

Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн боловсролын түвшин, хөтөлбөрийн агуулгын зөрүүнд хийсэн дүн шинжилгээ

Г.Ариунзаяа¹, У.Энхбаяр^{1,2}, С.Нандин-эрдэнэ², Б.Батцэцэг², Д.Нармандах³, Н.Удвал³

¹АШУУИС, Дорноговь салбар АУС

²Дорноговь Нэгдсэн эмнэлэг

³Улаанбаатар хот ГУИС

Цахим иуудан: ariunzaya@mnims.edu.mn, Утас: 96969234

Түлхүүр үг:

ББНҮЭМ
КАР судалгаа
CSE стандарт
Агуулгын зөрүү
Сургалтын нэгдмэл
загвар

Товч утга:

Үндэслэл: Дэлхий дахинд залуучуудын бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд (ББНҮЭМ)-ийн асуудал нийгмийн эрүүл мэндийн тэргүүлэх чиглэл хэвээр байна. Монгол Улсын хувьд БЗДХ-ын нийт тохиолдлын 40 гаруй хувийг 15-24 насныхан эзэлж байгаа нь үндэсний хэмжээний тулгамдсан асуудал боллоо. Өсвөр үеийнхэнд олгож буй эрүүл мэндийн боловсрол нь биологийн мэдлэгт түлхүү төвлөрч, амьдрах ур чадвар, зөвшилцөл, харилцааны асуудлуудыг орхигдуулснаас шалтгаалан суралцагчдын дунд мэдлэг болон дадлын зөрүү гүнзгийрч, эрсдэлт зан үйлд өртөх магадлал өндөр байна. Иймд залуучуудын ББНҮЭМ-ийн бодит хэрэгцээг тодорхойлж, үндэсний сургалтын агуулгыг олон улсын бэлгийн цогц боловсрол (CSE)-ын стандарттай харьцуулан үнэлэх шаардлага тулгарч байгаа нь энэхүү судалгааны үндэслэл боллоо.

Зорилго: Их, дээд сургуулийн суралцагчдын бэлгийн боловсролын түвшинг (КАР) харьцуулан үнэлж, үндэсний сургалтын хөтөлбөрийн агуулгыг олон улсын бэлгийн цогц боловсролын стандарттай харьцуулан, агуулгын зөрүүг тодорхойлох. **Арга, аргачлал:** Судалгааг аналитик судалгааны тохиолдол-хяналтын загвараар гүйцэтгэж, нийт 585 суралцагчийг (Шинэ элсэгчид $n=289$, ахлах дамжаа $n=296$) санамсаргүй түүвэрлэлтийн аргаар хамрууллаа. Мэдээллийг ЮНЕСКО-ийн CSE стандарт болон үндэсний хөтөлбөрт үндэслэсэн бүтцэт асуумжаар цуглуулж, SPSS 26.0 программ ашиглан χ^2 болон t-шалгуураар статистик ач холбогдлыг ($p<0.05$) тооцоо. Агуулгын шинжилгээг триангуляцийн матриц ашиглан гүйцэтгэв. **Үр дүн:** Судалгааны бүлгүүдийн хооронд нас ($p<0.001$), гэр бүлийн байдал ($p<0.001$) болон амьдрах орчны ($p<0.001$) хувьд статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байсан бол хүйс ($p=0.183$) болон нийгэм-эдийн засгийн статусын хувьд ижил төрлийн байв. Ахлах дамжааны оюутнуудын ББНҮЭМ-ийн мэдлэг, хандлага, дадал шинэ элсэгчдээс бүх асуулт дээр илүү ($p<0.001$) байлаа. Гэвч мэдлэг болон дадлын зөрүү (Knowledge-Practice Gap) гүнзгий байна. Тухайлбал, шинэ элсэгчдийн 70% нь БЗДХ-ын талаар мэддэг боловч бэлгэвчний тогтмол хэрэглээ ердөө 45% байна. Агуулгын шинжилгээгээр үндэсний хөтөлбөр нь биологийн мэдлэгийг сайн олгож байгаа ч CSE-ийн үндсэн концепц болох “Зөвшилцөл”, “Харилцааны сэтгэл зүй”, “Цахим аюулгүй байдал” зэрэг агуулга орхигдсон болох нь тогтоогдлоо. Онолын мэдлэгт суурилсан сургалт нь залуучуудыг эмнэлгийн тусламж авахаас эмээх байдалд хүргэж байна. **Дүгнэлт:** Суралцагчдын дунд ББНҮЭМ-ийн мэдлэг ба дадлын зөрүү ($p<0.001$) өндөр байгаа нь үндэсний сургалтын хөтөлбөрийн агуулгыг олон улсын CSE стандартын дагуу шинэчлэх нэн шаардлагатайг нотолж байна. Залуучуудын эрсдэлт зан үйлийг бууруулахын тулд зөвхөн мэдээлэл өгөх бус, ур чадварт суурилсан “Сургалтын нэгдмэл загвар”-ыг сургууль-эмнэлэг-гэр бүлийн түншлэлд тулгуурлан нэвтрүүлэх нь зүйтэй.

Үндэслэл: Дэлхий дахинд залуучуудын бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд (ББНҮЭМ)-ийн асуудал нь тогтвортой хөгжлийн зорилтуудын нэгэн салшгүй хэсэг бөгөөд нийгмийн эрүүл мэндийн тэргүүлэх чиглэл хэвээр байна.¹ Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын (ДЭМБ) сүүлийн үеийн тайлангаар жил бүр 15-24 насны залуучуудын дунд бэлгийн замаар дамжих халдвар (БЗДХ)-ын 100 сая гаруй шинэ тохиолдол бүртгэгдэж байгаа нь дэлхий нийтийн анхаарлыг татаж байна.^{2,3} Хөгжиж буй орнуудын хувьд залуучуудын нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах хүртээмж, мэдлэг дутмаг байгаа нь эрсдэлт зан үйлийг нэмэгдүүлж байна.^{4,5}

Манай улсын хувьд БЗДХ-ын тархалт залуучуудын дунд тогтвортой өндөр байгаа бөгөөд нийт халдварын тохиолдлын 40-өөс дээш хувийг 15-24 насныхан эзэлж байгаа нь үндэсний хэмжээний тулгамдсан асуудал болж байна.^{6,7} Судалгаагаар өсвөр үеийнхний дунд БЗДХ-аас урьдчилан сэргийлэх мэдлэг хангалтгүй, бэлгэвчний хэрэглээ тогтмол бус байгаа нь халдварын тархалт нэмэгдэх үндсэн нөхцөл болж байна.^{8,9} Ялангуяа гэр бүл төлөвлөлт, жирэмслэлтээс сэргийлэх аргуудын талаарх буруу ташаа ойлголт нь залуучуудын дунд хүсээгүй жирэмслэлт, үр хөндөлтийг нэмэгдүүлж буй гол хүчин зүйл юм.^{10,11}

ЮНЕСКО-оос гаргасан Бэлгийн цогц боловсролын стандартад зааснаар зөвхөн биологийн мэдлэг төдийгүй хүний эрх, жендэр, зөвшилцөл болон харилцааны ур чадварыг багтаах ёстойг онцолсон байдаг.^{12,13} Гэвч Монгол улсын ерөнхий боловсролын “Эрүүл мэнд”-ийн хичээлийн хөтөлбөр нь ихэвчлэн “хориг, эрсдэл” дээр суурилсан, биологийн тал руу хэт хэлбийж, залуучуудын амьдрах ур чадварыг орхигдуулсан хэвээр байна.^{14,15} Үүнээс шалтгаалан суралцагчдын дунд мэдлэг болон дадлын зөрүү гүнзгийрч, онолын мэдлэг нь бодит амьдрал дээр эрүүл зан үйл болон төлөвшихгүй байна.^{16,17}

Их, дээд сургуульд шинээр элсэж буй 1-р курсийн оюутнуудын хувьд гэр бүлийн хяналтаас гарч, шинэ орчинд дасан зохицох явцдаа үе тэнгийнхний шахалтад автах, хамгаалалтгүй бэлгийн харилцаанд орох зэрэг эрсдэл хамгийн өндөр байдаг.¹⁸ Иймд залуучуудын ББНҮЭМ-ийн бодит хэрэгцээг тодорхойлж, үндэсний сургалтын агуулгыг олон улсын стандартад нийцүүлэн шинэчлэх, чадварт суурилсан сургалтын загвар боловсруулах нь нийгмийн эрүүл мэндийг хамгаалахад нэн чухал ач холбогдолтой юм.^{19,20}

Зорилго: Суралцагчдын бэлгийн боловсролын түвшинг (мэдлэг, хандлага, дадал) харьцуулан үнэлж, үндэсний сургалтын хөтөлбөрийн агуулгыг олон улсын бэлгийн цогц боловсролын стандарттай харьцуулан, агуулгын зөрүүг тодорхойлох.

Арга, аргачлал: Судалгааг аналитик судалгааны загвараар гүйцэтгэж, судалгаанд оролцогчдыг хоёр бүлэгт хуваасан. (Шинэ элсэгчид n=289, ахлах дамжаа n=296)

Судалгаанд нийт 585 суралцагчийг санамсаргүй түүвэрлэлтийн аргаар сонгон хамруулсан. Түүвэрлэлтэд оролцогчдын газар зүйн байршил (Дорнод, Сүхбаатар, Хэнтий, Дорноговь, Говьсүмбэр, Дундговь, Өмнөговь аймаг) болон нийгэм-эдийн засгийн байдлыг ижил түвшинд байхаар тооцсон.

Судалгааны мэдээллийг цуглуулахдаа ЮНЕСКО-ийн Бэлгийн цогц боловсролын стандарт болон “Эрүүл мэнд”-ийн хичээлийн хөтөлбөрт үндэслэн боловсруулсан, бүтцэт асуумжийн аргыг ашигласан. Асуумж нь дараах 3 үндсэн хэсгээс бүрдсэн.

1. Хүн ам зүйн үзүүлэлт: Нас, хүйс, дамжаа, байршил, гэр бүлийн байдал, орлого гэх мэт.
2. КАР үнэлгээ: ББНҮЭМ-ийн мэдлэг (12 асуулт), Хандлага (5 асуулт), Дадал (5 асуулт).
3. Агуулгын шинжилгээ: Олон улсын 8 үндсэн концепцыг үндэсний хөтөлбөртэй харьцуулсан матриц.

Судалгааны үр дүнг SPSS 26.0 программ ашиглан боловсруулсан. Чанарын үзүүлэлтийг тодорхойлохдоо давтамж болон хувиар илэрхийлсэн. Бүлэг хоорондын ялгааг тодорхойлохдоо Пирсоны хи-квадрат (χ^2) болон Стьюдентын t-шалгуурыг ашигласан. Статистик ач холбогдлын түвшинг $p < 0.05$ байхаар тогтоосон.

ЮНЕСКО-ийн Бэлгийн цогц боловсролын 8 үндсэн концепцыг суурь болгон авч, Монгол Улсын “Эрүүл мэнд” хичээлийн агуулга болон мэдлэг-хандлага-дадал (КАР) судалгааны бодит үр дүн хоорондын уялдаа холбоог Триангуляцийн матриц ашиглан шинжилж, дутагдаж буй агуулгыг тодорхойлсон.

Үр дүн: Судалгааны үр дүнд нөлөөлж болох зарим хүчин зүйлсийг хянах, бүлэг хоорондын ижил төрлийн байдлыг хангах зорилгоор нийт 585 суралцагчийг хүн ам зүйн 9 үндсэн үзүүлэлтээр харьцуулан шинжиллээ. Тохиолдлын (n=289) болон хяналтын (n=296) бүлгийн оролцогчдын нас, хүйс, оршин суугаа байршил, нийгэм-эдийн засгийн ерөнхий шинж чанарыг дэлгэрэнгүй үзүүлэв (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Судалгаанд оролцогчдын хүн ам зүй, нийгэм-эдийн засгийн ерөнхий шинж чанарын харьцуулалт

Үзүүлэлт	Тохиолдлын бүлэг (n = 289),%	Хяналтын бүлэг (n = 296),%	Статистик шалгуур (X^2/t)	p-утга
Насны бүлэг			312,4	<0.001*
18-19	247 (85.8%)	38 (12.8%)		
20-24	42 (14.5%)	258 (87.2%)		
Хүйс			1,18	0,183
Эрэгтэй	58 (20.1%)	49 (16.6%)		
Эмэгтэй	231 (79.9%)	247 (83.4%)		
Суралцаж буй курс			-	-
1-р курс	289 (100%)	0 (0%)		
2-6-р курс	0 (0%)	296 (100%)		
Байршил (аймаг)			0.94	0,992
Дорнод	59 (20.4%)	61 (20.6%)		
Сүхбаатар	45 (15.6%)	43 (14.5%)		
Хэнтий	39 (13.5%)	40 (13.5%)		
Дорноговь	89 (30.8%)	91 (30.7%)		
Говьсүмбэр	8 (2.8%)	7 (2.4%)		
Дундговь	29 (10.0%)	31 (10.5%)		
Өмнөговь	20 (6.9%)	23 (7.8%)		
Гэр бүлийн байдал			54.1	<0.001*
Огт гэрлэж байгаагүй	261 (90.3%)	195 (65.9%)		
Гэрлэсэн / Хамтран амьдардаг	28 (9.7%)	97 (32.7%)		
Салсан / Бэлбэсэн	0 (0%)	4 (1.4%)		
Гэр бүл дэх байр суурь			1.42	0.701
Том хүүхэд	149 (51.5%)	139 (47.0%)		
Дунд хүүхэд	59 (20.4%)	62 (20.9%)		
Бага хүүхэд	37 (12.8%)	45 (15.2%)		
Айлын ганц	44 (15.2%)	50 (16.9%)		
Одоогийн амьдрах орчин			21.0	<0.001*
Эцэг, эхтэйгээ хамт амьдардаг	274 (94.8%)	245 (82.8%)		
Эцэг, эхтэйгээ хамт амьдардаггүй	15 (5.2%)	51 (17.2%)		
Эцэг, эхийн боловсролын түвшин			0.81	0.367
Дунд сургууль болон түүнээс доош	168 (58.1%)	183 (61.8%)		
Дэд бакалавр, бакалавр, магистр	121 (41.9%)	113 (38.2%)		
Эцэг, эхийн амьдралын байдал			1.15	0.563
Эцэг, эхтэй	265 (91.7%)	261 (88.2%)		
Хагас, бүтэн өнчин	24 (8.3%)	35 (11.8%)		
Гэр бүлийн сарын орлого			3.24	0.518
1.2 сая төгрөгөөс бага	115 (39.8%)	114 (38.5%)		
1.2 - 2.5 сая төгрөг	147 (50.9%)	146 (49.3%)		
2.5 сая төгрөгөөс дээш	27 (9.3%)	36 (12.2%)		

Судалгааны хоёр бүлгийн хооронд дараах үзүүлэлтүүд статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай ($p < 0.001$) байна. Үүнд:

- Насны бүлэг: Тохиолдлын бүлгийн дийлэнх хувь нь буюу 85.8% нь 18-19 насныхан байгаа бол, хяналтын бүлэгт 20-24 насныхан (87.2%) давамгайлж байна ($\chi^2=312.4$). Энэ нь бүлэг хоорондын насны зааг маш тодорхой байгааг илтгэнэ.

- Гэр бүлийн байдал: Тохиолдлын бүлгийн 90.3% нь огт гэрлэж байгаагүй залуус байгаа бол, хяналтын бүлгийн 32.7% нь гэрлэсэн эсвэл хамтран амьдрагчтай байна. Энэ нь насны бүлгийн ялгаатай шууд хамааралтай байж болох талтай.
- Амьдрах орчин: Тохиолдлын бүлгийн 94.8% нь эцэг эхтэйгээ хамт амьдарч байгаа нь хяналтын бүлэгтэй (82.8%) харьцуулахад өндөр байна.

Статистикийн хувьд $p > 0.05$ байгаа үзүүлэлтүүд нь хоёр бүлгийн хувьд ижил төстэй байгааг илэрхийлдэг. Энэ нь судалгааны үр дүнд гадны нөлөөлөл бага байх нөхцөлийг бүрдүүлдэг.

- Хүйс ($p=0.183$): Хоёр бүлэгт хоёуланд нь эмэгтэйчүүд давамгайлсан байна (79.9% ба 83.4%). Хүйсийн харьцаа статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байгаа нь хүйсээс хамаарсан алдааг (bias) бууруулна.
- Байршил ($p=0.992$): Судалгаанд оролцогчдын оршин суугаа аймаг, бүс нутгийн тархалт хоёр бүлэгт бараг ижил байна. Тухайлбал, Дорноговь аймгийн оролцогчид хоёр бүлэгт хамгийн өндөр (30.8% ба 30.7%) хувийг эзэлж байна.
- Эдийн засаг ба Боловсрол: Гэр бүлийн сарын орлого ($p=0.518$) болон эцэг эхийн боловсролын түвшин ($p=0.367$) нь хоёр бүлэгт статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байна. Энэ нь

оролцогчдын нийгэм-эдийн засгийн статус ижил түвшинд байгааг харуулж байна.

Суралцагчдын ББНҮЭМ-ийн мэдлэг, хандлага, дадлын (КАР) харьцуулсан үнэлгээ: Судалгааны энэ хэсэгт шинэ элсэгч болон ахлах дамжааны оюутнуудын бэлгийн боловсролын түвшинг Мэдлэг (Knowledge), Дадал (Practice), Хандлага (Attitude) буюу КАР загвараар үнэлж, бүлэг хоорондын ялгааг статистик ач холбогдлын түвшинд шинжиллээ.

Бэлгийн боловсролын түвшин нь залуучуудын эрсдэлт зан үйлийг тодорхойлогч гол хүчин зүйл болохын хувьд тэдний дунд тархсан түгээмэл ойлголтууд, БЗДХ-ын шинж тэмдгийн талаарх мэдлэг болон урьдчилан сэргийлэх зан үйлийн төлөвшилийг иж бүрэн тодорхойлохыг зорив.

Судалгаанд оролцогчдын ББНҮЭМ-ийн ерөнхий үзүүлэлтүүдийг бүлэг тус бүрээр харьцуулсан үр дүнг Хүснэгт 2-т нэгтгэн харуулав.

Хүснэгт 2. Суралцагчдын бэлгийн боловсролын түвшинг ерөнхий асуумжаар үнэлсэн байдал (n=585)

Үзүүлэлт	Шинэ элсэгч (n=289)	Ахлах дамжаа (n=296)	p-утга
1. Мэдлэг			
ХДХВ/ДОХ болон БЗДХ-ын талаар сонсож байсан (%)	90% (260)	98% (290)	<0.001
БЗДХ хэрхэн дамждаг талаар зөв хариулсан (%)	70% (202)	88% (260)	<0.001
БЗДХ-аас урьдчилан сэргийлэх аргыг зөв мэддэг (%)	65% (188)	85% (252)	<0.001
Бэлгийн замаар дамжих халдварууд ямар өвчнүүдийг хамардаг (%)			
ХДХВ/ДОХ	85% (246)	95% (281)	<0.001
Заг хүйтэн	75% (217)	90% (267)	<0.001
Хламид	60% (173)	80% (237)	<0.001
Хүний папиллома вирус (HPV)	55% (159)	78% (231)	<0.001
Гепатит В, С	50% (145)	75% (222)	<0.001
Тэмбүү	65% (188)	85% (252)	<0.001
Бусад	20% (58)	35% (104)	<0.001
БЗДХ-ын халдвартай хүн ямар шинж тэмдэг илэрч болох вэ? (Олон сонголттой)			
Бэлэг эрхтнээс ялгадас гарах	60% (173)	80% (237)	<0.001
Шээх үед өвдөх	55% (159)	75% (222)	<0.001
Шарх, тууралт гарах	50% (145)	72% (213)	<0.001
Загатнах	40% (116)	65% (192)	<0.001
Ямар ч шинж тэмдэггүй байж болно	35% (101)	60% (178)	<0.001
2. Дадал			
Сүүлийн 6 сард бэлгийн хавьталд орсон (%)	25% (72)	60% (178)	<0.001
Бэлгийн харилцаанд ороход тогтмол бэлгэвч хэрэглэдэг (%)	45% (32)	70% (125)	<0.001
Сүүлийн 6 сард БЗДХ-ын шинжилгээ өгсөн (%)	30% (87)	50% (148)	<0.001
БЗДХ-ын эсрэг вакцин (%)	20% (58)	35% (104)	<0.001
БЗДХ-ын халдвар авсан байж болзошгүй үед эмчид хандана (%)	80% (231)	95% (282)	<0.001
3. Хандлага			
БЗДХ/ХДХВ-тэй хүнтэй хамт ажиллахыг зөвшөөрөх (%)	70% (202)	85% (252)	<0.001
БЗДХ/ХДХВ-тэй хүнтэй найзалж чадна (%)	60% (173)	80% (237)	<0.001
БЗДХ/ХДХВ-тэй хүмүүсийг тусгаарлах хэрэгтэй гэж үздэггүй (%)	40% (116)	70% (207)	<0.001
Өөрийгөө БЗДХ авах эрсдэлтэй гэж үздэг (%)	25% (72)	15% (44)	0.008
БЗДХ/ХДХВ-ын талаар илүү их мэдээлэл авахыг хүсэж байна (%)	85% (246)	90% (267)	0.045

Ахлах дамжааны суралцагчдын мэдлэг бүх асуулт дээр шинэ элсэгчдээс илүү байна ($p < 0.001$).

- Өвчний тухай ойлголт: Ахлах дамжааныхан БЗДХ-ын төрлүүдийг илүү сайн нэрлэж байгаа нь тэдний анагаах ухаан эсвэл эрүүл мэндийн боловсрол эзэмшсэн байдалтай холбоотой байж болох юм.
- Шинж тэмдэг: Шинэ элсэгчдийн ердөө 35% нь БЗДХ ямар ч шинж тэмдэггүй илэрч болдгийг мэдэж байгаа нь тэдний дунд «нууц үе» болон «шинж тэмдэггүй халдвар тээгч»-ийн талаарх ойлголт дутмаг байгааг харуулж байна.

Дадлын үнэлгээний хэсэгт хамгийн анхаарал татсан эрсдэлтэй үзүүлэлтүүд харагдаж байна.

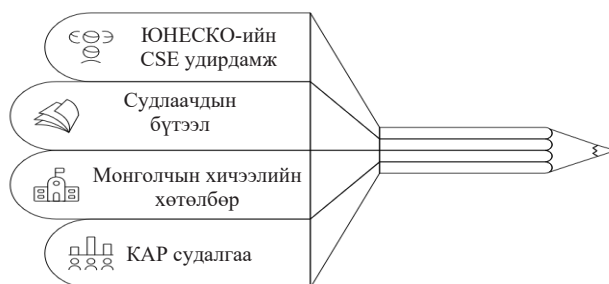
- Ахлах дамжааны суралцагчдын 60% нь бэлгийн харилцаанд орсон байгаа нь шинэ элсэгчдээс (25%) даруй 2.4 дахин их байна.
- Бэлгэвчийг тогтмол хэрэглэх дадал ахлах дамжаанд илүү (70%) байгаа ч шинэ элсэгчдийн дунд энэ үзүүлэлт маш хангалтгүй буюу 45% байна. Энэ нь шинэ элсэгчид илүү эрсдэлтэй нөхцөлд байгааг баталж байна.
- Ахлах дамжааныхан халдвар авсан байж болзошгүй үед эмчид хандах хандлага маш өндөр (95%) байна.

Оюутнуудын хандлага ахлах дамжаанд орох тусам илүү эерэг, ялгаварлан гадуурхалтаас ангид болж байна.

- Халдвартай хүмүүсийг тусгаарлах хэрэггүй гэж үзэх хандлага ахлах дамжаанд 70% байгаа бол шинэ элсэгчдэд ердөө 40% байна. Энэ нь шинэ элсэгчдийн дунд өвчний талаарх айдас, буруу ташаа ойлголт өндөр байгааг илтгэнэ.

- Сонирхолтой нь шинэ элсэгчид өөрийгөө эрсдэлтэй гэж үзэх хандлага (25%) нь ахлах дамжааныхаас (15%) өндөр байна. Энэ нь шинэ элсэгчид мэдлэг дутмаг учраас илүү түгшүүртэй байгааг харуулж байж болох юм.

Харьцуулсан агуулгын шинжилгээ: ЮНЕСКО-ийн бэлгийн цогц боловсрол (CSE) удирдамжийн 8 үндсэн концепц болон бусад судлаачдын бүтээл, Монгол Улсын ерөнхий боловсролын сургуулийн “Эрүүл мэнд”-ийн хичээлийн хөтөлбөр болон бидний гүйцэтгэсэн КАР (Мэдлэг, хандлага, дадал) судалгааны үр дүнтэй харьцуулсан дүн шинжилгээг доорх байдлаар дэлгэрэнгүй тодорхойллоо (Зураг 1).



Зураг 1. ЮНЕСКО-ийн Бэлгийн цогц боловсрол (CSE)-ын стандарт болон Үндэсний хөтөлбөрийн агуулгын давхцал, цоорхойн шинжилгээ.

Энэхүү диаграмм нь үндэсний хөтөлбөрийн давуу талыг хадгалан, олон улсын стандартын дутагдаж буй агуулгыг хэрхэн нэгтгэж байгааг харуулсан бөгөөд хоёр өөр стандартын огтлолцол болон ялгаатай талуудыг харуулах замаар «Сургалтын нэгдмэл загвар»-ын онолын үндэслэлийг тодорхойлж байна. (Хүснэгт 3)

Хүснэгт 3. ББНҮЭМ-ийн стандарт, агуулга ба бодит байдлын харьцуулалт

CSE-ийн 8 үндсэн концепц	“Эрүүл мэнд” хичээлийн агуулга	КАР судалгааны бодит үр дүн / Үзүүлэлт	Зөрүү ба Дутагдал
Харилцаа (Relationships)	Гэр бүл, үерхэл нөхөрлөлийн талаар ерөнхий дурддаг.	Оролцогчдын дунд “шахалтаас татгалзах” ур чадвар дутмаг.	Харилцааны сэтгэл зүй, ур чадварын сургалт орхигдсон.
Үнэт зүйл, эрх, соёл	Хүний эрхийг заадаг ч бэлгийн эрх, сонголтын агуулга сул.	Цахим орчны мэдээллийг шүүн ялгах чадвар сул, төөрөгдөл их.	Мэдээллийн дархлаа болон ёс зүйн асуудал дутмаг.
Жендэрийн ойлголт	Бага ангид заадаг ч ахлах ангид гүнзгийрүүлдэггүй.	Хүйсийн ялгаатай эрүүл ахуйн дадал (эрэгтэй/эмэгтэй) хангалтгүй.	Жендэрт суурилсан эрүүл мэндийн боловсрол тасарсан.
Хүчирхийлэл, аюулгүй байдал	Сэргийлэх агуулга ордог ч цахим дарамт, зөвшилцөл дутмаг.	“Зөвшилцөл”-ийн практик ойлголт сул, эрсдэлийг танихгүй байна.	Зөвшилцлийн соёл ба дижитал аюулгүй байдлын цоорхой.
Эрүүл мэнд, сайн сайхан	Онолын мэдлэг түлхүү, шийдвэр гаргах чадвар орхигдсон.	Найз нөхдийн дарамт, орчны нөлөөнд автах эрсдэл өндөр ($p < 0.05$).	“Үгүй” гэж хэлэх практик чадвар сул.
Хүний бие ба хөгжил	Бэлгийн бойжилтыг биологийн талаас нь хамгийн сайн тусгасан.	Биологийн мэдлэг “дунд” байгаа ч ариун цэврийн практик дадал хангалтгүй.	Мэдлэг болон дадлын зөрүү
Бэлгийн зан үйл	Агуулгыг ихэвчлэн «эрсдэл, хориг» талаас нь тайлбарладаг.	Оролцогчдын 28.7% нь бэлгийн харилцаанд орсон, тал нь хамгаалалтгүй.	Сөрөг хандлагад суурилсан сургалт нь зан үйлийг өөрчлөхгүй байна.
ББНҮЭМ	9-р ангиас БЗДХ, жирэмслэлтээс сэргийлэх талаар үзэж эхэлдэг.	Урьдчилан сэргийлэх аргуудын бодит дадал маш сул	Үйлчилгээ авах хүртээмж, нууцлалын талаарх мэдээлэл дутмаг.

Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд сургалтын хөтөлбөр биологийн мэдлэг (Хүний бие ба хөгжил, БЗДХ-ын онол) олгох тал дээр төвлөрч байгаа боловч, энэ нь бодит амьдрал дээр эрүүл зан үйл болон хувирч чадахгүй байна. Жишээ нь: Суралцагчид БЗДХ-ын талаар онолын мэдлэгтэй боловч бэлгэвчний хэрэглээ болон урьдчилан сэргийлэх бодит дадал хангалтгүй байгаа нь сургалтын арга барил «мэдээлэл өгөх» төдий байгааг илтгэнэ.

Бэлгийн цогц боловсролын гол цөм болох зөвшилцөл, харилцаа, шийдвэр гаргах ур чадварууд сургалтын агуулгад орхигдсон байна. Найз нөхдийн шахалтаас татгалзах, «Үгүй» гэж хэлэх зэрэг нь залуучуудыг эрсдэлтэй зан үйлд (хамгаалалтгүй бэлгийн харилцаа гэх мэт) ороход хүргэж байна. Цахим орчны мэдээлэлд шүүлтүүртэй хандах «мэдээллийн дархлаа» сул байгаа нь орчин үеийн бэлгийн боловсролын салшгүй хэсэг болох цахим аюулгүй байдлын агуулгыг нэмэх шаардлагатайг харуулж байна.

Сургалт нь хэт их онол дээр суурилсан байгаа нь залуучуудын хандлагыг өөрчлөхөд хангалтгүй байна. Бэлгийн зан үйлийг зөвхөн эрсдэл талаас нь тайлбарлах нь залуучуудыг эрүүл мэндийн үйлчилгээ авахаас (шинжилгээ өгөх, зөвлөгөө авах) эмээх, нуух байдалд хүргэж, улмаар халдвар тархах нөхцөлийг нэмэгдүүлдэг. Жендэрийн ойлголт ахлах ангид тасарсан нь эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн эрүүл ахуйн ялгаатай байдал болон бие биенээ хүндэтгэх соёлд сөргөөр нөлөөлж байна.

Энэхүү агуулгын зөрүү нь Монгол улсын «Эрүүл мэнд» хичээлийн хөтөлбөрийг шинэчлэхдээ зөвхөн «юу болох, болохгүй» тухай заахаас гадна, «яаж шийдвэр гаргах, яаж харилцах» буюу чадварт суурилсан хэлбэрт шилжүүлэх шаардлагатайг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр нотолж байна.

Бэлгийн боловсрол бол зөвхөн өвчнөөс сэргийлэх бус, хувь хүний өөрийгөө хамгаалах, бусдыг хүндэтгэх, хариуцлагатай шийдвэр гаргах цогц соёл юм.

ББНҮЭМ-ийн чадварт суурилсан сургалтын нэгдмэл загвар: Бидний судалгааны үр дүнд санал болгож буй энэхүү загвар нь ЮНЕСКО-ийн Бэлгийн цогц боловсролын стандартыг үндэсний онцлогт тохируулан нутагшуулж, сурагчийг “Мэдээлэл хүлээн авагч”-аас “Хариуцлагатай шийдвэр гаргагч” болгон төлөвшүүлэх зорилготой. Энэхүү загвар нь Блүмийн таксономын дээд эрэмбийн чадварууд болох “Шинжлэх” (эрсдэлийг тодорхойлох), “Үнэлэх” (мэдээлэлд шүүлтүүр хийх), “Бүтээх” (эрүүл шийдвэр гаргах) түвшинд сурагчийг хүргэхийг зорьсон. Загварын бүтцийг дараах гурван тулгуурт түшиглэн хэрэгжүүлнэ.

- Агуулгын хэсэг: Спираль бүтцээр 4-12-р ангийн залгамж холбоог хангана. Үүнд жендэрийн тэнцвэрт байдал болон цахим эрүүл мэндийн боловсролын чадварыг суурь агуулга болгон тусгана.
- Арга зүйн хэсэг: Интерактив арга (Дүрмийн тоглоом, кэйс) болон “Үе тэнгийн сурагч” (Peer-to-peer) аргачлалыг хослуулж, нууцлагдмал

сэдвүүдийг нээлттэй хэлэлцэх боломж бүрдүүлнэ.

- Дэмжлэгийн хэсэг: Сургууль-Эмнэлэг-Цахим орчин гэсэн тогтолцоог бэхжүүлж, эцэг эхчүүдэд зориулсан «Нээлттэй ярилцагч» сургалтаар дамжуулан сурагчдад нийгэм-сэтгэл зүйн дэмжлэг үзүүлнэ.

Хэлцэмж: Бидний судалгаагаар шинэ элсэгчид болон ахлах дамжааны суралцагчдын бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд (ББНҮЭМ)-ийн мэдлэг, хандлага, дадалд статистик ач холбогдол бүхий ялгаа ($p < 0.001$) ажиглагдсан нь суралцагчдын суралцсан хугацаа болон насны өөрчлөлт тэдний эрүүл мэндийн боловсролд эерэг нөлөө үзүүлж байгааг харуулж байна. Энэхүү үр дүн нь бусад судлаачдын хийсэн “оюутнууд ахлах дамжаанд орох тусам бэлгийн замаар дамжих халдвар (БЗДХ)-ын талаарх онолын мэдлэг нь сайжирдаг” гэсэн дүгнэлттэй нийцэж байна.^{15,16}

Гэсэн хэдий ч судалгааны үр дүнгээс харахад Мэдлэг-Дадлын зөрүү нь залуучуудын дунд тулгамдсан асуудал хэвээр байна. Шинэ элсэгчдийн 70% нь БЗДХ-ын халдвар дамжих замыг мэддэг боловч бэлгэвчний тогтмол хэрэглээ ердөө 45% байгаа нь тэдний мэдлэг бодит зан үйл болж төлөвшөөгүйг илтгэж байна. Энэ нь Fisher-ийн IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills) загварын онолоор тайлбарлагддаг бөгөөд зөвхөн мэдээлэл өгөх нь зан үйлийг өөрчлөхөд хангалтгүй, харин хувь хүний сэдэл болон шийдвэр гаргах чадварыг хөгжүүлэх шаардлагатайг нотолж байна.¹⁷

Бидний хийсэн агуулгын зөрүүний шинжилгээгээр Монгол Улсын “Эрүүл мэнд”-ийн хичээлийн хөтөлбөр нь ЮНЕСКО-ийн CSE стандартад заасан “Зөвшилцөл” болон “Цахим аюулгүй байдал”-ын агуулгыг орхигдуулсан байгаа нь ажиглагдлаа. Үүний үр дагавар нь судалгаанд оролцогчдын дунд “шахалтаас татгалзах” болон “цахим орчны мэдээллийг шүүх” чадвар сул ($p < 0.05$) байгаагаар илэрч байна. Олон улсын туршлагаас үзэхэд бэлгийн цогц боловсрол нь залуучуудын бэлгийн харилцаанд орох насыг хойшлуулах, эрсдэлт зан үйлийг бууруулах өндөр ач холбогдолтой байдаг.^{12,19}

Хандлагын хувьд ахлах дамжааны оюутнууд БЗДХ/ХДХВ-тэй хүмүүсийг ялгаварлан гадуурхахгүй байх хандлага (70%) нь шинэ элсэгчдээс (40%) харьцангуй өндөр байсан нь анагаах ухааны суурь боловсрол болон нийгмийн харилцааны туршлагатай холбоотой байж болох юм. Гэвч шинэ элсэгчдийн дунд хандлага бүрэн төлөвшөөгүй байгаа нь тэднийг эрсдэлтэй үедээ эмнэлгийн тусламж авахаас эмээх, нуух нөхцөлийг бүрдүүлж байгаа нь нийгмийн эрүүл мэндийн хувьд эрсдэл дагуулж байна.²⁰

Бидний санал болгож буй “Сургалтын нэгдмэл загвар” нь зөвхөн мэдээлэл өгөх бус, ур чадварт суурилсан арга зүйг нэвтрүүлснээр энэхүү мэдлэг, хандлага, дадлын зөрүүг арилгах боломжтойг харуулж байна. ББНҮЭМ-ийн боловсролыг сургууль, эмнэлэг, цахим орчин, эцэг эхийн хамтын ажиллагааны хүрээнд олгох нь залуучуудын эрүүл зан үйлийг төлөвшүүлэх хамгийн оновчтой шийдэл юм.

Дүгнэлт: Суралцагчдын дунд ББНҮЭМ-ийн мэдлэг ба дадлын зөрүү ($p < 0.001$) өндөр байгаа нь үндэсний сургалтын хөтөлбөрийн агуулгыг олон улсын бэлгийн цогц боловсролын стандартын дагуу шинэчилж, ур чадварт суурилсан “Сургалтын нэгдмэл загвар”-ыг нэвтрүүлэх замаар эрсдэлт зан үйлийг бууруулах шаардлагатайг нотолж байна.

Талархал: Энэхүү судалгааг гүйцэтгэхэд мэргэжил арга зүйн зөвлөгөө өгч, туслалцаа үзүүлсэн удирдагч багш, судалгаанд идэвхтэй хамрагдсан нийт оюутан залуус болон дэмжлэг үзүүлсэн байгууллага, хамт олонд гүн талархал илэрхийлье.

Ном зүй:

1. United Nations. Sustainable Development Goals: Good Health and Well-being. United Nations; 2015.
2. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs): Global fact sheet. World Health Organization; 2023.
3. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143304. doi:10.1371/journal.pone.0143304
4. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007;369(9568):1220-1231. doi:10.1016/S0140-6736(07)60367-5
5. Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly used. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):333-340. doi:10.9745/GHSP-D-15-00126
6. Эрүүл мэндийн яам. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2022. ЭМЯ; 2023.
7. Халдварт Өвчин Судлалын Үндэсний Төв. БЗДХ-ын тандалтын мэдээ 2023. ХӨСҮТ; 2024.
8. UNFPA Mongolia. Sexual and Reproductive Health of Young People in Mongolia: A Situation Analysis. UNFPA; 2021.
9. Badarch J, Davaalkham D, Lo S, et al. Barriers to condom use among young people in Mongolia: a qualitative study. *Int J Sex Health*. 2019;31(2):142-150. doi:10.1080/19317611.2019.1606156
10. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв. Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн статистик мэдээлэл. ЭМХТ; 2022.
11. Sedg G, Singh S, Hussain R, et al. Abortion Incidence and Services in Mongolia. *Guttacher Institute*; 2018.
12. UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach. Revised ed. UNESCO; 2018.
13. Haberland N, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S15-S21. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.08.017
14. Боловсролын Ерөнхий Газар. “Эрүүл мэнд” хичээлийн агуулгын шинжилгээ, тайлан. БЕГ; 2022.
15. Davaalkham D, Tserenkhuu L, Purevgonchig B. Evaluation of health education curriculum in secondary schools of Mongolia. *Cent Asian J Med Sci*. 2017;3(4):301-310.
16. Purevgonchig B, Davaalkham D, Nyamdorj B. Knowledge, attitude, and practices regarding sexual and reproductive health among Mongolian university students. *Mong J Health Sci*. 2021;17(2):45-52.
17. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*. 1992;111(3):455-474. doi:10.1037/0033-2909.111.3.455
18. Lefebvre Y, Bracco MT, Haba S, et al. Sexual behavior and risk factors among university students in transitional societies. *Soc Sci Med*. 2000;50(11):1645-1658. doi:10.1016/s0277-9536(99)00405-3
19. Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, et al. A perspective on adolescent sexual and reproductive health and rights. *J Adolesc Health*. 2017;60(2 Suppl):S1-S8. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.10.002
20. ЮНЕСКО-ийн Бээжин дэх төлөөлөгчийн газар. Бэлгийн боловсролыг бэхжүүлэх нь: Монгол улсын зөвлөмж. ЮНЕСКО; 2020.

Analysis of reproductive health education levels and curriculum content gaps

Ariunzaya G¹, Enkhbayar U^{1,2}, Nandin-Erdene S², Batsetseg B², Narmandakh D³, Udval N³

¹Dornogobi medical school, MNUMS

²Dornogovi General Hospital

³Global Leadership University

E-mail: ariunzaya@mnum.s.edu.mn, Tel: +976-96969234

Abstract:

Background: Globally, adolescent sexual and reproductive health (SRH) remains a public health priority within the Sustainable Development Goals. In Mongolia, individuals aged 15-24 account for over 40% of all sexually transmitted infections (STIs), representing a significant national challenge. Current health education for adolescents focuses predominantly on biological knowledge while neglecting life skills, consent, and communication. This focus has led to a deepening “knowledge-practice gap,” increasing vulnerability to risky behaviors. Therefore, it is essential to identify the actual SRH needs of youth and evaluate the national curriculum against international Comprehensive Sexuality Education (CSE) standards.

Aim: To compare and evaluate the SRH knowledge, attitudes, and practices (KAP) of university students and to identify content gaps by comparing the national curriculum with international CSE standards.

Materials and Methods: An analytical case-control study was conducted among 585 students (freshmen, n=289; senior students, n=296) using random sampling. Data were collected via a structured questionnaire based on UNESCO CSE standards and the national curriculum. Statistical analysis was performed using SPSS 26.0, employing X² and t-tests for significance (p<0.05). Content analysis was executed using a triangulation matrix.

Results: Statistically significant differences were observed between the study groups in terms of age (p<0.001), marital status (p<0.001), and living environment (p<0.001), while groups were homogeneous regarding gender (p=0.183) and socio-economic status. Senior students demonstrated significantly higher levels of SRH knowledge, attitudes, and practices across all variables compared to freshmen (p<0.001). However, a profound knowledge-practice gap persists; for instance, while 70% of freshmen were aware of STI transmission routes, regular condom use was reported at only 45%. Content analysis revealed that while the national curriculum covers biological aspects well, key CSE concepts such as “Consent,” “Psychology of Relationships,” and “Digital Safety” are notably absent. Furthermore, a curriculum based on negative attitudes and “prohibitions” contributes to fear among youth regarding seeking medical assistance.

Conclusion: The significant knowledge-practice gap (p<0.001) among students highlights the urgent need to revise the national curriculum in alignment with international CSE standards. To mitigate risky behaviors, it is recommended to transition from information-based teaching to a competency-based “Integrated Learning Model” supported by school-hospital-family partnerships.

Keywords: SRH, KAP study, CSE standards, Content gap, Integrated Learning Model.