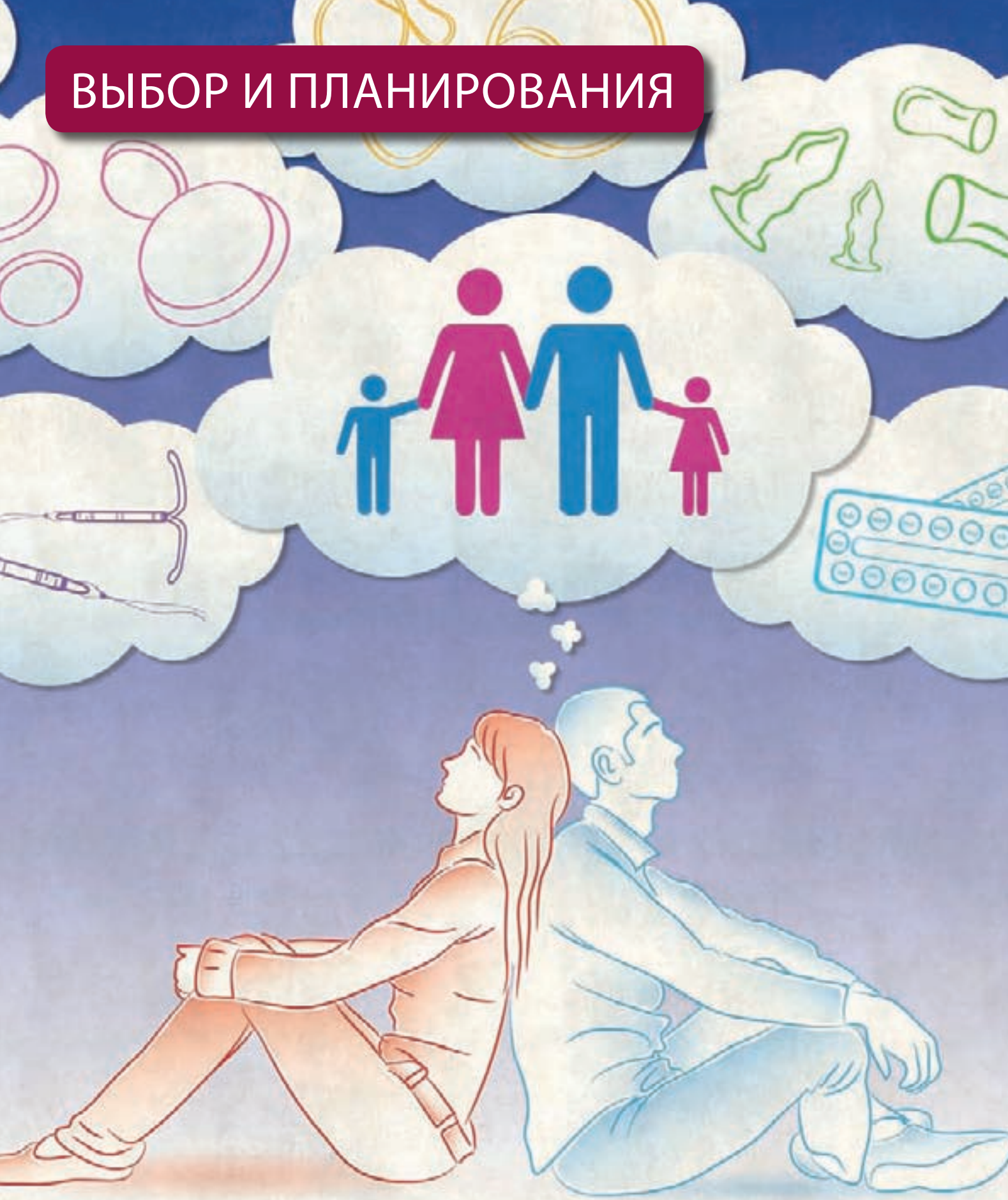


# ВЫБОР И ПЛАНИРОВАНИЯ



# Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

No.79 - 2014



World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe



**Entre Nous публикуется:**

Отделением неинфекционных заболеваний и жизненного цикла Сексуального и репродуктивного здоровья (в т.ч. здоровья матерей и новорождённых) Европейское региональное бюро ВОЗ  
 Scherfigsvej 8  
 DK-2100 Копенгаген, Дания  
 Тел.: (+45) 3917 17 17  
 Факс: (+45) 3917 18 18  
 www.euro.who.int/entrenous

**Главный редактор**

Dr Gunta Lazdane

**Редактор**

Dr Lisa Avery

**Помощник редактора**

Jane Persson

**Художественное оформление**

Kailow Creative, Дания

www.kailow.dk

**Печать**

RGH Baltic, Lyngø Olsen Apd

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Региональным бюро по Восточной Европе и Центральной Азии, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Копенгаген, Дания. Тираж журнала составляет 3000 экз. на английском, 2000 экз. на испанском и 1500 экз. на русском языке.

**Entre Nous выпускается:**

**на русском языке** – Европейским региональным бюро ВОЗ, Rigas, RGH Baltic, Rounborg Grafiske Hus;

**на испанском языке** – Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Condesa de Venadito, 34, 28027, Мадрид, Испания.

Экземпляры журнала, выходящие на испанском, распространяются непосредственно представителями UNFPA и региональными бюро ВОЗ в испаноязычных странах Южной Америки.

Материалы журнала Entre Nous могут быть свободно переведены на любой национальный язык, переизданы в журналах и газетах или размещены на веб-сайтах с обязательной ссылкой на журнал Entre Nous, UNFPA и Европейское региональное бюро ВОЗ.

**Статьи, публикуемые в Entre Nous, не обязательно отражают точку зрения UNFPA или ВОЗ. За справками просим обращаться к указанным в статьях авторам.**

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться по вышеуказанному адресу к Dr Gunta Lazdane, Отдел неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья, Сексуальное и репродуктивное здоровье. Заказать публикации ВОЗ можно через представителя ВОЗ в каждой стране или в Отделе маркетинга и распространения по адресу:  
 CH-1211, Geneva 27, Switzerland

ISSN: 1014-8485

**Фотография на обложке: POLFOTO**

<b>Расширение возможностей выбора контрацепции</b> <i>Marleen Temmerman</i>	<b>3</b>
<b>Программы планирования семьи: прошлое, настоящее и будущее</b> <i>Catherine d'Arcangues</i>	<b>4</b>
<b>Различия в использовании планирования семьи в Европейском регионе</b> <i>Gunta Lazdane</i>	<b>6</b>
<b>Экстренная контрацепция в Европе: равный доступ для всех?</b> <i>Cristina Puig, Jamie Bass</i>	<b>10</b>
<b>Идентификация и преодоление барьеров, с которыми сталкиваются подростки в странах с низким и средним уровнем доходов при приобретении и использовании контрацептивных средств</b> <i>Venkatraman Chandra-Mouli, Donna R.McCarraher, Nancy E.Williamson</i>	<b>12</b>
<b>Влияние Диаграммы медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции (МКП) на качество услуг планирования семьи: опыт отдельных стран</b>	<b>14</b>
<b>Многоцелевые технологии для предотвращения</b> <i>Manjula Lusti-Narasimhan, Mario Meriardi, Bethany Young Holt</i>	<b>18</b>
<b>Барометр доступности современных контрацептивов для женщин в 10 странах Европейского союза (ЕС)</b> <i>Irene Donadio</i>	<b>20</b>
<b>Основные факторы, влияющие на использование контрацепции: опыт 7 стран Восточной Европы и Центральной Азии</b> <i>Lena Luyckfasseel</i>	<b>22</b>
<b>Неудовлетворенная потребность в планировании семьи у людей, живущих с ВИЧ в Европе: обойдённая вниманием проблема общественного здравоохранения</b> <i>Moazzam Ali, Marleen Temmerman</i>	<b>24</b>
<b>Ресурсы</b> <i>Lisa Avery</i>	<b>26</b>

**РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS**

<b>Dr Assia Brandrup-Lukanow</b> Старший советник Датского центра исследований и развития в области здоровья, Факультет биологических наук	<b>Dr Evert Ketting</b> Старший научный сотрудник Radboud University Кафедра общественного здоровья Ниймеген, Нидерланды	<b>Prof Ruta Nadisauskiene</b> Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Литовский университет наук здоровья, Каунас, Литва
<b>Ms Vicky Claeys</b> Региональный директор Европейская сеть Международной федерации планируемого родительства, Брюссель	<b>Dr Manjula Lusti-Narasimhan</b> Исследователь, Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Штаб-квартира ВОЗ Женева, Швейцария	<b>Dr Rita Columbia</b> Региональный советник по вопросам репродуктивного здоровья, UNFPA Региональный офис Восточной Европы и Центральной Азии UNFPA
<b>Dr Mihai Horga</b> Старший советник, Восточноевропейский институт репродуктивного здоровья, Румыния		



# РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВЫБОРА КОНТРАЦЕПЦИИ



Marleen Temmerman

Очень важно следить за тем, чтобы программы по планированию семьи были сосредоточены на правах человека: возможность самостоятельно принимать решение о том, стоит ли заводить детей и когда это делать, что имеет фундаментальное значение для здоровья женщин и их семей (1, 2). Однако нежелательная беременность, обусловленная неудовлетворенной потребностью в контрацепции, продолжает создавать угрозу жизни и благополучию женщин, девушек и их семей во всем мире. По последним оценкам, 222 миллиона женщин, состоящих в браке или в постоянных отношениях, не могут удовлетворить свои потребности в современных средствах контрацепции, и наибольшая потребность ощущается в условиях самого высокого риска материнской смертности (3). В наименее развитых странах 6 из 10 женщин, которые не желают беременеть или которые хотят отсрочить следующую беременность, не используют никаких современных способов контрацепции (3). Неудовлетворенная потребность в контрацепции чаще всего наблюдается у наиболее уязвимых слоев общества – подростков, неимущих, жителей сельских районов и городских трущоб, людей, живущих с ВИЧ, и вынужденных переселенцев внутри своей страны.

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований Всемирной организации здравоохранения (РЗНИ ВОЗ) сотрудничает с партнерами с целью улучшения доступа к высококачественной информации и услугам контрацепции для всех. Применение различных стратегий и быстрое расширение масштабов таких услуг играют существенную роль в сокращении неудовлетворенных потребностей. Для достижения данной цели требуется укрепить инфраструктуру систем здравоохранения, чтобы минимизировать истощение запасов и обеспечить полный комплекс методов, предоставляющий возможности выбора, а также обучить специалистов в области консультирования и предоставления длительно действующих и постоянных методов контрацепции, обеспечить надлежащую поддержку индивидуальных потребностей подростков политикой и программами и исследовать новые способы контрацепции.

В то же время по-прежнему крайне важно, чтобы требование скорейшего расширения масштабов не поставило под угрозу подход к планированию семьи, основанный на правах человека и сформулированный на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в 1994 году в Каире. В ходе МКНР 1994 года было сформировано четкое видение, касающееся отношений между народонаселением, развитием и индивидуального благополучия.

Программа действий МКНР со всей ясностью подчеркивала, что репродуктивное здоровье и права, а также расширение прав и возможностей женщин и гендерное равенство являются краеугольными камнями программ в области народонаселения и развития (4). За годы, прошедшие после МКНР, был разработан целый ряд концептуальных документов, определяющих основанный на правах человека подход к услугам здравоохранения, в том числе к планированию семьи, и требующих применения такого подхода. Инициатива «Каждая женщина, каждый ребенок», базирующаяся на глобальной стратегии Генерального секретаря ООН по охране здоровья матери и ребенка, и последующее создание Комиссии по информации и подотчетности еще больше подчеркнули важность прав в улучшении здоровья женщин и детей. Но, несмотря на это, имеется сравнительно мало практических рекомендаций о том, как претворять в жизнь основанный на правах человека подход с точки зрения разработки программы и управления.

В течение последнего года РЗНИ ВОЗ проводит работу по восполнению этого пробела путем создания комплексной структуры для обеспечения подотчетности в программах репродуктивного здоровья. Подотчетность – это залог соблюдения, защиты и реализации прав человека и стандартов здравоохранения. Мониторинг и оценка могут способствовать подотчетности посредством предоставления информации об успехах в выполнении обязательств в отношении права на здоровье. Тем не менее, несмотря на приверженность международного сообщества политике и программам в области общественного здравоохранения, основанных на правах человека и принципах прав, статистические показатели для мониторинга права в программах здравоохранения не нашли широкого применения. Даже с учетом того, что показатели по правам человека используются для мониторинга некоторых конкретных вопросов, связанных со здравоохранением, а показатели здоровья применяются с целью привлечения внимания к некоторым проблемам прав, существует необходимость в последовательной, прозрачной системе для недвусмысленной привязки прав человека к здравоохранению и последующего выявления их совместного влияния на эффективность и результаты политики и программ в области здравоохранения (5).

Существует острая необходимость в статистических показателях, касающихся области взаимопересечения здравоохранения и прав человека. Очевидно, что для обеспечения всестороннего контроля над соблюдением прав необходим

комплексный подход, включающий политику, качественные и количественные показатели. Кроме того, эти показатели должны быть напрямую связаны с нормами прав человека, которые основаны на международном праве. Консультативная группа ВОЗ разработала методологию для выявления и определения приоритетности существующих показателей здравоохранения для использования в анализе прав и обобщила основные нормы прав человека для мониторинга. Эта информация будет доступна в ближайшее время. Важным компонентом данной работы было выявление областей, требующих новых показателей, в частности для сбора информации об опыте социально неблагополучных лиц. В следующем году РЗНИ ВОЗ возьмет на себя ведущую роль в разработке новых показателей для всестороннего контролирования прав в рамках программ по охране репродуктивного здоровья.

Закрепление права на здоровье занимает центральное место в мандате ВОЗ, и возможность выбора информации и услуг в области контрацепции является неотъемлемым компонентом мандата. Информация и услуги, касающиеся репродуктивного и сексуального здоровья, имеют большое значение для благополучия и достижения личных прав человека. В сотрудничестве с партнерами ВОЗ возглавляет техническую работу по продвижению нашей коллективной ответственности как глобального сообщества с целью обеспечения равного доступа к информации и услугам для всех.

**Marleen Temmerman, MD, PhD,**  
Директор Департамента по репродуктивному здоровью и исследованиям,  
Штаб-квартира ВОЗ, Женева  
[temmermanm@who.int](mailto:temmermanm@who.int)

## Использованные источники

1. Dehlendorf C, Rodriques MI, Levy K et al. Disparities in family planning. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(3):214-20.
2. Darroch JE, Sing S, Nadeau J. *Contraception: an investment in lives, health and development. Issues Brief Alan Guttmacher Inst.* 2008(5): 1-4.
3. Singh JD, Darroch JE. *Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and newborn and maternal health. Estimates for 2012.* New York: Guttmacher Institute and UNFPA, 2012.
4. *Programme of Action: Report on the International Conference of Population and Development, Cairo 5-13 September 1994 (Программа действий: Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5-13 сентября 1994 года).* New York: United Nations, 1995.
5. Gruskin S, Ferguson L. Using Indicators to determine the contribution of human rights to public health efforts. *Bull World Health Organ.* 2009;87(9):714-9.

# ПРОГРАММЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

**П**рошло уже 50 лет с тех пор, как стали доступны современные средства контрацепции, и начали реализовываться первые национальные программы планирования семьи (ПС). Чему научил нас этот пятидесятилетний опыт?

Наиболее важным итогом является устранение всяких сомнений в том, что ПС способствует улучшению жизни женщин и детей. Благодаря ПС улучшается здоровье матерей в результате сокращения числа беременностей, сопряжённых с высоким риском (слишком ранних, наступающих через слишком короткий срок после предыдущих, слишком поздних), а также в результате снижения количества небезопасных аборт. ПС положительно влияет на здоровье детей, так как планирование промежутков между беременностями идёт на пользу как новорожденным, так и старшим детям в семье.

Помимо этого, на основании накопленного опыта и проведённых оценок можно с уверенностью сказать, что ПС несёт с собой также и значительные социально-экономические преимущества. Лучшим доказательством этому служат результаты программы Матлаб в Бангладеш. Эта программа начала внедряться в 1977 году в густонаселённой сельской местности, где проживали 173 000 человек. Эта территория была поделена на контрольный и экспериментальный районы. Контрольный район получал обычные услуги ПС, в то время как на экспериментальной территории предлагался широкий спектр методов контрацепции, бесплатные услуги и контрацептивы, домашние визиты работников службы ПС, регулярные последующие консультации, мультимедийные коммуникативные средства, услуги по регулированию менструального цикла, разъяснительная работа среди мужей, религиозных и прочих лидеров. Опыт нескольких прошедших десятилетий показывает, что в экспериментальном районе большее число женщин были экономически активны, их дети чаще получали образование, там накапливалось больше денежных средств, чаще использовались профилактические медицинские услуги (1).

Другим уроком, извлечённым из опыта программы Матлаб, стало понимание того, что для получения преимуществ ПС услуги, предлагаемые в рамках ПС, должны быть всеобъемлющими и отвечать нуждам местного населения. И действительно, с течением времени в мире наметились несколько тенденций, определяющих характер разработанных программ ПС, а именно:

*Целевой контингент:* Несмотря на изначальную ориентированность программ на замужних женщин, успешных родить своего первого ребёнка, в дальнейшем стал очевиден риск, связанный с беременностью матерей, слишком юных для деторождения;

стало также ясно, что во многих странах социальные нормы, регулирующие брачные отношения, меняются, и, что наиболее важно, доступ к ПС начинает признаваться одним из прав человека, которое должно быть гарантировано всем, независимо от возраста или статуса. Программы в связи с этим становились всё более многообразными, чтобы обеспечить предоставление услуг также нерожавшим женщинам и подросткам, и уделить внимание ранее обойдённому контингенту, включая тех, кто часто вообще не имеет доступа к услугам здравоохранения – неимущим, мигрантам или беженцам, а также группам дискриминируемых лиц, таких как ВИЧ-инфицированные женщины.

*Услуги:* В середине 1970-х годов население земли достигло, согласно подсчётам, четырёх миллиардов человек, и правительства были озабочены тем, что скорость прироста населения увеличивается. Для противодействия этой тенденции в последние десятилетия 20 века в некоторых странах стали реализовываться крупномасштабные национальные программы, нацеленные на сдерживание роста населения. В рамках этих программ были поставлены задачи достичь определённого уровня использования контрацептивных средств с целью снижения темпов роста населения, но отнюдь не для того, чтобы улучшить состояние здоровья женщин. Такое злоупотребление медицинскими технологиями было разоблачено на Международной конференции по вопросам населения и развития в 1994 году. Исторические факты свидетельствуют о том, что принуждение очень часто приводит к обратным результатам и совсем не является необходимым. Там, где женщинам обеспечен свободный доступ к услугам планирования семьи, наблюдается высокий уровень использования противозачаточных средств. Однако, для того, чтобы контрацепция была на благо женщинам, эти услуги должны предлагаться в контексте поддержания женского здоровья. Сексуально активным женщинам нужен доступ к услугам консультирования по вопросам сексуального здоровья и медицинской помощи в этой сфере; доступ к медицинскому обслуживанию в случае заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП), включая ВИЧ/СПИД; доступ к услугам скрининга на рак шейки матки; услугам по прекращению беременности в случае, когда аборт является законным, и послеабортному уходу; а также доступ к услугам консультирования и медицинскому уходу в случае перенесённых калечащих операций на женских половых органах. Иными словами, контрацепция должна быть не автономной услугой, а предлагаться в комплексе, в рамках холистического подхода к женскому здоровью.

*Методы контрацепции:* До 1960-х годов были доступны следующие методы контрацепции: диафрагмы и презервативы, традиционные методы и ранние формы внутриматочных контрацептивов (ВМК). В 1960-е годы получили распространение комбинированные противозачаточные таблетки, инъеклируемые препараты и медные внутриматочные спирали, за которыми быстро последовали имплантаты и таблетки экстренной контрацепции. Женщины могут нуждаться в различных формах контрацепции на разных этапах своей жизни, и их потребность в тех или иных контрацептивных средствах зависит также от общества, в котором они живут, от их религиозной принадлежности, социальной ситуации и других факторов, так что появились новые возможности позволили женщинам выбрать наиболее приемлемый для себя метод. И действительно, опыт показывает, что широкий выбор противозачаточных средств ведёт к более активному использованию контрацепции (2).

В конце 1990-х годов на медицинском рынке появились новые усовершенствованные продукты, а именно: комбинированный контрацептивный пластырь и комбинированное вагинальное кольцо, внутриматочная спираль, выделяющая левоноргестрел, новый комбинированный препарат для инъекций и новое поколение противозачаточных таблеток с низкой дозировкой действующих компонентов. По разным причинам - в большинстве случаев из-за цены - многие из названных методов не применяются в рамках государственных программ ПС, и поэтому оказываются недоступными для многих женщин. Остаются неудовлетворёнными и другие потребности пар, такие как доступ к длительным обратимым методам контрацепции для мужчин. Например, до сих пор имеется разрыв между спросом и предложением в сегменте многоцелевых средств (помимо презервативов), обеспечивающих двойную защиту и от нежелательной беременности, и от ЗППП/ВИЧ. То же самое касается и методов до- и посткоитальной контрацепции. Таким образом, всё ещё существует огромная необходимость в инновационных разработках для обеспечения разнообразных и низкочастотных методов контрацепции.

*Время и место реализации программ:* В самом начале услуги ПС предоставлялись в больницах, специализированных клиниках или во врачебных кабинетах. Мобильные клиники были созданы для того, чтобы обслуживать географически более рассеянное население в сельской местности. Со временем разработчики программ осознали необходимость предлагать более широкий спектр возможных методов ПС для того, чтобы охватить различные сегменты населения с учётом их образа жизни. Это означало расширение базы предлагаемых услуг



ПС и переход к их распространению на уровне местных сообществ. При этом аптеки получили разрешение обеспечивать население противозачаточными препаратами, некоторые из которых стали доступны без рецепта. Был признан также тот факт, что женщины, обращающиеся в медучреждения по другим поводам, слишком часто не имели доступа к контрацепции. В связи с этим всё большее число стран начали интегрировать ПС с другими медицинскими услугами (такими, как до- и послеродовой уход, помощь при ВИЧ/СПИДе и иммунизация), чтобы не упускать предоставляющиеся возможности.

**Поставщики услуг ПС:** Многочисленные исследования, проведённые в разных местах, доказали, что повитухи и сёстры-акушеры компетентны не менее (если не более), чем врачи, в том, что касается консультирования и услуг ПС, включая введение ВМС и имплантатов. Во многих странах, однако, катастрофически не хватает такого квалифицированного медперсонала. Следует также отметить, что противозачаточные средства всесторонне и тщательно изучены и относятся к наиболее безопасным лекарственным препаратам. Таким образом, нынешние программы ПС всё более ориентируются на предоставление услуг контрацепции медико-санитарными работниками местных сообществ. Традиционно они проводили консультации, снабжали население противозачаточными таблетками и презервативами, теперь же считается абсолютно приемлемым, когда, пройдя специальное обучение и при соответствующем надзоре, медико-санитарный персонал также в состоянии оказывать и безопасные услуги по введению инъеклируемых противозачаточных средств. В рамках национальной программы в Эфиопии обучение введению имплантируемых контрацептивов прошли даже 15 000 пропагандистов здорового образа жизни в сельских сообществах, при этом процедура по удалению имплантата осталась в ведении персонала более высокого уровня.

Для того чтобы практика ПС опиралась исключительно на самую лучшую и современную доказательную базу на всех уровнях ПС, программы и международные рекомендации были гармонизированы и разработаны с учётом различных уровней предоставления услуг, причём все эти программы и рекомендации постоянно обновляются (3,4). Наконец, опыт показывает, что по-прежнему имеют место ложные представления и дезинформация по вопросам контрацепции, поэтому необходимо использовать все имеющиеся в наличии каналы коммуникации, включая мультимедийные, для информирования пар.

**Менеджмент:** Крупномасштабные национальные программы ПС в развивающихся странах были разработаны с помощью многосторонних

и двухсторонних доноров. Несмотря на то, что такая практика приветствовалась, она создала проблемы при координации усилий доноров и управлении поставками. По прошествии времени страны начали внедрять: системы медицинской информации, с тем чтобы менеджмент и распределение товаров регулировались спросом, а не предложением; механизмы контроля качества для обеспечения безопасного использования медицинских товаров в пункте их доставки; системы мониторинга для обеспечения бесперебойных поставок и минимизации дефицита. Несколько стран принимают аналогичные меры для регулирования услуг ПС, предоставляемых частным сектором.

**Финансирование:** Население мира превысило уже 7 миллиардов человек, и спрос на контрацепцию продолжает расти. Помимо всё большего числа женщин, получивших доступ к программам ПС, новые группы молодых людей, имеющих свои собственные потребности, присоединяются к ним. Крупномасштабные национальные программы ПС были разработаны при финансовой поддержке как государства, так и частного сектора, а в некоторых случаях они в большой мере зависели от финансирования со стороны международных структур. С течением времени международные фонды поменяли свои приоритеты, так что государственным программам пришлось стать более целенаправленными и чётко определять свои финансовые механизмы. В рамках некоторых программ внимание было переключено на предоставление субсидированных услуг беднейшим слоям населения, на разработку стратегий социального маркетинга в отношении менее бедных, и на направление к платным услугам частного сектора тех, чей доход давал возможность ими пользоваться. Всё больше стран оставляет теперь специальную строку в госбюджете на нужды ПС и продуктивно изыскивает возможности финансировать услуги, востребованные населением.

**Управление:** Как упоминалось выше, программы ПС создавались в то время, когда возникла большая озабоченность по поводу чрезмерного роста населения. Во многих странах цель контроля над ростом населения настолько доминировала над целью повышения уровня его здоровья, что программы ПС, разрабатываемые независимо от министерств здравоохранения, получали статус министерских. В результате, ввиду того, что, с одной стороны, значительно возрос спрос на контрацепцию, а с другой стороны - повысилась потребность женщин во внимании к своему собственному здоровью, страны оказались вынуждены изменить подход к программам ПС. Существенное большинство стран подписали стратегию в сфере репродуктивного здоровья ВОЗ

(5), в которой право на планирование семьи утверждается в качестве одного из прав человека. Для реализации своих обязательств в этой связи странам надлежит внедрить программы, которые полностью поддерживают репродуктивные права, обеспечивают осознанное согласие и с уважением относятся к решению, которое принимает клиент по поводу времени, когда они намерены использовать контрацепцию. Странам также надлежит уделять большее внимание равноправию в доступе к информации и (медицинскому) обслуживанию, а кроме этого необходимо создать механизм, обеспечивающий подотчётность.

В заключение нужно сказать, что программы ПС значительно эволюционировали с момента их создания. Благодаря им достигнуты замечательные результаты, хотя в некоторых странах до 40% женщин репродуктивного возраста, замужних или сожительствующих, по-прежнему считают, что их потребности в услугах планирования семьи не удовлетворяются. Группы населения, чьи потребности в этой сфере наименее удовлетворены по всему миру, включают в себя подростков, мигрантов, жителей городских трущоб, беженцев и женщин в послеродовой период. Совершенно очевидно, что в рамках программ ПС нужно осуществлять регулярный мониторинг ситуации среди населения, для которого данные программы предназначены, и также необходимо продолжать адаптировать эти программы к потребностям растущего количества отдельных лиц и пар по всему миру.

**Catherine d'Arcangues, MD, PhD,**  
Независимый консультант,  
darcangues@gmail.com

#### Использованные источники

1. Bongaarts J, Cleland J, Townsend JW et al. *Family planning programs for the 21st century. Rationale and design.* New York: The Population Council, 2011.
2. Jain AK. Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning* 1989; 20 (1):1-16.
3. *Planning: A Global Handbook for Providers (2011 update).* Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2011.
4. *A guide to family planning for community health workers and their clients.* Geneva: WHO, 2012.
5. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly.* Geneva: WHO, 2004.



# РАЗЛИЧИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

**Ч**то можно и следует сделать для того, чтобы быть более здоровым и жить лучше? Этим вопросом задаются многие люди: и тогда, когда у них рождаются дети, и когда они сами или кто-то из их близких заболевают. Очень часто об этом рассуждают и эксперты – медики в своих дискуссиях и встречах, посвящённых вопросам общественного здоровья разных странах.

## Контекст

В Европейском регионе ВОЗ индикаторы здоровья, в том числе сексуального и репродуктивного (СРЗ), а также - планирования семьи (ПС) улучшились за последние десятилетия. Однако, часто между странами, и между различными социальными группами в пределах одной страны существует неравенство в отношении здоровья. Экономический кризис, начавшийся в 2007 году, повлёк за собой рост безработицы и обнищание большего числа людей, усугубив ситуацию. В поисках работы люди оказались вынуждены переезжать из своей страны в другие, что усилило миграционные процессы и привело к неоднородности уровня медицинской грамотности и ценностей СРЗ среди населения по всей Европе.

**Этим и многим другим факторам, влияющим на образ жизни и здоровье, уделяется внимание в новой европейской политике в отношении здоровья** «Здоровье 2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия», одобренной всеми европейскими странами-участниками ВОЗ в 2012 (1).

«Улучшение состояния здоровья всего населения и сокращение неравенства в отношении здоровья» является одной из стратегических целей этой политики, содержащей призыв ко всем странам проанализировать те сложные факторы, которые в течение всей жизни влияют на состояние здоровья и благополучие человека, в том числе, и на его СРЗ (2). Роль влияющих на здоровье поведенческих факторов, таких как курение, употребление алкоголя, питание и физическая активность были включены в повестку дня ряда региональных встреч на высоком уровне. И тем не менее, даже в 2013 году, когда многие страны и регионы проводили оценку уровня достижения целей, поставленных Международной конференцией по народонаселению и развитию в 1994 году в Каире, проблема ПС всё ещё «ждёт», когда ей будет уделено соответствующее внимание в Европейском регионе ВОЗ. Несмотря на то, что некоторые страны выдвинули в качестве своих приоритетов обеспечение доступа к информации о ПС и качественным услугам ПС в своих двусторонних соглашениях о сотрудничестве с

Европейским региональным бюро ВОЗ, в большинстве стран Региона ПС по-прежнему воспринимается как не слишком актуальная тема ввиду того, что считается, что ПС не является одной из непосредственных причин потери лет жизни или причиной длительной инвалидизации. Несмотря на прямую связь ПС с здоровьем матери и ребёнка, данные о состоянии ПС и распространённости контрацепции по многим странам отсутствует (2).

## Основные источники

Что нам известно о доступе к ПС и распространённости контрацептивных средств в Регионе? Наилучшими источниками данных, опираясь на которые можно дать ответ на поставленный вопрос, являются **демографические обследования состояния здоровья (DHS) и кластерные обследования по множественным индикаторам (MICS)**, проведённые в Регионе в XXI столетии и включившие в себя вопросы по ПС и репродуктивному здоровью. На сегодняшний день 10 из 203 **демографических обследований состояния здоровья**, проведённых по всему миру, проводились в странах Европейского региона ВОЗ. В дополнение к этому во многих странах Восточной и Центральной Европы проводились **обследования по множественным индикаторам** зачастую включая обследования по общинам народа рома (3,4). Несмотря на то, что подобные обследования являются наиболее надёжными источниками данных по контрацепции и ПС, важно осознавать факт, что ситуация в отношении СРЗ и ПС отличается от страны к стране и часто зависит от культурных традиций.

В предлагаемой статье делается попытка представить самые последние из доступных данных по обсуждаемой теме. Результаты DHS за 1990-е годы в этой статье не приводятся, поскольку они не отражают текущей ситуации, сильно изменившейся за последнее десятилетие. Ввиду ограниченности доступа к данным MICS по Туркменистану, эта информация здесь не представлена. Что касается последних данных MICS по Республике Молдова и Украине, а также данных DHS по Кыргызстану и Таджикистану, они пока что не являются доступными, так как названные обследования ещё не завершены.

## Гендерные различия

Информация из более чем 30 стран по 15-тилетним подросткам, использовавшим презервативы или противозачаточные таблетки во время своего последнего полового сношения хорошо документиро-вана и

**Табл.1 Сексуальное поведение подростков в возрасте 15 лет**

РЕГИОН НВБС*	Юноши	Девушки
Чешская Республика	нет данных	нет данных
Дания	нет данных	нет данных
Гренландия	нет данных	нет данных
Российская Федерация	нет данных	нет данных
Турция	нет данных	нет данных
США	нет данных	нет данных
Бельгия (франц.)	нет данных	нет данных
Эстония	91%	89%
Люксембург	90%	84%
Греция	87%	86%
Франция	90%	82%
Словения	85%	82%
Испания	81%	85%
Хорватия	83%	81%
Швейцария	84%	80%
Португалия	80%	84%
Австрия	86%	77%
Польша	78%	83%
Уэльс	83%	78%
Литва	77%	84%
Украина	82%	79%
Латвия	77%	84%
Германия	84%	75%
Италия	78%	78%
Венгрия	79%	74%
Словакия	77%	76%
БЮРМ*	76%	-
Армения	76%	-
Нидерланды	75%	75%
Канада	75%	74%
Бельгия (флам.)	79%	69%
Англия	74%	73%
Ирландия	70%	77%
Шотландия	72%	70%
Румыния	79%	61%
Финляндия	76%	63%
Норвегия	75%	63%
Исландия	71%	64%
Швеция	69%	58%

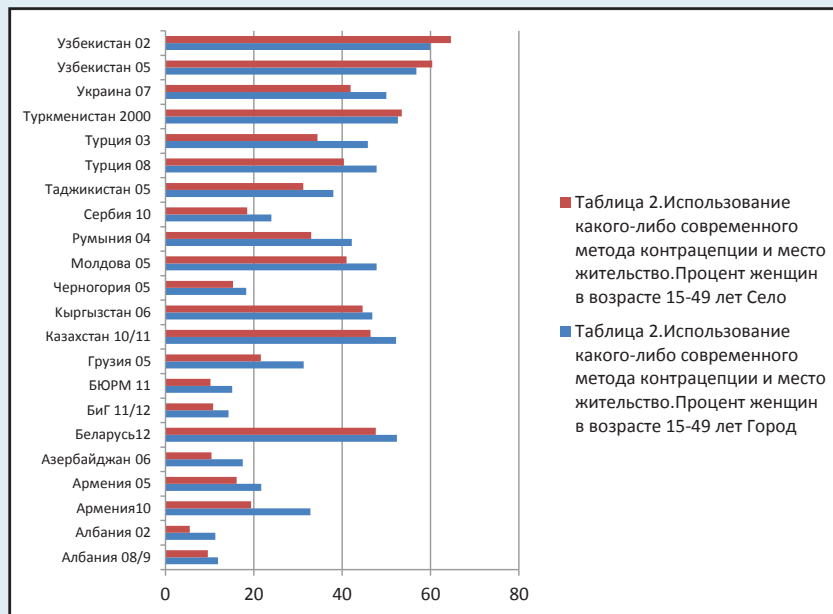
Нет данных по Бельгии (франц.) Чешской Республике, Дании, Гренландии, Российской Федерации, Турции и США. Данные по девушкам Армении и БЮРМ\* не приводятся ввиду малого количества фактов

\* Бывшая Югославская республика Македония

проанализирована (5). Эти данные демонстрируют большие гендерные различия в том, как часто подростки прибегали к использованию презервативов или таблеток (см. Таблицу 1).



**Таблица 2. Использование какого-либо современного метода контрацепции и место жительства. Процент женщин в возрасте 15-49 лет.**



Распространённость использования презервативов была значительно больше среди подростков мужского пола в одной трети обследованных стран, однако в некоторых странах (Ирландии, Испании, Латвии, Литве, Польше и Португалии) среди респондентов-девушек отмечалось более частое использование презервативов. Эти различия могут быть связаны с доступом к информации и презервативам, или же объясняться наличием партнёра из другой возрастной группы. Некоторые страны, такие как Германия, например, регулярно проводят исследования сексуального поведения молодёжи и могут отслеживать как тенденции, так и факторы, влияющие на использование контрацептивов. В Германии различия между девушками и юношами, не использовавшими контрацептивы или прибегшими к «ненадёжным методам» при последнем половом сношении, сократились с 1980 года, когда проводилось первое исследование такого рода, до 2009 года с 14% до 3% в случае девушек, и с 19% до 4% в случае юношей (6). Подобные гендерные различия наблюдаются и в более старших возрастных группах. Данные DHS 2007 года по Украине свидетельствуют о том, что использование презервативов при первом сексуальном контакте среди мужчин и женщин в возрасте от 15 до 49 лет было очень сходным (50,1% и 45,4% соответственно) (3). Эти данные контрастируют с данными DHS 2008-2009 годов по Албании, согласно которым 19,3% женщин в возрасте от 15 до 49 лет использовали презерватив при

своём последнем половом сношении, а среди мужчин этот показатель был намного больше, составляя 49,7% (3).

Данные по гендерным различиям ПС по-прежнему трудно выделить, даже используя DHS и MICS в качестве источников. Например, в некоторых странах вопросы по ПС задаются как мужчинам, так и женщинам в возрасте от 15 до 49 лет, в других же – с вопросами по ПС обращаются только к женщинам. Несмотря на то, что данные DHS по избранным странам (таким, как Албания 2008-9; Украина 2007; Азербайджан 2006; Армения 2005) включают в себя информацию относительно того, использовались ли когда-либо методы контрацепции как женщинами, так и мужчинами, мужчинам задавались вопросы только по поводу использования методов, ориентированных исключительно на них, что затрудняло оценку вовлечённости мужчин в ПС в их отношениях с партнёршей и не позволяло полностью понять/проанализировать гендерные роли в ПС (3).

Ролью мужчин в ПС не следует пренебрегать, особенно ввиду наличия серьёзных доказательств того, что вовлечение мужчин ведёт к лучшему пониманию и большему использованию ПС. Отрадно, что в самом последнем DHS по Армении (2010) есть отдельная глава, посвящённая отношению к ПС со стороны мужчин. В ней подчёркивается важность той роли, которую должны играть мужчины, и приводится информация о том, что 73% респондентов-мужчин в возрасте

15-49 лет не согласны с утверждением: «контрацепция – это дело женщин» (3). По данным DHS за 2007 год по Украине 93% замужних женщин в возрасте 15-49 лет отмечали, что их мужья знают об использовании жёнами средств контрацепции (3). В проводимых на общенациональном уровне обследованиях, посвящённых СРЗ и ПС (в Ирландии в 2006 году; Латвии - 2011; Германии - 2011) всё большее значение придаётся тому, чтобы включать в качестве респондентов как женщин, так и мужчин, что позволяет при анализе обнаружить важное сходство и различия между полами в их отношении к СРЗ и ПС.

### Место жительства

Нынешнее место проживания пользователей современных, эффективных методов контрацепции важно учитывать при анализе в целях дальнейшего развития стратегий систем здравоохранения с тем, чтобы обеспечить доступ к информации и современным контрацептивным средствам для тех, кто в них нуждается.

В большинстве стран, где были недавно проведены **обследования репродуктивного здоровья (RHS)**, DHS и MICS, различия между городским и сельским населением в использовании современной контрацепции незначительны за некоторым исключением (см. Таблицу 2). В сущности, анализ тенденций в использовании ПС по странам, где обследования проводились более одного раза за последние 10-15 лет, показывает, где программы ПС реализовывались на уровне мероприятий в масштабе всей страны, чтобы попытаться сократить возможное неравенство между городским и сельским населением. Так, например, в Албании процент пользующихся современной контрацепцией остаётся низким, но в сельской местности наблюдается рост этого показателя с 5,5% до 9,6% с 2002 по 2008-2009 годы в сравнении с ситуацией в городах, где изменения за этот же период незначительны – от 11,3% до 11,9% (3).

Интересно, что в Туркменистане и Узбекистане использование современной контрацепции выше на селе, чем в городе. Согласно данным по Узбекистану за 2005 год неудовлетворённая потребность в контрацепции также была выше среди городского населения (3).

### Образование

Связь между образованием и использованием контрацепции также хорошо документирована. Так население с более низким уровнем образования меньше использует эффективные методы контрацепции.

Таблица 3 демонстрирует различия в использовании современных средств

# РАЗЛИЧИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

**Таблица 3. Использование какого-либо современного метода контрацепции в соотношении с уровнем образования. Процент женщин в возрасте 15-49 лет (3,4)**

Страна/год обследования	Начальное или ниже	Высшее
Албания 2008/2009	8.6	17.5
Албания 2002	5.8	17.2
Армения 2010	21.4	39.1
Армения 2005	11.1	28.9
Азербайджан 2006	12.7	24.5
Беларусь 2012	46.3	55.2
БиГ 2011/2012	6	25.3
БЮРМ 2011	7.9	21.2
Грузия 2005	18.2	34.1
Казахстан 2010/2011	44.7	51.5
Кыргызстан 2006	40	48.1
Черногория 2005	10.9	20.4
Молдова 2005	38.3	50.9
Румыния 2004	21	54.5
Сербия 2010	10.2	32.9
Таджикистан 2005	15.8	46.3
Турция 2008	35.3	55.3
Турция 2003	29.9	52.2
Туркменистан 2000	52.6	53.1
Украина 2007	43.2	50.3
Узбекистан 2005	54.8	57.1
Узбекистан 2002	58.7	61.5

контрацепции в соответствии с уровнем образования по разным странам Региона. Наблюдаемые различия значительны. Самые большие различия характерны для Таджикистана, где только 13,9% женщин с начальным или ещё более низким уровнем образования пользуются современными контрацептивами по сравнению с женщинами с высшим образованием, среди которых этот показатель 50,7%. То есть, разница между этими группами составляет 35% (3). Наименьшие различия наблюдаются в Туркменистане, где 52,6% женщин с начальным или ещё более низким уровнем образования используют современную контрацепцию по сравнению с женщинами с высшим образованием, среди которых этот показатель 53,1%. То есть, разница между данными группами женщин меньше 1% (3).

## Материальная обеспеченность

Как из данных DHS, так и MICS можно извлечь информацию об использовании контрацепции среди различных слоёв населения в зависимости от уровня доходов. Данные, обобщённые в таблице 4, представляют отношения между материальной обеспеченностью и ПС по разным странам Региона. Доход

домохозяйства оказывает сильное влияние на то, используются ли средства современной контрацепции в Армении, Грузии, Республике Молдова, Черногории, Румынии, Сербии, Турции и Украине, где различия в использовании современной контрацепции между высшей по уровню обеспеченности группой и низшей составляет 15% и более (3; 4). В некоторых странах (Албании, Боснии и Герцеговине, Кыргызстане) различия очень незначительны (3;4). Отношение между уровнем материальной обеспеченности и ПС сложное и требует более детального исследования, поскольку степень доступа к контрацептивным средствам в Европейском регионе отличается от страны к стране - от бесплатных контрацептивов, предоставляемых клиентам в рамках программы помощи развитию (в основном - Фондом по вопросам народонаселения ООН), до возмещения стоимости контрацептивных средств в рамках страховых программ, бесплатного предоставления услуг контрацепции отдельным группам населения (молодым людям, родившим женщинам, группам с низким социально-экономическим статусом). Здесь необходимо учесть все факторы,

**Таблица 4. Использование какого-либо современного метода контрацепции в зависимости от уровня обеспеченности. Процент женщин в возрасте 15-49 лет (3,4)**

Страна/год обследования	Самый низкий	Самый высокий
Албания 2008/2009	10.5	14.2
Албания 2002	6.2	17.8
Армения 2010	21.4	37.7
Армения 2005	12.4	28.6
Азербайджан 2006	11.1	20.9
Беларусь 2012	43.8	56.5
БиГ 2011/2012	7	12
БЮРМ 2011	7.5	18.5
Грузия 2005	10.5	31.1
Казахстан 2010/2011	44.6	55
Кыргызстан 2006	47.3	48.5
Черногория 2005	7.5	22.8
Молдова 2005	36.6	51.3
Румыния 2004	22.8	48.5
Сербия 2010	10.5	31.1
Таджикистан 2005	25.9	39
Турция 2008	38	54.3
Турция 2003	36	52.7
Украина 2007	60.9	56
Узбекистан 2005	60.7	62

влияющие на распространённость контрацепции и сочетание различных её методов.

## Этнические меньшинства

ПС связано с культурными традициями и нормами. Учитывая разнообразие культур, существующих в Европе, неудивительно, что разные этнические группы Региона демонстрируют различное отношение к использованию контрацепции.

Федеральный центр образования по вопросам здоровья (BZgA), находящийся в Кёльне (Германия), провёл исследование «Женские жизни – планирование семьи и миграция в течение жизни», в котором сравнивалась контрацептивная практика немецких и турецких женщин, а также женщин из стран Восточной и Юго-восточной Европы, ныне проживающих в Германии. Это исследование чётко продемонстрировало факт, что этническое происхождение определяет выбор контрацептивных методов. Так, например, таблетки чаще пользовались немки, женщины из Восточной и Юго-восточной Европы предпочитали внутриматочную контрацепцию (спирали), а турчанки



Таблица 5. Процент женщин рома в возрасте 15-49 использующих какой-либо метод современной контрацепции (4)

Страна/год обследования	Село	Город	Начальное образование и ниже	Высшее образование	Беднейшая группа	Наиболее состоятельная группа
БиГ 2011/2012	нет данных	нет данных	4.9	18.2	5.9	7.5
Сербия 2011	6.5	4.5	3.8	10.7	4.8	9.5

чаще прибегали к хирургической контрацепции (7).

Согласно МІСС за 2011 год по Бывшей Югославской республике Македония, процент женщин в возрасте 15-49 лет, использующих современные контрацептивные методы, сильно отличается в зависимости от этнической принадлежности главы домохозяйства: 14,9% в случае, если глава домохозяйства является македонцем; 9,7%, если - албанцем; 8,8%, если глава дома – представитель другой национальности (4). В Черногории различия в степени использования современных контрацептивных методов также зависят от этнической принадлежности главы домохозяйства, при этом более всего отличается ситуация среди боснийцев/мусульман (где современной контрацепцией пользуются 19,3% женщин) и албанцев (современной контрацепцией пользуются 14,6% женщин) (4).

Население народа рома представляет собой одно из самых маргинализованных этнических меньшинств в Европе, а сопоставимых данных, которые могли бы свидетельствовать об их нуждах в сфере СРЗ и ПС не существует. МІСС за 2011-2012 годы по Боснии и Герцеговине, а также Сербии (2011) включают в себя специальный раздел, касающийся рома, где приводится полезная информация о ПС среди этой части населения. Так, например, в Боснии и Герцеговине язык, на котором говорят в домохозяйстве, влияет на уровень использования современной контрацепции (5,1% среди говорящих на языке рома в отличие от 12,2% среди говорящих на других языках) (4).

Рассматривая другие социальные детерминанты здоровья в их отношении к использованию контрацептивов среди женщин рома, можно констатировать тенденции, сходные с теми, что наблюдаются среди представительниц других этнических групп. То есть, менее образованные и менее обеспеченные реже прибегают к современным методам контрацепции (см. Таблицу 5) (4).

В Сербии, несмотря на то, что тенденции в использовании контрацепции весьма сходные, степень доступа к ПС неодинакова для женщин рома, чья потребность в ПС не

удовлетворяется в 10% случаев в отличие от женщин из других этнических групп, среди которых неудовлетворённая потребность в ПС составляет 7% (4).

### Выводы

Институции, ответственные за принятие политических решений, всё больше и больше сосредотачивают своё внимание на укреплении систем здравоохранения, предоставляющих высококачественные, ориентированные на нужды человека услуги, постепенно устраняя барьеры, которые продолжают препятствовать укреплению здоровья и ограничивают доступ к высококачественным услугам. Страны, представляющие Европейский регион ВОЗ, начинают этот процесс разработкой Концептуальной основы координированного/интегрированного предоставления услуг здравоохранения (8).

Европейское региональное бюро ВОЗ и другие партнёры поддерживают страны, предлагая им варианты стратегии и специальные рекомендации с целью реализовать план по укреплению координированного/интегрированного подхода при предоставлении услуг здравоохранения. При этом необходимо добиться того, чтобы план действий включал в себя ПС – важный аспект общественного здоровья, с которым связаны не только здоровье и благополучие женщин и семей, но и здоровье будущих поколений.

Для формирования стратегий, реализации конкретных действий и отслеживания результатов чрезвычайно важно, чтобы данные по ПС были доступны и сопоставимы по всему Региону. При проведении любых обследований состояния СРЗ и ПС необходимо использовать стандартные вопросы и индикаторы. В подобных обследованиях должны принимать участие как женщины, так и мужчины, и для мужчин должны быть также составлены специальные вопросы.

Кроме того, необходимо изучать и отслеживать роль таких социальных детерминант здоровья, как место жительства, образование, материальная обеспеченность и этническая принадлежность, которые отличаются от страны к стране. Всё это необходимо для разработки стратегий в сфере СРЗ, планов действий и мероприятий,

ориентированных на тех, кто нуждается в них больше всего.

**Gunta Lazdane, MD, PhD,**  
Руководитель программы  
по сексуальному и  
репродуктивному здоровью,  
Отдел неинфекционных  
заболеваний и укрепления  
здоровья на всех этапах жизни  
Европейское региональное бюро  
ВОЗ, gla@euro.who.int

### Использованные источники

1. *Health 2010. A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>, accessed 19 October 2013).
2. *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation.* Geneva: WHO, 2010.
3. Measure DHS [website]. (<http://measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Search.cfm>, accessed 20 October 2013)
4. Monitoring the Situation of Children and Women [website]. UNICEF ([http://www.childinfo.org/mics4\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html), accessed 20 October 2013)
5. Currie C, Zanotti C, Morgan A et al., editors. *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
6. *Youth Sexuality. Repeat survey of 14 to 17-year-olds and their parents – current focus: migration – 2010.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2010 (<http://publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=2132>, accessed 19 October 2013).
7. *Women's lives - Family Planning and Migration Throughout Life. Interim results of a town-based study involving women with a Turkish, eastern European or south eastern European migration background.* Cologne: BzgA, 2008-2009.
8. *Roadmap. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.

# ЭКСТРЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ В ЕВРОПЕ: РАВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВСЕХ?

**Все ли женщины в Европе имеют равный доступ к экстренной контрацепции (ЭК)? Если во всех странах национальная политика в сфере репродуктивного здоровья основана на доказательствах, ответ на этот вопрос должен быть утвердительным. Женщинам в Германии или Венгрии, к примеру, необходимо было бы действовать точно так же, как и женщинам Шотландии или Норвегии, чтобы получить ЭК.**

В реальности, однако, всё обстоит несколько сложнее. Дело в том, что норвежские женщины, нуждающиеся в ЭК, имеют возможность купить соответствующие таблетки на ближайшей заправочной станции или в супермаркете. Женщинам Шотландии нужно просто обратиться в любую местную аптеку, где им выдадут средство для ЭК бесплатно. И те, и другие будут иметь возможность быстро получить таблетки для ЭК, что увеличит их шансы предотвратить беременность после единичного незащищённого полового акта. В свою очередь, женщины в Германии и Венгрии должны в таком случае обратиться к врачу и объяснить ему, что они не использовали контрацептивное средство, или что презерватив соскользнул, или они забыли вовремя принять таблетку, и попросить выписать им ЭК. При выдаче лекарства по этому рецепту аптекарь, вероятно, должен будет предупредить женщину о необходимости вести себя более ответственно, но при этом, скорее всего, забудет напомнить, что ЭК не защитит от беременности, если незащищённые половые контакты повторятся в течение того же самого менструального цикла.

Так что ответ на поставленный вопрос будет отрицательным. Похоже, несмотря на то, что средства ЭК имеются в наличии во многих европейских странах уже более 15 лет, женщины Европы не имеют равного доступа к ЭК и, таким образом, равных возможностей предотвратить беременность.

Данных по ЭК в Европе мало, а те, что имеются в наличии, не дают чёткого представления о том, какое место ЭК занимает в списке практикуемых методов контрацепции, а также как ее применение

вписывается в жизнь женщины.

Для того, чтобы дать оценку различным предписаниям, льготным программам обеспечения лекарствами и методам предоставления услуг ЭК, Европейский консорциум по вопросам экстренной контрацепции (ЕСЕС) провел в 2012 и 2013 годах опрос ведущих экспертов из 25 стран. Хотя ЕСЕС планирует собрать данные по всем 53 странам, входящим в Европейский регион ВОЗ, в настоящий момент информация о программах доступа, статусе рецептурных лекарств, ценах и льготных программах компенсации медикаментов, рекомендациях и сложившейся практике использования собрана и подтверждена по следующим странам:

Албания, Австрия, Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Италия, Испания, Латвия, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Турция, Финляндия, Франция, Швеция, Швейцария, Эстония (1). Результаты опроса представлены ниже.

## Что мы знаем о доступности ЭК в Европе

Контрацептивные препараты (таблетки), содержащие только левоноргестрел (LNG ЭК), наиболее широко распространённое средство ЭК в регионе, в 19 странах такие можно просто купить в аптеках (см. Рис.1). В 9 из этих стран (Болгарии, Дании, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Румынии, Словакии, Швеции, Эстонии) препарат отпускают без рецепта, что означает отсутствие необходимости вступать в разговор с персоналом аптеки для получения ЭК. Несмотря на то, что препараты, содержащие только LNG отвечают всем критериям безрецептурных медикаментов (они не связаны с риском передозировки или возникновения зависимости, являются низко токсичными, имеют установленную

дозу, не взаимодействует с наиболее распространёнными лекарственными средствами, у них нет противопоказаний, они не представляют опасности для существующей беременности, позволяют самостоятельно осуществлять правильный приём лекарства), правила, действующие на данный момент в Албании, Венгрии, Германии, Италии и Польше, по-прежнему требуют от покупателя предъявления выписанного врачом рецепта для приобретения ЭК, содержащих только LNG. Такая же практика применяется в Финляндии в отношении женщин в возрасте 15 лет и младше. В Мальте таблетки ЭК отсутствуют в свободном доступе, и женщины вынуждены в случае экстренной необходимости в ЭК прибегать к более высоким дозам обычных оральных противозачаточных таблеток (метод Юзпе).

Национальные льготные программы обеспечения лекарствами, предназначенные для того, чтобы снизить наличные расходы на ЭК, содержащие LNG, реализуются исключительно в Бельгии, Великобритании, Германии, Нидерландах, Финляндии и Франции. Однако молодым людям эти препараты предоставляются бесплатно, по крайней мере, в центрах планирования семьи и клиниках для молодёжи в Великобритании, Германии, Испании, Норвегии, Португалии, Финляндии, Франции, Швеции и Швейцарии. С 2008 года LNG ЭК предоставляются бесплатно также во всех аптеках Шотландии и Уэльса. В Норвегии, Финляндии, Франции и некоторых частях Великобритании ЭК могут быть приобретены в школах. Недавно в Великобритании, Норвегии и Франции были разработаны системы доступа к LNG ЭК через интернет. Нидерланды и Норвегия являются единственными странами, где препараты, содержащие только LNG, можно приобрести через



**Рис.1. Юридический статус ЭК. Подготовлено Aline Bohet специально для ЕСЕС**



Cristina Puig



Jamie Bass

Экстренная контрацепция (ЭК), также известная под названием *посткоитальной контрацепции* или «*таблетки на следующее утро*», относится к контрацептивным методам, которые женщины могут использовать для предотвращения беременности после незащищённого или недостаточно защищённого полового акта. Доступ к ЭК чрезвычайно важен для обеспечения репродуктивного здоровья женщин.

В настоящее время в Европе доступны три основных типа ЭК методов: таблетки ЭК содержащие только левоноргестрел (LNG ECPs), препараты, в состав которых входит улипристала ацетат (UPA ECPs) и медные внутриматочные контрацептивы (IUD) (ВМК), вводимые в период до пяти дней после коитуса.

ЭК может сократить риск беременности после незащищённого или недостаточно защищённого полового акта на 75-99% в зависимости от используемого метода. Наиболее эффективным способом является введение медного ВМК, за которым следует приём улипристала ацетат (UPA ECPs). Препарат, содержащий только левоноргестрел (LNG ECPs), сокращает риск наступления беременности, по крайней мере, в полтора раза и даже, возможно, на 80-90% при его использовании после незащищённого или недостаточно защищённого полового акта (3).

такие массовые каналы сбыта, как предприятия розничной торговли и заправочные станции.

В настоящее время для приобретения такого препарата ЭК, как улипристала ацетат (UPA), во всех странах, где он получил распространение, необходим выписанный врачом рецепт (препарат UPA всё ещё абсолютно недоступен в Албании, Мальте, Турции, Швейцарии и Эстонии). В Италии медики и руководители системы здравоохранения по мере накопления данных долгосрочного наблюдения за действием UPA выражают всё большую уверенность в безопасности этого препарата. И это ещё один пример того, насколько отличаются национальные программы доступа к ЭК, чему можно найти частичное объяснение в том обстоятельстве, что только в восьми странах (Великобритании, Дании, Испании, Польше, Португалии, Финляндии, Франции и Швеции) имеются клинические рекомендации по ЭК.

Может ли эта картина стать ещё более неоднородной? Судя по всему, да. Доступность информации об использовании ЭК, так же, как и степень осведомлённости женщин о методах ЭК, очень разнятся от страны к стране. За исключением Франции и Великобритании, в последнее десятилетие мало где проводились исследования с целью определить реальный уровень использования ЭК. Исследовательская

Европейский консорциум по экстренной контрацепции (ЕСЕС), созданный в 2012 году, является сетью, объединяющей организации и отдельных лиц, которые занимаются исследованиями в области ЭК, предоставлением услуг ЭК, адвокатированием по более широкому спектру вопросов сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека. Нашей миссией является **повышение уровня знаний об ЭК и расширение доступа к ЭК в странах Европы, а также содействие стандартизации предоставляемых услуг ЭК в общеевропейском контексте.**

Для получения более детальной информации посетите веб-страницу [www.ec-ec.org](http://www.ec-ec.org).

работа была проведена в Испании, где в 2012 году 14,7% женщин репродуктивного возраста сообщили о том, что им доводилось прибегать к ЭК; в Германии, где в 2011 году 13% опрошенных женщин сообщили об использовании ими ЭК; в Эстонии, где в 2007 году 21% респонденток сообщили о том, что им приходилось использовать ЭК. Недавно проведённое на региональном уровне исследование, в котором оценивались знания об ЭК участвовавших в опросе 7170 женщин и масштабы использования ЭК в Великобритании, Германии, Испании, Италии и Франции, показало, что средний возраст использовавших ЭК - 28 лет, и что 88% прибегнувших к ЭК женщин принимали препарат в течение первых 24 часов (2). Это исследование также показало, что только 27% респонденток получили информацию об ЭК от своего врача, и, хотя сами женщины считали использование ЭК ответственным поступком, они всё равно чувствовали порицание и осуждение со стороны тех, к кому они обращались в поисках средств ЭК (2). Значительное большинство женщин выразили желание получить больше информации об ЭК.

### Могут ли рекомендации помочь сократить неравенство?

Многообразие видов предоставления услуг дополняет пёструю картину, отражающую отсутствие равноправия среди женщин Европы в доступе к различным методам ЭК. Этот разрыв, вероятно, увеличится с появлением нового поколения препаратов ЭК, а именно – улипристала ацетата, который становится всё более доступным на многих рынках.

С целью содействия гармонизации услуг ЭК в Европе ЕСЕС разрабатывает руководство, освещающее ключевые вопросы, которые должны быть включены в любые клинические рекомендации по ЭК. Мы надеемся, что такой инструмент облегчит задачу по разработке или обновлению национальных рекомендаций в сфере

ЭК, в основу которых должны быть положены доступные результаты новейших исследований.

### Чем шире выбор, тем больше информации должны получать женщины

В Европе, как и в других частях света, возможности ЭК постоянно расширяются. Популяризация использования медной внутриматочной спирали (IUD) как средства ЭК и внедрение в 2010 году новой ЭК таблетки, содержащей улипристала ацетат, вызывают новые эростные споры по поводу лучших путей и методов контрацепции, которые будут при этом наиболее экономически эффективны для населения. Пока ведутся все эти дискуссии, мы не должны забывать о том, что каждая женщина, нуждающаяся в ЭК, должна получить информацию о доступных для неё методах, их эффективности, побочных явлениях, взаимодействии с другими препаратами и критериях выбора, чтобы она могла **по-настоящему осуществить своё право выбора**. Разработка последовательной национальной политики в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и прав, включая доступ к ЭК в пределах всей Европы, могла бы помочь женщинам получить доступ к информации, необходимой им для принятия осознанных решений, а также избежать возникновения ложных представлений, связанных с этим важным методом контрацепции.

**Cristina Puig,**  
Координатор, Европейский консорциум по экстренной контрацепции  
[Cpuig@familycareintl.org](mailto:Cpuig@familycareintl.org)

**Jamie Bass,**  
Европейский консорциум по экстренной контрацепции  
[jbass@familycareintl.org](mailto:jbass@familycareintl.org)

### Использованные источники

1. Данные, на которых основана статья, доступны на веб-странице: <http://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/country-by-country-information-2/>, и были извлечены 10 октября 2013 года.
2. Nappi Rosella (IT). *What do women know about pregnancy risk and emergency contraception? A European survey amongst 7170 women*. 10th Congress of the European Society of Gynecology, Friday September 20th.
3. *Medical and Service Delivery Guidelines*, 2012. Retrieved Oct 8 2013 from <http://www.cccinfo.org/custom-content/uploads/2013/06/Medical-and-Service-Delivery-Guidelines-English-June-20131.pdf>



# ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЮТСЯ ПОДРОСТКИ В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ ПРИ ПРИОБРЕТЕНИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ

## Барьеры

Подростки в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД), особенно не состоящие в браке, сталкиваются с препятствиями при приобретении и использовании контрацептивных средств (1). Несмотря на то, что подросткам приходится преодолевать многие из тех же преград, с которыми сталкиваются и взрослые при приобретении контрацептивов, некоторые из барьеров существуют именно в случае подростков.

Во многих бедных сообществах СНСУД методы контрацепции недоступны ни для взрослых, ни для подростков. Но даже когда доступ к контрацепции имеется, законы и проводимая политика исключают возможность предоставления услуг контрацепции подросткам, не состоящим в браке или не достигшим определённого возраста. Доступу к контрацепции может препятствовать высокая стоимость услуги, удалённое расположение медицинских учреждений, а также нежелание медработников предоставить контрацептивные средства, невзирая на отсутствие юридических или медицинских ограничений. Во многих местах медработники отказываются предоставить парам, не состоящим в браке, информацию и услуги, потому что они не одобряют добрачные половые связи. В случае, если контрацептивные услуги всё-таки оказываются, предлагаемые методы контрацепции ограничиваются презервативами, так как медработники ошибочно полагают, что гормональные методы долгосрочного действия и внутриматочные контрацептивы неприемлемы для нерожавших женщин.

Даже если контрацепция доступна и может быть получена подростками, по ряду причин они могут ею не воспользоваться. Во многих местах молодые замужние женщины подвергаются давлению, от них требуется забеременеть и родить детей. О контрацепции можно задумываться только после рождения первого ребёнка. Предубеждения, связанные с контрацепцией, также препятствуют её использованию подростками, состоящими в нестабильных отношениях. Если женщина предложит воспользоваться презервативом, или если презерватив будет у неё с собой, во многих местах её могут считать женщиной лёгкого поведения. Наконец, даже если подростки имеют возможность приобрести и использовать современные средства контрацепции, они могут не захотеть прибегнуть к ним. Во многих местах для подростков характерно ложное представление о связанных с контрацептивными методами мгновенных и долгосрочных побочных явлениях, пагубных для их здоровья и будущей способности к деторождению. В результате своих страхов и опасений подростки выбирают в качестве более приемлемых для себя такие неэффективные методы, как прерывание полового акта и традиционные средства. Более того, ввиду плохого понимания того,

как действуют контрацептивные методы, и как ими следует пользоваться, подростки применяют их неправильно.

## Повышение доступности и уровня использования

В 2011 году ВОЗ выпустил рекомендации по предотвращению ранней беременности и плохого репродуктивного исхода у подростков в развивающихся странах (2). Эти рекомендации были основаны на обзорах систематически публикуемых исследований, отдельных исследованиях и коллективном мнении группы экспертов. Повышение доступности контрацепции и уровня её надлежащего использования было признано одним из четырёх желаемых результатов, ведущих к предотвращению ранней беременности. Исследования, соответствующие критерию включения по этому результату, проводились в ряде СНСУД. Некоторые исследования оценивали исключительно уровень надлежащего использования презервативов, в то время как другие были посвящены гормональным контрацептивным средствам и средствам экстренной контрацепции (ЭК). Некоторые оценивали использование контрацепции как первичный результат, другими же использование контрацепции оценивалось как результат вторичный по отношению к таким первичным результатам, как предотвращение ВИЧ или изменение уровня знаний (по данному вопросу) и отношения к нему (в обществе). В центре внимания некоторых исследований были такие действия, предпринятые системой здравоохранения, как предоставление контрацептивных средств без рецепта в аптеках или в клиниках; в других же рассматривались действия, целевой аудиторией которых были руководители и/или члены сообществ. В целом, исследования продемонстрировали рост использования контрацепции (включая презервативы, гормональные контрацептивные средства и средства ЭК) в результате действий на различных уровнях: в сфере законодательной практики и на уровне разработки соответствующей политики; на уровне отдельных людей, семей и сообществ, а также национальных систем здравоохранения. Мероприятия, обсуждаемые ниже, представлены в рекомендациях ВОЗ.

**ВНЕСЕНИЕ БЛАГОПРИЯТНЫХ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ ПОПРАВОК В ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКУ:** Во многих странах законы и общая политика направлены на ограничение доступа к услугам контрацепции подросткам, не состоящим в браке или не достигшим определённого возраста. Руководящим кругам надлежит вмешаться, чтобы реформировать эти законы и политику, что позволит обеспечить подросткам возможность получать информацию о контрацепции, консультирование и контрацептивные услуги. Ответственным

за разработку политики руководящим кругам следует также рассмотреть возможность предоставления подросткам контрацептивных услуг бесплатно или по более низкой цене (2).

**ДОСТИЖЕНИЕ БЛАГОПРИЯТНЫХ (ДЛЯ ПОДРОСТКОВ) ИЗМЕНЕНИЙ В СОЦИАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ НОРМАХ:** Во многих обществах добрачная половая жизнь не считается приемлемой, и предоставление информации о контрацепции и контрацептивных услуг для подростков, не состоящих в браке, встречает значительное сопротивление. Для преодоления этого барьера важно, чтобы у влиятельных лидеров сообщества и у членов сообщества улучшилось представление о потребностях подростков в информации и контрацепции, включая и информацию о том риске для здоровья, которому они подвергаются в случае, если их потребности не будут удовлетворены (2).

Во многих местах социальные и групповые нормы не допускают обсуждения контрацепции в паре. Кроме того, отсутствие знаний и ложные представления препятствуют использованию или надлежащему использованию контрацептивных методов. Средства массовой информации (радио – и телевизионные программы), взаимное просвещение среди сверстников и личные контакты, а также рекламные материалы обучающего информационного характера (например, плакаты и листовки) успешно используются для передачи подросткам медицинской информации и оказания влияния на бытующие в их среде нормы. В последние годы радикально изменились способы коммуникации между подростками. Мобильные телефоны, интернет и социальные сети используются всё больше даже в СНСУД. Эти технологии потенциально полезны для удобной и конфиденциальной передачи информации о контрацепции и её вариантах, приемлемых для подростков (3).

## ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ:

Преимущества включённого в учебные программы комплексного сексуального образования убедительно подтверждаются. Наиболее успешные программы сексуального образования предоставляют точную, соответствующую возрасту обучаемых информацию, попутно развивают полезные для жизни навыки и обеспечивают поддержку, позволяющую справиться с мыслями, чувствами и опытом, которые сопровождают половое созревание (такими, например, как влюблённость, или необходимость твёрдого, но не вызывающего враждебной реакции отказа от нежеланной половой близости, предложенной другом). Программы сексуального обучения также связаны с предоставлением услуг контрацепции (4).

Хотя политика, требующая сексуального



**Venkatraman Chandra-Mouli**



**Donna R. McCarraher**



**Nancy E. Williamson**

### Рамка 1. Отличительные черты услуг здравоохранения, дружественных по отношению к подросткам

Для того чтобы считаться дружественными по отношению к подросткам, услуги здравоохранения должны быть доступными, приемлемыми, предоставляемыми на равных основаниях, соответствующими потребностям и эффективными. Как разъясняется ниже, услуги здравоохранения:

- Доступные: если подростки **имеют возможность** получить оказываемые услуги здравоохранения.
- Приемлемые: если подростки сами **хотят** получить доступные им услуги здравоохранения.
- Предоставляемые на равных основаниях: **если все подростки, а не только отдельные группы подростков**, имеют возможность получить предлагаемые услуги здравоохранения.
- Соответствующие потребностям: если подростки получают **именно те услуги здравоохранения, которые им необходимы**.
- Эффективные: если подросткам **правильным образом предоставляются соответствующие их потребностям услуги здравоохранения**, и данные услуги оказывают позитивное влияние на их здоровье.

обучения подростков, проводится во многих странах, соответствующие программы плохо реализуются либо не реализуются вообще. Руководящие круги, ответственные за принятие политических решений в сфере здравоохранения и образования, а также руководители на местах должны обеспечить широкомасштабное и эффективное включение сексуального образования в учебную программу. Дополнительные усилия необходимы для того, чтобы охватить многочисленных подростков, не обучающихся в школе.

#### УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К КОНТРАЦЕПЦИИ:

Во многих местах подростки не хотят обращаться в учреждения, предоставляющие услуги контрацепции, потому что считают их недружественными. Ценность дружественных в отношении подростков медицинских услуг находит всё большее подтверждение. (См. текст в рамке 1) (5).

Для улучшения доступа к контрацепции нужно сделать медицинские учреждения более доступными, атмосфера в них должна быть более дружелюбной, необходимо, чтоб там имелся постоянный ассортимент различных контрацептивных методов, а компетентным и внимательным медработникам надлежит предоставить подросткам возможность выбора средств, наиболее отвечающих их нуждам и предпочтениям.

Просвещение по вопросам контрацепции, консультирование и предоставление контрацептивных услуг должны быть интегрированы с другими медицинскими услугами, которыми пользуются подростки, включая лечение заболеваний, передающихся половым путём, консультации и анализы, связанные с ВИЧ-инфекцией, комплексный уход, связанный с абортом, а также послеродовой уход. Для многих подростков контакт с медработниками, предоставляющими эти услуги, может стать их первой возможностью напрямую обсудить вопросы контрацепции с компетентным человеком. Интеграция услуг контрацепции с послеродовым уходом даёт возможность рожавшим впервые матерям получить информацию о планировании беременности, чтобы задержать наступление второй.

Забывая о дружественном характере медицинских услуг, предназначенных для подростков, важно опираться на то, что уже существует, то есть привносить изменения в здравоохранительные учреждения, повышать компетентность медперсонала, формируя у них новое отношение к данным вопросам, а не создавать для этого новые помещения и не выделять специальных медработников для работы исключительно с подростками. При этом, однако, специализированные медицинские учреждения могли бы быть полезны для работы с маргинализированными группами подростков (например, работников секс-индустрии), которые склонны избегать обращения за услугой в медучреждение, открытое для всех.

Даже в тех случаях, когда медицинские учреждения являются дружественными по отношению к подросткам, маловероятно, что они смогут привлечь всех подростков. Поэтому услуги контрацепции должны предоставляться через различные каналы. Разъяснительная работа среди подростков в местах, где они проводят свой досуг, может улучшить их доступ к информации по вопросам контрацепции и к контрацептивным услугам в результате предоставления этих услуг на месте или через направление к специалисту. Превращение аптек и магазинов в дружественные к подросткам места могло бы значительно расширить доступ к безрецептурным контрацептивным методам. В некоторых странах предоставление услуг контрацепции начали доверять поставщикам контрацептивных услуг на уровне сообщества в связи с нехваткой квалифицированного медперсонала (6). Все эти усилия могут оказаться благотворными для подростков при условии соблюдения строгой конфиденциальности.

#### Заключение

В заключение следует отметить, что в результате научных исследований и реализации мелкомасштабных и ограниченных по срокам проектов накоплены весьма убедительные данные

по имеющимся эффективным средствам повышения доступности контрацепции для подростков и её использования. К таким средствам относятся благоприятные законы и проводимая политика; ориентированные на лидеров сообществ, рядовых членов и подростков многоаспектные коммуникационные программы, которые позволяют доносить информацию и создавать дружественные нормы для обеспечения контрацептивами и для их использования; чёткое и соответствующее подростковому возрасту просвещение по вопросам половой жизни, включённое в образовательную программу; предоставление широкого спектра контрацептивных методов через различные дружественные в отношении подростков каналы. Главная задача заключается в том, чтобы на основе этих мелкомасштабных и ограниченных по срокам инициатив построить широкомасштабные и жизнеспособные программы.

#### Venkatraman Chandra-Mouli, MBBS, MSc,

Департамент по репродуктивному здоровью и исследованиям, Штаб-квартира ВОЗ, Женева  
chandrasmouli@who.int

#### Donna R. McCarraher, PhD,

Международная организация по здоровью семьи (FHI), Дарэм, Северная Каролина, США, DMccarraher@fhi360.org

#### Nancy E. Williamson, PhD,

Департамент матери и ребёнка, Гиллингз колледж Факультета всемирного общественного здоровья, Университет Северной Каролины, Чапел Хилл, США, nwilliamson@msn.com

#### Источники

1. Bankole A, Malarcher S. Removing barriers to adolescents' access to contraceptive information and services. *Stud Family Plann*. 2010. 41, 2, 117-124.
2. *WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes in adolescents in developing countries*. Geneva: WHO, 2011.
3. Guse K, Levine D, Martins S et al. Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: A systematic review. *J Adolescent Health*. 2012. 51 (6): 535-43.
4. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolescent Health* 2007; 40(3): 206-17.
5. Quality Assessment Guidebook. *A guide to assessing health services for adolescent clients*. Geneva: WHO, 2009.
6. Janowitz B, Stanback J, Boyer B. Task sharing in family planning. *Stud Family Plann* 2012;41(1):57-62.



# ВЛИЯНИЕ ДИАГРАММЫ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ (МКП) НА КАЧЕСТВО УСЛУГ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ: ОПЫТ ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН

Диаграмма МКП создана на основе 3-го издания *Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции (МКП)* и обновлённой в 2008 году версии этого документа, представляющего собой очередные рекомендации ВОЗ, разработанные по результатам доказательной медицины. Эта диаграмма содержит критерии приемлемости, соответствие которым позволяет начать использование шести типов контрацептивных методов, она также обеспечивает провайдерам услуг планирования семьи легкий доступ к информации о том, какие многообразные методы контрацепции будут безопасны и эффективны в случае их использования женщинами, имеющими известные медицинские или физические проблемы.

В данной статье четыре страны Европейского региона ВОЗ делятся своим опытом использования диаграммы, рассказывая о том, как этот инструмент повлиял на качество планирования семьи (ПС).

## Узбекистан

С момента проведения реформ в системе здравоохранения в 1998 году вопросы сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) оказались в центре внимания планов и мероприятий на национальном уровне. При уровне населения, равном почти 29,5 миллионов человек, из которых 50% моложе 25 лет, медицинское обслуживание в сфере СРЗ становится одним из приоритетов здравоохранения.

Различные проблемы здоровья, распространённые в Узбекистане среди женщин репродуктивного возраста, создают серьёзные барьеры для поставщиков услуг здравоохранения, стремящихся расширить использование различных современных контрацептивных средств. Эти барьеры возникают ввиду отсутствия у женщин доступа к источникам информации о возможностях получения консультаций на основе результатов доказательной медицины. Несмотря на растущий уровень распространённости контрацепции в стране (64,88%), 80% пользователей современных контрацептивных средств всё ещё отдают предпочтение внутриматочным устройствам (спиралям), а спрос на использование гормональных методов и инъеклируемых препаратов продолжает оставаться низким. Такая ситуация может быть частично объяснена отсутствием необходимых знаний и навыков у поставщиков медицинских услуг, а также ограниченным для них доступом к источникам ВОЗ, опубликованным на местном языке. Фонд ООН по вопросам

Пример Диаграммы МКК на узбекском языке



нароодонаселения сыграл ключевую роль, помогая в разрешении этой проблемы. Будучи главным поставщиком товаров для репродуктивного здоровья, в особенности, современных контрацептивных средств, Фонд пропагандирует общенациональные программы СРЗ, созданные с опорой на доказательную медицину, а также финансирует тренинги по

медицинскому обслуживанию в сфере СРЗ, где планирование семьи (ПС), вопросы логистики, менеджмента и информационных систем для нужд контрацепции рассматриваются в качестве ключевых аспектов улучшения качества предоставляемых услуг. В сотрудничестве с ВОЗ была также разработана и внедрена серия основанных на результатах



доказательной медицины рекомендаций и инструментов, направленных на улучшение качества ПС. С момента опубликования первых рекомендаций ВОЗ по «*Медицинским критериям приемлемости для использования методов контрацепции*» и «*Избранных практических рекомендаций по практике использования средств контрацепции*» в 1996 году более 5000 поставщиков медицинских услуг повысили свою квалификацию в сфере консультирования и ориентированных на клиента услугах для поддержания СРЗ и ПС.

Фонд ООН по вопросам народонаселения также сыграл ключевую роль, оказав и техническую помощь при адаптации и переводе на местный язык данных рекомендаций, что было признано Министерством здравоохранения и широкой медицинской общественностью. С момента опубликования Диаграммы МКП и появления в Узбекистане её русской версии спрос на этот инструмент ощутимо вырос. Однако, миссии наблюдателей Фонда ООН по вопросам народонаселения, осуществлявших мониторинг в тех регионах страны, где проводились финансируемые Фондом тренинги для семейных врачей и медсестёр, констатировали, что поставщики медицинских услуг в сельской местности ввиду языкового барьера очень ограниченно пользовались русской версией Диаграммы. Таким образом, в 2013 году была достигнута договорённость об адаптации Диаграммы МКП для узбекского языка, и работу по адаптации и переводу этого инструмента Фонд включил в свой годовой рабочий план. Узбекская версия была подготовлена в тесном сотрудничестве и по проведению консультаций с местными экспертами и поставщиками услуг здравоохранения. Процесс опубликования этого материала полностью соответствовал требованиям ВОЗ о защите авторских прав, и на его издание было получено разрешение Отдела по вопросам репродуктивного здоровья и научным исследованиям ВОЗ.

В 2013 году были изданы семь тысяч экземпляров (7000) узбекской версии Диаграммы МКП и распространены среди семейных врачей и медсестёр во время предназначенного для них тренинга. Программа тренинга включала в себя учебную сессию, посвящённую тому, «как» использовать диаграмму, и «кто» может это сделать. В узбекской версии используется тот же самый формат и инструкции, в отношении которых даются разъяснения в 3-м издании ВОЗ (2004 и 2008 годов). Когда клиенты решают прибегнуть к использованию контрацепции, выбор осуществляется с учётом шести возможных контрацептивных методов и девятнадцати возможных проблем

со здоровьем. Отзывы, полученные со стороны поставщиков медицинских услуг, свидетельствуют о том, что этот инструмент помог им улучшить **качество консультирования** и найти ответы на те вопросы, которые часто задаются клиентами во время повторных визитов. Более того, после издания диаграммы МКП на местном языке сельскими медицинскими учреждениями был зафиксирован **рост числа клиентов, отдающих предпочтение эффективным и безопасным методам, при этом выросла доля тех, кто сделал выбор в пользу гормональных средств.**

Доступ к источнику информации на узбекском языке и возможность использовать его в ежедневной практике в большей мере поспособствовали тому, что медицинский персонал среднего уровня стал чувствовать себя более уверенно, проводя консультирование по ПС, а это уже является значительным достижением, так как этот персонал по-прежнему играет главную роль в предоставлении услуг ПС в сельской местности.

## Румыния

Румынские издания всех рекомендательных документов ВОЗ, основанных на результатах доказательной медицины, включая диаграмму МКП, были осуществлены и далее распространены силами Восточно-европейского института репродуктивного здоровья (ВЕИРЗ). Эти инструменты, созданные на основе результатов доказательной медицины, обеспечили ориентиры при разработке Национальной программы ПС в подготовке рекомендаций по предоставлению услуг контрацепции, они были использованы директивными органами, менеджерами программ ПС и научной общественностью.

В рамках румынской программы планирования семьи была разработана и реализована национальная политика и инструменты, включившие в себя рекомендации ВОЗ по современным передовым практическим методам. Основные положения ВОЗ были включены в текст Национальной программы по планированию семьи, руководств и стали неотъемлемой частью программных мероприятий на трёх уровнях: обучении поставщиков услуг ПС; предоставлении бесплатных контрацептивных средств; и информирование, образование, консультирование, коммуникация с целью изменения модели поведения (ИОК/ИМП).

Учебные программы, включившие в себя основополагающую информацию ВОЗ и диаграмму МКП были разработаны и аккредитованы для обучения тренеров, для ознакомления с основами ПС поставщиков первичной

медицинской помощи (семейных врачей и медсестёр), для специалистов по ПС, а также для обучения по вопросам послеабортной контрацепции. Во время мероприятий в рамках коммуникации с целью изменения модели поведения (ИОК/ИМП) основополагающие идеи ВОЗ популяризовались с помощью плакатов, брошюр и листовок. В качестве целевой аудитории были задействованы также и средства массовой информации, в которых проводилась специальная компания на тему МКП, была сделана презентация по Рекомендациям в отношении стандартной практики, и среди профессионалов масс-медиа были распространены материалы.

Влияние, оказанное основными идеями ВОЗ было задокументировано Восточноевропейским институтом репродуктивного здоровья с помощью обследования, которое позволило определить, как врачи, получившие документы ВОЗ, воспринимают их содержание и полезность, каково их мнение по поводу влияния (полученной информации) на качество предлагаемых услуг, процесса распространения этой информации, а также – каковы были бы их предложения, направленные на дальнейшее улучшение мероприятий по распространению информации.

Эти мероприятия стали возможны в результате реализации модели партнёрства между агентствами ООН (ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ), Агентством США по международному развитию и Джон Сноу Интернешенел (ЮСАИД/JSI), а также - правительством Румынии и гражданским обществом.

## Украина

В соответствии с последними международными стандартами, рекомендациям и подходами «Вместе за здоровьем» (ВЗЗ) подготовил справочное пособие под названием «Планирование семьи», а также разработал базовую программу пятидневного тренинга на рабочем месте. Основными справочными материалами при подготовке пособия и программы были *Медицинские критерии приемлемости для использования контрацепции* (ВОЗ, 2004, 2009) и *Планирование семьи: глобальное руководство для провайдеров* (ВОЗ и ЮСАИД, 2007). Названный материал был использован во время тренингов и других мероприятий для медицинских работников.

Команда ВЗЗ совместно с местными партнёрами, общенациональными и местными тренерами определила круг проблем, с которыми сталкиваются прошедшие обучение медицинские работники в своей практике предоставления услуг ПС, а также их потребности в дополнительных обучающих и вспомогательных рабочих материалах, предназначенных

# ВЛИЯНИЕ ДИАГРАММЫ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ (МКП) НА КАЧЕСТВО УСЛУГ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ: ОПЫТ ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН

для улучшения качества услуг ПС. В особенности это касалось медицинских работников, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь. Диаграмма МКП была наиболее востребованным медработниками и партнёрскими организациями вспомогательным рабочим материалом.

По мнению поставщиков услуг здравоохранения диаграмма МКП является удобным в использовании инструментом при выборе подходящего метода контрацепции во время визита клиента, позволяющим учитывать как медицинские критерии, так и потребности и пожелания клиента.

Для того, чтобы помочь поставщику услуг ПС применить правильные критерии приемлемости, выдавая или выписывая контрацептивные средства, силами V33 диаграмма МКП была переведена на украинский язык и напечатана. Это было сделано в рамках формального договора о сотрудничестве между ВОЗ и Джон Сноу Интернешенел (JSI). Четыре тысячи копий распечатанной диаграммы МКП были использованы во время тренингов для поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, а также во время других продолжающихся мероприятий медицинского образования, когда диаграмма применялась в качестве инструмента, помогающего провайдерам следовать Медицинским критериям приемлемости, а также напомиющего им о том, для каких клиентов приемлемы те или иные методы контрацепции.

Поставщики услуг здравоохранения, прошедшие обучение на клинических курсах, продемонстрировали значительное повышение уровня своих знаний, который по результатам предварительного тестирования в начале курса оценивался в среднем как 58%, а по результатам тестирования по завершении программы уже достиг 92%. Удовлетворённость женщин предоставленными им услугами ПС/РЗ выросла с течением времени, согласно результатам опросов, проведённых в рамках проекта в получивших поддержку медицинских учреждениях из семи регионов. По прошествии 20-24 месяцев с начала реализации проекта 68.9% отметили хорошее качество услуг, притом что до запуска данного проекта о хорошем качестве услуг говорили только 54.7%. Таким образом, удовлетворённость увеличилась примерно на 14%.

## Кыргызстан

Согласно результатам стратегической оценки нежелательной беременности, проведённой Министерством здравоохранения, ВОЗ и Фондом ООН по вопросам народонаселения в 2011

## Пример Диаграммы МКК на киргизском языке

**Контрацепция усулдарын колдонуу үчүн кабыл алынган медициналык белгилер боюнча ДСУнун дискораммасы**

Дискораммада сунушталган маалымат "Контрацепция усулдарын колдонуу үчүн кабыл алынган медициналык белгилер" аттуу ДСУнун колдонмосуна негизделген, үчүнчү басылыш, 2004-ж. жана жаңыланган версиясы 2008-ж.

Дүйнөлүк Сапаттык сактоо уюму

**Бардык ыкмалар үчүн 1 жана 2 категорияларына карата тиешелүүгүк абалы (ыкма колдонулушу мүмкүн)**

Жаны 19-39	ВИЧ-инфекция жүзүрүү коркуну жок	Бойдо апырдуудан эийин (сепси жок болгондо)
Аз канидуул, анын ичинде жаны тутулу ай сымал оепталуу жана таласмалы	Анамнаде кош болулуку учурундагы диабет	Шансыздык (биопсиз)
Эмели бебардан түбү кайтаруу шактанды, кыстары кошо	Анамнаде кош болулуку учурундагы калору катарындагы кан басымы	Таш уурагына соорулган коймол аркылы чакырган ооророронун ийилишүү
Сүт бездерини соорууру; сүй-булуку аныниз, сүт бездерини кайтаруу шакты ооророр катарындагы аныктапбаган пайдас болулу	Анамнаде ички жамбы чарсыздыгы операциялык ийилишүү, несароо сечимини кошондо	Антибиотиктерди кабыл алуу (Рифамицин жана Рифабутинди кошкондо)
Депрессия	Плутулуу жас, ага пай оемнаде же узак мөөнөттүү аныдак кан кетүүсү	Капан беэини кытшамын бузулуу
Дисменоррия	Женип даржадагы цирроз	Курал учу (амниотокан жамбы чарсынын курал учуруда ЖКС (капчы ичине коюлуучу спираль) коюуу уруусат беэебейт)
Эндометриоз	Анамнаде ятындаын сырткындагы кош болулуку	Жүрөтүнү өлөндөрдүн татаалуу учуру кайтарымсыз, бузулуу
Эпителия		Венералдык паразит
		Вирусту сары (өнкөт же алып жүрүү)

**Аталган абалдарга түшүнүк берүү**

A Тугуунуңа жез болгон ЖКС < 48 саат тергетин эийин не > 4 жана.  
B Эмели мөмөсү жок болулуку болбосо, ЖКС < 2.  
C Жакынкы аракеттен (капчылык мөөмөсүмүн сечимини) башка түрүрү.  
D Эмели бул айы ЖКС несароо учурундагы пайдас болбосо, ЖКС колдонулуучу дарылуу чарсыздыгы уламаттуу болот.  
E ЖКС жана ВИЧ-инфекцияны агуу учурун коюруу коюруучуда ар дайым профилактика коюлуучу сүтү кылынат.  
F Говорек жана каламдардын коюлуучуларын тасирини мүмкүнчүлүгү жогору беэебейт < 3.  
G АРР дарылуу курсу аягы калмада < 2.  
H Тазалама Репетитор бар АРР дарылуу курсу аягы калмада < 63.  
I АРР-оронданды киминики натыйжа болбогон СПИД ооруу адамдарда < 3 лануу учу.  
J Ташамы ете пай чекке адамдар учуру КОК < 4. Ташамы ете пай чектеги адамдар учуру да КОК колдонуу < 2.  
K Эмели артериялык же башкамы аягы мүмкүнчүлүгү жок болбо жана адамдарда гипертензия туралуу маалыматтар болбосо, калаган шакты колдорууга болот.  
L Коопсуз эли катары каламдар турган шарттарда да ташалуу.  
M Коркунуу Факторлору: туурасы жаш курамы, ташамы чөтү, диабет жана гипертензияны кагытат.  
N Шансы оюгүк элине неврологиялык белгилери мөмө кошкондогу билиу учуу ташамы сароо беэебейт: "Сарыны башамы катуу коюрууга шакты мөмө мөмөсү эте жалпырык ташамы таш кириме?"  
O Факторун неврологиялык белгилери мөмө шакты жана шакты < 35 болсо, КОК жана КОК < 2.  
P Оюгүк неврологиялык белгилери мөмө шакты жана шакты < 35 болсо, КОК жана КОК < 2.  
Q Ташамы мөмөсү шакты жана > 29 жыл диабет болсо: КОК, КИК, МОПАПД жана НЭЭ < 4.  
R КОК < 3, КИК < 2.  
S Факторун, Фибриляция, Бирбеттер, примонд, тонометр, несароо билиу учуру КОК/КИК < 3. Башка шактылар < 1.  
T Факторун, Фибриляция, Бирбеттер, примонд, тонометр, несароо билиу учуру КОК < 3.  
U Жыттын кайтаруучу реформация болуучу ЖКС колдоруу мүмкүнчүлүгү жок болот.  
V Жаны < 45 < 2.  
W Жаны > 45 < 2.  
X Жаны > 45 жана гипертония (гипертония ташамына каратылуучу даттар) чакырма, кабыл алуу учуруда < 2.  
Y МОПАПД < 1, НЭЭ < 2.

Ыкма шактыгына иштели чакты:

Тибеттин ден соолугу үчүн суроолору боюнча коммуникация институту

Джон Хопкинс Университетинин коммуникациялык программалар борбору

Гана Университетинин Медициналык жетилген сарышакты мөмө иштели чакты.

© Дүйнөлүк Сапаттык сактоо уюму, 2009.

году, уровень знаний профессиональных медиков и широких слоёв населения о таком предмете, как ПС и контрацепция, был низким, и их представления по многим вопросам не соответствовали действительности.

В 2012 году Фонд ООН по вопросам народонаселения (ЮНФПА) совместно

с экспертами ВОЗ провёл обучение тренеров из среды медицинских работников по теме ПС с целью создать областные группы компетентных в вопросах ПС медицинских работников, углубив их знания в этой сфере. Этой программой, осуществляемой в тесном сотрудничестве с Министерством

здравоохранения и другими партнёрами, была реализована часть полномочий ЮНФПА по углублению знаний и навыков медицинских работников, чтобы они могли проводить консультирование на высоком профессиональном уровне и предоставлять услуги, обеспечивающие больший доступ к широкому спектру контрацептивных средств. *Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции* послужили руководством по улучшению одного из аспектов качества услуг в сфере репродуктивного здоровья. Диаграмма МКП стала наиболее популярным инструментом обучающего курса и была использована во время различных интерактивных сессий тренинга. Инструменты, помогающие медицинскому персоналу

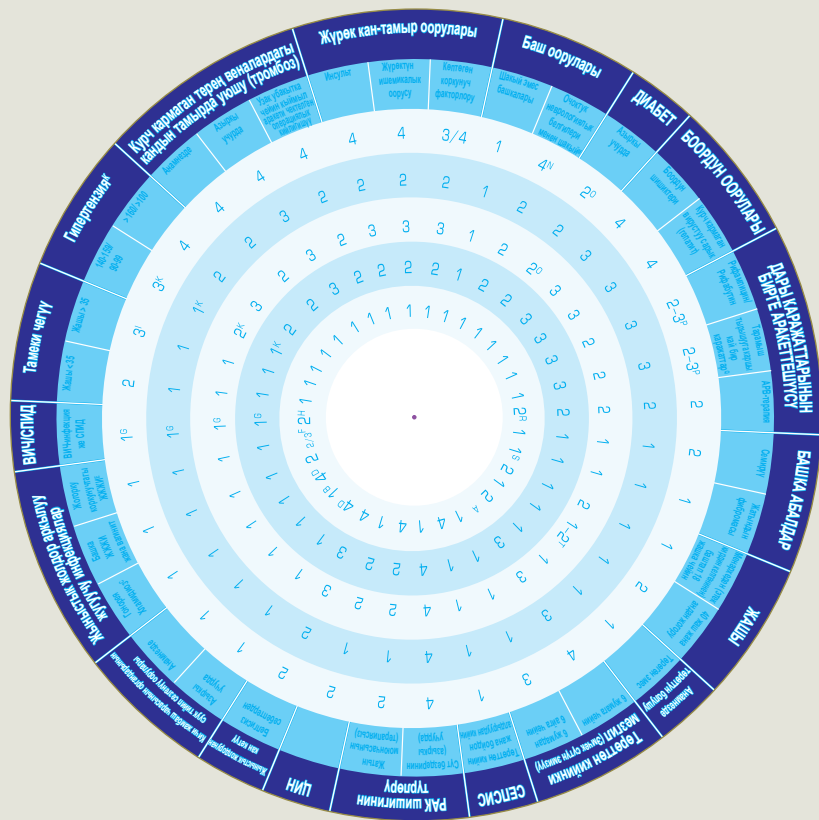
и работникам социальной службы при принятии решений, также сыграли свою очень важную роль, обогатив профессиональный опыт прошедших обучение.

После проведения общенациональном тренинга ЮНФПА поддержал реализацию каскадного тренинга на областном и районном уровнях, за которыми в 2013 году последовал мониторинг уровня знаний и практических навыков на местах работы местных поставщиков услуг. Одним из достижений стало то, что теперь врачи используют Диаграмму МКП на кыргызском языке, работая с широкими массами населения.

“Для нас, поставщиков услуг, легко пользоваться этим инструментом на кыргызском языке, проводя консультирование по ПС. Он служит

«шпаргалкой». Многие участники мониторинга отмечали, что этот инструмент позволяет сэкономить время и даёт уверенность при выборе контрацептивного средства», - сказала национальный координатор программы ПС доктор Эльмира Максумова. Во время визитов в рамках мониторинга врачи говорили следующее: «Этот инструмент был у нас раньше на русском языке, но мы не знали, как им пользоваться». Таким образом неделя МКП в Кыргызстане и тренинги, проведённые для поставщиков медицинских услуг на районном уровне, позволили многим лучше понять эти вопросы и получить детальные инструкции, что позволило усовершенствовать процесс консультирования и для клиента, и для поставщика данной услуги.

### Пример Диаграммы МКК на киргизском языке



Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции ВОЗ, 2010. Материал доступен на английском, французском и испанском языках на сайте: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html)  
Третье издание 2004 г. – на русском языке [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668_rus.pdf)



# МНОГОЦЕЛЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

Сексуально активные женщины могут подвергаться риску незапланированной беременности и инфекций, передающихся половым путём (ИППП), в том числе ВИЧ. Презервативы, как мужские, так и женские, являются в настоящее время единственным методом, который обеспечивает одновременную защиту от этих рисков. Использование презервативов, либо как единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим надёжным контрацептивным средством значительно возросло за последние 20 лет, особенно среди незамужних женщин. Использование презервативов среди семейных пар или пар, находящихся в стабильных отношениях, остаётся на очень низком уровне. Мужские и, в особенности, женские презервативы должны иметься в наличии и доступ к ним не должен вызывать проблем, а их правильное и последовательное использование необходимо пропагандировать.

Альтернативный и инновационный подход сосредоточивает внимание на разработке других **многоцелевых технологий для предотвращения (МТП)**. Эти новые продукты создаются для того, чтобы одновременно предотвращать несколько рисков в сфере сексуального и репродуктивного здоровья женщины. Как таковые, данные продукты отражают меняющиеся потребности женщин в охране своего сексуального и репродуктивного здоровья, потребности, которые меняются и развиваются в течение всей жизни.

Несмотря на то, что в настоящее время только мужские и женские презервативы являются единственными доступными и официально одобренными продуктами, по мере развития инновационных идей и разработок создание иных надёжных и эффективных МТП становится не просто технически возможным, а уже осуществляемым проектом, так как исследователи, находясь на разных стадиях его реализации, ведут разработку подобных продуктов по всему миру. Их поиск сосредоточен на многообещающих инновациях, которые включают в себя микробициды (в виде гелей, плёнок или таблеток),

вагинальные кольца и диафрагмы одного размера, высвобождающие контрацептивные вещества и/или препараты, предотвращающие ВИЧ и/или препараты, предотвращающие многочисленные ИППП (см. Рис.1)

Теоретически комбинации и возможности МТП многообразны, и они будут применяться для удовлетворения различных потребностей женщин в соответствии с жизненным этапом, на котором они находятся, социально-культурными нормами обществ и регионов, в которых они живут (см. Рис.2). В идеале, доступным станет комплекс продуктов МТП в сочетании со стратегиями. Например, в ряду различных МТП могут быть как средства, в которых нуждаются нечасто, используемые только во время коитуса, так и методы, основанные на долгосрочном действии препаратов и способные обеспечить более длительную защиту. Помимо этого, существует ряд продуктов, имеющих потенциал для использования по различным комбинированным показаниям, таким, например, как контрацепция и защита от ВИЧ или защита от ВИЧ-инфекции и вируса простого герпеса (ВПГ), и/или контрацепция и защита от других ИППП, вирусного или бактериального характера. В настоящее время выбор контрацептивных характеристик препаратов, имеющихся в наличии, ограничен. В связи с этим необходим научный поиск в направлении инновационных механизмов доставки лекарственных препаратов и создания новых продуктов, чтобы обеспечить женщинам возможность выбора средств для поддержания своего сексуального и репродуктивного здоровья.

Продуктом, показавшим себя наиболее перспективным в клинических испытаниях, стал 1% тенофовир (TFV) гель, чья активность в отношении ВИЧ и вируса герпеса простого 2 типа получила уже подтверждение в одном исследовании, и в настоящее время ведётся подтверждающая третья фаза клинических испытаний в Южной Африке. Работа по созданию комбинированного препарата, предназначенного для вагинального применения (кольца) и объединяющего

в себе активный ингредиент тенофовир и контрацептивное средство, проводится силами CONRAD (ведущей организации, занимающейся исследованиями в сфере репродуктивного здоровья) и университетом штата Юта. В нескольких направлениях работает и Совет по народонаселению (Population Council), в том числе, проводя исследования с комбинированием геля и кольца. Международным партнёрством по микробицидам (IPM) в рамках исследования по предотвращению ВИЧ недавно начаты испытания разработанной этой организацией инновационной дапивириновысвобождающего вагинального кольца, а также начата предклиническая работа по комбинированию данного средства с контрацептивным прогестинном - левоноргестрел.

В свете недавнего успеха испытаний пероральных препаратов первичной профилактики ВИЧ можно ожидать появления комбинированных пероральных контрацептивов, в формулу которых будут входить антиретровирусные препараты тенофовир и эмтрицитабин. Инъецируемые антиретровирусные препараты долгосрочного воздействия, предназначенные для лечения ВИЧ-инфекции, находятся на ранних фазах разработки, но в долгосрочной перспективе появление таких средств в сочетании с инъецируемым прогестин-содержащим контрацептивом весьма вероятно.

МТП могли бы помочь добиться значительного снижения стоимости товаров и привести к серьёзному повышению эффективности поставок и улучшению доступа к необходимым средствам по сравнению с усилиями, необходимыми для доставки многочисленных разных продуктов, предназначенных для отдельных медицинских показаний. Разработка продуктов МТП сопряжена с технологическими сложностями, высокими затратами и риском, но благодаря ей появляются мощные средства для поддержания общественного здоровья среди населения, входящего в группы риска по всему миру.

**Рис.1: Многоцелевые технологии предотвращения (МТП) находятся на разных стадиях развития (1).**



Источник: CAMI and Initiative for Multipurpose Prevention Technologies ©2013 <http://www.cami-health.org/resources>



**Manjula  
Lusti-  
Narasimhan**



**Mario  
Merialdi**



**Bethany  
Young  
Holt**

**Рис.1. Обнадёживающие комбинации и возможности для разработки и обеспечения МТП**



Source: CAMI and the Initiative for Multipurpose Prevention Technologies ©2013 <http://www.cami-health.org/resources>

Во многих случаях концептуально новые МТП развиваются на основе моделей, успешность которых доказана. Например, включение фолиевой кислоты в обычные пищевые продукты или добавление железа в оральные противозачаточные таблетки оказались эффективными решениями на благо пациентов, позволившими им без дополнительных усилий улучшить усвоение продукта.

### Сложности и проблемы МТП

Мультидисциплинарный подход, применяемый в сфере МТП, порождает несколько проблем, связанных, в том числе, с правовыми вопросами и финансированием. Несмотря на прогресс в научных исследованиях, посвящённых контрацепции, предотвращению и лечению ВИЧ-инфекции и ИППП, донорские предложения по научным грантам часто имеют ограничительные условия по медицинской тематике. В данном случае исследование должно проводиться либо по теме репродуктивного здоровья, ВИЧ, либо других ИППП. Помимо этого циклы финансирования должны соответствовать многолетнему подходу, учитывать сложную природу развития МТП, правовую поддержку и реализацию. Это уменьшило бы разрозненность исследований,

неравномерность финансирования и дублирование исследовательских усилий, а финансовая поддержка целенаправленно оказывалась бы приоритетным исследованиям. Крупномасштабные клинические испытания продуктов МТП потребуют значительной финансовой помощи, однако и более скромное финансирование, и материальная поддержка в неденежной форме могут внести весомый вклад в инновационные фундаментальные научные исследования, а также содействовать усилиям по донесению информации и отстаиванию общественных интересов, лучшему пониманию рынка и потенциального спроса, что чрезвычайно важно для успеха МТП. Рост сотрудничества и расширение программ финансирования, то есть включение в них исследований более широкого охвата в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, даст новый импульс для успешного развития инновационных и перспективных подходов при создании МТП.

Вопросы правового регулирования решаются также непросто, поскольку МТП разрабатываются не для одного, а сразу для нескольких показаний, и препараты МТП сложны по своему химическому составу, сложным является и их производство, и требования к контролю качества и проверки

эффективности. В различных МТП могут комбинироваться как уже одобренные лекарственные препараты, химические формулы или устройства, так и те, что ещё не получили одобрения со стороны национальных органов правового регулирования. Процесс одобрения таких продуктов в соответствующих инстанциях может быть сопряжён с трудностями.

Несмотря на биологическую, поведенческую и физиологическую связь между риском непреднамеренной беременности и ИППП с одной стороны, и изменяющимися и целями в отношении их сексуального и репродуктивного здоровья с другой, комплексные услуги здравоохранения им по-прежнему недоступны. Поэтому для достижения поставленных на международном уровне целей на ближайшие годы необходимо обеспечить комплексный, всеобъемлющий подход к проблемам женского здоровья. Различные МТП предлагают инновационный подход к удовлетворению множественных потребностей женщин в сфере их сексуального и репродуктивного здоровья, изменяющихся с течением времени. Для того чтобы новый класс продуктов МТП стал удачным, необходимо сочетание экспертных знаний и усилий по отстаиванию общественных интересов, а также здравые, основанные на доказательствах аргументы в пользу того, что создание такой категории продуктов является насущной необходимостью.

**Manjula Lusti-Narasimhan, MD,**  
Департамент репродуктивного здоровья и исследований  
Штаб-квартира ВОЗ, Женева  
[lustinarasimhanm@who.int](mailto:lustinarasimhanm@who.int)

**Mario Merialdi, MD, MPH, PhD,**  
Координатор программы по репродукции человека  
Департамент репродуктивного здоровья и исследований  
Штаб-квартира ВОЗ, Женева  
[merialdim@who.int](mailto:merialdim@who.int)

**Bethany Young Holt, MPH, PhD,**  
Исполнительный директор,  
Коалиция по продвижению многоцелевых инноваций (CAMI)  
Ведущий исследователь, Институт общественного здоровья, США  
[byh@cami-health.org](mailto:byh@cami-health.org)

# БАРОМЕТР ДОСТУПНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ДЛЯ ЖЕНЩИН В 10 СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА (ЕС)

**Возможность выбора современных контрацептивных средств является для женщин важнейшим условием здоровья, гендерного равенства, трудоустройства и доступа к образованию - определяющих факторов, на которых зиждется процветающее и здоровое общество.**

– Katarina Nevedalova, член Европейского парламента

В этапном научном исследовании Европейской сети Международной федерации планирования семьи (ЕСМФПС – IPPF EN), получившем название «*Барометр доступности современных контрацептивов для женщин в 10 странах ЕС*», презентация которого состоялась в Европейском парламенте в июне 2013 года, даётся обзор факторов, влияющих на доступность контрацептивного выбора в Болгарии, Германии, Испании, Италии, Литве, Нидерландах, Польше, Франции, Чешской Республике и Швеции. В данном исследовании страны оцениваются и классифицируются по следующим критериям: разработка политики и стратегии; общий уровень информированности; образование для молодых людей; образование работников здравоохранения; индивидуальное консультирование; государственное дотирование; профилактика дискриминации; расширение прав и возможностей женщин.

## Результаты

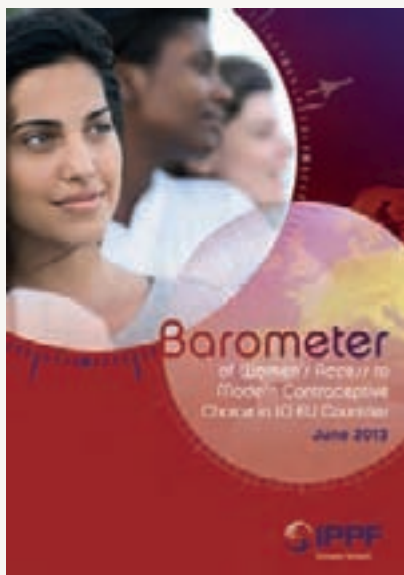
Ассоциации ЕСМФПС и национальные эксперты собрали информацию и дали оценку странам по каждому из критериев, определяющих успешность их политики. На рис. 1 показано, какой результат достигнут каждой страной по каждому из критериев в соответствии с системой оценок, разработанной для сопоставительного анализа ситуации внутри каждой отдельной страны и между странами. В отчёте представлены основные результаты, отражающие как препятствия, так и передовой опыт, и в нём также даются рекомендации в отношении мер, призванных улучшить возможность выбора современных контрацептивных средств.

По критерию **политики и стратегии**, например, исследование показало, что из всех изученных стран только

Германия, Нидерланды и Франция реализовали полноценную национальную программу по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам (СРЗП). В отличие от этих стран в Чешской Республике, Литве и Италии СРЗП в институциональных планах действий практически отсутствует. В общем и целом, политические меры, принимаемые для поддержания СРЗП, носят спорадический и ограниченный характер, они не привлекают должного внимания, и им не хватает финансовой поддержки. Уровень вовлечённости заинтересованных сторон значительно отличается по странам, что же касается мониторинга и оценки программ СРЗП, такая деятельность плохо развита почти во всех изученных странах.

Несмотря на то, что все исследованные страны разработали национальную политику по поддержанию гендерного равенства и равноправного участия женщин в профессиональной и общественной жизни, только в некоторых из названных государств эта политика включает в себя такой компонент, как программа СРЗП. Например, в Швеции и Франции в стратегии, направленной на достижение гендерного равенства, особое внимание уделяется вопросам СРЗП, включая меры по улучшению доступа к выбору современных контрацептивных средств.

**Всестороннее сексуальное образование** играет очень важную роль, так как в результате такого просвещения молодые люди получают возможность принимать осознанные решения и обращаться за предоставлением услуг в сфере репродуктивного здоровья. Качество такого образования, получаемого молодыми людьми в Европе, очень отличается от страны к стране.



Всестороннее сексуальное образование является обязательным только в половине из числа обследованных стран. Франция - единственная из названных выше государств, где всестороннее сексуальное просвещение обеспечивается на основе специальных рекомендаций по его содержанию. Специальные обучающие курсы для учителей предлагаются только в Германии, Испании, Франции и Швеции. И даже в Швеции, по словам Ханса Олссона из Шведской ассоциации по вопросам полового воспитания, «*качество сексуального образования в разных школах может значительно отличаться*».

Во многих странах религия, оказывая влияние как на отдельных учителей, так и на общую политику, по-прежнему остаётся барьером, препятствующим всестороннему половому воспитанию. «*Информация о контрацепции не может подаваться как приемлемая альтернатива воздержанию*», - сказал представитель министерства науки и образования Литвы, страны с самым низким показателем уровня всесторонней сексуальной образованности.

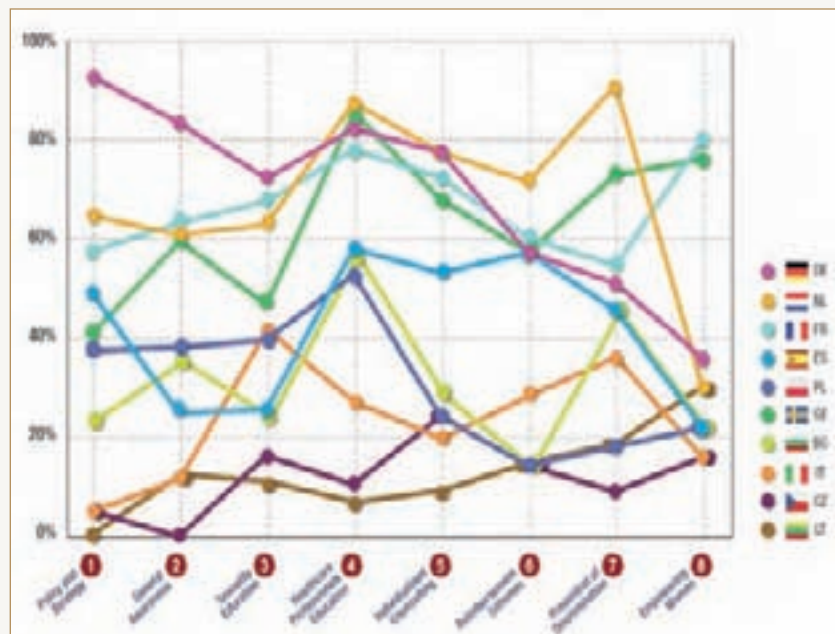
**Индивидуализированное консультирование**, ещё один критерий, выделенный в исследовании, чрезвычайно важен в деле улучшения доступа к контрацептивному выбору. Однако в большинстве изученных стран население недостаточно информировано о возможности индивидуализированного консультирования, которое является ключевым компонентом услуг сексуального и репродуктивного здоровья. Ввиду этого заинтересованные стороны призвали к тому, чтобы услуги сексуального и репродуктивного здоровья стали более доступными и качественными. Уровень доступности услуги консультирования получил высокую оценку только в Нидерландах. В Литве и Чешской Республике услуга консультирования предоставляется редко, и в отношении её не существует стандартов качества. Из 10 обследованных стран только в Дании, Нидерландах и Швеции обучение индивидуализированному консультированию включено в программу медицинского образования вплоть до аспирантуры. «*Среди профессионалов здравоохранения по-прежнему бытуют мифы и наблюдаются нехватка знаний относительно некоторых современных методов контрацепции*», - сказала Lena Marions,

**Barometer of Women's Access to Modern Contraceptive Choice in 10 EU Countries, IPPF EN, 2013.** Доступен на английском языке: <http://www.ippfen.org/resources/barometer-womens-access-modern-contraceptive-choice>





Рис.1. Общая оценка по критериям политики и странам



представляющая отделение акушерства и гинекологии больницы Каролинского университета в Стокгольме.

Барометр также высветил тот факт, что **финансовые ограничения** по-прежнему являются препятствием для многих жителей Европы, желающих получить доступ к контрацепции. «Самым большим барьером, особенно для людей, находящихся в тяжёлой экономической ситуации, является не отсутствие доступа к услугам здравоохранения, а отсутствие доступа к выбору современных контрацептивных средств, соответствующих их нуждам, поскольку дотирование государством широкого спектра современных контрацептивов ограничено в связи со сдерживающими финансовыми факторами». Ни в одной из обследованных стран не осуществлялось полное компенсирование современных контрацептивных методов и сопутствующих услуг здравоохранения, и только половине из числа всех этих стран (Дании, Испании, Нидерландах, Франции и Швеции) предлагалось частичное дотирование. Несмотря на признание заинтересованными сторонами того факта, что молодые люди сталкиваются с серьёзными финансовыми барьерами, препятствующими их доступу к контрацептивным средствам, только в Германии, Нидерландах, Франции и Швеции для них существуют специальные схемы государственного дотирования контрацептивных средств. В некоторых странах меры жесткой экономии начинают изменять

ситуацию к худшему. «Нынешние сокращения бюджета на национальном и региональном уровне создают новые значительные препятствия на пути эффективной реализации программных мероприятий, нацеленных на предотвращение незапланированных беременностей», - сказала Justa Montero, представляющая испанскую ассоциацию-члена Международной федерации планирования семьи (Federacion de Planificacion Familiar Estatal).

### Заключение и рекомендации

Сравнение статуса разных стран даёт возможность подчеркнуть передовой опыт и выявить области, в которых необходимо вести дальнейшую работу. Доклад под названием «**Барометр доступности современных контрацептивов для женщин в 10 странах ЕС**» (размещённый на веб-сайте: <http://ippfen.org/news/barometer-womens-access-modern-contraceptive-choice>), позволил заинтересованным кругам в изученных странах увидеть, как их страна выглядит в сравнении с другими, а также способствовал диалогу по поводу приоритетных областей, в которых необходимо вести соответствующую работу. В Европейском регионе достигнут существенный прогресс в деле улучшения доступа к выбору современных контрацептивных средств и предотвращения незапланированных беременностей. Здесь также накоплен опыт разработки эффективных программ и надлежащей практики. Тем не менее, по-прежнему необходима серьёзная работа для

того, чтобы исправить существующие недостатки и предотвратить возврат к прежнему положению вещей в тех странах, где принимаются жесткие меры для консолидации экономики. В этой связи в докладе даётся ряд **программных рекомендаций**, направленных на предоставление женщинам и взрослой молодёжи лучших возможностей, связанных с выбором соответствующих методов контрацепции и доступом к качественным услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, а также доступом к информации при совете и поддержке со стороны профессиональных медицинских работников:

- Разработать целенаправленную и всестороннюю политическую программу СРЗП в тесном сотрудничестве с ключевыми заинтересованными структурами и научным сообществом;
- Повысить общий уровень осведомлённости относительно современного контрацептивного выбора, организовав специальные кампании по повышению уровня осведомлённости в обществе;
- Внедрить обязательное сексуальное просвещение в школах, включая в него информацию о современном контрацептивном выборе;
- Обеспечить предоставление услуг индивидуализированного консультирования и качественных услуг в сфере СРЗП;
- Разработать целенаправленные меры по преодолению неравенства среди женщин в том, что касается доступа ко всем методам контрацепции;
- Вести работу по предотвращению дискриминации и общественного осуждения в связи с проблемами СРЗП;
- Обеспечить адекватную интегрированную и последовательную политику посредством целенаправленных мер по улучшению доступа к контрацептивному выбору при более широком вовлечении женщин в трудовую деятельность, приобщении их к образованию и недопущении дискриминации.

**Irene Donadio,**  
Менеджер по связям с общественностью  
IPPF EN (Европейская сеть  
Международной федерации  
планируемого родительства)  
[idonadio@ippfen.org](mailto:idonadio@ippfen.org)

# ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ: ОПЫТ 7 СТРАН ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

## Распространённость контрацепции\* в Европейском и Центральном-Азиатском регионе

Контроль над собственной фертильностью является одним из основных приоритетов для большинства женщин, и для достижения этой цели очень важно использовать современные контрацептивные средства (1). Если использование современных методов контрацепции достаточно распространено в Западной Европе, во многих других европейских странах уровень их применения гораздо ниже (1). В соответствии с докладом «Состояние населения мира» Фонда ООН в области народонаселения (UNFPA) за 2012 год, в Великобритании и Португалии наблюдается самый высокий из всех стран процент женщин, которые полагаются на современные методы контрацепции (89% и 84% соответственно). В наименее развитых странах \*\* мира средний уровень использования современных средств контрацепции составляет 28%. Однако в семи странах Восточной Европы (Азербайджане, Албании, Армении, Боснии и Герцеговине, Грузии, бывшей Югославской республике Македония (БЮРМ) и в Сербии) уровень использования современной контрацепции ниже вышеназванного среднего, а ещё в одиннадцати странах распространённость использования современных средств контрацепции ниже среднего уровня, определяемого для менее развитых регионов\*\*\* и равного 56% (Рис 1).

Цифры выглядят ещё более драматично, если в расчёты для определения распространённости противозачаточных средств включить традиционные методы контрацепции. Во многих странах большой процент женщин, старающихся избежать беременности, полагаются на традиционные методы. В Албании, например, 59% женщин прибегают к традиционным методам, чтобы задержать наступление беременности, и только 10% выбирает современные противозачаточные средства. Следует отметить, что приводимые данные получены на общенациональном уровне, и в них не находят отражения различия между сельским и городским населением в каждой из упомянутых стран.

Европейская сеть Международной федерации планируемого родительства (IPPF EN) и ассоциации, являющиеся её членами, полагают, что женщины не пользуются современными методами контрацепции по таким причинам, как неверная информация, неудовлетворительный уровень консультирования, высокая стоимость и отсутствие выбора. В попытке собрать доказательства, которые позволили бы лучше понять факторы, влияющие на доступ женщин к современным методам контрацепции, ассоциации-члены IPPF EN из Армении, Болгарии, Боснии и

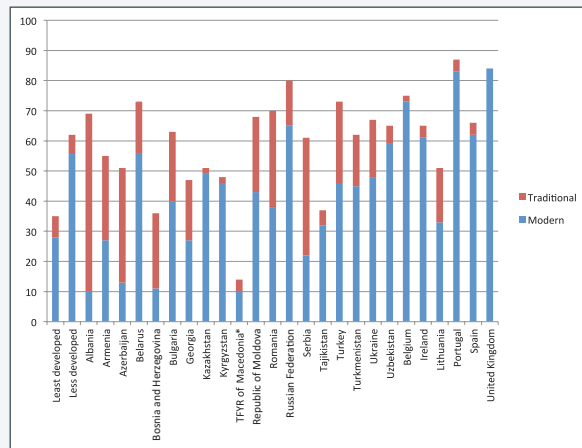


Рис.1: Коэффициент распространённости контрацепции в отдельных странах Европы и Центральной Азии, традиционные и современные методы контрацепции (1).

\* TFYR of Macedonia = the former Yugoslav Republic of Macedonia

Герцеговины, бывшей Югославской республики Македония, Казахстана и Сербии, а также партнёрская организация из Азербайджана осуществили в 2011 году качественный анализ моделей поведения и культурных норм, влияющих на доступ к контрацепции и её использование. Исследование было завершено при сотрудничестве и финансовой поддержке Регионального офиса UNFPA в Восточной Европе и Центральной Азии.

Важной чертой этого исследования стало то, что внимание в нём было сосредоточено на точке зрения клиентов и их мотивации как при выборе современных средств контрацепции, так и в случае отказа от использования таковых. Этот качественный анализ был основан на дискуссиях в фокус-группах, сформированных из определённых групп населения, а также на интервью, проведённых с ключевыми информантами из различных групп, включая поставщиков услуг, правительственные структуры, доноров и фармацевтические компании.

**В результате были выделены семь основных факторов, которые влияют на связанное с контрацепцией поведение, спрос на соответствующие средства и доступ к ним:**

- **Повсеместно распространённым фактором является отсутствие заинтересованности со стороны директивных органов и правительственных структур в контрацептивной безопасности.** Интервью с представителями национальных директивных органов и учреждений, с должностными лицами, ответственными за реализацию программ, и финансовыми донорами показало, что отсутствие заинтересованности со стороны правительства является главным препятствием на пути к контрацептивной безопасности в каждой из семи стран, участвовавших в данном исследовании. Даже в тех странах, где разработана соответствующая политика и программы, нет адекватного финансирования или плана реализации программ через конкретные действия.
- **В целом в отношении современных (гормональных) методов контрацепции имеют место крайне ошибочные представления и недоверие, подогреваемые недостоверной информацией и мифами.** Оральную контрацепцию признали вредной для женского здоровья в пятидесяти из семидесяти фокус-групп, опрошенных во время данного исследования, дающего полный срез общества, без каких-либо этнических, экономических или географических ограничений. Основанием для опасений стали как вызываемые некоторыми противозачаточными средствами известные побочные явления, с которыми можно справиться с помощью медработника, так и мнимые последствия, не имеющие ничего общего с действительностью. Не приходится сомневаться в том, что беспокойство по поводу безопасности контрацепции существенно способствует отказу от её использования по всему исследуемому региону. Результаты исследования также позволяют сделать вывод о том, что соображения безопасности в значительной мере объясняют популярность в странах региона такого метода контрацепции, как прерывание полового акта. К нему часто вынуждены прибегать и при отсутствии доступа к другим методам. Прерывание полового акта считается «нормальным» для супружеских пар и пар, находящихся в длительных отношениях.
- **Молодые люди сталкиваются с особыми препятствиями, ограничивающими их доступ к контрацепции.** В молодёжной среде очевидны определённые тенденции в том, что касается знаний о контрацепции, отношения к контрацепции и контрацептивного поведения. Доступ к услугам контрацепции затруднён для молодых людей из-за их высокой стоимости, но главным препятствием является несоблюдение



Lena Luyckfasseel

конфиденциальности и отсутствие дружественных к молодёжи контрацептивных услуг.

- **Поставщик контрацептивных услуг, воспринимаемый (потенциальными) клиентами как заслуживающий доверия источник информации и услуг по планированию семьи, не всегда предоставляет корректные и актуальные сведения о методах контрацепции и зачастую сам является главным источником дезинформации, который скорее подтверждает, а не развеивает мифы.**

Результаты исследования дают основания полагать, что многие гинекологи руководствуются в своих профессиональных советах по поводу современных контрацептивных средств недостоверной и устаревшей информацией и своим личным мнением, а не данными доказательной медицины. Также распространена практика направления на многочисленные дорогостоящие и ненужные анализы, необходимые для получения рецепта на современные средства контроля над рождаемостью. Подобная практика увеличивает стоимость контрацепции и поддерживает миф о том, что современные методы планирования семьи непременно сопряжены с каким-то риском. Реформы первичной медико-санитарной помощи, проведённые в странах региона, и последовавшая за ними приватизация медицинского обслуживания в сфере гинекологии во многих случаях увеличила стоимость услуг для клиентов и в некоторых местах также повлияла на количество поставщиков подобных услуг. Во многих странах ситуацию усугубляет политика ограничения категорий поставщиков услуг контрацепции, имеющих право выписывать рецепты на контрацептивные средства.

Часто противозачаточный препарат может выписать только гинеколог. Результаты по всем семи странам свидетельствуют о том, что консультирование проводится крайне редко. Поставщики услуг не имеют необходимых навыков, у них низкая мотивация, или им не хватает времени на консультирование женщин по вопросам выбора метода контрацепции.

- **На рынке этих стран представлен ограниченный спектр средств современной контрацепции. Выбор в основном сводится к презервативам, таблеткам и внутриматочным устройствам (спиралям).** Ограниченный выбор контрацептивов на рынке, так же как и перебои в их поставках, часто приводящие к отсутствию необходимого препарата в аптеках, являются теми факторами, которые приводят к неиспользованию современной контрацепции в

нескольких странах. Несмотря на то, что аптеки, как правило, широкодоступны, в маленьких аптеках запас контрацептивов часто невелик, иногда их вообще может не быть в наличии. Такая ситуация связана с недостаточным спросом на контрацептивы и нежеланием фармацевтов инвестировать средства в контрацептивные препараты.

- **Степень доступности – фактор особенно насущный для Казахстана, где современные методы контрацепции относительно дорогие.** В других странах низкая ценовая доступность становится основным препятствием для некоторых групп и сегментов общества. Стоимость контрацепции повышают и другие факторы, такие, например, как ненужные анализы и услуги.

Однако стоимость не является определяющим фактором использования или неиспользования современной контрацепции, и ни в одной стране не является единственным фактором. Тем не менее, то обстоятельство, что контрацептивные средства не покрываются национальными фондами медицинского страхования, является одним из ключевых факторов низкой доступности контрацепции для беднейших слоёв населения, для безработных, для лиц, не имеющих страховки, для молодых людей без доступа к наличным средствам, а также для домохозяйек, материально зависимых от своих мужей или свекровей. Современные методы контрацепции, в частности, недоступны для пар с низким уровнем дохода, жителей сельской местности и сексуально активных молодых людей, находящихся в финансовой зависимости от родителей или других родственников.

- **Ожидания общества в том, что касается половой жизни, сексуальности и расстановки сил в сфере гендерных отношений оказались ещё одним важным фактором, оказывающим влияние на контрацептивный выбор.** Исходя из результатов исследования, можно сказать, что в каждой из изученных стран есть определённые круги, которым присущ консерватизм. В их среде невозможно открыто говорить о чём-либо, имеющем отношение к сексу или сексуальности. В этом случае само общество диктует строгие нормы сексуального и репродуктивного поведения. Существующие табу препятствуют женщинам в получении информации, необходимой им для принятия здоровых решений по вопросам контрацепции. Расстановка сил в сфере гендерных отношений проявилась со всей очевидностью в дискуссиях фокус-групп по всем странам.

Частым критерием «хорошего» контрацептивного средства было то, что метод мог быть использован без ведома мужа.

Результаты данного качественного исследования были представлены высокопоставленным должностным лицам из 16 стран Восточной Европы и Центральной Азии. Целью этой встречи было содействие развитию национальных стратегий и программ предоставления безопасных медицинских услуг в сфере репродуктивного здоровья для удовлетворения потребностей в планировании семьи социально незащищённых слоёв населения. Основа этой деятельности – распространение медицинских данных, целенное на ускорение реализации Плана действий, принятого Международной конференцией по народонаселению и развитию и достижение Целей развития тысячелетия (Цель 5в). Участники встречи признали необходимость того, чтобы правительства выделяли и увеличивали необходимые бюджетные средства на планирование семьи и одобрили ряд рекомендаций, касающихся семи указанных в данном исследовании ключевых факторов, влияющих на использование контрацепции и на доступ к контрацептивным услугам. Полный набор рекомендаций, отчёт по исследованию и информационный листок обобщающего характера размещены на веб-сайте IPPF EN: <http://www.ippfen.org/en/Resources/Publications/Key+factors+influencing+contraceptive+use.htm>

**Lena Luyckfasseel,**  
Руководитель программы,  
Региональный офис Европейской  
сети Международной федерации  
планируемого родительства  
[lluyckfasseel@ippfen.org](mailto:lluyckfasseel@ippfen.org)

Специальные сноски

\*Распространённость контрацепции представлена как % женщин репродуктивного возраста, пользующихся каким-либо контрацептивным методом, современным или традиционным.

\*\*Наименее развитые страны в соответствии со стандартом ООН

\*\*\*Менее развитые регионы включают в себя все регионы Африки, Латинской Америки и стран Карибского бассейна, страны Азии (за исключением Японии), страны Меланезии, Микронезии и Полинезии.

## References

1. *State of the World Population 2012.* New York: UNFPA, 2012. (*Состояние народонаселения мира в 2012 году.* Нью-Йорк: Фонд ООН по народонаселению, 2012) Размещено на веб-сайте: [www.unfpa.org/public/home/publications/pid/12511](http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/12511). Accessed 15 October 2013



# НЕУДОВЛЕТВОРЕННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В ЕВРОПЕ: ОБОЙДЁННАЯ ВНИМАНИЕМ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

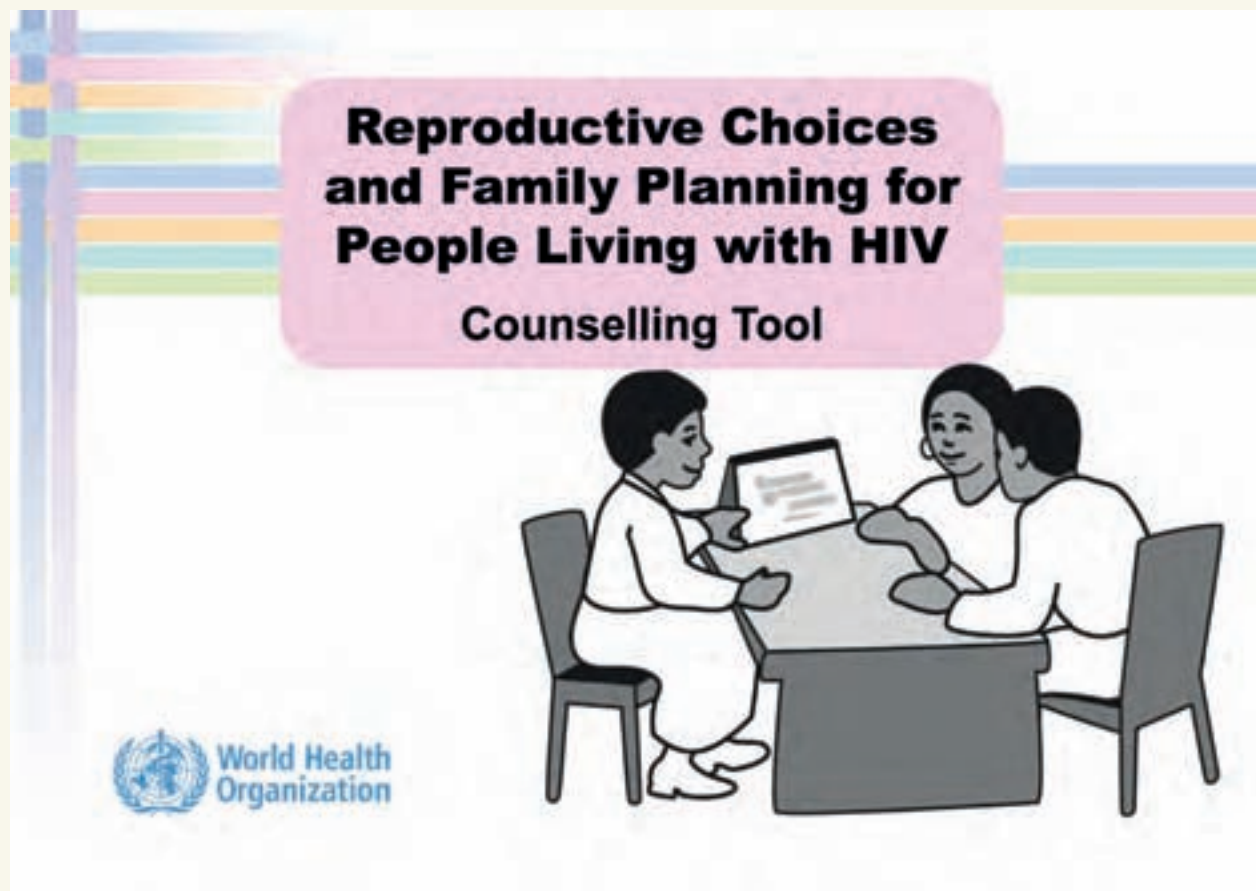
**В** 2011 году в мире насчитывалось приблизительно 34 миллиона человек, живущих с ВИЧ (1). За последние 20 лет значительное повышение выживаемости у ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), позволило перевести диагноз ВИЧ-инфекции из категории заведомо смертельного заболевания в категорию медикаментозно управляемого хронического заболевания (2).

После постановки диагноза ВИЧ-инфекции люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВИЧ) в богатых ресурсами условиях, могут в среднем прожить 35 лет (3). Распространенность ВИЧ в Европе и доля женщин с недавно приобретенной ВИЧ-инфекцией продолжают расти. Согласно оценочным данным, в 2011 году количество ЛЖВИЧ в Европе составляло 2 300 000. В том же году было официально

зарегистрировано 27 963 новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин, проживающих в странах Евросоюза/Европейской экономической зоны. В целых 75,8% случаев новых ВИЧ-инфицированных были люди в возрасте от 20 до 49 лет, т.е. они входили в репродуктивную возрастную группу, о чем свидетельствуют данные официальной системы эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом, которая была принята Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (4). Эпидемия ВИЧ на Украине, где предположительно 1,63 % населения имеют ВИЧ-положительный статус, является самой быстрорастущей в Европе (5). Было высказано предположение, что из-за ограниченного доступа к услугам по ВИЧ-тестированию и консультированию в Европе, а также низкого уровня их использования, особенно среди групп населения,

подверженных наибольшему риску инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции, в Европе диагностируются не все случаи ВИЧ-инфекции (6).

В связи с переходом ВИЧ-инфекции в категорию медикаментозно управляемого хронического заболевания разумно ожидать, что ЛЖВИЧ будут проявлять сексуальные и репродуктивные устремления, как и остальная часть населения. Разумеется, большинство инфицированных людей испытывают сильный страх передачи ВИЧ-инфекции партнеру или ребенку, о чем свидетельствуют результаты исследования, проведенного в Дании (7), и уже по одной этой причине многие инфицированные люди будут нуждаться в услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья, а особенно в советах по безопасной контрацепции. Поскольку подавляющее большинство ЛЖВ входят в репродуктивную возрастную



**Reproductive choices and family planning for people living with HIV, Counseling tool, WHO, 2007**  
(Репродуктивный выбор и планирование семьи людей живущих с ВИЧ, Инструмент для консультирования, ВОЗ, 2007)

Разработан в помощь поставителям медицинских услуг ЛЖВИЧ по вопросам планирования семьи и репродуктивному здоровью. Доступен на английском, испанском и французском языках на: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241595132/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241595132/en/index.html)



**Moazzam Ali**



**Marleen Temmerman**

группу, им также потребуются услуги в области здравоохранения по вопросам безопасной запланированной, а также незапланированной беременности.

Предотвращение незапланированной беременности является одной из главных целей усилий по расширению использования контрацептивов среди женщин, живущих с ВИЧ. Несколько авторов отметили значительный вклад, который может внести планирование рождаемости в уменьшение риска передачи ВИЧ от матери к ребенку (ВИЧПМР) путем сокращения частоты возникновения незапланированной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ (8-9).

Результаты исследования, проведенного на Украине, говорят о том, что неприемлемо высокое количество испытуемых среди ВИЧ-инфицированных женщин в послеродовом периоде использовали неэффективные или ненадежные методы контрацепции или не использовали их вовсе, и, таким образом, они были подвержены риску наступления незапланированной беременности в будущем. Исследование также показало, что использование оральных контрацептивов, инъекционных контрацептивов и внутриматочных средств (ВМС) было небольшим, и многие испытуемые ссылались на финансовую недоступность в качестве основного барьера, препятствующего получению услуг по планированию семьи (10).

Незапланированная беременность среди ВИЧ-инфицированных женщин может повысить как риск ВИЧПМР, так и риск отказа от ребенка, особенно со стороны социально неблагополучных женщин (например, потребительниц инъекционных наркотиков, нелегальных мигранток).

Результаты недавнего исследования, проведенного в США, показали, что доля незапланированной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ и зачавших после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, составляет целых 86%. По данным нескольких западноевропейских исследований, около половины (51-58%) беременностей среди ВИЧ-инфицированных женщин являются незапланированными (11), в то время как проведенный в России опрос ВИЧ-инфицированных женщин показал, что у 54% участниц, завершивших

беременность родами, она была незапланированной (12).

Согласно итогам недавнего многоцентрового исследования с участием ЛЖВИЧ, обращавшихся за консультациями в амбулаторные клиники для ВИЧ-инфицированных в 13 странах Европы (Австрия, Бельгия, Чешская Республика, Германия, Греция, Венгрия, Италия, Латвия, Польша, Португалия, Словакия, Испания и Соединенное Королевство) (13), доля женщин с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи была значительно выше (28% не желали беременности), чем среди жителей Европы в целом (менее 10% в большинстве европейских стран). Также сообщалось, что почти треть женщин, забеременевших после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, прерывали беременность. Эти данные убедительно демонстрируют необходимость надлежащего обеспечения контрацепции для предотвращения абортов, а также необходимость в консультировании женщин, живущих с ВИЧ, по вопросам контрацепции в послеабортный и послеродовой период.

**Moazzam Ali,**  
Эпидемиолог, Департамент  
Репродуктивное здоровье и  
научные исследования,  
Штаб-квартира ВОЗ, Женева  
alimoa@who.int

**Marleen Temmerman, MD, PhD,**  
Директор Департамента по  
репродуктивному здоровью и  
научным исследованиям,  
Штаб-квартира ВОЗ, Женева  
temmermanm@who.int

## References

1. *Global Report, UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012.* New York: UNAIDS, 2012. Режим доступа: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf).
2. Lohse N, Hansen AB, Gerstoft J et al. Improved survival in HIV-infected persons: consequences and perspectives. *J Antimicrob Chemother* 2007;60: 461-3.
3. Finocchiaro-K, Essler S, Sweat MD et al. Understanding high fertility desires and intentions among a sample of urban women living with HIV in the United States. *AIDS Behav* 2010;14:1106-14.
4. ECDC/WHO. HIV/AIDS Surveillance in Europe, 2011. Дата обращения: 27 марта 2013 года. Режим доступа: <http://www.ecdc.europa.eu/>
5. *2008 Report on the Global AIDS Epidemic.* Geneva: UNAIDS, 2008.
6. WHO. Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/data-and-statistics>
7. Laursen T, Kesmodel U, Højgaard A et al. Reproductive patterns and fertility wishes among HIV-infected patients: survey from six outpatient clinics in Denmark. *Int J Infect Dis* 2013;17: e851-e856.
8. Reynolds HW, Steiner MJ, Cates W: Contraception's proved potential to fight HIV. *Sex Transm Infect* 2005;81:184-185.
9. Sweat MD, O'Reilly KR, Schmid GP et al. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS* 2004;18:1661-1671.
10. J. Saxton R, Maljuta I, Semenenko I et al. Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. *Hum Reprod* 2010;25 (9) 2366-2373.
11. Florida M, Tamburrini E, Bucceri A et al. Pregnancy outcomes and antiretroviral treatment in a national cohort of pregnant women with HIV: overall rates and differences according to nationality. *BJOG* 2007;114:896-900.
12. Vartapetova N, Karpushkina A, Fullem A et al. Family planning needs of HIV-positive women in Russia: data of the Maternal and Child Health Initiative. WEPE0835. XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13-18 August, 2006.
13. Nöstlinger C, Desjardins F, Dec J. Child desire in women and men living with HIV attending HIV outpatient clinics: Evidence from a European multicentre study. *Eur J Contracep Repr* 2013;18:251-263.



## **Task shifting to improve access to contraceptive methods, WHO, 2013.**

(Перераспределение обязанностей с целью улучшения доступа к контрацептивным методам, ВОЗ, 2013) Обобщённая информация для тех, кто отвечает за принятие решений и работает над улучшением доступа к ПС, распространяя рекомендации ВОЗ среди широкого круга лиц – от непрофессиональных работников здравоохранения до поставщиков медицинских услуг среднего уровня, которых можно обучить, предоставив дальнейшую поддержку для того, чтобы они обеспечили лучший доступ к безопасным методам контрацепции. Материал имеется на английском и французском языках на: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/task\\_shifting\\_access\\_contraceptives/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/task_shifting_access_contraceptives/en/index.html)



## **Programming strategies for postpartum family planning, WHO, 2013.**

(Программирование стратегий планирования семьи в период после родов, ВОЗ, 2013) Этот ценный источник информации, предназначенный для менеджеров, даёт представление о том, как объединить ПС и существующие программы для женщин в послеродовой период, сделав их частью общенациональной стратегии. Предлагается на английском языке на: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/en/index.html)



## **Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Второе издание, ВОЗ, 2004:**

Это руководство даёт рекомендации по поводу того, как обеспечивать контрацептивными средствами, чтобы добиться максимальной эффективности, предотвращать побочные явления и справляться с другими проблемами. В обновлённой в 2008 году версии руководства обобщены изменения, сделанные на основании новых данных. Этот документ доступен на английском, арабском, испанском, румынском, русском и французском языках на:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241562846index/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html)



## **Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, 2011. Обновление, Институт здравоохранения им. Джона Хопкинса Блумберга / Центр информационных программ и Всемирная организация здравоохранения, 2011.**

Незаменимый ресурс для поставщиков услуг здравоохранения в сфере ПС, данное руководство даёт практические рекомендации по всем основным методам контрацепции. Использование этого инструмента позволяет повысить уровень предоставляемых услуг ПС для всех людей. Издание доступно на английском, арабском, испанском, португальском, румынском, русском, таджикском, фарси, французском, хинди и языке чичева на:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9780978856304/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html)



## **Состояние народонаселения мира в 2012. Дело выбора, а не случая: Планирование семьи, права человека и развитие, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА).**

В докладе 2012 года анализируются сложные проблемы, связанные с ПС, новые данные и тенденции с целью понять, кто и почему не имеет доступа к ПС. В докладе также подчеркивается социальное и экономическое влияние, оказываемое на общество ПС, говорится о затратах и экономии средств в случае доступности ПС для каждого, кто в нём нуждается. Доклад предлагается на английском, арабском, испанском, русском и французском языках на: <http://www.unfpa.org/public/publications/swps>



## **Contraceptive Commodities for Women's Health. Key Data and Findings, UNFPA, 2012.**

(Товары для контрацепции в целях сохранения женского здоровья. Основные данные и результаты исследований, ЮНФПА, 2012) В этом докладе подчёркивается важность улучшения доступа к медицинским товарам для контрацепции с целью достижения хорошего состояния репродуктивного здоровья всего населения. В нём также представлен обзор трёх товаров для контрацепции, которые считаются обойдёнными вниманием или недостаточно используемыми. Это женский презерватив, гормональные импланты и средства экстренной контрацепции. Доклад доступен на английском языке на:

[http://www.unfpa.org/public/home/publications/pubs\\_rh](http://www.unfpa.org/public/home/publications/pubs_rh)



## **The Rights to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents. Briefing Paper, UNFPA and the Center for Reproductive Rights, 2011.**

(Право на информацию о контрацепции и контрацептивные услуги для женщин и подростков. Справочный документ, ЮНФПА и Центр по репродуктивным правам 2011) Этот справочный документ, представляющий собой практическое руководство, даёт оценку преимуществ, связанным с доступом к контрацепции. Информация в документе интерпретируется с точки зрения прав человека. В нём также говорится о том, как применять подход, основанный на правах человека, предоставляя информацию о контрацепции и контрацептивные услуги. Документ доступен на английском языке на: <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/7267>



## **The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security, Annual Report, 2012, UNFPA, 2012.**

(Универсальная программа повышения безопасности товаров для репродуктивного здоровья, Годовой отчёт, 2012, ЮНФПА, 2012) В данном годовом отчёте описываются результаты деятельности, направленной на обеспечение безопасности товаров для репродуктивного здоровья, а также приводятся примеры хорошей практики ведущей тематической фонда ЮНФПА в 46 странах. Эта деятельность также призвана дать новый импульс программам ПС. Документ доступен на английском языке на сайте:

[http://www.unfpa.org/public/home/publications/pubs\\_rh](http://www.unfpa.org/public/home/publications/pubs_rh)





### **Reducing Unmet Need for Family Planning. Evidence-based Strategies and Approaches, PATH and UNFPA, 2008.**

(Сокращение неудовлетворённой потребности в планировании семьи. Основанные на доказательствах стратегии и подходы) Эта небольшая публикация даёт чёткие рекомендации для менеджеров программ, направленных на сокращение неудовлетворённой потребности в планировании семьи в контексте нынешних серьёзных проблем в сфере политики, финансов и здравоохранения. Документ доступен на английском языке на: <https://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1386>



### **From evidence to policy: expanding access to family planning, WHO and HRP, 2012.**

(От доказательств к политике: расширение доступа к планированию семьи, ВОЗ и Программа HRP, 2012) Документ разработан для представления на встрече на высшем уровне, посвящённой вопросам планирования семьи, состоявшейся в Лондоне в июле 2012 года. Это серия кратких документов по вопросам политики, в которых обобщаются самые последние данные, касающиеся планирования семьи, рассматриваемого в качестве важного аспекта здоровья общества и его развития, имеющего огромное значение для выживания женщин и детей. Документ доступен на английском языке на:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/policybriefs/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/policybriefs/en/index.html)



### **The Lancet Series on Family Planning, The Lancet, 2012.**

(Серия статей по планированию семьи в журнале Lancet) Новые серии журнала Lancet представят новейшие идеи и данные по ПС, демонстрируя, какими огромными потерями оборачивается недостаточный доступ к ПС не только для здоровья и выживания женщин и детей, но и для экономики в целом. Материалы доступны на английском языке на:

<http://www.thelancet.com/series/family-planning>



### **Women's Lives, Women's Voices: Empowering women to ensure family planning coverage, quality and equity, Report, CARE, 2012.**

(Женские жизни, женские голоса: предоставление возможностей женщинам с целью обеспечить массовость, качество и равноправие в деле планирования семьи. Доклад, CARE, 2012) Данный доклад, выпущенный до лондонской Встречи на высшем уровне по вопросам планирования семьи, представляет собой отличный обзор нынешней ситуации с учётом сложных проблем, характерных для сферы ПС. В нём также даётся краткое описание стратегий, которые помогут сократить неудовлетворённые потребности в ПС по всему миру. Документ доступен на английском языке на сайт: <http://www.care.org.au/document.doc?id=884>



### **Revising unmet need for family planning, DHS Analytical Studies No. 25, Bradley SK, Croft T, Fishel J and Westof C, 2012.**

(Пересмотр неудовлетворённых потребностей в планировании семьи, Программа DHS Аналитические исследования No. 25) Используя данные 169 обследований в области демографии и здоровья (DHS), сделанных в течение последних 20 лет в 70 странах, составители доклада предлагают новое стандартное определение неудовлетворённой потребности, которое может последовательно применяться в отношении всех стран и любого периода времени. В докладе показывается, насколько пересмотр определения повлиял на оценку уровня неудовлетворённой потребности. Доклад доступен на английском языке на:

<http://www.measuredhs.com/publications/publication-as25-analytical-studies.cfm>

## **Предстоящие события**

**Северо-Американский форум по вопросам планирования семьи 10–13 октября, 2014—Майами, Флорида**

## **Нужные веб-сайты:**

**Европейская сеть Международной федерации планирования семьи (IPPFEN):** [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)

**CONRAD: Лидеры в области репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ:** [www.conrad.org](http://www.conrad.org)

**Европейский консорциум по экстренной контрацепции:** [www.ec-ec.org](http://www.ec-ec.org)

**Центр по репродуктивным правам:** [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)

**Measure Evaluation:** [www.cpc.unc.edu/measure](http://www.cpc.unc.edu/measure)

**UNFPA:** [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

**ВОЗ Планирование семьи:** [www.who.int/topics/family\\_planning/en](http://www.who.int/topics/family_planning/en)

**CARE International:** [www.care-international.org](http://www.care-international.org)

## *Entre Nous*

*The European Magazine  
for Sexual and Reproductive Health*

WHO Regional Office for Europe  
Division of Noncommunicable Diseases  
and Health Promotion  
Sexual and Reproductive Health  
(incl. Maternal and newborn health)

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)



# *Entre Nous*