат, в целом характеризующий уровень накопленных исследуемой выборкой верных знаний в области репродуктивного здоровья. Для этого нами введены такие показатели, как: *уровень положительной информированности* (УПИ) – относительный коэффициент, характеризующий уровень правильных ответов на вопросы тестового типа по каждому из перечисленных смысловых блоков анкеты; *интегральный показатель медицинской грамотности* (ИПГ), характеризующий средний уровень положительной информированности (верных знаний) молодежи по вопросам репродуктивного здоровья (рассчитывается как сумма уровней положительной информированности по всем рассмотренным смысловым блокам (аспектам репродуктивного здоровья), деленная на количество смысловых блоков (аспектов)).

Сложность оценки уровня медико-гигиенической грамотности связана с дальнейшим шкалированием полученного уровня знаний, определением минимальных и максимальных его значений, то есть той степени правильных медицинских сведений (положительной информированности), когда можно говорить о наличии или отсутствии знаний, необходимых для возможности действовать осознанно.

Если принять максимальное значение ИПГ равным 100% и разбить всю шкалу его значений на ин-

тервалы соответственно принятой нами ранее трехпунктной системе, то получатся три интервала значений показателя: неудовлетворительные значения (0–33,3%); средний уровень (удовлетворительные значения, 33,4–66,6%); высокий уровень (66,7–100%).  
Неудовлетворительные значения показателя свидетельствуют о явно недостаточном для возможности действовать осознанно уровне знаний; высокий уровень предполагает такую возможность; средний уровень занимает некое промежуточное положение, когда «еще не все потеряно», однако имеется явный резерв для улучшения уровня знаний.

При подсчете УПИ каждому правильному ответу присваивался один балл, каждой анкете с вердиктом «знания недостаточные» присваивалось 0,5 балла или 50% оценки «знания достаточные». Анкеты, оцененные как «знаний нет или неверно» при подсчете уровня положительной информированности по тем или иным смысловым блокам, соответственно, не включались, то есть знания оценены как нулевые.

Информационная функция здравоохранения по проблемам репродуктивного здоровья оценивалась по степени востребованности молодежью для восполнения недостатка знаний в области репродуктивного здоровья следующих источников, перечисленных в качестве возможных вариантов ответа: информации центров здорового образа жизни (брошюр организаций здравоохранения), консультаций знакомого врача, консультаций специалиста (уролог, сексолог), консультаций участкового гинеколога.

#### Результаты и обсуждение

Здравоохранение в качестве источника информации по вопросам пола (выбран хотя бы один из перечисленных вариантов ответа) названо: в 285 из 1560 анкет опроса мужчин (18,3% опрошенных), 136 ответах 250 женщин группы «бесплодие или привычное невынашивание беременности» (54,4% опрошенных), 298 из 625 женщин группы «беременность с ориентацией на рождение ребенка или роды» (47,7% беременных данной группы), 246 из 625 женщин группы «прерывание беременности» (39,4% женщин группы). Статистически значимо более низкой является востребованность санитарно-просветительской функции здравоохранения молодыми мужчинами (18,3% мужчин против 45,3% женщин,  $p < 0,0001$ ), наиболее высокой – женщинами группы «бесплодие или привычное невынашивание беременности» (54,4% против 39,4 и 47,7% для групп «беременность с ориентацией на рождение ребенка или роды» и «искусственное прерывание беременности»), что, вероятно, обусловлено более частым контактом данной группы со здравоохранением.

ИПГ молодых мужчин оказался равным 46,4% (рис. 1).

При сравнении УПИ молодых мужчин, проживающих в городе и селе, выявлены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) различия в информированности по основам сексологии: УПИ городских мужчин соста-

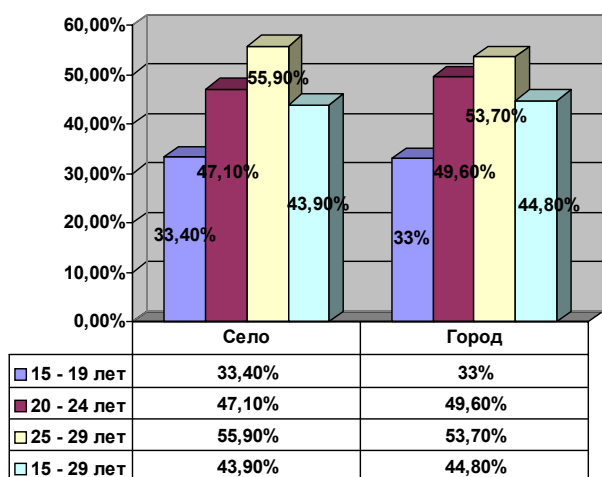


Рис. 1. Интегральный показатель медико-гигиенической грамотности (ИПГ) в вопросах репродукции молодых мужчин, распределенных по проживанию и возрасту (по данным опроса 2006 г.)

вил 48,7%, сельских – 42,3%. ИПГ мужчин в городе и селе статистически значимых различий не имел.

ИПГ молодых женщин представлен на рис. 2.

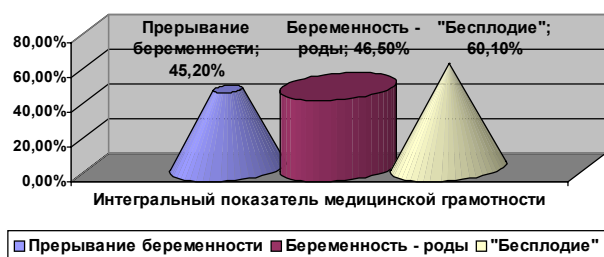


Рис. 2. Интегральный показатель медико-гигиенической грамотности (ИПГ) в вопросах репродукции отдельных групп молодых женщин (данные опроса 2004–2005 гг.)

При сравнении УПИ для женщин, проживающих в городе и селе, выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) в таких аспектах, как контрацепция (УПИ = 35,8% для города и 28,9% для села), прегравидарная подготовка (УПИ = 80% для города и 73,5% для села) и основы сексологии (УПИ = 54% для города и 46% для села). ИПГ молодых женщин в вопросах репродуктивного здоровья в городе и на селе статистически значимых различий не имел.

Сравнение УПИ женщин трех групп, выделенных по нозологическому принципу, показало статистически значимые различия между группами «беременность с ориентацией на рождение ребенка или роды» и «прерывание беременности» в таких обусловленных жизненным опытом, связанным с нозологическим фактором, аспектах, как: контрацепция – менее грамотной с вероятностью  $p < 0,05$  оказалась подгруппа прерывающих беременность, различия УПИ достигают 11%; основы генетики (различия УПИ – 9%); прерывание беременности – значительно более грамотными в данном аспекте оказались женщины, пре-

рывающие беременность (различия УПИ достигают 19% ( $p < 0,001$ )). В то же время, статистически значимых различий в ИПГ групп женщин, прерывающих и сохраняющих беременность, не выявлено.

При анализе медико-гигиенической грамотности молодежи в целом выявлено, что ИПГ мужчин и женщин сопоставимы, медико-гигиеническая грамотность (ИПГ) соответствует середине оценочной шкалы. Прослеживается прямая положительная зависимость уровня медико-гигиенической грамотности от возраста и жизненного опыта: ИПГ увеличивается от 33% для возрастной группы 15–19 лет до 55,9% у группы 25–29-летних, максимальны значения ИПГ в группе женщин, страдающих бесплодием или привычным невынашиванием беременности. Медико-гигиеническая грамотность подростков соответствует верхней границе неудовлетворительного уровня, что характеризует возрастную категорию 15–19 лет как группу риска опасного поведения вследствие невозможности действовать осознанно в рассматриваемой предметной области.

Сравнение УПИ мужчин и женщин об отдельных аспектах репродуктивного здоровья показывает сопоставимость знаний: молодежь более всего информирована о необходимости прегравидарной подготовки; второе место по объему правильной информации занимают генетика и сексология; третье место – знания об ИППП/ВИЧ (и о контрацепции у женщин); наименее осведомлены молодые люди о прерывании беременности (сроках выполнения данной операции, ее сути, последствиях). УПИ молодежи об основах прегравидарной подготовки достигает 75–80%. Следовательно, высокая информированность о необходимости правильного поведения, свидетельствующая о сформированных самосохранительных поведенческих установках в данной области, недостаточно реализуется на практике. В то же время, УПИ в области минимума генетики и сексологии составляет 48–65%, ИППП/ВИЧ и контрацепции – 20–50%, прерывания беременности – 12–30%.

#### Заключение

Рассмотренная методика оценки медико-гигиенической грамотности молодежи в сфере репродуктивного здоровья позволяет выявить и количественно охарактеризовать общий уровень знаний молодых людей по проблеме, выражаемый посредством ИПГ, и особенности их информированности в отдельных аспектах репродуктивного здоровья (посредством УПИ).

Здравоохранение недостаточно востребовано молодежью в качестве информационного источника по вопросам репродуктивного здоровья, что является основной причиной низкого уровня медико-гигиенической грамотности молодежи и свидетельствует о недостаточной эффективности санитарного просвещения и медико-гигиенического информирования. Выявляемые низкий общий уровень грамотности в подростковом возрасте и сохраняющиеся в

последующем неудовлетворительные знания об отдельных аспектах репродуктивного здоровья – основная причина невозможности молодых людей действовать в полной мере осознанно в исследуемой сфере.

Необходимо интерактивное медико-гигиеническое обучение молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, начиная с раннего подросткового возраста, с включением: 1) обоснования возможности повысить шансы на здоровье ребенка уже на прекоцептивном этапе, 2) разъяснения открытости здравоохранения, уточнения доступных форм получения медицинской помощи. Обязательно включение разделов о прерывании беременности, ИППП и безопасных сексуальных отношениях, необходимости партнерства в сфере репродукции. Вопросы сексологии следует включать со строгой возрастно-половой дифференциацией: анатомия и элементы физиологии, изложенные в доступной форме, для школьников, более сложные аспекты – для лиц, достигших 18 лет.

Медико-гигиеническое обучение молодежи оправданно рассматривать в качестве основного компонента комплексной прекоцептивной подготовки. Его наиболее простой формой может быть следующая: на первом этапе – выдача молодому человеку в организациях

здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, информационных медико-гигиенических источников (книги, электронные источники) и предоставление информации о доступной консультативной помощи в сфере репродуктивного здоровья; на втором этапе – интерактивный контроль уровня знаний на амбулаторном приеме. Преимущество данной формы налицо как для врача, так и для пациента: молодой человек получает возможность квалифицированной медицинской консультации, врач – возможность донозологической диагностики, выявления факторов риска. Необходимо учесть, что выдаваемые информационные источники должны быть рецензируемыми; оптимальна их разработка на основе результатов медико-социологического мониторинга.

Более дорогостоящим, но и более эффективным, будет являться межведомственное медико-гигиеническое обучение на базе учреждений образования, с включением социальных вопросов: гендерного равенства, домашнего насилия и др. [14, 15]. Возможны также интерактивные электронные формы обучения: интернет-форумы, на которых представлена предметная информация по темам и опросники тестового типа для самоконтроля знаний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В.Журавлева. – М.: Изд-во ИС РАН, 2002. – 240 с.
2. Медик, В.А. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье / В.А.Медик, А.М.Осипов. – М.: Логос, 2003. – 200 с.
3. Вареник, А.А. Репродуктивное поведение и информированность современных девушек-подростков по вопросам репродуктивного здоровья / А.А.Вареник, Н.П.Жукова // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.171–172.
4. Можейко, Л.Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф.Можейко, М.В.Буйко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №4. – С.50–52.
5. Мороз, И.Н. Некоторые медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья мужчин / И.Н.Мороз, Л.П.Плахотя // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.145–146.
6. Севковская, З.А. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение молодежи Беларуси: сборник / З.А.Севковская, Д.Г.Ротман, Т.И.Гапличник. – Минск: «Юнипак», 2000. – 40 с.
7. Сурмач, М.Ю. Подходы к формированию репродуктивной грамотности населения / М.Ю.Сурмач // Медицина. – 2002. – №4. – С.32–34.
8. Сурмач, М.Ю. Особенности формирования мотивации к здоровой репродукции и безопасному сексуальному поведению у студенческой молодежи / М.Ю.Сурмач // Мед. новости. – 2003. – №8. – С.42–44.
9. Мониторинг и оценка в области ВИЧ/СПИД / С.И. Бруцкая [и др.]; под общ. ред. М.И.Римжи. – Минск: Тесей, 2006. – 176 с.
10. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодежи Беларуси / М.Ю.Сурмач // Социология. – 2006. – №1. – С.73–80.
11. Население Республики Беларусь: Итоги переписи населения Республики Беларусь 1999 года: Статистический сборник / М-во статистики и анализа Респ. Беларусь; редкол.: Г.И.Гасюк [и др.]. – Минск: Информстат Минстата РБ, 2000. – 195 с.
12. Аванесов, В.С. Форма тестовых заданий: учеб. пособие для учителей школ, лицеев, преподавателей вузов и колледжей / В.С.Аванесов. – Москва: Центр тестирования Мин-ва образования РФ, 2006. – 153 с.
13. Змеев, С.И. Технология обучения взрослых / С.И.Змеев // Педагогика. – 1998. – №7. – С.42–45.
14. Сурмач, М.Ю. О возможностях системы здравоохранения в предотвращении и устранении последствий гендерного насилия: Обзор современных медико-социальных проблем / М.Ю.Сурмач, А.В.Сурмач // Мед. новости. – 2003. – №10. – С.53–58.
15. Сурмач, М.Ю. Степень участия мужчин в решении проблем, связанных с рождением ребенка, как показатель реализации гендерного равенства / М.Ю.Сурмач // XIII междунар. научн. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов»: Сборник тезисов, Москва, 12–15 апреля 2006 г. / Мин-во образования и науки РФ, МГУ им. М.В.Ломоносова, Евразийская студенческая ассоциация, Содружество студ. и молод. оргций России. – М., 2006. – С.412–413.

Поступила 03.05.2007 г.