**Введение**

Актуальность проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи определяется кризисной демографической ситуацией в нашей республике, снижением репродуктивного потенциала молодых женщин, низкими репродуктивными установками и неадекватным репродуктивным поведением, наличием неблагоприятного медико-биологического фона: высокого уровня первичной заболеваемости и хронической патологии, увеличением частоты нарушений функции репродуктивной системы. Научный и практический интерес к данной проблеме обусловлен стремлением не только сохранить качество репродуктивного здоровья будущих матерей, но и заботой об охране их потомства еще до зачатия. Необходимость научных исследований в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи актуально с точки зрения укрепления здоровья нации, сохранения генофонда.

Сложившаяся демографическая ситуация выдвигает заботу о здоровье молодежи на одно из важнейших направлений деятельности социальных институтов нашего общества.

Качество репродуктивного здоровья женщины-матери и ее ребенка – важнейший интегральный показатель благосостояния страны, индикатор ее потенциальных возможностей. Проблемы охраны здоровья молодежи в условиях экономического и демографического кризиса приобретают характер первостепенных задач национальной политики.

Особую тревогу вызывает увеличение частоты нарушений функции репродуктивной системы, по данным эпидемиологических наблюдений последних лет. На формирование репродуктивной системы оказывают влияние такие социально-биологические факторы, как осложненное течение беременности и родов у матери, частые инфекционно-вирусные заболевания, стрессовые ситуации, повышенные умственные и физические нагрузки. Они являются провоцирующими факторами, приводящими к нарушению формирования как отдельных компонентов биологического развития (физического, полового, психического, социального), так и их гармоничности. В свою очередь, нарушение отдельных компонентов развития и их межсистемной гармонии вызывает хронические экстрагенитальные и гинекологические заболевания, отрицательно влияющие на адекватное выполнение репродуктивной функции.

Неблагоприятная экологическая обстановка, дисбаланс в питании, невозможность полноценной рекреации, эмоциональные стрессы ведут к росту онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, болезней эндокринной системы, психических расстройств, обменных нарушений, анемий . Достоверно увеличилась заболеваемость беременных и новорожденных.

Данные специальных углубленных исследований свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья молодежи. Выявлены следующие особенности негативных изменений здоровья молодых людей в современных условиях:

высокий уровень и изменение структуры смертности;

стремительный рост числа хронических социально значимых заболеваний;

снижение показателей физического развития (децелерация и трофологическая недостаточность);

рост психических отклонений и пограничных состояний;

рост нарушений в репродуктивной системе;

увеличение числа детей, относящихся к группам высокого медико-социального риска.

Даже в условиях ограниченных ресурсов вопросы охраны здоровья молодежи и, соответственно, их будущего потомства должны быть приоритетной задачей государства. Иначе уже через 10-20 лет станет очень сомнительным рождение здоровых детей, а значительная часть населения вообще не сможет их иметь. Все это приводит к ухудшению качества населения, потере трудового и научного потенциала, ухудшению экономического благополучия государства.

**Цель исследования:** обосновать специфические характеристики здорового образа жизни и разработать модель социальной работы по формированию положительного отношения молодежи к здоровому образу жизни.

**Объект исследования:** здоровый образ жизни молодежи.

**Предмет исследования:** процесс организации социальной работы с молодежью по здоровому образу жизни молодежи.

**Гипотеза исследования:** социальная работа по здоровому образу жизни с молодежью будет эффективной, если будут учитываться сущностные характеристики отношения молодежи к здоровому образу жизни, будут учтены нормативно-правовые акты молодежной политики по здоровому образу жизни, будут использованы системы мер по организации комплексной социальной работы с молодежью.

**Задачи исследования:**

1. Выполнить анализ специфической медицинской и социальной литературы по здоровому образу жизни.
2. Проанализировать отношение молодежи к здоровому образу жизни и репродуктивному здоровью.
3. Разработать комплексную программу социальной работы с молодежью по здоровому образу жизни.

**Методы исследования**: анализ медицинской и социальной литературы.

**База исследования**: РНПЦК «Мать и дитя».

**Глава 1. Теоретические аспекты отношений молодежи к здоровью**

**1.1 Молодежная политика в области охраны здоровья**

Молодежная \ политика в области здорового образа жизни разработана как инновационная часть молодежной политики, направленной на создание правовых, экономических, организационных основ становления и развития молодых граждан, наиболее полную реализацию их способностей в интересах развития общества и образования, развития молодежных движений и инициатив. Актуальность разработки целевой политики обусловлена следующими факторами:

нарастанием негативных тенденций в молодежной среде, имеющих социально опасные последствия;

необходимостью поиска и апробации новых подходов к молодежной политике, форм, методов и технологий в работе с различными целевыми группами молодежи, основанных на использовании творческого потенциала самих молодых людей и на привлечении к работе с подростками и молодежью различных общественных организаций и заинтересованных жителей;

необходимостью концентрации ресурсов и деятельности на приоритетных направлениях работы с молодежью, с возможностью поэтапного контроля результативности в достижении поставленных задач.

Молодежь—это социально-демографическая группа, включающая людей в возрасте от 16 лет до 30-31 года, имеющая целый ряд особенностей. Именно на этот период приходятся главные социодемографические события в жизни человека: получение образования, выбор профессии, начало трудовой деятельности, вступление в брак, рождение детей. Сегодня ценностные ориентации молодежи, ее трудовые свершения, гражданский и нравственный облик оказывают заметное влияние на социальные и экономические процессы. Не случайно многие страны проводят целенаправленную политику в отношении подрастающего поколения. Еще в начале 60-х годов XX века западное общество проявило серьезную озабоченность по поводу нарастания проявлений антисоциального поведения молодежи. Причины этому — стремительные преобразования общества, усложнение его структуры в ходе научно-технического прогресса, «ломка» таких традиционных институтов, как семья, школа, церковь.

Многие государства, ранее устранявшиеся от решения молодежных вопросов, начинают активно «вмешиваться» в жизнь юношества, а его заботы становятся важнейшей частью единой политики. Более того, она выдвинулась в центр дискуссий и обсуждений международных организаций, всего сообщества. Забота о подрастающем поколении провозглашена одной из первостепенных задач ООН, ФАО, МОТ и ВОЗ с самого начала их деятельности. После принятия в 1965 году Генеральной Ассамблеей ООН Декларации о распространении среди молодежи идеалов мира, взаимного уважения и взаимопонимания между народами социальные проблемы молодежи составили особое направление в ее деятельности.

Под эгидой ЮНЕСКО с 1985 года действует Всемирный конгресс по вопросам молодежи, регулярно проходят «круглые столы» по теме «Молодежь. Образование. Труд». Не остаются в стороне Международная организация труда и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). В нашей стране эта проблема стала особенно актуальной в конце 80-х -начале 90-х годов XX века, когда глубокие изменения в судьбе Беларуси сказались на всех сферах жизни, в том числе на положении юной смены.

Молодежная тематика, безусловно, имеет множество граней и аспектов. Это формирование политических взглядов и ориентации юношей и девушек, то есть их политическая социализация, это вопросы молодой семьи, образования, досуга, здоровья, а также совершенствования профессионально-квалификационной структуры, которая отвечала бы потребностям национальной экономики. Само собой разумеется, беспокойство у общества вызывает рост преступности и случаев аморального поведения.

Молодежь наше будущее. Но свое предназначение она сможет выполнить, если общество и власть поддержат ее в добрых делах и начинаниях, с чувством понимания отнесутся к ее запросам, не забывая, что делать ставку на подрастающее поколение это, прежде всего, создавать страну, достойную опору для продвижения вперед.

После обретения Беларусью независимости принят ряд документов, подтверждающих, что молодежная политика признается важнейшим направлением государственной деятельности, частью концепции социального и демографического развития страны. Появились Закон РБ « Об общих началах государственной молодежной политики» (1992г), целый ряд указов Президента, постановлений правительства по данной проблематике. На данный момент молодежная политика может опереться на серьезную нормативно-правовую базу, созданную более чем за 16 лет существования суверенного государства. За это время сформулированы и определенны концептуальные основы государственной деятельности в данном направлении, в которой заложены принципы и положения, сформулированные в Конституции РБ.

Главная идея концепции молодежной политики состоит в том, что государство как основной ее субъект ставит своей целью обеспечить полноценный правовой и социальный статус молодым гражданам, защитить их права и свободы, создать предпосылки для самореализации личности. Наш Основной Закон гарантирует молодежи право на духовное, нравственное и физическое развитие. Государство также берет на себя обязательство создать необходимые условия для свободного и эффективного участия юношей и девушек в делах социума. На молодых граждан, как и на все население, распространяются права на охрану здоровья, на жилище, на образование.

Нужно признать, что у нас в стране существует еще множество серьезных проблем в молодежной среде, обусловленных многими причинами, в том числе становлением новых для нашей страны социально-экономических и политических отношений. Из всех проблем наибольшей общественно-политической значимостью выделяется охрана здоровья молодежи, которая напрямую связана с будущим нации и государства. Сложившаяся неблагоприятная демографическая ситуация выдвигает заботу о здоровье молодежи на одно из важнейших направлений деятельности социальных институтов нашего общества.[4;17-22]

Существует множество определений здоровья, но ни одно из них не может претендовать на абсолютную точность. По определению ВОЗ, здоровье—это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Понятие «благополучие» затрагивает все стороны жизни человека.[14;15]

Человек находится в состоянии полного благополучия, когда гармонично сочетаются физические, психические (интеллектуальные), социальные, духовные, эмоциональные составляющие его жизни. В качестве непременного условия в критерии здоровья входит возможность полноценно, активно, без всяких ограничений заниматься трудовой и общественно полезной деятельностью. Сохранение и укрепление здоровья—одна из основных задач государства, ибо у нездоровой нации нет будущего. Учитывая многоплановость понятия «здоровье», выделяют здоровье индивидуальное и популяционное. Компонентами индивидуального являются соматическое, физическое, психическое, нравственное и репродуктивное здоровье.[3;243]

Формирование социально-психологического убеждения в потребности ведения здорового образа жизни у молодежи—одна из наиболее важных задач.

Здоровый образ жизни определяют как способ жизнедеятельности, адекватной потребностям и возможностям человека, осознанно реализуемый им с целью формирования, сохранения и укрепления здоровья, продления рода и достижения активного долголетия.[9;3]

Такие категории, как уровень, качество, условия и стиль жизни человека, в значительной степени определяют его здоровье.

Уровень жизни *-* это уровень благосостояния людей. Онхарактеризует размер и структуру материальных и духовных потребностей (т. е. количественную сторону жизни). Вместе с тем к числу показателей уровня жизни относят не только материальную обеспеченность, но и здоровье населения (заболеваемость, смертность), уровень образованности, демографические процессы (естественный прирост, воспроизводство населения, миграции и др.).

Качество жизни(социальная категория) - оценка комфортной, качественной стороны жизни человека, включающая такие показатели, как социальное положение, удовлетворенность работой, питание и др.

Условия жизни *-* это все обусловливающие образ жизни факторы. В их число входят материальные, социальные, политические, нравственные, культурные и другие условия, определяющие образ жизни. Природные условия хоть и не определяют образ жизни, но оказывают на него влияние.

Стиль жизни--социально-психологическая категория, включающая индивидуальные особенности поведения человека, в том числе его мышление. Стиль жизни является проявлением активности, деятельности. Поэтому здоровье человека обязательно будет зависеть от его стиля жизни, который определяется как историческими, национальными традициями, так и личностными особенностями. В одном и том же обществе каждая личность характеризуется своим стилем жизни, индивидуальным способом удовлетворения потребностей.[3;7-8]

Учитывая это, государственная молодежная политика в качестве приоритетов выдвигает следующие направления:

Улучшение жилищных условий. Для этого совершенствуются законодательно-нормативные акты. Поощряются различные формы стимулирования строительства жилья (предоставление субсидий, долгосрочных кредитов, привлечение внебюджетных источников финансирования**).** Получают поддержку инициативы самой молодежи, юридических лиц, направленные на решение жилищной проблемы в регионах.

Профориентация и трудоустройство.Здесь акцепт делается на обеспечении гарантии первого рабочего места, поддержке студенческого отрядного движения, открытии центров профориентации.

Особое значение придается трудовой занятости. Кстати, доля молодежи в структуре безработного населения высока во всех экономически развитых странах. Большую роль в реализации права юношей и девушек на труд призван сыграть новый Трудовой кодекс Республики Беларусь, который вступил в действие с I января 2000 года. В его главе «Особенности регулирования труда молодежи» обозначены многие проблемы трудовой деятельности: льготы, продолжительность рабочего дня и рабочего времени для учащихся общеобразовательных и иных учебных заведений, другие актуальные вопросы.

Еще в 1999 году Министерством образования и тогдашним Министерством труда принято совместное постановление «Порядок установления предприятиям, учреждениям и организациям брони для предоставления первого рабочего места выпускникам государственных учебных заведений», направленное па урегулирование ситуации с трудоустройством выпускников государственных вузов, техникумов и училищ.

Социально-экономическая поддержка молодой семьипутем развития центров содействия в решении экономических, юридических, социально- бытовых, психологических проблем.

Деятельность, направленная на гражданское становление, духовно-нравственное, патриотическое и экологическое воспитание.

Поддержка научного и научно-технического творчества, изобретательства и рационализаторства молодых людей,содействие их участию в реализации комплексных программ по решению научных и научно-технических проблем. В этой связи наращивается материальная база и усиливается пропаганда научного и научно-технического творчества и предпринимательства молодежи. Активную поддержку получают инновационные проекты молодых ученых, специалистов, изобретателей и рационализаторов.

Содействие вовлечению молодежи (городской и сельской) в материальное производство и закреплению кадров там, где в них испытывается острая потребность.

Усиление международного молодежного сотрудничества*.* Налаживаются и укрепляются контакты со сверстниками из зарубежных стран, создаются постоянно действующие многофункциональные механизмы международных связей.

Поддержка массового детского и молодежного спорта и туризма*,* нацеленного на выявление и развитие творческого потенциала юных талантов.

Стимулирование деятельности детских и молодежных общественных объединений*,* их социально значимых инициатив.

В стране действует мною различных общественных и государственных программ по работе с молодежью, детьми, подростками. Многие из них инициированы Президентом Республики Беларусь А. Г. Лукашенко. Имеется в виду крупномасштабная «Дети Беларуси», в структуре которой выделяются отдельные: «Дети Чернобыля», «Дети-инвалиды» и т. д. Создан и функционирует' специальный фонд Главы государства по социальной поддержке одаренных учащихся и студентов.

Правовая защита и социальная адаптация молодежиразвертываются на прочной нормативно-правовой базе, обеспечивающей правовую защиту и социальную адаптацию юношей и девушек. Апробируются современные формы и методы профилактической и социально-адаптационной работы, в том числе в области наркозависимости и алкоголизма, венерических заболеваний и СПИДа. Повышается роль общественности в защите прав молодежи, в создании механизмов правового информирования и консультирования. Разрабатывается и поэтапно вводится система ювенальной юстиции.

Содействие медицинскому обслуживанию и сохранению репродуктивных функций молодых женщин, поддержка материнства.

Развитие системы подготовки и переподготовки государственных служащих и специалистов по работе с молодежью, лидеров молодежных и детских общественных объединений*.* В качестве методологической основы выступают учебные планы и программы, учитывающие профессиональные и социальные особенности.

Система информационного обеспечения государственной молодежной политикиоткрывает доступ к СМИ, к реализации исследовательских работ, научно-практических и учебных мероприятий, издательских проектов.

Таким образом, здоровье—это состояние полного физического, духовного и социального благополучия. Государственная молодежная политика—это деятельность государства по созданию социально-экономических, правовых, организационных условий и гарантий для социального становления и развития молодых граждан, наиболее полной реализации творческого потенциала молодежи в интересах всего общества.

**1.2 Социальная работа по охране репродуктивного здоровья молодежи в Республике Беларусь**

Решение возникающих в молодежной сфере социальных проблем не может быть реализовано без организации социальной работы. Социальная работа среди молодежи рассматривается как обеспечение наиболее благоприятных социально-экономических условий развития каждого молодого человека, способствующая социальному становлению личности, обретение ею всех видов, свобод и полноценного участия индивидов в жизни общества.

При организации деятельности социальных служб для молодежи осуществляется целый комплекс мер. Решается задача по созданию и развитию комплекса специализированных служб и учреждений по оказанию подросткам и молодежи разнообразных медико-социальных, психолого-педагогических, реабилитационных и социально-правовых услуг.

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Оно касается каждого. Оно касается личных и в высшей степени ценных аспектов жизни. Являясь не только отражением здоровья в детском и подростковом возрасте, оно также создает основу для обеспечения здоровья по прошествии репродуктивных лет жизни, как женщин, так и мужчин, и определяет последствия, передаваемые от поколения к поколению.[2;8]

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, ее функцией и процессов.

Сегодня в Беларуси сложилась тяжелая ситуация с репродуктивным здоровьем молодежи. По мнению специалистов, основными причинами такого положения являются: полная безграмотность наших детей в вопросах межличностных отношений, охраны репродуктивного здоровья, ответственного родительства, а также несостоятельность взрослых оказать помощь и ответить на вопросы, которые встают перед каждым подростком. К сожалению, приходится признать, что рост сексуальной активности молодежи — это реальность. Как следствие этого катастрофически увеличивается число болезней, передаваемых половым путем; отмечается значительное число подростковых беременностей, исходом которых являются аборты или юное материнство, зачастую приводящее к отказу от детей и социальному сиротству. Неподготовленность молодежи к семейной жизни, несформированность семейных ценностей впоследствии приводят к большому числу разводов.

Практически по всем видам заболеваемости с 1991 года наблюдается рост показателей. Ежегодно становятся инвалидами более 10 тыс. человек. Основные заболевания, послужившие причинами первичного выхода на инвалидность, это болезни системы кровообращения, онкологические заболевания и травмы, отравления. Заболеваемость алкогольными психозами среди несовершеннолетних в 2003году составила 4,6 на 100 тыс. Прирост за год показателей болезненности алкогольнымипсихозами--15,0%, заболеваемости 23,0%. Число больных хроническим алкоголизмом в 2001году составило 14482 человека, в2002-14872, в2003-15148человек взрослого населения, среди несовершеннолетних: 10, 7, 11 человек соответственно. Число больных наркоманией, состоящих на диспансерном учете в 2003 году среди взрослого населения составляло 84,0 на 100 тыс., несовершеннолетних - 5,7. Основные потребители наркотических веществ в основном лица до 30 лет (до 90% и более).

До 1996 года Беларусь относилась к странам с низким уровнемзаболеваемости ВИЧ–инфекцией, ежегодно выявлялось от 5 до 20 новых случаев в год. К началу 1996 года было зарегистрировано 113 случаев ВИЧ–инфекции. В 1996 году произошла вспышка заражения ВИЧ среди шприцевых наркоманов в Светлогорском районе Гомельской области. Всего в 1996 году было зарегистрировано 1021 случай ВИЧ–инфицирования. В 2004 г.в Беларуси зарегистрировано 778 случаев заболеваний ВИЧ–инфекцией.

За все годы регистрации ВИЧ в Беларуси умерло более 500 ВИЧ–инфицированных, из которых умерли от СПИДа – около 130 человек

В возрастной структуре ВИЧ–инфицированных преобладают молодые люди (до 30–ти лет) – 80,8%, из которых молодежь до 20–ти лет составляет 16,6%. За период 1997–2004 годы родилось от ВИЧ–инфицированных матерей более 200 детей, из которых у 20 поставлен диагноз ВИЧ–инфекции.

Ситуация с распространенностью инфекций передающихся половым путем (ИППП) в Беларуси остается чрезвычайной и уровень заболеваемости ИППП в десятки раз превышает таковой в развитых странах. Более половины случаев ИППП приходится на молодой возраст 15-24 года, когда знания молодых людей об этих инфекциях очень низкие. Неблагоприятная ситуация обусловлена многими причинами, и в первую очередь социальными. К наиболее важным из них относятся: высокая миграция, снижение уровня жизни населения, распространение проституции и порнографии; изменение моральных устоев общества; распространение добрачных сексуальных отношений, особенно в молодежной среде; отсутствие системы полового воспитания; неготовность системы здравоохранения к удовлетворению запросов населения в области охраны сексуального здоровья.

На международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР, Каир, 1994г.) 180 государств, в том числе Беларусь, признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья должен быть целью, которую необходимо достичь к 2015 году. Республика Беларусь, следуя нормам международного гуманитарного права, одним из направлений государственной политики определила охрану материнства и детства. 11 декабря 2001 года Палатой представителей принят закон «О Демографической безопасности Республики Беларусь». Настоящий Закон устанавливает правовые и организационные основы обеспечения демографической безопасности и защиту репродуктивных прав населения.

Охрана здоровья женщин и оказание им различных видов медицинской помощи обеспечивается в соответствии с законом Республики Беларусь “О здравоохранении”, принятом в 1993г. Согласно существующему законодательству, медицинское наблюдение за состоянием здоровья женщины в период беременности, медико-генетическое консультирование и медицинская помощь при родах матери и новорожденному ребенку осуществляются только в государственных учреждениях здравоохранения.

Существующая сеть лечебно-профилактических учреждений обеспечивает достаточную доступность медицинской помощи. В республике имеется 130 медицинских центров, предоставляющих родовспомогательные услуги (РНПЦ «Мать и дитя», родильные дома, родильные и гинекологические отделения городских и районных больниц). Кроме того, действует более 160 женских консультаций. Более 2400 акушеров-гинекологов (4,43 на 10 тыс. женского населения) и около 7000 акушерок предоставляют женщинам медицинские услуги по профилактике и лечению. Головным учреждением республики в области акушерства, гинекологии, педиатрии и медицинской генетики является Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя».

В настоящее время разработана концепция развития здравоохранения Республики Беларусь, в которой предусматривается формирование рынка медицинских услуг при сохранении системы социальной защиты малоимущих. Разработана программа и началось переоснащение родовспомогательных учреждений РБ.

Существенный вклад в улучшение охраны здоровья женщин внесли принятые в 1991г. Верховным Советом Республики Беларусь и финансируемые из внебюджетных фондов “Национальная программа профилактики генетических последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС” и программа “Охрана материнства и детства в условиях воздействия последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС”. [19;25]

В целях оказания государственной поддержки социально незащищенных слоев населения введены в действие президентские программы.

В республике открыты и функционируют кабинеты доброжелательного отношения к подросткам (в г. Минске, Могилеве, Солигорске). Запланировано открытие Центров здоровья молодежи в других городах.

При возникновении проблем, связанных с бесплодием или аномальным течением беременности, необходимые рекомендации и лечебная помощь женщине и супружеским парам оказываются в РНПЦ «Мать и дитя» и областных консультациях по вопросам семьи и брака. Активно проводится работа по внедрению современных вспомогательных репродуктивных технологий.

Однако, несмотря на то, что государством затрачиваются значительные средства на создание благоприятных условий для воспитания здорового подрастающего поколения, здоровье и физическое состояние молодежи существенно не улучшается.

Существенную роль в решении проблемы по охране репродуктивного здоровья молодежи играют общественные организации.

Их основные задачи:

Формирование у молодежи ответственного отношения к своему здоровью, в том числе репродуктивному;

Повышение информированности подростков по вопросам пола и тех изменений, которые происходят с ними в подростковый период;

Обучение навыкам общения, взаимопонимания и принятия осознанных решений;

Формирование у подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни, планированию семьи и ответственному родительству;

Формирование ответственного сексуального поведения, отрицательного отношения к раннему началу половой жизни.

Помощь в осознании своих обязанностей и ответственности по отношению к себе и окружающим.

Разработка инновационных технологий и методик по социальной работе с молодежью. Основные направления деятельности общественных объединений. Распространение информации. На данный момент уже сформировалась достаточно обширная библиотека по теме репродуктивного здоровья. Сюда входят учебные книги, сценарии просветительских работ, программы и методики обучения, информационные листовки и брошюры, видеоматериалы. С использованием уже имеющейся информации подготавливаются и проводятся семинары, акции и встречи. Распространяются информационные материалы, сопровождаемые достоверной последней информацией. Рекрутирование и отбор волонтеров, предназначенных для обучения сверстников и проведения информационно – просветительской деятельности, обучение волонтеров. В ходе семинаров основное внимание сосредотачивается на приобретении волонтерами – лидерами практических умений по передаче своим сверстникам информации, связанной с охраной репродуктивного здоровья подростков и молодежи Работа со средствами массовой информации. В контексте данного проекта средствам массовой информации отводится значительная роль в деле информирования подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья и формирования ответственного отцовства и материнства. Средства массовой информации могут и должны сыграть роль не только « возмутителя спокойствия», но и придать общественной дискуссии рациональный и квалифицированный характер.

Работа со школьными психологами, социальными педагогами, родителями. Изучение уровня информированности школьных психологов и социальных педагогов по вопросам репродуктивного здоровья подростков и молодежи, спектра проблем, с которыми они сталкиваются в этой сфере, а также их готовности к корректировке поведения подростков и их родителей в обусловленных ситуациях; Разработка методических материалов в помощь школьным психологам и социальным работникам республики в проведении просветительской работы среди подростков и их родителей по вопросам репродуктивного здоровья. Социологические исследования.

**1.3 Одно из необходимых условий для успешной реализации поставленных задач**

Проект «Информация и услуги для подростков и молодежи в области охраны репродуктивного здоровья» проводит регулярные исследования для мониторинга и оценки уровня информированности по данной проблеме. Для получения (адекватной) полноценной картины выясняются следующие моменты: отношение профессионалов к проведению добровольного тестирования и консультирования; уровень информированности и подготовки школьных психологов и социальных педагогов по вопросам репродуктивного здоровья; нарушение прав человека в области репродуктивного здоровья, определение нужд и потребностей подростков и молодежи в данной сфере. В Минске, как и в целом в республике, предоставление прямого сервиса до сих пор остается сравнительно редким явлением. В рамках проекта « Информация и услуги для подростков и молодежи в области охраны репродуктивного здоровья» открыта « горячая» телефонная линия, сориентированная преимущественно на удовлетворения потребностей в информации для подростков и молодежи по вопросам охраны репродуктивного здоровья. Таким образом, в настоящее время вопросы социальной поддержки молодежи встали по-новому, основной упор делается на формирование механизмов её самореализации и проявление жизненного потенциала. Важным в этой связи является расширение содержания старых и развитие новых методик, организационных форм социально-молодежной работы и работы по социальной поддержке молодежи, привлечение специалистов, вооруженных новыми знаниями, ведущих поиск и апробацию инновационных технологий социальной работы с семьей, уличной социальной работы с подростками, разработка социально-психологических консультационных методик и программ с учетом типа поселения.

**1.4 Репродуктивные права молодежи**

Репродуктивные права означают, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и они имеют возможности для воспроизводства и свободу принятия решения в отношении его целесообразности, времени и частоты. Последнее условие подразумевает право мужчины и женщины быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным и приемлемым методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые бы позволяли женщине благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставляли бы супружеским парам наилучший шанс иметь здоровых детей».[13;35]

Существующие проблемы репродуктивного здоровья связаны в первую очередь с:

недостаточными знаниями о сексуальности человека;

несоответствующей требованиям, некачественной и недоступной информацией и обслуживанием в области репродуктивного здоровья;

распространенностью опасных форм сексуального поведения и инфекций, передающихся половым путем;

ограниченностью выбора, перед которым стоят многие девушки и женщины в своей жизни.

Многие из названных проблем возникают в период подросткового возраста – в то самое время, когда формируются основные привычки поведения, которые могут иметь самые серьезные последствия для репродуктивного здоровья.

В промышленно развитых странах подростковый возраст давно рассматривается как отдельный этап в жизни человека. Молодежь в возрасте от 10 до 19 лет составляют шестую часть населения планеты (1 миллиард) и является силой, способной осуществить глубокие перемены. Но для реализации своего потенциала и предотвращения опасных ошибок молодым необходима помощь со стороны их семей, общества и государства.

Проблемы охраны репродуктивного здоровья неотделимы от проблем охраны сексуального здоровья и должны рассматриваться, исходя их равенства мужчин и женщин на репродуктивное и сексуальное здоровье.

По определению ВОЗ «сексуальное здоровье – это такое взаимодействие соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных факторов сексуальной сути человека, благодаря которому его внутренний мир становится богаче, а его личные качества, способности к общению и выражению любви проявляются с новой силой. Поэтому под сексуальным здоровьем подразумевается позитивное отношение к проявлению сексуальности, причем цель охраны сексуального здоровья должна состоять в создании благоприятных условий для жизни и межличностного общения, а не сводиться лишь к проблемам консультирования и лечения по поводу ИППП или воспроизводства потомства».

Человеческая личность проявляется мириадами способов, одним из которых является сексуальность, влияющая на мысли, чувства, взаимодействия и способствующая той энергии, которая побуждает людей искать любви, контакта, тепла, близости и достигать таким образом психического и физического здоровья. Однако сексуальность может иногда выражаться и таким образом, когда ставится под угрозу здоровье как отдельных лиц, так и семей (болезни, передаваемые половым путем, нежелательная беременность, насилие и т.д.).[24;42]

Сексуальность человека и отношения между полами непосредственно влияют на способность молодых и взрослых людей поддерживать общее здоровье. Сексуальность человека оказывает воздействие на здоровье и развитие независимо от того, ведет она к деторождению или нет.

Перед лицом опустошающих социальных и экономических издержек, эпидемии ИППП и ВИЧ/СПИДа нельзя не признать, что здоровая сексуальность является ныне фундаментальным вопросом гуманитарного развития. Обеспечение эффективной медико–санитарной помощи в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья должно основываться на принципах укрепления здоровья каждого человека независимо от его намерения иметь или не иметь детей. Поэтому предоставление людям знаний и возможностей, которые требуются им для охраны себя и других от небезопасного выражения сексуальности, было и остается чрезвычайно важным, особенно в настоящее время в связи с ослаблением традиционных ограничений в отношении полового поведения, растущим сексуальным насилием и распространением болезней, передаваемых половым путем.

Хотя потребности репродуктивного здоровья у мужчин и женщин отличаются по масштабу и характеру, мужчины играют особую роль в репродуктивном здоровье женщин.

Но мужчины в своем большинстве плохо представляют себе потребности женщин в области репродуктивного и сексуального здоровья и не относятся к этому с должным вниманием. Поэтому все программы и службы также должны уделять особое внимание роли и ответственности мужчин в вопросах сохранения репродуктивного здоровья. От мужчин необходимо и потребовать, и помочь им взять на себя ответственность за свое сексуальное и репродуктивное поведение и свою социальную и репродуктивную роль. Необходимо, чтобы мужчины осознавали опасность, с которой сталкивается женщина в результате беспорядочных половых связей и слишком раннем начале половой жизни, при беременности и родах, особенно в подростковый период.

Службы планирования семьи должны предоставлять всеобъемлющую и доступную информацию, обеспечивать гарантированный доступ каждому человеку к просвещению по половым вопросам и услугам в области планирования семьи. Только осведомленные люди могут и будут действовать с чувством ответственности и с учетом их собственных потребностей, а также потребностей своей семьи и общества. Охрана здоровья женщины, в особенности охрана ее репродуктивного и сексуального здоровья, требует, чтобы и мужчина и женщина, составляющие пару, совместно об этом заботились и стремились помочь друг другу.

В настоящее время право на репродуктивное и сексуальное здоровье рассматривается как одно из основных прав человека. Мировые оценочные данные последствий несоблюдения или лишения людей их сексуальных и репродуктивных прав следующие:

каждый год по причинам, связанным с беременностью и родами, умирают около 600 000 женщин (одна женщина в минуту), в основном в развивающихся странах;

около 200 000 женщин умирают ежегодно в результате отсутствия или недостаточной эффективности противозачаточных средств;

в общей сложности 350 млн. супружеских пар не имеют информации о противозачаточных средствах и лишены доступа к ним;

примерно 75 млн. беременностей в год (из их общего числа 175 млн.) являются нежеланными, и их исходом является 45 млн. абортов и более 30 млн. рождающихся нежеланных детей;

70 000 женщин умирают ежегодно в результате неквалифицированных абортов и никто не знает, сколько женщин получают инфекции и другие осложнения;

ежегодно в мире появляется 333 млн. новых случаев инфекций, передающихся половым путем (ИППП);

один миллион человек умирают ежегодно от ИППП (исключая СПИД);

в среднем каждую минуту шесть человек заражаются ВИЧ–инфекцией;

примерно 50–60% всех новых случаев ИППП, включая ВИЧ, приходится на молодых людей в возрасте до 20 лет;

два миллиона девочек в возрасте от 5 до 15 лет ежегодно вовлекаются в индустрию секса;

исследования, посвященные насилию в семье, говорят о том, что это явление распространенно в большинстве стран, и оно часто становится причиной самоубийств среди женщин и подростков.[13;231] Таким образом репродуктивные права—это возможность иметь доставляющую удовлетворение безопасную половую жизнь, доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья. В настоящее время право на репродуктивное и сексуальное здоровье рассматривается как одно из основных прав человека.

**Глава 2. Условия организации социальной работы по формированию положительного отношения молодежи к здоровью**

**2.1 Диагностика отношения молодежи к репродуктивному здоровью как средство социальной работы**

Диагностика в социальной работе это--комплексный процесс исследования социального явления с целью выявления, распознавания и изучения причинно-следственных связей и отношений, характеризующих его состояние и тенденции дальнейшего развития. Основывается на исследовании посредством специальной системы методов, приемов и способов. Зависит от социально-экономических, общественно-политических, нормативно-правовых, морально-нравственных, медико-биологических, санитарно-экологических и других факторов, являющихся основными предпосылками и условиями возникновения данного явления. Диагностика в социальной работе проводится для наиболее глубокого проникновения в сущность основных социальных проблем, присущих исследуемому явлению. Каждая из выявленных проблем расчленяется на составляющие ее элементы, по которым и осуществляется самостоятельное исследование. Полученный социальный диагноз, содержащий теоретические выводы и практические рекомендации, скорректированные с учетом реальных ресурсов и возможностей, служит основанием для разработки соответствующими государственными структурами, социальными учреждениями и службами конкретных решений и практических действий, направленных на предупреждение или торможение выявленных негативных тенденций исследуемого социального явления, создания условий для решения проблем в интересах общества, социальных групп и отдельной личности.

Социальная диагностика опирается на использовании методов сбора и анализа социальной информации. Диагностика отношения молодежи к репродуктивному здоровью включает анализ статистических данных. На состояние репродуктивного здоровья значительное влияние оказывают аборты. Проблема аборта является медико-социальной и считается своеобразным барометром цивилизованности общества.

Во всех документах, принятых международными форумами, отмечено, что аборт не следует пропагандировать в качестве метода контроля над рождаемостью, но в тех случаях, когда аборты разрешены законом, должны быть обеспечены все условия для безопасного их проведения.

Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые многими странами по развитию служб планирования семьи, темпы снижения числа абортов еще достаточно низкие, особенно в развивающихся странах и в странах с неустойчивой экономикой.

Согласно мировым оценочным данным:

в мире абортируется две трети всех беременностей;

из всех методов контрацепции аборты составляют 21–28%;

ежегодно в мире производится 45 млн. абортов, что составляет 37–40 абортов на 1000 женщин фертильного возраста;

более одной трети всех абортов являются осложненными;

аборты становятся причиной 80% случаев вторичного бесплодия;

примерно 13% всех случаев материнской смертности происходит вследствие абортов.

Миллионы женщин в мире рискуют своим здоровьем и жизнью, прерывая нежелательную беременность. Каждый год в мире производится 55 тысяч небезопасных абортов (95% — в развивающихся странах), по причине которых ежедневно умирают 200 женщин и огромное их число получают болезни и осложнения. Небезопасный аборт определяется как прерывание беременности, вызванное самой женщиной, или проведенное немедицинскими работниками, или проведенное в медицинском учреждении, но неквалифицированно и (или) в несоответствующих гигиенических условиях.

Небезопасные аборты – одна из самых драматических проблем здравоохранения как многих стран, так и в мире в целом. По данным ВОЗ в мире производится небезопасных абортов: в странах Африки – около 5 млн.; Азии – около 10 млн.; Европы – до 1 млн.; Латинской Америки и Карибского региона – 4 млн. В среднем на каждые семь родов приходится один осложненный аборт, и от 1 до 5 женщин из каждых 10, сделавших аборт, нуждаются в неотложной медицинской помощи в связи с такими осложнениями, как сепсис, кровотечение, травмы. Ежегодно от небезопасных абортов умирает 78 000 женщин и сотни тысяч получают различные болезни.

Проблема небезопасных абортов является проблемой первичного звена здравоохранения для женщин всех возрастов. Но, тем не менее, в мире прослеживается отчетливая тенденция к росту небезопасных абортов у подростков и молодых женщин в связи со все большим распространением совместного проживания без регистрации брака и недоступностью служб планирования семьи в связи с экономическими, социальными, религиозными и др. аспектами их жизни.[1;46-48]

В Беларуси аборты разрешены законодательством, которым установлены критерии и сроки прерывания беременности по желанию женщины (до 12–ти недель беременности), по медико–социальным (до 22–х недель беременности) и медико–генетическим показаниям. С начала девяностых годов для прерывания нежеланной беременности в максимально ранние сроки начал широко внедряться метод вакуум–аспирации (или регуляции менструального цикла). В настоящее время этим методом производится до половины всех абортов.

В настоящее время в нашей стране благодаря деятельности государственных и общественных организаций отмечается благоприятная тенденция снижения абортов. В 2004 году по республике число абортов у женщин всех возрастных групп снизилось на 12,9%, что составляет в настоящее время 26,9 на 1000 женщин фертильного возраста.

Необходимо отметить, что на фоне снижения распространенности абортов проявляется устойчивая повсеместная тенденция значительного снижения и частоты использования такого щадящего метода искусственного прерывания беременности, каким является мини-аборт. В 2004 году мини-аборты снизились на 26,7%. Число абортов у первобеременных в 1999 году составило 9423, мини-абортов – 5801, в 2004 году – 6541 и 2428, соответственно. Среди всех абортов у первобеременных число абортов составляло 17,5 % в 2004 году против 14,5 % в 1999 году.

В 1999 году в Республике Беларусь в структуре абортов 50,3 % составили мини-аборты, в 2004г. – 36,4 %. самопроизвольные - 17,1 % и 21,8% соответственно, неутонченные – 2,5% и 0,08 соответственно, криминальные - 0,03% и 0,01, по социальным показаниям – 2,96 % и 2,3 % в 1999 и в 2004 году соответственно.

Динамика искусственных абортов, выполненных по медицинским показаниям, является важнейшей характеристикой насущных проблем охраны репродуктивного здоровья женщин. В 2000 году по медицинским показаниям было проведено 935 аборта. Медицинские показания к искусственному аборту возникают в тех случаях, когда беременность и роды угрожают здоровью и жизни женщины. Сюда входят заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся психическими расстройствами, органические заболевания сердца, кровеносных сосудов, печени, почек, злокачественные новообразования, заболевания открытой формой туберкулеза легких.

Число криминальных абортов (3 случая в 2000 году) является своеобразной характеристикой не только реальной доступности медицинской помощи в связи с необходимостью проведения искусственных абортов, но и своеобразным отражением как степени выраженности, так и возможности реализации осознанной потребности женщин в мерах по предупреждению наступления нежелательной беременности.

Широко распространяются аборты и в сельской местности. Установлено, что половина сельских женщин сделала хотя бы один аборт, но около 20% - от 2 до 5. При этом каждая вторая-третья женщина страдает бесплодием, т.е. фактически значительно больше, чем среди жительниц городской местности.

Анализ распространенности абортов за период 1999-2004 годов показал, что имеет место значительное сокращение у девочек в возрасте до 14 лет искусственных абортов с 41 до 19, мини-абортов - с 9 до 1, у женщин 35 лет и старше искусственных абортов - с 8557 до 4 991, мини-абортов - с 9767 до 3260. Одной из важнейших причин нереализованной потребности рождения детей в отдельных группах населения еще долго будут оставаться последствия абортов (из-за большого числа осложнений, приводящих к бесплодию, репродуктивным потерям, случаям снижения репродуктивного потенциала женщин). При условии полного устранения осложнений после абортов, а еще лучше - отказа от аборта, согласно экспертным оценкам акушеров-гинекологов, демографов, социал-гигиенистов, современная семья фактически в каждом третьем-четвертом случае могла бы достичь желаемого числа детей.

Снижение числа абортов в РБ в значительной степени обусловлено ростом числа женщин, использующих эффективные средства контрацепции. Так, в 2000 году число женщин, применявших внутриматочные спирали (ВМС), составило 6323 тысячи, а гормональную контрацепции - 2829 тысяч. За период 1990-2000 годов частота использования гормональной контрацепциив РФ увеличилась с 1,7 до 7,3 случаев на 100 женщин в возрасте 15-49 лет. Однако за этот же период времени число женщин, применявших ВМС, сократилось с 17,2 до 16,3 на 100 женщин в возрасте 15-49 лет. Имеются ярко выраженные региональные различия в распространенности использования этих средств. Кроме того, в 2000 году 18,5 тысячи женщин (47,7 на 100000 женщин 15-49 лет) была проведена операция стерилизации.

За рассматриваемый период времени для большинства регионов страны характерен рост использования гормональной контрацепции на фоне снижения женщинами частоты использования ВМС, что, по-видимому, связано с ростом гинекологической заболеваемости и ЗГТПП. Требуют серьезного осмысления наметившиеся параллели расширения использования обоих видов контрацепции и роста распространенности ЗППП.

Среди абортирующего контингента женщин каждая третья женщина наступление нежеланной беременности связывает с проблемами тщательного подбора и (или) использования современных контрацептивных средств, каждая пятая - со сложностями их приобретения из-за их дороговизны или отсутствия в продаже, каждая шестая - с нежеланием супруга (партнера) к их применению.

Несмотря на снижение распространенности абортов, соотношение родов к абортам остается неблагоприятным, вследствие чего последствия абортов еще долго будут оказывать влияние на состояние репродуктивной функции женщин. Происходящие параллельно процессы роста использования современных средств контрацепции, заболеваемости сифилисом и ЗППП раскрывают несогласованность образовательных и просветительных мероприятий и служат основанием для их корректировки и интеграции. Значительный рост злокачественных новообразований репродуктивной сферы актуализирует проблемы проведения их целенаправленной профилактики. Уровень и причины материнской смертности отражают нерешенные вопросы охраны репродуктивного здоровья матерей. Успешное решение проблемы бесплодия супружеских пар является одним из резервов достижения семьями желаемого числа детей. В связи с вышесказанным, становится очевидной настоятельная необходимость в разработке комплексных программ охраны репродуктивного здоровья женского населения.

Из таблицы (см. таблица 1) видно, что в период с 1999 года по 2004 год количество абортов (включая мини-аборты) снизилось с 130788 до 62492, из них доля мини-абортов в 1999 году составила 50,3%, в 2004 году - 36,4%. По сравнению с 1999 годом число абортов по медицинским показаниям снизилось с 3,17% до 2,4%, а по генетическим увеличилось с 0,65% до 1,3%, что свидетельствует о более высоком уровне работы врачей женских консультаций, медико-генетических центров. Снизился процент криминальных абортов и не уточненных. Число же самопроизвольных абортов увеличилось с 17,1% до 21,8%. Это может быть косвенно связано с недостаточной прегравидарной подготовкой. Период с 1999 по 2004 годы повысилось количество женщин, которые прерывают первую беременность с 23,3% в 1999г. до 27,2% в 2004 году. Данные цифры свидетельствуют о низкой информированности женщин о последствиях прерывания первой беременности.

Таблица 1. Количество абортов за последние 6 лет.

|  |  |
| --- | --- |
| Структура абортов | Годы |
| 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Мини-аборты | абс. кол-во | 65732 | 55977 | 43804 | 36681 | 29209 | 22771 |
| отн. кол-во, % | 50,3 | 48,1 | 45,7 | 43,8 | 40,0 | 36,4 |
| Самопроизвольные | абс. кол-во | 11142 | 10475 | 10384 | 10175 | 9607 | 8678 |
| отн. кол-во, % | 17,1 | 17,4 | 19,9 | 21,6 | 21,97 | 21,8 |
| Неуточненные | абс. кол-во | 1635 | 1368 | 512 | 43 | 55 | 30 |
| отн. кол-во, % | 2,5 | 2,3 | 0,98 | 0,09 | 0,1 | 0,08 |
| Криминальные | абс. кол-во | 19 | 17 | 12 | 9 | 10 | 3 |
| отн. кол-во, % | 0,03 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,01 |
| По социальнымпоказаниям | абс. кол-во | 1928 | 4446 | 3192 | 1800 | 975 | 925 |
| отн. кол-во, % | 2,96 | 7,4 | 6,1 | 3,8 | 2,2 | 2,3 |
| По генетическимпоказаниям | абс. кол-во | 420 | 386 | 382 | 396 | 471 | 506 |
| отн. кол-во, % | 0,65 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 1,1 | 1,3 |
| По медицинским показаниям | абс. кол-во | 2062 | 1946 | 1214 | 1120 | 1425 | 935 |
| отн. кол-во, % | 3,17 | 3,2 | 2,3 | 2,4 | 3,3 | 2,4 |
| Первобе-ременные | аборт | абс. кол-во | 9423 | 8666 | 7380 | 7293 | 7087 | 6541 |
| отн. кол-во, % | 14,5 | 14,4 | 14,2 | 15,5 | 16,2 | 16,5 |
| мини-аборт | абс. кол-во | 5801 | 5565 | 4408 | 4080 | 3103 | 2428 |
| отн. кол-во, % | 8,8 | 9,9 | 10,1 | 11,1 | 10,6 | 10,7 |
| У 35-летнихи старше | аборт | абс. кол-во | 8557 | 7611 | 6544 | 5707 | 5413 | 4991 |
| отн. кол-во, % | 13,15 | 12,6 | 12,5 | 12,1 | 11,5 | 12,6 |
| мини-аборт | абс. кол-во | 9767 | 8324 | 6476 | 5656 | 4445 | 3260 |
| отн. кол-во, % | 14,9 | 14,9 | 14,8 | 15,4 | 15,2 | 14,3 |
| Всего абортов (без мини) | 65056 | 60368 | 52150 | 47158 | 43735 | 39721 |
| Всего абортов  | 130788 | 116345 | 95954 | 83839 | 72944 | 62492 |

Статистические данные предоставлены сектором методологии и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Особенно серьезную проблему для охраны репродуктивного здоровья представляет подростковая беременность, включая аборты и деторождение. В Европейском регионе молодые люди выделены в особую группу населения, в отношении которых разрабатываются и внедряются разносторонние программы охраны здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье.

Подростковый возраст, который ВОЗ определяет от 10 до 19 лет, характеризуется рядом физиологических, анатомических изменений, позволяющих приспособиться к изменяющимся экономическим, социальным и культурным условиям жизни. Доказано, что в настоящее время биологическое взросление подростков происходит раньше, чем у предыдущих поколений, хотя при этом часто еще не достигает психо-социальной зрелости. Значительная часть подростков сексуально активны и многие из них имеют большое число половых контактов. Нередко они нерегулярно используют или совсем не применяют контрацепцию, тем самым, подвергая себя риску наступления нежелательной беременности.[15;27]

В последние годы беременность у женщин моложе 19 лет стала распространенным явлением. Особенностью подростковых беременностей является высокий процент прерывания первой беременности, чем моложе возраст, тем этот процент выше. Однако появилась категория девушек-подростков, имевших более одного аборта в анамнезе.

Показатель подростковой беременности (число родов + число деторождений) на 1000 девушек возраста 15-19 лет в странах Европы колеблется от от 5 до 20 в Нидерландах, Италии, Словении др. до 60 и более в Болгарии, России, Молдове.

Политика ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке» включает в себя задачу №4 –Здоровье молодежи. Это предполагает уменьшение частоты беременностей у девушек-подростков 15-19 лет по крайней мере на одну треть к 2020г.

Уровень подростковой беременности в Республике Беларусь снизился за 10 лет в 2 раза с 74,6 (в 1995г.) до 36,8 (в 2004г.) на 1000 девушек-подростков 15-19 лет (см. рисунок 1).

Рис.1Динамика подростковой беременности в РБ за 10 лет

Анализ данных по областям стал возможен только с 1996г. Самое значительное снижение показателя подростковой беременности в 2,8 раза произошло за 8 лет в г.Минске с 59,8 до 21,2 на 1000 девушек-подростков. Самый низкий показатель подростковой беременности в 2004г.остается в г.Минске и в Гродненской области 33,5 соответственно. Самый высокий уровень подростковой беременности в 1996г. был в Брестской-65 и Гомельской -64,5 областях. За 8 лет уровень подростковой беременности в этих областях снизился до 43,9 и 41,5 соответственно и остается на высоком уровне по-прежнему. В 2002г отмечался значительный рост подростковой беременности в Брестской (с 31,7 в 2001 до 40,7), Витебской (с 27,3 в 2001 до 38,3)и Гомельской (с 29,1 в 2001 до 41,7) областях.

Самое незначительное снижение уровня подростковой беременности в 1,55 раз за 9 лет произошло в Минской области с 68,5 до 44. За последние 5 лет в Минской области показатель подростковой беременности остается на самом высоком уровне (2000г-57,8, 2001- 52,9, 2002-51, 2003- 49,8,2004-44) (см. рисунок 2).

Рис.2 Динамика показателя подростковой беременности в Минской области за 5 лет

Абсолютное число подростковых беременностей (абортов и родов) по Республике Беларусь в целом и по областям планомерно снижается. В структуре подростковой беременности в 1995г роды составляли 52%, в 2004г. - уже 60%. По статистическим данным до 2000г количество абортов превышало количество родов. Соотношение родов к абортам было в 1996г. 1: 1.03. В 1998г. отмечался рост соотношения 1:1,16 с преобладанием количества абортов. К 2000 году произошло снижение количества абортов и показатель стал 1: 0,8 с последующим планомерным снижением к 2004 до 1:0,67. В Гродненской области этот показатель – 1:0,5.

Надо отметить, что высокий показатель абортов сохранялся в г.Минске до 2002 (1182 родов и 1342 аборта) - 1:1,13. Начиная с 2003г., количество абортов снизилось.

Показатель родов на 1000 девушек-подростков 15-19 лет в РБ за 10 лет (см. рисунок 3) снизился в 1,8 раза с 39,5 (в 1995г.) до 22,1 (в 2004г.). В структуре подростковой беременности в РБ деторождения составляют 61,5%. В странах Западной Европы этот показатель колеблется от 5 до 25 на 1000 девушек возраста 15-19 лет.

Рис. 3 Динамика показателя родов у девушек подростков 15-19 лет в РБ за 10 лет

На фоне снижения показателей уровня подростковой беременности с 1995 по 2004гг. в 2 раза, уровня родов в 1,8 раза, отмечается рост показателя родов у девушек-подростков в 2003 (см. рисунок 4) в Минской (28,2 в 2002г. до 29,2 в 2003), Брестской (с 27,9 в 2002г. до 28,1 в 2003г.), Витебской (с 22,4 в 2002г. до 23.5 в 2003г.) и Могилевской областях (с 25,3 в 2002г. до 25,8 в 2003г.).

Рис.4 Динамика подростковой беременности по областям в 2002-2003гг.

Таким образом, анализ подростковой беременности за 10 лет в РБ выявил устойчивую тенденцию к снижению показателей: показатель подростковой беременности снизился в 2 раза, показатель родов снизился в 1,8 раза, показатель абортов снизился в 2 раза. Наибольшее снижение подростковой беременности произошло в г.Минске и в Гродненской области, наименьшее - в Минской области.

Контрацептивное поведение молодежи репродуктивного возраста определяется социальными отношениями, экономическим положением общества, государственной политикой в области репродуктивного здоровья. Контрацепция не только уменьшает число абортов, но и является профилактикой ряда заболеваний, в том числе и передающихся половым путем. С каждым годом число молодежи, пользующихся различными видами контрацепции, постепенно возрастает.[11;32]

Несмотря на достаточно широкую распространенность добрачных сексуальных отношений в молодежной среде, следует отметить, что в последние годы знания молодежи по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья улучшились, что подтверждается снижением уровня подростковой беременности, в том числе абортов, особенно в возрастной группе 15-17 лет. Но, тем не менее, о широком применении молодыми людьми методов контрацепции говорить еще рано. Как показало исследование, только 44,1% молодых людей использовали противозачаточные средства при первом своем половом сношении, 50% не использовали никаких методов защиты и 5,9% не смогли вспомнить, использовали ли они контрацепцию или нет.

Удельный вес тех, кто использовал методы защиты от нежелательной беременности при своем первом сексуальном контакте, больше среди шестнадцатилетних (49%), тогда как те, кому сейчас 20-21 год, при своем первом половом сношении использовали защиту только в 40-35% случаев.

Как показало исследование, из всех молодых людей, живущих половой жизнью, постоянно используют контрацепцию 32,9% и еще столько же 32,8% прибегают к методам контрацепции от случая к случаю. Среди юношей и девушек частота применения методов контрацепции примерно одинакова, хотя среди девушек этот процент несколько ниже: постоянно используют противозачаточные средства 37,5% юношей и 28,3% девушек; от случая к случаю – 33,1% юношей и 32,4% девушек. Обращает на себя внимание, что среди девушек –учащихся средних учебных заведений число пользующихся методами контрацепции меньше: постоянно используют 18,3%, от случая к случаю – 22,9%.

В качестве причин не использования противозачаточных средств респонденты указали: что они вредны для здоровья – 9,4%; что они затрудняют сексуальную жизнь – 9,3%; 1,7% сказали, что стесняются их покупать; для 3,1% молодых людей противозачаточные средства являются дорогими. Достаточно большое число из ответивших на этот вопрос молодых людей сказали, что они не имеют потребности в использовании каких-либо методов контрацепции.

В силу недостаточной информированности и особенностей организма подростков они пользуются не самыми эффективными методами профилактики нежелательной беременности. Наиболее распространенным методом контрацепции среди молодежи является презерватив – по данным исследования его используют 48,8% молодых людей живущих половой жизнью, около 30% предпочитают прерывание полового акта, более 16% используют физиологический метод. Гормональную контрацепцию применяют 9% девушек, внутриматочные средства - 3,9%, химические методы – 4,8% девушек. От 40% до 65% молодых людей, принявших участие в исследовании, имеют знания и информацию о различных методах контрацепции, что гораздо больше, чем несколько лет назад, но очень малое число молодых людей знают о методе «экстренной» контрацепции и очень редко ее используют.

Основными источниками информации о методах контрацепции для молодежи является специальная литература – 36,9%, средства массовой информации – 29,4%, советы друзей или партнеров – 18,8%, родители –9,6%.

Информированы о вреде аборта 93,3% женщин, причем по Гродненской области информированность о вреде аборта отмечена в 98%, по Могилевской области в 95,2% по г.Минску – 81,4%. Но 0,5% женщинам было неизвестно о вреде аборта (в г.Минске – 0,9%, в Гомельской области – 0,8%).

Большинство женщин-респонденток (69%) хотели бы иметь в будущем по два и более ребенка, и лишь 22,2% – по одному ребенку (в Гродненской области 28,6%, в Минской области – 27%, в Брестской области – 10,1%).

Взаимоотношения в семье отмечены как хорошие у 52,5% опрошенных женщин: по Гродненской области – у 69,4%, по Витебской области – у 69,3%, по Брестской области лишь у 3,1% женщин. Как удовлетворительные семейные отношения у 18,3%. Неблагополучный климат в семье был – у 3,3% женщин, прервавших беременность. В Могилевской области таких было 7,3%, в г.Минске – 5,3%, по Минской области – 4%.

До наступления данной беременности лишь 37,8% женщин применяли контрацепцию. Как видно из таблицы(см приложение 1, таблица 2), наиболее часто использовался физиологический метод – у 17,3%, презерватив – у 15,8%. Гормональную контрацепцию считали небезвредной 34,1% опрошенных (Могилевская область – 46,9%, Гродненская область – 44,9%, Витебская область – 37,7%, Брестская область – 1,8%). Информацию о контрацепции получили до начала половой жизни 31,7% опрошенных женщин, перед вступлением в брак – 14,4%, и во время первых родов – 19,8%.

Таблица 2. Виды применяемой контрацепции перед данной беременностью

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Применяемая контрацепция перед данной беременностью | Брестская обл. | Витебская обл. | Гомельская обл. | Гродненская обл. | Могилевская обл. | Минская обл. | г. Минск | По республике |
| Контрацепция применялась (%) | 32,5 | 24,0 | 23,1 | 49,6 | 40,2 | 24,6 | 56,3 | 37,8 |
| Спермицидные кремы (%) | 1,3 | 1,0 | 0,0 | 2,5 | 1,8 | 0,0 | 1,8 | 1,5 |
| Физиологический метод (%) | 14,5 | 7,4 | 14,9 | 29,9 | 11,8 | 5,6 | 25,0 | 17,3 |
| Презерватив | 8,8 | 12,3 | 11,6 | 18,0 | 18,5 | 12,7 | 30,4 | 15,8 |
| Внутриматочные средстьва (%) | 4,4 | 2,9 | 2,5 | 9,2 | 4,1 | 0,8 | 3,6 | 4,9 |
| Прерванный половой акт (%) | 3,5 | 2,9 | 2,5 | 9,2 | 4,1 | 0,8 | 3,6 | 4,9 |
| Гормональная:Имплантационная(%) | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| Иньекционная (%) | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 0,5 |
| Оральные контрацептивы(%) | 1,3 | 1,0 | 0,0 | 2,2 | 2,6 | 1,6 | 0,9 | 1,6 |
| Поскоитальные(%) | 3,1 | 2,0 | 0,8 | 2,0 | 1,8 | 0,0 | 1,8 | 1,8 |
| Мини-пили (%) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |

Статистические данные предоставлены сектором методологии и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Информацию о вреде аборта получили 85,9%, а 1,2% женщин не получили данной информации, причем беседа проводилась только с одной женщиной, исключая ее сексуального партнера.

В таблице (см. таблица 3.) представлены источники получения информации о вреде аборта. Как следует из таблицы, 63,7% респондентов получили информацию о вреде аборта в женских консультациях, 13,7% – в родильных домах, остальные из литературы, кино, телевидения.

Таблица 3. Источники информации о вреде аборта

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Источники информации | Брестская обл. | Витебская обл. | Гомельская обл. | Гродненская обл. | Могилевская обл. | Минская обл. | г. Минск | По республике |
| Женская консультация (%) | 50,4 | 47,5 | 58,7 | 83,3 | 76,4 | 36,5 | 56,3 | 63,7 |
| Родильный дом (%) | 19,7 | 6,4 | 9,1 | 13,2 | 17,7 | 17,5 | 7,1 | 13,7 |
| Литература (%) | 36,8 | 22,1 | 27,3 | 34,9 | 33,2 | 13,5 | 24,1 | 29,8 |
| Кино (%) | 20,2 | 5,4 | 7,4 | 16,2 | 4,8 | 15,1 | 4,5 | 11,5 |
| Телевидение (%) | 22,4 | 8,3 | 7,4 | 21,2 | 8,1 | 7,9 | 8,0 | 13,9 |

Статистические данные предоставлены сектором методологии и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Среди женщин, прервавших беременность методом искусственного аборта, информацию о контрацепции получили 77,2% опрошенных. Источниками информации являлись(см приложение таблица 4): врачи (47,3%), сверстники (10,4%), родители (6,7%), педагоги (2,6%).

Таблица 4. Источники информации о контрацепции

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Источники инфоромации | Брестская обл. | Витебская обл. | Гомельская обл. | Гродненская обл. | Могилевская обл. | Минская обл. | г. Минск | По республике |
| Все источники (%) | 67,,5 | 66,2 | 62,3 | 95,0 | 82,8 | 66,7 | 67,9 | 77,2 |
| Врачи (%) | 3,5 | 45,6 | 42,0 | 72,7 | 57,5 | 39,7 | 39,3 | 47,3 |
| Педагоги (%) | 0,0 | 3,4 | 0,0 | 5,5 | 1,1 | 2,4 | 2,7 | 2,6 |
| Родители (%) | 0,0 | 6,4 | 5,7 | 9,7 | 5,9 | 8,7 | 11,6 | 6,7 |
| Сверстники (%) | 0,0 | 8,8 | 13,1 | 12,9 | 16,8 | 8,7 | 8,9 | 10,4 |

Статистические данные предоставлены сектором методологии и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь.Основными причинами не использования контрацептивов являются (см. таблица 5): нерегулярная половая жизнь – 27%, высокая стоимость препарата – 25,3%, недоверие методам контрацепции – 15,3%. Неумение пользоваться контрацептивами отметили 10,9% семей (31,3% – г.Минск, 13,6% – Могилевская область, 4,8% – Брестская область). Чаще всего пациентки обсуждали выбор метода контрацепции с мужем 51,8% (Гродненская область 66,7%, Могилевская область – 64,5%, Минская область 63,5%, Брестская область – 3,1%). Наиболее желаемым видом контрацепции являются внутриматочные контрацептивы – 44,6%, оральные контрацептивы – 14,4%, презерватив 9,1%.

Таблица 5. Причины неиспользования контрацептивов.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Причины | Брестская обл. | Витебская обл. | Гомельская обл. | Гродненская обл. | Могилевская обл. | Минская обл. | г. Минск | По республике |
| Неумение ими пользоваться (%) | 4,8 | 5,4 | 9,8 | 10,2 | 13,6 | 10,3 | 31,3 | 10,9 |
| Нерегулярная половая жизнь (%) | 27,2 | 20,1 | 23,0 | 32,3 | 30,4 | 27,0 | 17,0 | 27,0 |
| Недоверие методам контрацепции (%) | 18,0 | 10,3 | 9,0 | 20,1 | 14,7 | 10,3 | 16,1 | 15,3 |
| Трудности в приобретении (%) | 1,8 | 4,4 | 13,1 | 11,4 | 19,8 | 3,2 | 5,4 | 9,5 |
| Отсутствие в аптеках (%) | 0,0 | 1,5 | 0,8 | 1,0 | 2,2 | 1,6 | 0,9 | 1,2 |
| Высокая стоимость (%) | 11,8 | 11,8 | 25,4 | 34,5 | 37,0 | 11,1 | 32,1 | 25,3 |
| Отсутствие информации о методах контрацепции (%) | 7,9 | 1,0 | 4,9 | 1,7 | 2,6 | 4,8 | 24,1 | 5,0 |

Статистические данные предоставлены сектором методологии и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В современных условиях в Беларуси планированию семьи мешает: слишком дорогие контрацептивны (52,7% особенно для жительниц Гродненской и Могилевской области), недостаточная заинтересованность правительства в данной проблеме (46,6%), недостаточные знания о планировании семьи среди населения, на что указывает 33,5% женщин-респондентов.

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что распространенность различных видов контрацепции зависит от:

Степени охвата населения информацией о конкретных методах;

Отношение населения к данному методу (во многом зависящее от качества получаемой информации);

Доступности данного метода и медицинской помощи, необходимой для его применения.

Изменение и оценка роли указанных факторов позволяет определить приоритеты в работе по распространению тех или иных методов контрацепции как средства профилактики нежелательной беременности и искусственного аборта.

Проведенные исследования показывают, что в республике больше половины женщин применяют малоэффективные контрацептивные средства. Лишь 29,2% используют современные средства: оральные гормональные препараты и внутриматочные средства, обладающие, практически, от 98% до 100% эффективностью; невовлеченность мужчин в решение данной проблемы.

Согласно оценочным данным ВОЗ каждый год в мире регистрируется 333 млн. новых случаев инфекций, передающихся половым путем (ИППП), причем женщины становятся жертвами этих болезней в пять раз чаще, чем мужчины.

Одной из наиболее полно регистрируемых на территории Беларуси инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), является сифилис. Пик заболеваемости сифилисом пришелся на 1996 год, когда было выявлено 21616 заболевших сифилисом, что составило 209,7 на 100 тысяч населения. В 2004 году было зарегистрировано 4036 новых случаев сифилиса (41,1 на 100 тысяч населения). В настоящее время уровень заболеваемости сифилисом остается достаточно высоким и во много раз превышает таковой в развитых странах. Одной из характерных черт является нарастание удельного веса сельских жителей в общей структуре заболеваемости сифилисом.

В 2004 году зарегистрировано 6012 случаев гонореи, что составляет 61,2 на 100 тысяч населения.

Наблюдается ежегодное увеличение заболеваемости населения другими ИППП. Заболеваемость урогенитальным хламидиозом составила в 2004 году 204,7 на 100 тысяч населения; уреаплазмозом - 112,8 на 100 тысяч; гарднереллезом – 124,0 на 100 тысяч населения. Суммарное абсолютное число официально зарегистрированных случаев ИППП превысило 70000, хотя истинная распространенность ИППП гораздо выше. До 50% и более всех случаев ИППП выявляется у молодых людей в возрасте до 30 лет.

Инфекции, передаваемые половым путем, вызывают хронические воспалительные процессы половых органов как женщин, так и мужчин, резко снижая качество репродуктивного здоровья, приводя во многих случаях к бесплодию.

Последствия заражения ИППП для женщин более серьезные, чем для мужчин. Болезни, передаваемые половым путем, вызывают осложнения течения беременности, инфицированность и врожденные инфекции плода, приводят к выкидышам и мертворождению, бесплодию и, в ряде случаев – к внематочной беременности. Примерно 35% всех послеродовых осложнений обусловлено ИППП. Вирус папиломы человека является одной из причин рака шейки матки. Наличие у человека инфицированности ИППП повышает риск заражения ВИЧ в 3–22 раза.[12;52]

До 1996 года Беларусь относилась к странам с низким уровнемзаболеваемости ВИЧ–инфекцией, ежегодно выявлялось от 5 до 20 новых случаев в год. К началу 1996 года было зарегистрировано 113 случаев ВИЧ–инфекции. В 1996 году произошла вспышка заражения ВИЧ среди шприцевых наркоманов в Светлогорском районе Гомельской области. Всего в 1996 году было зарегистрировано 1021 случай ВИЧ–инфицирования. В 2004 г. в Беларуси зарегистрировано 778 случаев заболеваний ВИЧ–инфекцией.

За все годы регистрации ВИЧ в Беларуси умерло более 500 ВИЧ–инфицированных, из которых умерли от СПИДа – около 130 человек

В возрастной структуре ВИЧ–инфицированных преобладают молодые люди (до 30–ти лет) – 80,8%, из которых молодежь до 20–ти лет составляет 16,6%. За период 1997–2004 годы родилось от ВИЧ–инфицированных матерей более 200 детей, из которых у 20 поставлен диагноз ВИЧ–инфекции.

Основная масса ВИЧ–инфицированных находится в асимптомной стадии. Преобладающим путем передачи инфекции является парентеральный (78,4%), связанный с инъекционным потреблением наркотиков. Прослеживается рост половой передачи ВИЧ: в 1996 году удельный вес полового пути передачи ВИЧ составлял 7,7%, в 1999 году – 30,5% и в 2001 году – 21,6%. Расширяется география распространения ВИЧ: если в 1996 году случаи ВИЧ регистрировались в основном в Гомельской области, то в настоящее время ВИЧ–инфицированные зарегистрированы более чем в 35–ти районах республики.[8;152]

С 1996 года в Беларуси проводится ряд мероприятий, направленных на профилактику распространения ВИЧ. Принята программа профилактики ВИЧ-инфекции, для ее реализации создан Республиканский межведомственный совет, который координирует работу различных министерств, ведомств и общественных организаций. Проводится необходимый комплекс мер по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от инфицированной матери к ребенку. В практику внедрены современные методы лечения, включая многокомпонентную терапию. Проводится информационная и просветительская работа с молодежью, включающая учебные программы, буклеты, видео- и киноматериалы, проводятся различные крупномасштабные акции, ведется целенапрвленная работа с лицами с рискованным поведением.

Распространенность инфекций половых путей и высокий уровень абортов, особенно прерывание первой беременности, обуславливают актуальность проблемы бесплодия для многих супружеских пар. По оценочным данным в мире 15 % пар бесплодны, в том числе из них: по причине бесплодия женщины – 50 %, по причине бесплодия мужчины – 30 %, по причине бесплодия обоих супругов – 20 %. Распространенность бесплодия в Беларуси составляет 16-18%.

Доказано, что основной причиной как женского, так и мужского бесплодия являются инфекции половых путей. Согласно выборочных данных 30–40 % молодых мужчин в Беларуси страдают простатитом вследствие ИППП.

Таким образом, несмотря на снижение распространенности абортов, и подростковой беременности (что говорит о положительной динамике в отношении молодежи к репродуктивному здоровью), соотношение родов к абортам остается неблагоприятным. Параллельно процессы роста использования современных средств контрацепции, заболеваемости сифилисом и ЗППП раскрывают несогласованность образовательных и просветительных мероприятий и служат основанием для их корректировки и интеграции. Значительный рост злокачественных новообразований репродуктивной сферы актуализирует проблемы проведения их целенаправленной профилактики. Уровень и причины материнской смертности отражают нерешенные вопросы охраны репродуктивного здоровья матерей. Успешное решение проблемы бесплодия супружеских пар является одним из резервов достижения семьями желаемого числа детей. В связи с вышесказанным, становится очевидной настоятельная необходимость в социальной работе по формированию положительного отношения молодежи к репродуктивному здоровью, разработка комплексных программ по здоровому образу жизни молодежи.

**2.2 Модель социальной работы по здоровому образу жизни молодежи**

Социальная работа позволяет решать широкий круг задач социальной защиты населения. Их число и разнообразие настолько велико, что порой заслоняет основную, конечную цель социальной работы. А конечной целью является охрана здоровья и жизни обслуживаемых лиц.[14;124] Модель социальной работы по здоровому образу жизни молодежи включает: анализ благоприятных и неблагоприятных факторов, оказывающих влияние на социальную работу с молодежью; деятельность по созданию условий для социальной адаптации молодежи; организацию работы по пропаганде здорового образа жизни; деятельность по созданию условий для здорового образа жизни молодежи, ее саморазвитие и самореализации.

Для выработки адекватных форм и методов достижения поставленных целей был проведен SWOT-анализ (анализ благоприятных и неблагоприятных факторов, могущих оказать значительное влияние на достижение целей). Результаты проведенного анализа (табл. 6) легли в основу выработки решений по задачам, формам, методам и стимулам планируемой в рамках программы деятельности.

Таблица 6. Благоприятные и неблагоприятные факторы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сильные факторы | Благоприятные возможности | Неблагоприятные возможности (риски) |
| 1.Возможность использовать ресурсы существующих социально-культурных учреждений, работающих с молодежью.Возможность использовать информационные массивы структурных подразделений и организаций, работающих с молодежью.Возможность привлечения некоммерческих организаций и их ресурсов к решению проблем молодежи города.Возможность использовать ресурсы Городской федерации детских объединений | Слабая нормативно-правовая база по вопросам молодежной политики.Слабое развитие центров, организующих деятельность на жилмассивах, неготовность большинства населения к самостоятельной организации данного вида деятельности.Проблемы в кадровом обеспечении.Устаревшие материально- техническая база и используемые технологии. |
| Слабые факторы | 1 . Незначительная поддержка средств массовой информации. 2. Заинтересованность молодежи в решении своих проблем. | Несоответствие перечня услуг, предоставляемых социально- культурными учреждениями, и современных потребностей молодежи.Слабое включение молодежных общественных структур в деятельность по решению проблем молодежи города. |

Деятельность по созданию условий для социальной адаптации молодежи предполагает решение комплекса задач для следующих целевых групп (таблица 7).

Таблица 7. Создание условий для социальной адаптации молодежи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Целевая группа | Задачи | Мероприятия | Конечные результаты |
| 1 |  2 |  3 |  4 |  5 |
|  |  | 2. Организоватьполучениезнаний повопросамместногосамоуправления | 1 . Осуществлениепрограммы дляоргановшкольногосамоуправленияпо вопросаморганизацииместногосамоуправления | 1 . Получение учащимисязнаний о механизмедеятельности органовместной власти, окомпетенциимуниципальногообразования2. Формированиегражданской позициижителя города умолодежи |
| 2. | Детские имолодежныеобъединения | 1 .Создатьусловия дляразвития идеятельностиобщественныхобъединений | 1 . Создание 4-хокружных центровподдержкидетских имолодежныхобщественныхобъединений | 1 . Интеграция детских июношеских объединений2. Оказание помощи ворганизационномоформлении новымдетским и молодежнымобщественнымобъединениям, появление новых детских имолодежныхобщественныхобъединений3. Активизациядеятельности федерациидетских общественныхобъединений города.  |
|  |  |  | 2. Конкурсмуниципальныхгрантов поподдержкедетских имолодежныхобщественныхобъединений | 1 . Создание условий длястабильногофункционированиядетских и молодежныхобщественныхобъединений |
| 3. | Организованнаямолодежь | Содействоватьвключению вобщественнуюжизнь местногосообщества | 1.РеформированиеСовета помолодежнойполитике | 1 . Включение молодежи впроцесс принятиярешений в рамках Советапо молодежной политике2. Формирование опытаучастия в общественныхпроцессах, таких каквыборы и деятельностьпредставительныхорганов;3. Повышениегражданской активностимолодежи4. Формированиегородского молодежногоактива |
|  |  |  | 2. Создание Фондамолодежныхинициатив | 1 . Формирование опытапринятия управленческихрешений, согласованияинтересов различныхгрупп молодежи2. Рост числареализованныхмолодежных инициатив |
|  |  |  | 3. Созданиедобровольческогообъединения"Школа добра" | 1 . Формирование опытаобщественно-полезнойдеятельности у молодежипо участию вдобровольческомдвижении2. Профориентациямолодежи3. Формированиегородского молодежного актива4. Привлечениедобровольцев длярешения социальныхзадач города |
| 4. | Молодые семьи,молодые люди,вступающие вбрак | 1 . Оказатьсодействие вразрешениипсихологическихконфликтов вмолодых семьях | 1 . Создание сетиклубов молодойсемьи с оказаниемконсультационныхуслуг при отделахЗАГС (не менее 5) | 1 .Оказаниепсихологической,юридической помощимолодым парам2. Создание клубов поинтересам дляорганизации общения идосуга молодых семей |
|  |  | 2.Способствоватьстановлениюновыхобщественно-значимыхсемейныхритуалов | 1. Созданиеландшафтногокомплекса "Паркмолодой семьи" | 1 . Появление новыхтрадиций,ориентированных навключение молодыхсемей в социально-значимую деятельность2. Создание зеленойпарковой зоны в чертегорода |

Организация работы по пропаганде здорового образа жизни, социальной ответственности и социальной активности предполагает меры по активизации широких слоев населения и, прежде всего, привлечению собственно молодежи и подростков, а также организаций некоммерческого сектора, работающих с молодежью (таблица 8).

Таблица 8. Модель работы по пропаганде здорового образа жизни среди молодежи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Целеваягруппа | Задачи | Мероприятия | Конечные результаты |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Организованнаямолодежь, в т.ч.обладающаялидерскимикачествами | 1 . Привлечьдетские имолодежныеобщественныеобъединения,организации, работающие с молодежью к разработке иреализации программ по пропагандездорового образа жизни,социальнойответственностии социальнойактивности | 1 . Конкурсмуниципальныхгрантов поразработке иреализациипрограмм пропаганды здорового образа жизни, социальнойактивности и социальной ответственности | 1 . Появление новыхпрограмм по пропаганде'здорового образа жизни2. Формированиеинициативных групп попропаганде здорового образа жизни 3. Привлечение молодежи и организаций, работающих смолодежью к пропаганде здорового образа жизни, социальной ответственностии социальной активности 4. Рост числа программ,четко районированных наопределенную локальнуютерриторию |
|  |  |  | 2. Общегородскойконкурс социальнойрекламы пропагандирующей здоровый образжизни, социальнуюактивность и социальную ответственность, созданноймолодежью | 1 . Вовлечение детей имолодежи в пропаганду здорового образа жизни исоциальной активности 2. Качественное изменение содержания социальнойрекламы, созданноймолодежью для молодежи 3. Накопление творческих работ, выявление талантливых молодыххудожников, дизайнеров 4. Появление у молодежиустановок на здоровый образ жизни и социальную |

Деятельность по созданию условий для здорового образа жизни молодежи, её саморазвития и самореализации предполагает:

создание и развитие объектов социальной инфраструктуры и организации свободного времени на жилмассивах силами общественности микрорайонов и приближение работы досуговых учреждений к месту труда, учебы и быта молодых людей;

поддержку программ организации досуга, физкультурно-массовой работы, реализующих доступные, развивающие формы проведения свободного времени.

Таблица 9. Деятельность по созданию условий для здорового образа жизни молодежи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Целевая группа | Задачи | Мероприятия | Конечные результаты |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Неорганизованная молодежь жилых микрорайонов | 1. Создать условия для веденияздорового образа жизни, организации досугамолодежи на жилмассивах | 1. Осуществление программы благоустройствадворовых территорий силами инициативных групп "Город нашей мечты" | 1 . Создание простейших элементов социальной инфраструктуры дляорганизации досуга населения 2. Активизация населения (в т.ч. молодежи) в благоустройстве дворовыхтерритории3. Улучшение имиджаорганов местногосамоуправления срединаселения |
|  |  |  | 2. Создание 3-хэкспериментальных площадок нажилмассивах на базе подростковых клубов - центров общественнойактивности | 1 . Создание центровактивности непосредственно на микрорайоне дляпривлечения подростков в социально-значимую деятельность, организацию досуга |
|  |  |  | 3. Городской смотр-конкурс налучшуюорганизацию работы с детьми и подростками на жилмассивах среди учреждений иорганизаций | 1 . Стимулирование учреждений работающих снеорганизованноймолодежью в жилых микрорайонах 2. Поддержка и развитие новых форм и программ по организации деятельности нажилмассиве |

**Заключение**

На протяжении своей жизни потребности молодежи по охране здоровья изменяются. Определяя наиболее важные проблемы и угрозы для здоровья молодежи в каждой возрастной группе, необходимо предусматривать правильную профилактику и разрабатывать эффективные способы социальной работы. Все услуги здравоохранения должны отвечать потребностям молодежи в охране их здоровья. Оценка качества услуг должна учитывать уровень информированности молодежи и их готовность принимать значимые решения относительно заботы о своем здоровье. Следует обеспечить, чтобы во всех стране услуги здравоохранения соответствовали международным стандартам качества, и чтобы право на конфиденциальность стало важной составной частью оказания услуг и уважительного отношения к молодежи. Для того, чтобы социальная работа с молодежью была эффективной, необходимо, чтобы программы улучшения здоровья молодежи имели достаточное финансирование как со стороны государственного сектора , так и сектора страхования здоровья.

Для оценки эффективности действий по улучшению здоровья молодежи необходимо проводить мониторинг результатов предпринимаемых мер и определять, насколько они соответствуют потребностям молодежи в услугах здравоохранения. Мониторинг и оценку следует проводить на различных уровнях (международный, национальный, местный) с включением как государственных, так и негосударственных мероприятий. Эффективный мониторинг должен также включать в себя информацию по проведению в жизнь законодательства в отношении здоровья молодежи и их социальной защиты.

Таким образом, стратегический план действий по улучшению здоровья молодежи включает следующие аспекты: Усовершенствование законодательства по охране здоровья молодежи;

Меры социальной защиты молодежи с учетом различных возрастных групп;

Занятость молодежи, сокращение безработицы;

Профилактика насилия и других форм дискриминации в отношении молодежи;

Обеспечение доступа к образованию и информации;

Охрана здоровья населения на протяжении всей жизни, в том числе:

профилактика проблем, связанных с питанием, включая пропаганду и поддержку грудного вскармливания, контроль за состоянием питания в период полового созревания, подготовки к беременности;

профилактика недостаточности витаминов и микронутриентов;

профилактика проблем подросткового возраста, включающая снижение уровня подростковой беременности, числа случаев ИППП, сокращение распространенности различного рода зависимостей (курение, наркотики, алкоголь и т.д.);

создание для подростков и молодежи «дружелюбных» услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья; воспитание у молодежи чувства собственного достоинства и самоуважения;

дальнейшее развитие и укрепление служб планирования семьи, включая обеспечение доступности современных методов контрацепции и непрерывность предоставляемых услуг;

обеспечение качественного антенатального наблюдения, внедрение программ безопасного материнства, направленных на снижение материнской и неонатальной заболеваемости и смертности;

профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний;

изучение и предупреждение нарушений психического здоровья молодежи в различные периоды их жизни;

изучение особенностей течения различных заболеваний с проведением научно-обоснованной коррекции методов профилактики, диагностики и

**Литература**

1. Богданова, Е.А. Охрана здоровья девочек и девушек–основа репродуктивного здоровья женщин/Е.А. Богданова, М.И.Кузнецова,О.Г. Фролова// Акушерство и гинекология.– 1992.- № 5.– С. 48.
2. Ворника, Б.М. Репродуктивное здоровье: Руководство для врачей/ Б.М. Ворника.- Киев.: ИЦ «Семья», 1999. – 128 с.
3. Ворсина, Г.Л. Основы валеологии и школьной гигиены: Учебное пособие/ Г.Л. Ворсина, В.И. Колюнов.—Мн.:Тесей,2005.-288с.
4. Гречнева, Е.В. Реализация государственной молодежной политики в РБ/Е.В. Греснева//Белорусская думка.-2004.-11.-с.22
5. Григорьев, С.И. Социальная работа с молодежью: Учебник для студентов вузов/С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, С.А. Гусова.-М.:"Гардемарин",2006.-204 с.
6. Добреньков,В.И. Методы социалогического исследования:Учебник/В.И. Добреньков,А.И. Кравченко.-М.:ИНФРА-М,2004.-768с.
7. Дорошкевич, М.П. Основы валеологии: Учебное пособие/ М.П. Дорошкевич,Д.М. Муравьева.-Мн.:"Вышейшая школа",2003.-240с.
8. Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2004 г. – Мн.: ГУ РНМБ, 2005. – 316 с.
9. Купчинов, Р.И. Формирование здорового образа жизни молодежи: Пособие для кураторов и преподавателей высших учебных заведений/Р.И. Купчинов.-Мн.:УП" ИВЦ Минифина",2004.-211с. Курбатова, В.И. Социальная работа/ В.И. Курбатова.- Ростов н/Д.:"«Феникс»,1999.-576с.
10. Лукьяненко, В.И. Теория и методика социальной работы:Учебное пособие(часть1)/проф. В.И.Лукьяненко, проф. П.Д. Павленок.-М.: Издательство "Союз",1994.-399с.
11. Мануилова, И.А. Современные контрацептивные средства/ И.А. Мануилова.- М.: «Малая медведица», 1993.- 200 с.
12. Михалевич, С.И. Преодоление бесплодия. Диагностика, клиника, лечение: Учебное пособие/ С.И. Михалевич.– Мн.: Бел. Навука, 2002.– 191 с.
13. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь: Учеб. семинар/ Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. – Женева, 2002. – 500 с.
14. Павленок,П.Д. Основы социальной работы: Учебник(2-е изд. испр. и доп.) / П.Д.Павленок.--М.:ИНФРА-М,2001.395с.
15. Подольский, В.В. Репродуктивное здоровье — важнейшая проблема современности/В.В.Подольский// Здоровье женщины.-2003.-№1.-С.103.
16. Римашевская, Н.М. Жизненный уровень населения как фактор национальной безопасности/Н.М. Римашевская// Аналитический вестник “Народонаселение как фактор национальной безопасности”.- Москва, 2000.- № 15.- С. 3-20.
17. Серов,В.Н. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты)/ В.Н. Серов, Г.М. Бурдули, О.Г.Фролова.– М.: Изд-во «Триада-Х», 1997. – 188 с.
18. Стрижаков, А.Н. Современные методы контрацепции:Руководство/ А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов,М.Н.Шахламова.- М.: 1996.- С. 54.
19. Федорова,М.В. Репродуктивное здоровье женщины и потомство в регионах с радиоактивным загрязнением (Последствия аварии на ЧАЭС) / Под ред. акад. МАИПТ, проф. М.В. Федоровой, чл.–кор. РАМН, проф. В.И. Краснопольского, проф. А.М. Лячинской. – М.: Медицина, 1997. – 394 с.
20. Филатова, О.Г. Методика и техника социологического исследования:Конспект лекций/О.Г.Филатова.-СПб.:Изд-во Михайлова В.А.,2000.-48с.
21. Фирсов, М.В. Теория социальной работы:Учебное пособие для студентов высш. учебных заведений/М.В.Фирсов, Е.Г. Студенова.-М.:Гуманитарный изд.центр ВААДОС,2000.-432с.
22. Харкевич,О.Н. Алгоритм оценки репродуктивного здоровья женщин, проживающих в загрязненных радионуклидами регионах: Метод. рекомендации/ О.Н. Харкевич, С.Р. Мазитов, Т.В. Бекасова.– Гомель.: РНИУП «Институт радиологии», 2004.– 33 с.
23. Харкевич,О.Н. Оценка состояния репродуктивного здоровья у жительниц загрязненных радионуклидами территорий: Метод. рекомендации/ О.Н. Харкевич, С.Р. Мазитов, Т.В. Бекасова.– Гомель.: РНИУП «Институт радиологии», 2004.– 30 с.
24. Харкевич,О.Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам:Метод.рекомендации/О.Н. Харкевич.– Мн.: БГУ,2001.– 186с.

25. Холостова, Е.И. Теория социальной работы:Учебник/Под. ред проф.Е.И.Холостовой.-М.: Юристъ,1998.-334с.

26. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на Республиканских референдумах 24 ноября 1996г. и 17 октября 2004 г.)—Мн.: Амалфея,2005.—48с.

27. О демографической безопасности: Закон Республики Беларусь от 11декабря 2001г. №201//Ведомости Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь.2001—20 дек.

28. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993г. № 24//Ведамасцi Вярхоўнага Савета РэспублiкiБеларусь.1993—18июня.