

Это издание опубликовано при поддержке Национальной службы здравоохранения Шотландии и Европейской сети Международной федерации планирования семьи

# МОЛОДОЙ, НО ЗДОРОВЫЙ ЛИ?



# Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ



**Entre Nous издаётся:**

Отдел страновых систем и политики  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Scherfigsvej 8

DK 2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Tel: (+45) 3917 1602  
Fax: (+45) 3917 1818

E-mail: entrenous@euro.who.int  
www.euro.who.int/entrenous

**Главный редактор**

Dr. Gunta Lazdane

**Редактор**

Dr. Lisa Avery

**Помощник редактора**

Dominique Gundelach

**Макет**

Sputnik Reklame Aps, Denmark.  
www.sputnikreklame.dk

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Нью-Йорк, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной Организации Здравоохранения, Копенгаген, Дания. Журнал выпускается три раза в год. В настоящее время его тираж составляет: 3000 экз. на английском, 2000 экз. на испанском, 2000 экз. на португальском, 1000 экз. на болгарском и 1500 экз. на русском языках.

**Entre Nous выпускается:**

**На болгарском языке** Министерством здравоохранения Болгарии в рамках проекта, финансируемого UNFPA;

**На португальском языке** Генеральным Директором здравоохранения, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056 Лиссабон, Португалия;

**На русском языке** Европейское региональное бюро ВОЗ, Rigas Komercifirma S&G;

**На испанском языке** Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Almagro 36, ES-28010 Мадрид, Испания.

Экземпляры журнала, выходящие на португальском и испанском языках, распространяются непосредственно представителями UNFPA и региональными бюро ВОЗ в португалоязычных и испаноязычных странах Африки и 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 страновых систем и политики, офис Т.316. Заказать публикации ВОЗ можно через торгового представителя ВОЗ в каждой стране или в Отделе маркетинга и распространения по адресу: CH-1211, Geneva 27, Switzerland  
ISSN: 1014-8485

<b>Редакционная статья</b> <i>Rachel Hanretty</i>	<b>3</b>
<b>ИНВЕСТИРОВАНИЕ СРЕДСТВ В ПОДДЕРЖКУ МОЛОДЕЖИ: Обязательство UNFPA по реализации прав подростков и молодежи в странах Восточной Европы и Центральной Азии</b> <i>Thea Fierens</i>	<b>4</b>
<b>ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ</b> <i>Valentina Baltag, Gunta Lazdane, Venkatraman Chandra-Mouli, Bruce Dick</i>	<b>6</b>
<b>РУКОВОДСТВО ПО РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ЗАЩИТЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ МОЛОДЕЖИ</b> <i>Elizabeth Bennour, Irene Donadio</i>	<b>8</b>
<b>ПОДРОСТКИ, ИНТЕРНЕТ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ВИРТУАЛЬНАЯ СТРАНА ЧУДЕС?</b> <i>Pierre-André Michaud</i>	<b>10</b>
<b>ПРОГРАММЫ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ И УСЛУГИ ПО ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ: путь к улучшению сексуального и репродуктивного здоровья</b> <i>Dan Apter</i>	<b>12</b>
<b>ЦЕНИТЬ МОЛОДЕЖЬ: КАК ЭТО ДЕЛАЕТСЯ В ШОТЛАНДИИ</b> <i>Shirley Fraser</i>	<b>14</b>
<b>ЛИЧНЫЙ ВЗГЛЯД: СЕКСУАЛЬНАЯ АГРЕССИВНОСТЬ – негативная сторона либерализма и индивидуализма</b> <i>Kalle Johannes Rose</i>	<b>16</b>
<b>ПРИВЛЕЧЕНИЕ И УЧАСТИЕ МОЛОДЕЖИ В ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ</b> <i>Nuala Healy</i>	<b>18</b>
<b>Услуги здравоохранения и защита репродуктивного здоровья подростков в хорватской школе: СПОСОБНОСТИ ЛЮДЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЙ</b> <i>Marina Kuzman, Ivana Pavić Simetin</i>	<b>20</b>
<b>РАЗВИТИЕ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ПОМОЩИ В БОСНИИ И ГЕРЦЕГОВИНЕ</b> <i>By Anne Meynard, Daliborka Pejić, Dagmar M. Haller</i>	<b>22</b>
<b>HEALTHY RESPECT – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И МОЛОДЕЖИ</b> <i>Moray Paterson</i>	<b>24</b>
<b>WALK THE TALK: ПОДДЕРЖКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ, ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ, В ШОТЛАНДИИ</b> <i>Nuala Healy</i>	<b>25</b>
<b>КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНСКИХ КЛИНИКАХ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ</b> <i>Kai Part, Triin Raudsepp, Helle Karro</i>	<b>26</b>
<b>ОХВАТ МОЛОДЕЖИ И ПОДРОСТКОВ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ГРУППЫ НАИВЫСШЕГО РИСКА: ОПЫТ ТАДЖИКИСТАНА</b> <i>Nisso Kasymova</i>	<b>28</b>
<b>РЕСУРСЫ</b> <i>Lisa Avery</i>	<b>30</b>

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS

**Dr Assia Brandrup-Lukanow**  
Старший советник сети Health Matrix [Матрица здоровья], Штаб-квартира ВОЗ, Женева

**Jane Cottingham**  
Координатор отдела «Гендер, репродуктивные права, сексуальное здоровье и пубертатный период», Штаб-квартира ВОЗ, Женева

**Ms Nell Rasmussen**  
Старший консультант, Датский центр исследования вопросов социальной уязвимости

**Bjarne B. Christensen**  
Генеральный секретарь Датская ассоциация планирования семьи

**Dr Helle Karro**  
Профессор, Заведующая Кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского факультета Тартуского Университета, Эстония

**Dr Peer Sieben**  
Представитель UNFPA в Турции и Страновый директор по Армении, Азербайджану и Грузии

**Vicky Claeys**  
Региональный директор, Международная федерация планирования семьи, Европейская сеть, Брюссель

**Dr Evert Ketting**  
Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen Кафедра общественного здоровья

**Dr Robert Thomson**  
Сотрудник Женевского фонда медицинского образования и исследований

# РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

О перспективах сексуального и репродуктивного здоровья молодёжи



Rachel Hanretty

Несмотря на то, что стереотипные представления предполагают некоторую снисходительность, - я, молодая женщина, всё же провожу много времени в раздумьях и беспокойстве по поводу своей внешности; все мы стараемся выбрать момент и глянуть в зеркало, чтобы оценить свою фигуру. Это считается обычным делом. Но если я, будучи молодой женщиной, нашла время, чтобы проверить состояние своего сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и удостовериться, что здесь всё в порядке - то сам по себе этот факт уже настолько необычен, что зачастую совершенно превратно истолковывается другими людьми. Такая реакция в значительной степени вызвана распространённым стереотипным представлением: если молодая женщина зашла в клинику СРЗ - значит, здесь кроется какой-то негатив: не безопасные сексуальные отношения, беременность или, возможно, инфекции передающиеся половым путем, - причём в любом случае пациентке не миновать неприятного чувства неловкости и язвительного, осуждающего взгляда регистратора в клинике. И лишь в редких случаях допускается мысль, что женщина просто хочет принять активные профилактические меры для охраны своего сексуального и репродуктивного здоровья. И сейчас она ищет соответствующую информацию, совет или доступ к медицинским услугам - что позволит ей вести здоровую сексуальную и репродуктивную жизнь.

Мы - как часть группы молодёжи, образующей Форум Общественного Сотрудничества (Public Partnership Forum), работающий с образовательной организацией Национальной службы здравоохранения Шотландии (NHS Education for Scotland) - выдвинули коммуникативный аспект в качестве одного из наших приоритетов. Все мы знаем о таких случаях, когда одна лишь вздёрнутая бровь или недружелюбный комментарий отбивали у молодых людей всякое желание обращаться за медицинской помощью. В самом деле, почему молодая женщина, не имеющая прямых сексуальных проблем, должна стремиться к обследованию своего сексуального и репродуктивного здоровья, если специалист - профессионал в области здравоохранения a priori ожидает худшего от явившейся к нему пациентки и уже готов вынести свой приговор?

Молодёжь нуждается в понимании и дружественном отношении. Что же касается СРЗ, то это как раз тот случай, когда ей не надо стесняться нанести визит в клинику. Нам, молодым, нужно быть уверенными, что там мы сможем свободно и без стеснения говорить о сексе и сексуальности.

Чтобы достигнуть определённого взаимопонимания между молодёжью и профессионалами-медиками, Форум Об-

щественного Сотрудничества в Шотландии организует наше собственное мероприятие под названием Sex Factor - для молодых людей школьного возраста, которые смогли бы придти и за один день узнать всё, о чём они боятся или стесняются спрашивать у взрослых. Мы хотим, чтобы они поняли, что, помимо чисто врачебных клиник, могут быть созданы и службы, укомплектованные профессионалами в области здравоохранения, дружелюбно и непредвзято настроенными по отношению к молодёжи. Создание качественных услуг, отличающихся дружелюбным подходом к молодёжи - будь они составной частью школьной системы, действующих медицинских клиник или отдельных организаций соответствующего профиля - это существенный шаг к устранению барьеров, мешающих молодёжи получить доступ к медицинским услугам и консультациям. Некоторые, возможно, не согласятся с тем, что барьер между молодёжью и старшими поколениями ещё более расширился благодаря глобальному распространению сайтов социальной сети, SMS-сообщений, сетевых программ общения в реальном времени и цифровых медиа-плееров. В действительности Интернет и другие средства связи, которые становятся частью повседневной жизни, могут быть использованы в европейском масштабе, чтобы поддерживать здоровье молодёжи на хорошем уровне. Старые методы сегодня не работают. Афиши и реклама - всё это хорошо, но молодёжь меняется, и сегодня службам здравоохранения во всем мире пора идти в ногу со временем.

В Шотландии попытки взять на вооружение этот неформальный и дружеский подход увенчались успехом - как, например, в случае с учреждением "The Corner" в г. Данди, - созданным для молодёжи (деятельность этого учреждения более подробно описана на стр. 18-19). Молодым людям не нужно стыдиться заглянуть сюда, так как учреждение является центром, где рассматриваются вопросы не только СРЗ, но и общего благосостояния молодёжи. Здесь работают квалифицированные медицинские сёстры, которые могут говорить с молодыми абсолютно обо всём - причём без всякого ханжеского выскомерия или установленного «протокола». Кроме того, добровольцы-ровесники, использующие метод «равный-равному», могут побеседовать с молодыми людьми на «их же» уровне - без всякой назидательности и менторского тона.

Современная тенденция такова, что за молодёжью всего мира всё прочнее укореняется репутация сильных, уверенных в себе и открытых людей. Тем не менее, для нас, молодых, это как раз то время, когда мы можем ощутить свою уязвимость - когда сталкиваемся с новыми для нас эмоциями, тенденциями развития и

поведенческими системами. Реальность такова, что мы часто боимся предпринять активные профилактические меры по поводу нашего СРЗ, поскольку молодёжи часто мешает множество «табу» общественного и культурного плана. Я, как молодая женщина, полагаю, что именно на этом аспекте следует заострить внимание, и существующее положение должно быть коренным образом изменено. Правительства должны на всех уровнях разрабатывать и проводить политику, признающую наше право на СРЗ - включая создание квалифицированных служб здравоохранения, дружелюбных для молодёжи и образования в сфере сексуальности и половой жизни.

Мы, как люди молодые, должны занимать активную позицию, участвуя в процессе принятия решений на всех уровнях. Мы сами должны защищать собственные интересы - так, чтобы наши голоса были услышаны, а наши нужды - признаны и поняты. Нам необходимо начать открытый диалог со всеми ведущими заинтересованными сторонами, плодотворно общаясь с ними, чтобы добиться полного понимания в вопросах, касающихся СРЗ молодёжи. Нам нужны навыки самостоятельности, которые дали бы нам возможность принимать продуманные и обоснованные решения по всем аспектам нашего здоровья, так как поведенческие стандарты, которые мы усваиваем в молодости, могут значительно повлиять на это здоровье - как в настоящем, так и в будущем. И, наверное, самый важный момент: мы хотим, чтобы на протяжении всего процесса к нам относились как к партнёрам.

Такие мероприятия, как «Конференция по вопросам политики и услуг в области здравоохранения, характеризующихся дружественным подходом к молодёжи», проводимая в Эдинбурге (Шотландия), - являются одним из подобных форумов, предоставляющим возможность молодым людям, экспертам в области СРЗ, организаторам здравоохранения и ведущим заинтересованным сторонам собраться вместе с целью улучшения СРЗ молодёжи. Я призываю спонсоров этого мероприятия (Национальную службу здравоохранения Шотландии, Европейское региональное бюро ВОЗ, IPPF EN, European Training for Effective Adolescent Care and Health, Детский фонд Организации Объединённых Наций (UNICEF) и Фонд ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), - а также всех заинтересованных лиц - обратить самое пристальное внимание на СРЗ и нужды молодёжи и, соответственно, добиваться, чтобы СРЗ молодёжи было признано одним из основных прав человека.

**Rachel Hanretty,**  
Молодая женщина  
Форум Общественного Сотрудничества  
Шотландия

# ИНВЕСТИРОВАНИЕ СРЕДСТВ В ПОДДЕРЖКУ МОЛОДЕЖИ:

Обязательство UNFPA по реализации прав подростков и молодежи в странах Восточной Европы и Центральной Азии

**Вклад в программы поддержки молодежи – это вклад в будущее. До сих пор более половины молодых людей во всем мире живут за чертой уровня бедности. Малоимущая часть молодежи особенно подвержена риску дискриминации по половому признаку, получения недостаточного и некачественного образования, а также риску безработицы и недостаточного доступа к услугам здравоохранения. Кроме того, менее вероятно, что эта часть молодежи знает о своих правах на получение информации и услуг, касающихся репродуктивного здоровья, - и вряд ли будет настаивать на реализации и осуществлении этих прав.**

Права юношей и девушек на получение информации о репродуктивном здоровье защищены многочисленными международными соглашениями и глобальными форумами - в том числе Конвенцией о правах ребенка, Международной конференцией по народонаселению и развитию 1994 г. и Четвертой всемирной конференцией по положению женщин 1995 г. в Пекине. Однако до сих пор существует огромный разрыв между правами, гарантированными международными конвенциями, и реальным осуществлением этих прав, законодательно закрепленным на национальном уровне.

## Роль UNFPA

UNFPA стремится решать вопросы, связанные с правами подростков и молодежи, в рамках стратегии борьбы с бедностью. Учитывая это, UNFPA и его партнеры предлагают целостный межотраслевой подход к достижению следующих целей:

- Привитие подросткам и молодежи

соответствующих знаний и навыков, предоставляющих им возможность осуществления их устремлений, возможность мыслить критически и свободно выражать себя;

- Популяризация и пропаганда здоровья путем предоставления молодежи доступа к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, к образовательным ресурсам и услугам;
- Участие молодых людей в программах жизнеобеспечения и работы;
- Защита прав молодежи на здоровье и безопасность, - с целью предоставления им возможности получения справедливой доли инвестиций, выделяемых на социальные нужды;
- Поощрение лидирующей роли и участия молодых людей в принятии решений, касающихся их самих - в том числе, решений по планам развития, принимаемым в их странах.

## Деятельность UNFPA в странах Восточной Европы и Центральной Азии

В странах Восточной Европы и Центральной Азии UNFPA, совместно с правительствами этих стран, выступает за разработку и реализацию комплекса мер социальной защиты молодежи. Один из важных компонентов нашей работы включает создание соответствующих условий, способствующих отсрочке деторождения молодежью обоих полов. Отсрочка деторождения является фактором, непосредственно сохраняющим жизнь и матери, и будущему ребенку. Потенциальная смертность до годовалого возраста у детей, родившихся от матерей-подростков, в 1,5 раза превышает соответствующий показатель в отношении детей, родившихся у матерей более зрелого возраста (1). Высокий уровень деторождения напрямую связан с практикой ранних браков, распространенной во многих странах. Важно подчеркнуть, что во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии заключение брака до достижения 18-летнего возраста разрешено законом (2).

В течение последних 15-ти лет страны Восточной Европы и Центральной Азии, на которые распространяется деятельность UNFPA, приобрели большой опыт работы на благо молодежи и при ее участии - с целью удовлетворения растущих потребностей молодых людей в получении всесторонней и исчерпывающей информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, - а также в получении образования и соответствующих услуг. UNFPA создал базу исходных данных по сексуальному и репродуктивному здоровью, предназначенных для государствен-



ного планирования и национальных программ, - и разработал основы стратегии обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья для подростков этого региона. Мы улучшили знания и навыки работников здравоохранения и государственных служащих, занятых в области охраны здоровья подростков и молодежи, - и продолжаем сотрудничать с партнерами на уровне стран, настаивая на образовании по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья в учебные программы. Решающим фактором, обеспечившим успех нашей деятельности в странах вышеупомянутых регионов, оказался новый положительный опыт участия молодежи и расширения ее возможностей и полномочий в результате таких проектов, как «Равный-рфвному» (Y-Peer) и «Инициатива защиты репродуктивного здоровья молодежи Южного Кавказа» (RHIYSC). Этот опыт оказался успешным, поскольку молодежь получила право на собственный выбор.

## Участие молодежи

Y-PEER – сеть, охватывающая более 500 некоммерческих организаций, ассоциаций и правительственных учреждений. Ее членами состоят тысячи молодых людей, активных педагогов, работающих по принципу «равный – равному», - и лиц, выступающих в защиту здоровья подростков и репродуктивного здоровья. Y-PEER насчитывает свыше 5000 членов в 39 странах Восточной Европы и Центральной Азии, а также Ближнего Востока и Северной Африки, - и в настоящее время продолжает расширяться. Y-PEER практикует строгую систему обучения молодежных педагогов, хотя при этом и используется некоторый элемент развлечения. Процесс обучения, полностью контролируемый и управляемый самими молодыми людьми, построен на интерактивном общении. Эти проверенные методики образования по принципу «равный - равному» оказались настолько эффективными, что сегодня они включены в Национальную программу по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции и ее социальных и экономических последствий в Киргизстане. На одном из совещаний людей определя-



ющих политику, проводившемся в Киргизстане, было отмечено, что «стандарты взаимного просвещения, разработанные Y-PEER, были приняты, представлены заинтересованным сторонам и одобрены Правительством и гражданским обществом. Они служат в качестве базы для стандартизации неформального образования в стране (3)».

«Инициатива защиты репродуктивного здоровья молодежи Южного Кавказа» (RHIYSC), финансируемая Еврокомиссией и UNFPA, ставит целью улучшение репродуктивного здоровья и реализацию соответствующих прав молодежи в Армении, Азербайджане и Грузии. Молодежь в этих странах объединяет усилия в этом направлении, совместно работает и учится друг у друга. В «послужном списке» RHIYSC – создание служб здравоохранения, дружественных к молодежи, разработка и проведение социальных мероприятий, включающих бесплатное распространение презервативов и противозачаточных средств, а также поддержка диалога и обмена опытом с партнерами и заинтересованными сторонами во всех странах вышеупомянутого региона.

### Заключение

Несмотря на эти инициативы, подростки и молодежь сталкиваются с множеством препятствий, затрудняющих получение ими информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и соответствующих услуг. Это еще более услож-

няется из-за низкого социального статуса, который имеет молодежь в силу своего юного возраста – согласно культурным традициям, во многих странах. Молодежь может неохотно идти на то, чтобы добиваться услуг по охране репродуктивного здоровья – поскольку считает это чем-то постыдным либо не доверяет медицинским службам. В странах, где за медицинские услуги нужно платить, у молодых людей может не оказаться денег для оплаты необходимых услуг. Защитники прав молодежи зачастую сталкиваются с запретами в культуре и традициях, распространяющимися на сексуальное и репродуктивное поведение, - и с ограниченной поддержкой молодежных программ со стороны национальных правительств. Продолжающийся финансовый кризис может еще более ограничить способность правительства к предоставлению необходимых услуг в области здравоохранения и соответствующей инфраструктуры – именно в тот момент, когда спрос на медицинские услуги резко возрастает в силу обеднения определенной части населения. При отсутствии стабильного инвестирования в программы поддержки молодежи окажется невозможным достигнуть Целей развития тысячелетия в аспекте борьбы с бедностью. Кроме того, недостижимыми окажутся цели: обеспечение образования, гендерное равенство, MDG-5 (охрана здоровья матерей) и MDG-6 (предотвращение распространения ВИЧ). Согласно замечанию одного болгарского защитника прав

молодежи, «подход к социальным проблемам – это не только вопрос личной ответственности. Это также часть принадлежности к глобальной системе, характеризующейся общей ответственностью перед молодежью во всем мире».

### Thea Fierens

Региональный директор  
Региональное бюро Восточной  
Европы и Центральной Азии  
UNFPA  
flerens@unfpa.org

### Список литературы

1. UNFPA. *State of World Population 2008. Reaching Common Ground: culture, gender and human rights*. New York: UNFPA, 2008.
2. Rangita de Silva de Alvis. *Eastern Europe and Central Asia Regional Legislative Analysis: A Review of CEDAW Compliance*. New York: UNFPA, 2009
3. Declaration on promotion of SRH and rights, 20 November, 2009, Bishkek, Kyrgyzstan (National Conference on presentation of Peer Education standards and National Forum on presentation of Y-PEER programme for youth NGO's/associations, young leaders, National Commission on Youth Policy, relevant ministries and counterparts, donor community)

# ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

**Для выделения спектра проблем, стоящих перед здравоохранением в Европейском регионе и требующих своего решения в предстоящие годы, - важнейшее значение имеют два недавних события: план модернизации системы первичной медицинской помощи (ПМП) (1) и Таллиннская Хартия (2).**

Для систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, Таллиннская Хартия наметила те направления развития, которые должны обеспечить эффективный вклад этих систем в укрепление здоровья, материального и социального благосостояния населения. Всемирный доклад о здоровье-2008 наметил схему глобальной модернизации ПМП, выделив четыре сферы действия реформ, необходимых, чтобы оправдать ожидания людей в современном мире. Эти сферы: (1) всеобщий охват населения, (2) предоставление услуг, (3) государственная политика и (4) руководство. Оба вышеупомянутых документа базируются на одних и тех же ценностях и принципах и описывают аналогичные подходы к выполнению необходимых усовершенствований. В настоящей работе анализируются выводы и рекомендации, содержащиеся в этих документах относительно программ защиты здоровья подростков в Европейском регионе.

## **Всеобщий охват молодежи программами здравоохранения**

В Европейском регионе существует множество проблем, препятствующих всеобщему охвату молодежи эффективными программами. Эти проблемы, в частности, включают финансовую незащищенность молодежи, мобильность между странами, формы исключения, действующие вследствие ряда факторов, включающих пол и возраст, - и специфические нужды групп молодежи, находящихся в неблагоприятном социальном положении. Что касается финансовой «уязвимости» молодых людей, то имеется ряд стран, где на подростков не распространяются планы медицинского страхования или целевые бюджетные ассигнования. В некоторых странах, где созданы службы здравоохранения, дружественные к молодежи (YFHS), финансовой основой оказываемых услуг служат специальные фонды, ограниченные установленными временными рамками. Для некоторых групп молодых людей - например, тех, родители которых трудятся за рубежом, оставив своих детей дома - даже небольшие за-

траты могут привести к катастрофическим последствиям. В ряде стран, сегодня испытывающих влияние финансового кризиса и располагающих ограниченными возможностями трудоустройства молодежи, - удлиняется период между окончанием выплаты молодому человеку средств из фонда социального страхования - в соответствии с его статусом несовершеннолетнего - и началом его трудовой биографии.

В Европейском регионе наблюдается усиление мобильности между странами. Созданные Евросоюзом (ЕС) трансграничные службы здравоохранения пытаются решить проблему мобильности своих пациентов, - однако мигранты, прибывающие из-за пределов ЕС (многие из них являются молодыми людьми) продолжают выпадать из поля зрения этих служб. Например, в Люксембурге почти 40% молодежи прибыло из других стран - членов ЕС, а свыше 15% молодых людей в Испании являлись гражданами стран, не входящих в ЕС (3).

В большинстве случаев, именно юноши значительно менее охотно прибегают к услугам здравоохранения - даже если проводятся соответствующие конкретные мероприятия по привлечению подростков. Возраст как таковой уже сам по себе может быть исключительным фактором. Действующие сегодня стандартные системы здравоохранения создавались, прежде всего, для удовлетворения нужд людей, страдающих конкретными заболеваниями, и лиц с ограниченными возможностями, - тогда как подростки больше нуждаются именно в услугах профилактического плана. Услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья особенно подвергаются возрастному фактору пациента, - причем некоторые общества намеренно ограничивают оказание таких услуг подросткам.

Группы подростков, находящихся в неблагоприятном социальном положении, зачастую выпадают из поля зрения служб здравоохранения - даже в тех случаях, когда власти пытаются сделать эти службы «дружественными к молодежи». В прошлом многие страны европейского региона прилагали усилия, чтобы вовлечь всех и каждого в «общий поток», - при этом фактически ничего не предпринимая для предоставления услуг здравоохранения и социальных услуг тем немногим отдельным лицам и обособленным группам, которые не относятся к большинству.

Тем не менее, в ряде стран отмечен определенный прогресс в этой области. Недавно Республика Молдова включила службы здравоохранения, дружественные к молодежи, в список служб, на которые распространяется обязательный план медицинского страхования. Принимаются определенные меры в плане удовлетворения особых нужд лиц мужского пола - как, например, в Эстонии, где для амбулаторного приема этих пациентов были выделены специ-

альные часы. Другой пример - налаживание контактов с подростками из групп риска - например, внутривенными наркоманами в Таджикистане.

## **Реформирование услуг по охране здоровья молодежи**

Плохое качество медицинских услуг, оказываемых молодежи, остается главной проблемой, на которой следует сконцентрировать внимание при проведении соответствующих реформ. Еще одна проблема - низкая эффективность оказываемых услуг. Особенно это касается устаревших моделей служб школьного здравоохранения (СШЗ). Третья проблема - тот факт, что на фоне целого ряда реформ системы в сторону удовлетворения нужд все более стареющего населения, нужды молодежи зачастую игнорируются.

Системы здравоохранения, существовавшие в прошлом, часто смещали основной акцент в сторону диагностики уже имеющихся заболеваний и предоставления медицинских услуг терапевтического характера - не уделяя при этом должного внимания профилактическим мероприятиям. Кроме того, эти системы, как правило, были раздроблены, т.е. укомплектованы узкими специалистами, скорее уделявшими основное внимание конкретным органам и заболеваниям пациентов, чем проявлявшими целостный подход к их организму (например, во многих странах работали «подростковые» гинекологи). В результате, работа служб здравоохранения зачастую характеризуется низким качеством - как в плане методов оказания соответствующих услуг, так и в аспекте оправдания надежд молодежи. В некоторых странах системы, призванные повысить и поддерживать качество медицинских услуг, являются слабыми или вовсе не существуют, - и никто не берет на себя обязательств по решению этой проблемы. Многие страны пока не практикуют вовлечение самих потребителей медицинских услуг в процесс создания соответствующей службы, которая будет отвечать их нуждам.

Реформы системы здравоохранения предоставляют возможность переориентации схем предоставления соответствующих медицинских услуг с учетом нужд подростков. Однако во многих местах проводимые реформы, похоже, совершенно не учитывают этих нужд. Например, при недавнем переходе к семейной медицине, имевшем место во многих странах региона, не было принято в расчет то обстоятельство, что подростки - такие же члены семьи, как дети и взрослые. Вследствие этого, профессиональные возможности учреждений, предоставляющих ПМП, в плане удовлетворения конкретных нужд подростков - крайне ограничены, и «возрастное соответствие» услуг ПМП весьма низкое. Система школьного здравоохранения - одна из особых форм услуг ПМП - «выпала» из сферы,



**Valentina Baltag**



**Gunta Lazdane**



**Venkatraman Chandramouli**



**Bruce Dick**

охватываемой реформами систем здравоохранения. Службы школьного здравоохранения продолжают осуществлять массу неэффективных вмешательств, фокусируя внимание на вопросах лечения, а не профилактики и поддержки здоровья, - и рассматриваются как менее престижные по сравнению с другими учреждениями ПМП.

Тем не менее, во многих странах региона отмечен прогресс в деле модификации услуг в соответствии с реальными нуждами. Например, Соединенное Королевство сейчас реализует концепцию Основы национальных служб, занимающихся проблемами детей, молодежи и охраны материнства (National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services). Несколько стран - например, Республика Молдова и Киргизстан - сейчас разрабатывают и собираются ввести единые национальные стандарты качества в отношении служб здравоохранения, дружественных к молодежи - с тем, чтобы эти стандарты стали критерием деятельности любой организации соответствующего профиля. Дания, Бельгия, Великобритания и Хорватия - лишь некоторые из стран, осуществивших переориентацию СШЗ: за последние десятилетия был осуществлен переход от модели медицинского ухода к модели социального ухода. Республика Молдова, Украина и Албания также недавно начали этот процесс.

### Реформы государственной политики

В призыве «все политические меры здоровью» отражена важность обращения к социально-экономическим детерминантам здоровья - как это сделала Таллиннская Хартия. Во многих странах секторы, не относящиеся к области здравоохранения, либо вообще не вносят необходимого вклада в развитие данной области или их деятельность в этом плане плохо скоординирована.

Сам по себе принцип «все политические меры - здоровью» не будет учитывать специфических нужд молодежи, если в нем не заложена установка «все политические меры здоровью молодежи». Создание для девушек возможностей учиться или работать - как средство снижения вероятности ранней беременности, декриминализация программ обмена иглами и шприцами, меры по снижению уровня дорожно-транспортного травматизма, насилия под воздействием алкоголя и по защите молодежи от навязчивого сбыта табачных изделий - вот лишь некоторые из примеров, показывающих, что в случае с молодежью необходимы особые, целенаправленные вмешательства.

При многоотраслевых вмешательствах также должны рассматриваться поведенческие аспекты стремления к получению медицинских услуг.

### Реформы руководства

Во многих странах лидеры государственно-го уровня не проявляют достаточно серьез-

ной заинтересованности в удовлетворении нужд и осуществлении прав подростков. На местном уровне зачастую полностью отсутствует поддержка мероприятий, направленных на развитие медицинских учреждений и инициатив. Несмотря на отсутствие убедительных доказательств того, какие именно факторы учитываются при принятии решений в верхних эшелонах, - некоторые исследователи, опираясь на соответствующие данные, характеризующие положение в Европе, все же установили, что обозначение приоритетов и установка очередности неизменно связаны с состоянием здоровья населения, эпидемиологическими данными и тяжестью последствий заболевания (4). Все большее внимание уделяется аргументации экономического плана. Так как подростки часто составляют относительно здоровый сегмент населения, опора на эпидемиологические данные, характеризующие общий уровень заболеваемости, становится менее актуальной при определении приоритетов. Чтобы вызвать заинтересованность у лидеров различных отраслей, более предпочтительно оперировать данными, характеризующими область охвата профилактическими мероприятиями, экономическими аргументами и выдвигать соображения, касающиеся области этики и прав человека.

В рамках реализации Европейской стратегии здоровья и развития детей и подростков (2005), 12 стран начали разработку своих национальных стратегий. Несмотря на положительный знак - рост осведомленности и личной заинтересованности лидеров в удовлетворении нужд, связанных со здоровьем подростков, - существует опасность того, что эти стратегии не будут реализованы, если не будут предприниматься совместные действия, направленные на конкретизацию предложенных мероприятий с учетом уже существующих рабочих планов и бюджетов.

### Заключение

Инициативные программы по охране здоровья подростков - в плане специфики нужд тех лиц, на благо которых они будут реализовываться - согласуются с новым подходом к ПМП и Таллиннской Хартией. Эти программы предлагают конкретные шаги к обеспечению всеобщего охвата молодежи, реформированию соответствующих служб с целью превращения их в организации, дружественные к молодежи, и в часть общих реформ системы здравоохранения. Программы призывают к реформированию государственной политики в соответствии с установкой «внимание к здоровью молодежи - во всех политических мерах». Наконец, они призывают и отраслевых лидеров учитывать молодежный аспект при разработке и принятии мер политического характера. С этой точки зрения, программы охраны здоровья подростков дают возможность с большой пользой приме-

нить на практике новый подход к ПМП и решения Таллиннской Хартии - документы, являющиеся чисто политическими и лишь определяющими основные направления. Программы могли бы сыграть роль «лакомой бумажки», проверяющей эффективность воплощения этих решений в жизнь. С другой стороны, программы по охране здоровья подростков должны воспользоваться возможностью ускорить темпы их реализации, - открывающейся благодаря новому подходу к ПМП и Таллиннской хартии.

### Valentina Baltag, MD, PhD

Технический организатор  
Отдел сексуального и репродуктивного здоровья подростков, включая вопросы ВИЧ и ПМП  
Отдел страновых политик и систем  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
vba@euro.who.int

### Gunta Lazdane, MD, PhD

Региональный советник  
Отдел страновых политик и систем  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
gla@euro.who.int

### Venkatraman Chandramouli, MD

Координатор, вопросы здоровья и развития подростков,  
Отдел здоровья и развития детей и подростков  
Штаб-квартира ВОЗ  
chandramouli@who.int

### Bruce Dick, MD

Специалист здравоохранения,  
Отдел здоровья и развития детей и подростков  
Штаб-квартира ВОЗ  
dickb@who.int

### Список литературы

1. *The World Health Report 2008. Primary Health Care - Now More than Ever.* Geneva: WHO, 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/>
2. WHO European Ministerial Conference on Health Systems "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia 25-27 June 2008. Report. Copenhagen: WHO, 2009. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1)
3. EU Youth Report. EC, Brussels, 2009
4. Allin S, Mossialos E, McKee M et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries.* WHO, 2004 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

# РУКОВОДСТВО ПО РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ЗАЩИТЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ МОЛОДЕЖИ

Европейская сеть Международной Федерации планируемого родительства (IPPF EN) на протяжении ряда лет выступала в качестве главного защитника сексуального здоровья и прав молодежи (СЗП). Ассоциации, входящие в ее состав, провели ряд инициатив, включающих образовательные мероприятия, предоставление информации и медицинских услуг, относящихся к сфере половой жизни, - и поддержку правового подхода к решению проблемы СЗП молодежи. По мнению IPPF EN и аналогично мыслящих организаций, стабильный прогресс в обеспечении СЗП молодежи может быть достигнут только при условии создания основы в виде рациональных и всеобъемлющих стратегий. Учитывая это, мы, используя факты, данные исследований и накопленный опыт, совместно с ВОЗ разработали комплекс механизмов, призванных помочь организаторам здравоохранения и лицам, принимающим решения, разработать такую основу.

В 2004 – 2007 гг. IPPF EN реализовала проект Sexual Awareness For Europe («Сексуальная осведомленность – для Европы» - SAFE). Проект был реализован в сотрудничестве с 26-ю европейскими ассоциациями, входящими в состав IPPF EN, Европейским региональным бюро ВОЗ, координировавшим сотрудничество с министерствами здравоохранения и Лундским Университетом (Швеция), отвечавшим за исследовательский аспект. Одним из главных достижений SAFE явилось создание Руководства по разработке стратегий в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав молодежи в Европе. Данное руководство – результат сотрудничества с представителями министерств здравоохранения стран, участвующих в проекте SAFE, - предоставившего нам возможность тесно взаимодействовать со специалистами, принимающими решения и обеспечивающими проведение этих решений в жизнь. В результате была создана базовая группа экспертов, глубоко и всесторонне проанализировавших существующие проблемы и возможные решения. Это сотрудничество также позволило наладить конструктивный диалог с правительствами, создать доверительные отношения с различными участниками проекта, расширить их права и придать их усилиям политический импульс. Кроме того, одним из ключевых элементов для разработки данного руководства явилось участие молодежи и привлечение молодых людей из молодежной сети IPPF EN (YSAFE). Руководство дополняет Европейскую стратегию ВОЗ по защите здоровья и развития детей и юношества. Кроме того опубликованы концептуальное резюме (1) и четыре подборки данных по надлежащей практике в области защиты СЗП молодежи.

Руководство по разработке стратегий использует всесторонний, основанный на правовом аспекте подход к СЗП молодежи. Авторы руководства признают тот факт, что, несмотря на существование базовых основополагающих принципов, на которые должны ориентироваться все стратегии, реализация этих стратегий будет различной в зависимости от конкретного национального законодательства и политической обстановки, систем здравоохранения и других особенностей конкретной страны. В Приложении 1 (см. ниже) выделены основные элементы, которые необходимо учитывать при разработке стратегий в данной области.

Партнеры проекта SAFE выбрали пять ключевых областей стратегии обеспечения сексуального здоровья и прав молодежи (см. Приложение 2). Каждой из этих областей посвящена отдельная глава, где подробно рассматриваются соответствующие проблемы и принципы, и приводится перечень контрольных мероприятий, на проведение которых следует ориентироваться национальным и/или региональным правительствам/агентствам.

## Привлечение заинтересованных сторон: важный элемент разработки и реализации стратегий

IPPF EN твердо убеждена, что для реализации стратегий обеспечения и гарантии СЗП молодежи очень важно участие и поддержка целого ряда заинтересованных сторон и соответствующих агентств. Более развернутая информация, обширный опыт, накопленный участниками, и их поддержка облегчают разработку и воплощение реалистичных стратегий и планов, позволяют «увязать» новые инициативы с деятельностью существующих законных местных учреждений, ослабляют противостояние новым инициативам, повышают интерес политического руководства и возможности местных органов.

Участие заинтересованных сторон можно классифицировать по трем видам: i) инструктивное, ii) консультативное и iii) совместное. Инструктивное участие предполагает, что решения принимаются правительством, но при этом существуют механизмы обмена информацией. При консультативном участии органом, принимающим решения, является правительство, - однако заинтересованные стороны оказывают известное влияние на ход и результаты процесса. При совместном участии основные и ключевые заинтересованные стороны выступают в качестве партнеров правительства в процессе совместного принятия решений.

В области СЗП молодежи участие ключевых заинтересованных сторон весьма важно из-за существующих в обществе разногласий по вопросу СЗП молодежи, а также из-за предполагаемых социаль-

ных перемен. Кроме того, большое значение имеет коллективный характер участия сторон, переговоры и обмен мнениями, создание доверительных отношений между сторонами и в то же время расширение их прав. Более того, жизненно важно, чтобы в процессе разработки стратегии ценились возможности и устремления самих заинтересованных сторон.

При определении заинтересованных сторон важно обдумать, кого и как именно затронут планируемые изменения, - и что необходимо сделать для создания благоприятных условий, способствующих данной перемене. В описываемом здесь случае главными заинтересованными сторонами являлись сами молодые люди, а ключевыми заинтересованными сторонами – люди, которые их поддерживают: семьи, учителя/школы, медицинские работники, судьи, социальные работники, полиция, средства массовой информации, неформальные лидеры и примеры для подражания молодежи, местные власти, парламентарии, религиозные группы, специализированные агентства, представляющие поставщиков услуг, адвокаты и исследователи. В частности, в нашей области решающее значение имеет то, чтобы все группы, которые могут быть так или иначе затронуты, могли видеть, что они на законном основании участвуют в решении данной проблемы или будут играть определенную роль в процессе, - что их участие достаточно эффективно и что им будет предоставлено право голоса, выделено время и известны полномочия на то, чтобы внести свой вклад в принятие решения.

Одним из примеров надлежащей практики является опыт Шотландии в разработке и реализации национальной стратегии охраны сексуального здоровья.

## Принять вызов

В настоящее время IPPF EN и ее партнеры готовятся приступить к осуществлению проекта SAFE II. Одно из главных направлений, охватываемых этим новым проектом, рассчитанным на 3 года, предусматривает активную поддержку и содействие правительствам нескольких европейских стран в вопросе утверждения на государственном уровне всесторонних стратегий СЗПМ, - причем для этого будет использоваться руководство по разработке стратегий SAFE - в качестве исполнительного механизма. Эта деятельность будет вестись в тесном сотрудничестве с молодежью и ключевыми заинтересованными сторонами, некоторые из которых были упомянуты выше, - при участии представителей соответствующих министерств и правительственных учреждений (например, здравоохранения, образования). Также будет разработан и распространен справочник по





Elizabeth Bennour



Irene Donadio

## СОСТАВЛЯЮЩИЕ УСПЕХА СТРАТЕГИИ ОХРАНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ, ДРУЖЕСТВЕННОЙ К МОЛОДЕЖИ

**Дружественная к молодежи стратегия СЗП уважает разнообразие ценностей различных групп, обеспечивает молодежь информацией, соответствующей ее возрасту и отражающей реалии жизни молодежи, и придерживается концепции, согласно которой сексуальность – это положительная сила, а не что-то, чего следует бояться. Такая стратегия также должна принимать в расчет и объединять ряд важных общих вопросов и принципов, относящихся к СЗП молодежи, включая следующие:**

### • Привлечение молодежи

Участие молодых людей в разработке стратегии гарантирует, что принимаемые стратегии и программы будут отвечать их собственным нуждам. Организаторы здравоохранения призываются к налаживанию контактов с молодежными советами или созданию консультативных молодежных групп по вопросам СЗП, - которые могли бы участвовать в процессе разработки стратегии.

### • Гендерные вопросы

Юноши и девушки имеют ряд различных нужд и подвержены различным рискам. Женщины вообще – в особенности молодые – биологически более уязвимы к болезням, поражающим репродуктивную систему. Представители обоих полов подвержены риску сексуального насилия и эксплуатации. Молодые геи и лесбиянки особенно уязвимы к половой дискриминации.

### • Признание многообразия и уязвимости

Молодые люди являются выходцами из самых различных социальных, экономических, этнических и культурных слоев и имеют различное сексуальное понятие. Нужен гибкий и творческий подход, чтобы наладить контакт с молодежью, составляющей группы риска или имеющей специальные потребности; необходимо учесть обстановку, в которой живет такая молодежь.

### • Стратегии защиты интересов молодежи

Молодежь имеет право на физическую, психологическую и социальную защиту. Особенно это касается молодых людей, имеющих специальные потребности – например, подвергаемых сексуальному насилию и унижениям – а также несовершеннолетних матерей, молодых людей с признаками инвалидности, молодых носителей ВИЧ-инфекций и жертв увечий женских гениталий. Юридические системы должны предусматривать адекватную законодательную базу для охраны и поддержки СЗП молодежи.

### • Межотраслевая поддержка

СЗП молодежи – не только вопрос здравоохранения и ответственность медицинских работников. Министерства должны разработать национальную стратегию, обеспечивающую межотраслевой подход к решению данной проблемы при участии в разработке и в реализации национальной стратегии структур, финансируемых государством, и других заинтересованных лиц, в том числе, молодежных организаций, неправительственных организаций (НПО) и групп по месту жительства.

### • Эффективный контроль и оценка

Данные, характеризующие состояние СЗП молодежи в европейских странах, недостаточны либо вовсе отсутствуют. Особенно это касается сравнительных данных. Чтобы добиться лучшего понимания ситуации и повысить эффективность своей деятельности, все страны должны усовершенствовать систему сбора сравнительных данных. Исследование поведения детей школьного возраста в отношении собственного здоровья (Health Behavior in School-aged Children survey) – один из важных механизмов решения этой задачи. НПО и молодежи отводится ключевая роль в проведении формативных исследований, интерпретации программ и участия в контроле и оценке стратегий и программ.

## Приложение 1

состоянию стратегий СЗП молодежи в 24-х государствах-членах ЕС. Справочник будет составлен на основе контрольного перечня мероприятий, проводившихся в каждой из пяти ключевых стратегических областей, намеченных в руководстве.

### Elizabeth Bennour

Директор программы защиты здоровья,  
Региональный офис, IPPF EN  
Брюссель  
ebennour@ippfen.org

### Irene Donadio

Сотрудник службы защиты здоровья  
Региональный офис, IPPF EN  
Брюссель  
idonadio@ippfen.org

## Список литературы

1. *Developing Policies on the Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People in Europe* <http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/SAFE+Policy+brief.htm>
2. WHO. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, Geneva: WHO, 2003.

## Приложение 2

### Пять ключевых областей стратегии

Область стратегии 1: Информация, образование и общение	Качественная информация и полное и всестороннее образование в сфере половой жизни и сексуальности дают молодежи знания, навыки и взгляды, необходимые для принятия взвешенных решений как в настоящем, так и в будущем.
Область стратегии 2: Службы здравоохранения	Службы здравоохранения, дружественные к молодежи – это организации, привлекающие молодежь, адекватно реагирующие на ее нужды и умеющих удерживать молодых клиентов для постоянной заботы о них, основываясь на понимании и уважении реалий, сопутствующих разнообразию их сексуальной и репродуктивной жизни.
Область стратегии 3: Доступ к контрацепции	Доступ к контрацептивам – неотъемлемый элемент любой стратегии по снижению уровня нежелательной беременности и одно из требований молодежного движения. Поддержка регулярного и эффективного использования контрацепции не может обеспечиваться просто за счет предоставления доступа к контрацептивам. Соответствующие программы также должны включать информацию и просветительные мероприятия, охватывающие широкий спектр вопросов – таких как социальные ценности, равенство полов, личные отношения и потребление наркотиков и алкоголя. Кроме того, программы должны быть нацелены на создание условий, предоставляющих молодежи соответствующие возможности. Молодые люди зачастую располагают ограниченными финансовыми возможностями и, следовательно, сталкиваются с трудностями в приобретении контрацептивов. Этот момент необходимо учитывать при разработке национальных стратегий охраны СЗП молодежи.
Область стратегии 4: ИППП и ВИЧ/СПИД	Во всей Европе отмечается рост распространения инфекций, передающихся половым путем (ИППП), - причем молодежь подвержена повышенному риску получения такой инфекции. Необходимо осознать важность предотвращения и профилактики случаев заболеваний ВИЧ и ИППП среди молодежи. Надежное предотвращение таких заболеваний должно повысить у ВИЧ-положительных индивидуумов уважение к себе и уверенность в том, что они смогут создать здоровые и счастливые отношения и семьи.
Область стратегии 5: Нежелательная беременность и безопасный аборт	На том этапе жизненного пути, когда фертильность высока, а молодежь обладает ограниченным опытом использования контрацептивов, риск незапланированной или нежелательной беременности очень высок. Сексуальное воспитание, доступность контрацептивов и служб здравоохранения, дружественных к молодежи – все эти аспекты должны быть составляющими всестороннего подхода к охране СЗП молодежи, - который должен также привести к снижению уровня случаев нежелательной беременности и абортов. Тем не менее, полностью исключить случаи нежелательной беременности нельзя вследствие целого множества причин и сопутствующих факторов. Аборт, выполняемый квалифицированным и опытным специалистом-медиком, при наличии соответствующего оборудования и безопасных условий - является одной из наиболее безопасных медицинских процедур (2).

# ПОДРОСТКИ, ИНТЕРНЕТ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ВИРТУАЛЬНАЯ СТРАНА ЧУДЕС?

**Хотя мы по-прежнему изучаем степень влияния интернета и новых технологий на наше будущее, уже сейчас можно сделать определенные выводы, исходя из опыта последних десяти – пятнадцати лет, особенно в аспекте проблем подростков и их здоровья.**

Подростки широко используют такие технические средства, как мобильные телефоны, электронные дневники, программы онлайн-речевой связи и персональные компьютеры: с одной стороны, с помощью всех этих средств подростки осваивают любую новую технологию гораздо быстрее и легче, чем взрослые. С другой стороны, все эти «штучки» настолько сильно привлекают молодежь, что к этой группе относятся с уважением, - если не прямо стремятся извлечь из этого выгоду. Необходимо также отметить, что в странах с низким уровнем доходов беспроводные средства общения, а также доступ к интернету открывают быстрый и легкий доступ к информации - в отличие от традиционных печатных документов и наземных сетей связи. Следовательно, этот огромный скачок в развитии технологий поможет этим странам ликвидировать разрыв, перед которым они стояли в прошлом. В самом деле, хотя сегодня огромное большинство подростков в развитых странах общается между собой с помощью тех или иных средств связи, - в странах с низким или средним уровнем дохода тоже быстро растет процент молодежи, получающей доступ к данным средствам.

Родители, педагоги, медицинские работники или политики зачастую склонны драматизировать влияние новых технологий, - утверждая, что они могут способствовать распространению насилия и порнографии среди подростков, а также вызвать у них определенную зависимость (1). Хотя это и справедливо в отношении некоторой части молодых людей, отличающихся большей уязвимостью к перечисленным факторам, - большинство юношей и девушек довольно успешно преодолевают искушения, сопутствующие всем этим новым средствам связи. В настоящем кратком обзоре рассматривается потенциальное влияние вышесписанных новых технологий на процессы обучения и социализации подростков, а также на их здоровье.

## **Поддержка образования и обучения**

В аспекте образования и обучения, интернет представляет собой уникальный источник информации для всей молодежи. Он стимулирует ее любознательность и помогает молодым людям в подготовке документов. Чтобы интернет использовался молодежью должным образом, требуется соответствующая поддержка и содействие со стороны взрослых и педагогов. Кроме того, интернет является для молодежи важным средством социализации, позволяющим молодым людям обмениваться информацией не только с близкими друзьями и знакомыми, но и вести переписку с корреспондентами во всем мире. В этом плане существующие чаты и форумы представляют молодежи широкие возможности общения, - что может оказать весьма стимулирующую роль и повышает естественный интерес подростков к изучению собственной среды и всего мира, своих потребностей, а также способствует формированию у молодежи представлений об идеалах (2).

Для подростков-инвалидов и страдающих хроническими заболеваниями, мобильный телефон и компьютер - средства, помогающие - по крайней мере, частично - преодолеть изоляцию, связанную с соответствующими функциональными нарушениями у этих молодых людей. Имеются специальные сайты, предоставляющие молодым людям, страдающим от специфических заболеваний или помещенным в клиники, возможность обмениваться информацией. Кроме того, для подростков старшего возраста интернет является потенциальным источником информации об их заболевании, о новых способах его лечения или о типичном характере протекания заболевания. Таким образом, интернет может вооружить их необходимой информацией, которая даст им некое ощущение контроля над своим состоянием. Наконец, все больше профессиональных работников здравоохранения используют мобильный телефон как средство напоминания о назначенном лечении - например, о необходимости явиться к врачу в назначенное время или для сообщения результатов лабораторных анализов (3).

## **Информация, профилактика и совет**

Создано несколько действующих информативных web-сайтов, целью которых является предоставление молодежи информации, касающейся здоровья, ознакомление молодых людей с сообщениями профилактического плана или консультации в конкретной области. Сегодня такие сайты предоставляют информа-

цию на нескольких языках - например, английском, французском, испанском или русском. Многие из качественных web-сайтов работают под руководством профессионалов в области здравоохранения или, по крайней мере, контролируются такими профессионалами. Одна из неправительственных организаций, расположенная в Женеве (Швейцария) и носящая название *Health on the Net* («Здоровье - в сети»), - может подтвердить качество таких web-сайтов. Некоторые сайты предоставляют своим пользователям возможность задавать вопросы и получать на них конкретные ответы. Пользователи могут получить доступ ко всему диапазону задаваемых вопросов и полученных ответов. Таким образом, на таких сайтах можно составить представление обо всех аспектах различных периодов жизни подростков, - включающих рост и созревание, сексуальную жизнь, питание, умственное состояние и депрессию и т.д. Кроме того, эти сайты представляют полезное средство обучения практикующих врачей, которые могут больше узнать о том, как молодые люди формулируют свои проблемы или выражают мнения, относящиеся к их здоровью, - и как решать эти проблемы простым, доступным, образом (4).

## **Потенциальные негативные последствия**

Конечно, есть и несколько «подводных камней», связанных с использованием новых технологий. Одной из основных причин для беспокойства является отсутствие контроля над качеством и содержанием интернетовских web-сайтов со стороны какой бы то ни было официальной организации (1). Вот почему родителям особенно важно контролировать, как их дети используют компьютер и мобильный телефон - особенно школьники младших классов и подростки. В самом деле, некоторые из этих юных пользователей с трудом способны различать виртуальный и реальный миры. Другими словами, взрослые несут ответственность не только за то, чтобы контролировать весь материал, просматриваемый подростками, - но и за то, чтобы открыто обсуждать вместе с ними значение информации, изображений и предложений, к которым они имеют доступ.

Следует также упомянуть несколько специфических потенциальных угроз для здоровья и психической устойчивости подростков: недавно было доказано, что виртуальная агрессивность и запугивание в сети - уточненный, но достаточно разрушительный способ, с помощью которого подростки могут смущать своих сверстников или постоянно им угрожать. Это явно приводит к вред-



Pierre-Andre Michaud

ным для жертв последствиям с точки зрения их психического здоровья и разрушает их самооценку (5). Порнография и сцены насилия также могут произвести на неподготовленных подростков тяжелое впечатление – особенно, если их доступ к таким сайтам не контролируется взрослыми и не сопровождается «итоговым» обсуждением просмотренного материала. Распространение подростками в своей среде эротических снимков, высказывание оскорблений и непристойностей в адрес отдельных лиц с помощью SMS – явление сравнительно недавнее, которое иллюстрирует неспособность молодежи проводить различие между частным и общественным, – а также игнорирование правовых норм, действующих в этой сфере. Виртуальный обмен информацией, адресами или приглашениями, а также организация интернетовских «схваток» с людьми, неизвестными пользователю – подростку, может привести к драматическим событиям – таким как крайнее насилие или расстание несовершеннолетних. Наконец, есть некоторые сайты, поощряющие развитие у подростков пагубных форм поведения – например, расстройств пищевого поведения или даже суицидальных действий (6). В результате в нескольких странах – в частности, скандинавских – школы уже ввели официальные программы, в которых делается попытка обучить молодежь адекватному использованию всех этих технологий. Однако это еще далеко не стало правилом.

Еще одна область для беспокойства – вопрос о количестве времени, которое проводят подростки в интернете. Определить границу между адекватным и чрезмерным использованием новых технологий практически невозможно, так как дело не только в количестве часов, но и в той цели, ради которой подросток использует компьютер. Те молодые люди, которые выходят в сеть для того, чтобы «повисеть» в чатах, открыть для себя новые сферы интересов или создать новые пространства – возможно, намного меньше рискуют впасть в зависимость, чем те, которые используют компьютер как источник захватывающих впечатлений в виде виртуальных игр и средство удовлетворения своего желания утвердиться. В этом плане одной из самых значительных угроз для здоровья подростков является так называемая глобальная многопользовательская онлайн-ролевая игра (ГМОРИ). Ее участники которой попадают в зависимость от продолжительности времени их участия: чтобы набрать баллы и завоевать уважение других игроков, им приходится проводить все больше времени за своим компьютером.

### Заключение

Из всего вышесказанного можно видеть, что интернет, мобильный телефон и другие устройства, вошедшие в широкий обиход сравнительно недавно, представляют две стороны одной медали. Они предоставляют доступ к огромному объему информации о здоровье и являются фантастическим средством для позитивных обменов информацией – но в то же время для некоторых подростков они таят в себе угрозу их здоровью и развитию. Таким образом, цель нашего общества – везде, где только можно, вести среди взрослых и подростков надлежащую разъяснительную работу по поводу соответствующих ограничений, «подводных камней» и потенциально вредного влияния Сети и мобильных телефонов. В частности, профессиональные работники здравоохранения должны использовать свое положение, чтобы повышать осведомленность всех заинтересованных взрослых о проблемах, связанных с использованием новых технологий.

### Pierre-André Michaud, MD

Профессор, многопрофильное отделение здоровья молодежи CHUV/Университетская клиника, Лозанна  
perre-andre.michaud@chuv.ch

### Список литературы

1. David-Ferdon C, Hertz MF. Electronic media, violence, and adolescents: an emerging public health problem. *J Adolesc Health* 2007; 41:S1-5.
2. Williams AL, Merten MJ. A review of online social networking profiles by adolescents: implications for future research and intervention. *Adolescence* 2008;43: 253-74.
3. Marsch LA, Bickel WK, Grabinski MJ. Application of interactive, computer technology to adolescent substance abuse prevention and treatment. *Adolesc Med State Art Rev* 2007;18:342-56, xii.
4. Gray NJ. Adolescents, the Internet, and health literacy. *Adolesc Med State Art Rev* 2007;18:370-82, xiii.
5. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:376-85. Norris ML, Boydell KM, Pinhas L, Katzman DK. Ana and the Internet: a review of pro-anorexia websites. *Int J Eat Disord* 2006;39:443-7.

Примеры молодежных сайтов, посвященных теме здоровья:

<http://www.ciao.ch/>

<http://www.goaskalice.columbia.edu/>

<http://www.teenhealthfx.com/answers/health/index.html>

Примеры учебных сайтов для профессионалов в области здравоохранения:

<http://www.euteach.com>

[http://ec.europa.eu/education/programmes/newprog/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/education/programmes/newprog/index_en.html)

[www.usc.edu/adolhealth](http://www.usc.edu/adolhealth)

Базовый ресурс в Сети по теме:

<http://www.hon.ch/>

# ПРОГРАММЫ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ И УСЛУГИ ПО ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ:

путь к улучшению сексуального и репродуктивного здоровья

Сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ) подростков основано на трех базовых составляющих: 1) признании сексуальных прав; 2) сексуальном воспитании и консультировании и 3) высококачественных услугах здравоохранения, при оказании которых соблюдается принцип конфиденциальности. Все эти компоненты необходимо рассматривать в комплексе. Чем теснее взаимодействие между программами сексуального воспитания и службой здравоохранения лучше результаты. Если проводить сравнение в международном масштабе, то состояние СРЗ молодежи в странах Северной Европы следует признать относительно хорошим, характеризующимся сравнительно небольшим количеством случаев непреднамеренной беременности, аборт и инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Разумеется, так было не всегда. Шестьдесят лет назад ситуация в Финляндии была совершенно иной: криминальные аборты и случаи ИППП были распространенным явлением, сексуального воспитания как такового не существовало вообще, а отношение общества к сексуальности и контрацептивам было отрицательным. Если взять картину в целом, то именно комплексное развитие общества – в том числе, достижение гендерного равенства и возможностей получения равного образования для юношей и девушек, развитие системы здравоохранения, а также известные положительные сдвиги в отношении государства и церкви – сделало сегодняшнюю ситуацию возможной. В частности, были задействованы механизмы масштабного развертывания программ полноценного сексуального воспитания, заслуживающих доверия; работали соответствующие высококачественные службы, основанные на принципе конфиденциальности, и был предоставлен широкий выбор методов контрацепции (1).

Многие из проблем, характерных для подросткового возраста, связаны с нежеланием нашей культуры приспособиться к структурным изменениям положения подростков в обществе. Физическое и эмоциональное созревание молодежи в современном обществе происходит в сравнительно раннем возрасте. Однако реальная готовность создать семью приходит лишь несколькими годами позднее. Например, средний возраст женщин, впервые вступивших в половую связь, в Финляндии составляет примерно 17 лет, - средний возраст впервые вступающих в брак – 27 лет, а средний возраст впервые рожавших женщин – 28 лет. Этот растущий разрыв между физической зрелостью, с одной стороны, и «социальной зрелостью» - с другой вызывает много проблем, связанных с сексуальностью подростков.

Службы сексуального и репродуктивного здоровья для подростков могут быть представлены – при условии соблюдения ими известных основных принципов. Эти службы должны быть пропитаны дружественной к молодежи атмосферой, в которой молодые люди чувствовали бы себя

свободно и комфортно. Весьма большое значение имеет безусловная конфиденциальность. Специалисты, работающие с молодежью, должны не морализировать и не судить ее, а быть благожелательно настроенными к молодым людям, стараясь изменить их рискованное поведение, и относиться к подросткам с уважением, подчеркивая свое внимательное отношение к ним как к важным собеседникам. Благодаря этому повышается самоуважение подростков, которые учатся уважать и заботиться о себе и других.

Система здравоохранения в Финляндии, как и во многих других странах, включает различные уровни: первичную медицинскую помощь, госпитальные службы и специализированную консультативную медицинскую помощь. Система первичной медицинской помощи (ПМП) обеспечивает основу организации здравоохранения, и одной из ее существенных частей является школьное здравоохранение (ШЗ). В Финляндии нет сетей молодежных клиник; специальные клиники для подростков существуют лишь в некоторых крупнейших городах. С другой стороны, школьное здравоохранение – весьма существенная часть системы ПМП. Система ШЗ действует во всех муниципалитетах и включает бесплатное предоставление услуг здравоохранения ученикам, возраст которых соответствует начальному и среднему образованию. Таким образом, клиентура ШЗ почти вся состоит из школьников в возрасте от 7 до 16 лет. Цель школьного здравоохранения – обеспечить здоровое развитие детей и подростков. Ключевыми элементами ШЗ являются санитарное просвещение и консультации. Выявление возможных проблем и рисков для здоровья, обследование подростков, а также рекомендации, касающиеся особенностей здорового образа жизни – все это относится к профилактике заболеваемости. ШЗ также использует комплексный подход, предусматривающий сотрудничество с родителями, педагогами, психологами, физиотерапевтами и специалистами в области питания.

Вторая основа хорошего сексуального и репродуктивного здоровья – сексуальное воспитание, которое должно быть непрерывным, хорошо спланированным и должно проводиться с учетом конкретного этапа развития ребенка. Сексуальное воспитание стало обязательной частью учебных программ в школах Финляндии в 1970 г.; его качество постепенно повышалось, а содержание – расширялось. В большинстве школ существовала тесная взаимосвязь и поддержка между сексуальным воспитанием и школьной системой здравоохранения, преследовавшими аналогичные цели. В течение периода с 1975 по 1995 гг. все вышеуказанное позволило улучшить сексуальное и репродуктивное здоровье подростков, повысить уровень использования ими контрацептивов, и способствовало снижению количества подростковых аборт и родов. Соответствующая динамика развития представлена на рис.1.

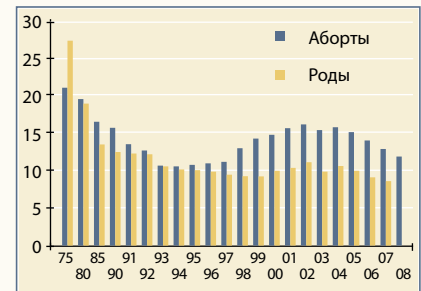


Рис. 1. Динамика изменений количества аборт и родов, приходящегося на 1000 девушек в возрасте 15 – 19 лет в Финляндии – с 1975 по 2008 гг. (2).

## Изменения в образовании и здравоохранении, происшедшие во время прошлого экономического кризиса

Из-за экономического спада в начале и середине 90-х в Финляндии были сокращены расходы на нужды здравоохранения и социальные услуги. В результате многие муниципалитеты «экономили» на сокращении количества персонала, нанятого в сфере здравоохранения. Снижение ассигнований затронуло всю систему здравоохранения и социальных служб, но особенно тяжело оно отразилось на профилактике здоровья – в частности, на системе школьного здравоохранения. Вдобавок, в попытке снизить расходы, были произведены некоторые изменения и в системе образования – в сторону ее децентрализации. В результате с 1994 г. сексуальное воспитание в школах стало факультативным предметом, - причем каждая школа самостоятельно решала вопрос о целесообразности и о методе проведения такого воспитания. Это привело к заметному ухудшению качества сексуального воспитания в школах и снижению объема соответствующего учебного материала и учебных часов (3). Предположительно, одновременное сокращение расходов в областях здравоохранения и образования привело к тому, что в конце 1990-х количество аборт среди подростков увеличилось на 50% (Рис.1). В то же время заметно увеличилось количество случаев инфицирования хламидиями. В конце 1990-х Stakes (Национальный институт здоровья и благосостояния) начал проводить ежегодные исследования состояния системы школьного здравоохранения (в восточной части Финляндии исследования проводились каждый четный год, а в западной – каждый нечетный). Таким образом, они охватили всю страну. Развернутая анкета содержала вопросы, касающиеся сексуального поведения и использования контрацептивов. Как видно из рис. 2А, в конце 1990-х возрос процент девушек, начавших половую жизнь в раннем возрасте (14 – 15 лет), и в то же время, до 2002 г. возрос процент тех, кто не использовал контрацептивов (рис. 2В).

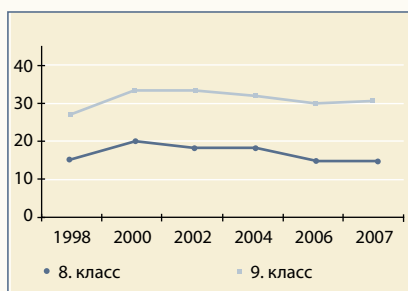


Рис. 2А

% девушек, уже имевших половые связи (А), и % девушек, не использовавших контрацепцию при последней половой связи (В) - классы 8 (средний возраст 14,8) и 9 (средний возраст 15,8). Финляндия, 1998 – 2007 (4).

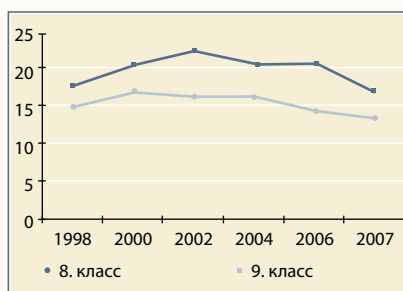


Рис. 2В

### Недавние достижения в области сексуального воспитания

Постепенно, основываясь на приведенных выше данных, были произведены соответствующие изменения системы образования. Национальный совет по образованию разработал конкретные рекомендации, касающиеся сексуального воспитания, которые были вполне адекватными. Эти рекомендации были основаны на целостном подходе к концепции сексуальности. В школьную программу был включен новый предмет, называвшийся «Здоровье». В 2003 – 2004 гг. соответствующее обучение началось в большинстве школ, и стало обязательным во всех начальных и средних классах с 2006 г. Занятия проводятся квалифицированными педагогами, а за координацию всей соответствующей программы в рамках школы отвечает один учитель. В 7 – 9 классах на сексуальное воспитание в среднем отводится, по крайней мере, 20 часов. Одно из детальных исследований содержания программ сексуального воспитания, а также знаний учеников 8-го класса в области сексуального и репродуктивного здоровья было проведено Väestöliitto (Федерация Семьи Финляндии – Family Federation of Finland). Согласно результатам исследования, сексуальное воспитание в школах особенно повлияло на знания мальчиков (3).

### Основные предпосылки эффективности школьного здравоохранения

В Финляндии были рассмотрены и сформулированы основные предпосылки эффективности ШЗ. Они перечислены ниже:

1. Система ШЗ должна быть в достаточной мере укомплектована работниками соответствующего профиля. Штатная медицинская сестра, работающая на условиях полной занятости, должна обеспечивать поддержку свыше 600 учеников. Если она работает не в одной, а в нескольких школах, то, соответственно, количество учеников должно быть меньше. Школьный врач должен работать, по крайней мере, один полный рабочий день в неделю, обслуживая 1000

учеников. Кроме лечебной работы, медицинский персонал должен выделить время для планирования мероприятий школьного здравоохранения, контролирования условий учебы в школе, а также для совместного общения и непрерывного повышения собственной квалификации. Кроме того, школы должны быть обеспечены услугами школьного психолога и социального работника.

2. Помещения, выделяемые для ШЗ, должны быть адекватными.
3. Каждый территориальный сектор системы здравоохранения должен обслуживаться сертифицированным врачом, специализирующимся в области ШЗ. Врач отвечает за общее планирование мероприятий ШЗ, следит за тем, чтобы в его секторе было достаточно условий для работы, - и обеспечивает адекватное обучение новых сотрудников и подготовку их к участию в ШЗ. В крупных муниципалитетах необходимо также участие школьной медсестры - для координации мероприятий ШЗ. При определении размера зарплат для работников учитываются выполняемые ими особые обязанности.
4. Время отведенное дополнительному обучению персоналом в области ШЗ, должно быть не менее 10-ти рабочих дней.

ШЗ является частью школьного сообщества. Его цель - гарантировать создание школой соответствующих условий для учеников, способствующих поддержанию их физического и эмоционального здоровья и благосостояния. ШЗ активно участвует в мероприятиях по санитарному просвещению, проводимых в школах. Школьная медсестра следит за особенностями развития и здоровьем каждого отдельного ученика, организуя с этой целью ежегодные контрольные проверки. Согласно закону, утвержденному парламентом страны в мае 2009 г., расширенная проверка состояния здоровья ученика проводится школьным врачом и школьной медсестрой в момент, когда ученик поступает в школу. Затем проверки проводятся в 5 и 8 классах - когда возраст ученика (ученицы) составляет, соответственно, 11 – 12 лет и 14 – 15 лет. В частности, упоминается консультиро-

вание по вопросам сексуального здоровья, включая профилактику беременности. Кроме того, школьная медсестра может назначить гормональную контрацепцию.

### Заключение

В результате сексуальное и репродуктивное здоровье подростков в Финляндии продолжает улучшаться с 2004 г., качество сексуального воспитания повысилось. Снизился процент девушек, начинающих половую жизнь в раннем возрасте (14 – 15 лет), что соответствует 8 – 9 классам. Также снизился процент девушек, не использующих контрацепцию (см. рис. 2В). Кроме того, заметно снизилось количество аборт у подростков (в 2004 г. соответствующий показатель составлял 15,7 на 1000, тогда как в 2008 г. - уже 12,3 на 1000). За тот же период времени было отмечено менее значительное уменьшение количества родов у подростков (см. рис. 1). Отмечены признаки проявления когортного эффекта, т.е. постепенного смещения наиболее высокого уровня аборт в сторону старших возрастных групп.

В заключение необходимо отметить следующее. Когда вместо осуждения сексуальности подростков проводится их сексуальное воспитание и им оказываются услуги школьного здравоохранения - сексуальное и репродуктивное здоровье подростков может быть значительно улучшено при сравнительно небольших расходах. Каждый год взрослеют новые группы молодых людей, и это требует, соответственно, и новых усилий в данной области. Необходимо и сексуальное воспитание, и консультации, и соответствующие услуги. Если на все это не выделяется соответствующих ассигнований либо объем последних существенно сокращается, как это имело место в Финляндии в сравнительно недавнем прошлом - отрицательные последствия не замедлят проявиться.

### Dan Apter, MD

Директор  
Клиника сексуального здоровья,  
Väestöliitto (Федерация семьи  
Финляндии)  
dan.apter@vaestoliitto.fi

### Список литературы

1. Lottes I, Kontula O. *New Views on Sexual Health: The case of Finland*. Väestöliitto D37, Helsinki 2000.
2. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>
3. Kontula O, Meriläinen H. *Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa*. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 26/2007
4. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/EN/index.htm>

# ЦЕНИТЬ МОЛОДЕЖЬ: КАК ЭТО ДЕЛАЕТСЯ В ШОТЛАНДИИ

**Ш**отландия – одна из четырех стран, входящих в состав Великобритании. Общая численность ее населения составляет 5,16 млн. человек, из которых 18% не достигли 18-летнего возраста. Правительство Шотландии несет перед народом страны ответственность за решение большинства вопросов, связанных с удовлетворением повседневных нужд в таких областях, как здравоохранение, образование, правосудие, сельская жизнь и транспорт. В стране действуют 14 служб здравоохранения; имеется 32 области, относящиеся к компетенции местных самоуправлений. Основными проблемами в сфере общественного здравоохранения и требующими решения, являются: сердечно-сосудистые заболевания, злоупотребление алкоголем/наркотиками, психические болезни, включая случаи самоубийств, курение и проблемы сексуального здоровья, а также неравенство в сфере здоровья.

## Молодежь

Правительство Шотландии несет обязательства по улучшению жизни молодежи в стране, уделяя основное внимание следующим моментам:

- Обеспечению всех молодых людей поддержкой, необходимой для раскрытия своего потенциала;
- Созданию для молодежи позитивных возможностей и налаживанию позитивных контактов с ней;
- Осуществлению ранних вмешательств с целью поддержки молодого человека/молодой девушки на ранних этапах их жизни.

В 2009 г. Правительство Шотландии в сотрудничестве с рядом Национальных служб здравоохранения (НСЗ) и партнеров, не относящихся к НСЗ, инициировало проект «Ценить молодежь: принципы и средства, способствующие раскрытию потенциала молодежи». Проект можно рассматривать как общий ориентир для всех лиц и организаций, оказывающих молодежи профессиональные услуги. Службы здравоохранения, дружественные к молодежи – один из девяти «столпов» успешного оказания профессиональных услуг, определенных в Национальном плане работы с молодежью (см. рис. 1). Эти основы помогают молодым людям достигнуть таких качеств как способность успешно обучаться, ощущения уверенности в себе, превращения в активных соучастников и ответственных граждан.

Правительство Шотландии поддерживает положения Конвенции ООН о правах ребенка. Под руководством Комиссара по делам детей и молодежи Шотландии был разработан Интернет-ресурс, помогающий молодежи больше узнать о своих правах (доступ к соответствующей информации можно получить, пройдя по ссылке <http://www.sccsrp.org.uk/webpages/surp.php>) Кроме того, Шотландия имеет собственный молодежный парламент с подчиненными ему комиссиями, включая комиссию по вопросам здоровья и образования. Молодежный парламент Шотландии, созданный и возглавляемый молодыми людьми, стремится к тому, чтобы голос молодежи был услышан официальными

лицами, принимающими решения на всех уровнях.

## Политика в области сексуального здоровья – в центре внимания

**Уважение и ответственность: стратегия и деятельность Шотландии по улучшению сексуального здоровья**

Стремление правительства Шотландии к улучшению плохих показателей по таким аспектам, как незапланированная беременность и ИППП, включая ВИЧ/СПИД, - впервые было отражено в документе «Наше национальное здоровье: план действий, план изменений (2001)» («Our National Health: A Plan for Action, a Plan for Change (2001)»). Обязательство по разработке соответствующей национальной стратегии было сформулировано в документе «Задача: улучшение здоровья в Шотландии (2003)». В документе рассматривались следующие проблемы:

- процент беременности среди подростков, не достигших 16-летнего возраста, продолжал оставаться самым высоким в странах Западной Европы, несмотря на общее снижение количества случаев такой беременности в стране;
- тесная связь рассматриваемых проблем с экономическими лишениями и проблемами сексуального здоровья;
- использование презервативов, прежде всего, для предотвращения беременности, а не для защиты против ИППП;
- участвовавшие случаи диагноза «ИППП» – особенно хламидиоз и ВИЧ;
- повысившийся уровень искусственных аборт и повторных искусственных аборт среди женщин в возрасте свыше 25 лет.

Летом 2003 г. Министр здравоохранения и социальных дел уполномочил бывший Институт общественного здоровья (Public Health Institute) в Шотландии возглавить разработку проекта соответствующей стратегии. После анализа стратегий сексуального здоровья (СЗ), осуществляемых в зарубежных государствах и других странах Соединенного Королевства, - и двух-летнего периода разработки стратегии и взаимодействия с ключевыми партнерами, - в январе 2005 г. был опубликован первый в Шотландии документ, содержащий основные положения и направления стратегии СЗ озаглавленный «Уважение и ответственность». Эта стратегия содержала национальный план действий по улучшению СЗ и отношений между полами среди всех возрастов, - причем план был разработан на основании фактов и данных исследований. План, базирующийся на определении сексуального здоровья, сформулированном ВОЗ, поддерживает принципы уважения к себе и другим и прочные отношения. Признавая разнообразие жизненных укладов, бытующих среди населения Шотландии, план действий предусматривает улучшение доступа населения к соответствующей информации и услугам, - и в то же время предоставляет местным службам известную свободу действий в плане удовлетворения местных нужд.

Общие и взаимозависимые цели, обозначенные в данном плане действий, являются следующими:

- предоставление услуг более высокого качества путем совершенствования и расширения диапазона деятельности служб СЗ, повышения их адекватности, доступности и взаимосвязи при соблюдении ими принципов конфиденциальности и учета местных нужд;
- поощрение уважения и ответственности среди населения, - стимулируя получение и развитие каждым шотландцем соответствующих знаний и навыков и осознание ценностей, необходимых для поддержания хорошего СЗ и благосостояния;
- профилактика ИППП и незапланированной беременности путем позитивного изменения культурного и социального факторов, влияющих на состояние СЗ.

Для реализации вышеперечисленных целей, ключевые органы здравоохранения национального и местного масштаба, а также законодательные органы местных самоуправлений и Правительство Шотландии получили соответствующие рекомендации. Объем государственного финансирования составил 5 млн. ф.ст. Кроме того, следующие меры обеспечили эффективное и «прозрачное» руководство проектом:

- Министр здравоохранения и социального ухода возглавил Национальный консультативный комитет по СЗ;
  - В каждом местном органе здравоохранения были назначены ведущие клиницисты в области СЗ, призванные контролировать ход реализации проекта на месте;
  - Во всей Шотландии были организованы мероприятия по извлечению уроков из реализации национального демонстрационного проекта оценки СЗ молодежи Healthy Respect, - подвергнувшегося робастной оценке;
  - Были созданы четкие и прозрачные механизмы отчетности – с опубликованием достигнутых результатов и объема соответствующих ассигнований;-
  - были четко поставлены задачи и обозначены ориентиры для снижения количества случаев незапланированной беременности (предусматривалось снизить процент беременности среди подростков в возрасте 13 – 15 лет с 8,5 на 1000 в 1995 г. до 6,8 на 1000 в 2010 г.).
- За период с 2005 по 2008 г. особо заметный прогресс достигнут в следующем:
- Создано больше интегрированных служб, предоставляющих услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья;
  - Больше внимания стало уделяться внеплановым обследованиям и лечению молодежи от основных ИППП, в том числе, предродовому тестированию на ВИЧ;
  - Информация о службах для молодежи без предварительной записи и качество их работы повысилось;
  - Разработаны стандарты качества для СЗ;
  - Усовершенствована технология сбора данных в национальном масштабе - путем мониторинга ключевых показателей клинических исследований и разработки общенациональной системы электронных данных по планированию се-



- ми и медицинским услугам в центрах специализированных в области проблем мочеполовой системы;
- Ведется координированная деятельность по развертыванию в школах и других учебных заведениях адекватного воспитания в области сексуального здоровья и отношений. Проводится обзор соответствующей деятельности в средних школах.
  - Через специальную сеть Wellbeing in Sexual Health ([www.healthscotland.com](http://www.healthscotland.com)) производится обмен знаниями и опытом с использованием собранных данных и практического опыта.

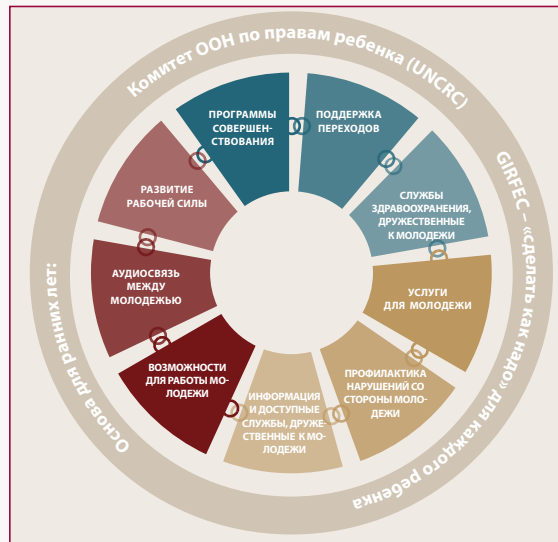
### Критический анализ проделанной работы и последующие меры

В 2007 г. Национальная служба здравоохранения Health Scotland – совместно с Правительством Шотландии – представила результаты оценки проекта «Уважение и ответственность». Оценка была проведена, чтобы выяснить, в нужном ли направлении предпринимались соответствующие шаги, или все же требовалась переориентация на новые цели. Этот критический анализ выявил необходимость продолжать поддержку деятельности служб СЗ, - но, в то же время, подчеркнул, что необходимо работать над повышением культуры сексуального здоровья в Шотландии. Было также установлено, что необходимо создать небольшой национальный комитет, главной целью деятельности которого была бы охрана сексуального здоровья, - но который также занимался бы и вопросами, связанными с ВИЧ. Министр по делам общественного здоровья и спорта, лично возглавивший эту группу, тем самым продемонстрировал свою постоянную заинтересованность в решении этого вопроса.

Проект «Уважение и ответственность: как улучшить показатели сексуального здоровья в 2008 – 2011 гг.» наметил следующие отдаленные цели, которые должны быть достигнуты в перспективе:

- снижение уровней разочарованности и принуждения;
- снижение процента незапланированной беременности – особенно у подростков в возрасте до 16 лет; кроме того, необходимо снизить процент повторных искусственных абортов среди всех возрастных групп;
- снижение уровня ИППП. При этом, прежде всего, необходимо учитывать, что количество официально зафиксированных случаев ИППП неизбежно возрастет в результате участвовавших проверок;
- снижение уровней распространения ВИЧ – особенно в среде мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами;
- снижение количества случаев нераспознанного ВИЧ – особенно в среде мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами и населения Африки.

Советы национальных служб здравоохранения и их заинтересованные партнеры работают в направлении достижения вышеперечисленных целей, ведя соответствующую деятельность во вверенных им районах. Эта деятельность поддерживается на государственном уровне пу-



тем предоставления возможностей для обучения, соответствующих ресурсов, и ориентации на определенные стандарты качества. Ежегодно Правительство Шотландии через своих представителей осуществляет инспекционные визиты, цель которых – убедиться в том, что делается все возможное для улучшения плохих показателей сексуального здоровья. Еще одна цель таких визитов – выяснить, не требуется ли дополнительная поддержка со стороны государства.

Как уже говорилось выше, больше внимания уделяется проблемам, связанным с распространением ВИЧ – особенно в аспекте соответствующих профилактических мероприятий и координированного и адекватного качественного медицинского ухода и лечения ВИЧ-положительных людей во всех районах Шотландии. В настоящее время правительство страны - совместно с ключевыми заинтересованными лицами - работает над проектом плана мероприятий по борьбе с ВИЧ. Основные цели этого плана:

- сделать все возможное для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции;
- ранняя диагностика инфекции;
- обеспечение высококачественного лечения и непрерывной поддержки тех, кто в этом нуждается.

### Повышение культуры сексуального здоровья и благополучия в Шотландии

Хотя целью проекта «Уважение и ответственность» была поддержка хорошего сексуального здоровья, вместе с тем признавалось, что на начальном этапе реализации проекта основное внимание все же уделялось мерам, направленным на снижение количественных показателей плохого сексуального здоровья. В течение последующих трех лет предусмотрены специальные мероприятия, посвященные исключительно культуре взаимоотношений и сексуального здоровья. Среди таких мероприятий:

- широкомасштабная кампания социального маркетинга, рассчитанная на широкие слои населения в возрасте 20 –

**Рис. 1.** Ценить молодежь: основные аспекты оказания профессиональных услуг для молодежи:

40 лет; на фоне этой компании будут проходить остальные мероприятия (организуемые Правительством Шотландии). Начало компании намечено на август 2009 г.;

- специальные мероприятия социального маркетинга, организуемые для профессиональных работников и целевых аудиторий, со следующей тематикой:
  - Поддержка методик продолжительной обратной контрацепции (внутриматочных систем,

внутриматочных контрацептивов и имплантантов) как средства снижения уровня незапланированной беременности и повторных абортов среди всех возрастных групп; начало компании – июль 2009 г.;

- Тестирование различных методик профилактики ВИЧ (а затем – среди африканских общин). Начало запланировано на июль 2010 г.

О результатах всей этой деятельности общается путем опроса соответствующих целевых аудиторий. Кроме того, шотландское правительство обязалось предоставить лучший доступ к независимой информации, касающейся СЗ, которая, в частности, включает:

- данные на одном из государственных специализированных сайтов [www.sexualhealthscotland.co.uk](http://www.sexualhealthscotland.co.uk), о плохом сексуальном здоровье с целью предоставления информации службам здравоохранения и потребителей соответствующих услуг;
- серии листовок посвященных тематике ИППП и сексуального здоровья женщин (листочки выпускаются Национальной службой здравоохранения Шотландии на девяти основных языках); - они рассчитаны на то, чтобы охватить соответствующей информацией всю страну. Листочки станут частью информации, скачанной из системы электронных данных, а также с текста, продублированного на вышеуказанном сайте;
- данные, предоставляемые шотландской службой охраны сексуального здоровья (Sexual Health Scotland). Государство рассчитывает, что местные органы здравоохранения примут в расчет всю вышеперечисленную информацию.

### Shirley Fraser

Менеджер программы улучшения здоровья  
Национальная служба здравоохранения Шотландии –  
NHS Health Scotland  
[Shirley.fraser@health.scot.nhs.uk](mailto:Shirley.fraser@health.scot.nhs.uk)

# ЛИЧНЫЙ ВЗГЛЯД: СЕКСУАЛЬНАЯ АГРЕССИВНОСТЬ –

негативная сторона либерализма и индивидуализма

**В последние годы во многих странах Северной и Восточной Европы на детей оказывается все более сильное давление с целью заставить их идентифицировать свою принадлежность к определенному полу и принять стереотип поведения, соответствующий отведенным гендерным ролям. Зачастую общество и родители навязывают детям основные идеи индивидуализма. В результате сократилась продолжительность того этапа детства, когда в центре внимания находятся не пол, а социальное взаимодействие внутри группы детей, считающееся главным приоритетом.**

Ранее периодом детства считалось время от момента рождения до окончания подросткового возраста. Сегодня детей уже заставляют вести себя в соответствии с принадлежностью к определенному полу – зачастую это происходит уже тогда, когда ребенку всего 5-6 лет. В значительной степени такой подход является результатом давления общества, прививающего детям идеи уникальности и индивидуализма. Цель – выработать у детей стереотип автоматического признания и уважения каждого отдельного человека как уникального индивидуума, – причем это делается, как только появляется первый признак, свидетельствующий о способности ребенка к самостоятельным действиям. Возложение решений на хрупкие плечи ребенка, находящегося в психологически незрелом возрасте, чтобы соответствовать определенным, навязываемым ему стереотипам – вынуждает этого ребенка делать то, что он (она) делать не может. Таким образом, в результате такой эволюции ребенок обычно пытается оправдать ожидания общества, копируя поведение тех, кто дал этому ребенку ответы на все остальные вопросы – то есть взрос-

лых. Под давлением извне дети механически усваивают слова, действия и поведенческие стереотипы, относящиеся к различным полам и гендерным ролям, – при этом, однако, не осознавая их значения или последствий.

В результате вышеупомянутой эволюции, в школах – особенно это касается стран Северной и Западной Европы – заметно участились случаи агрессии, основанной на сексуальных и гендерных ролях детей и подростков в возрасте от 5 лет и до окончания средней школы.

## Предыдущий опыт

As a steering committee member of YSAFE Являясь членом руководящего комитета YSAFE (“Сексуальная осведомленность молодежи Европы”) – молодежной организации по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам, основанной в качестве одного из проектов, осуществлявшихся под эгидой Европейской сети Международной федерации планирования семьи (IPPF EN), – я принимал участие в сессии Регионального Совета IPPF EN, состоявшейся в Мадриде летом 2009 г. Там я обсуждал тему сексуальной агрессии вместе с другими представителями стран Северной и Западной Европы, где количество таких случаев растет особенно быстро. Каждый, кто находился в составе руководящего комитета, был убежден, что одним из способов решения проблемы сексуальной агрессии является ознакомление педагогов детского сада, начальной школы, средних и старших классов со специально разработанными учебными программами, позволяющими принимать активное участие в моделированных ситуациях сексуальной агрессии. Кроме того, педагоги знакомятся с предысторией этого явления и описанием соответствующего психологического эффекта, оказываемого на детей. Несмотря на то, что этот метод применялся в некоторых странах с определенным успехом, он оказался недостаточным для решения данной проблемы. Дискуссия, развернувшаяся затем на сессии, показала, что каждая страна выступает с отличными инициативами в соответствующем плане, – а весь комплекс этих инициатив обещает быть эффективным решением. В частности, можно привести следующие примеры:

- В Норвегии, в одном из пригородов Осло, учительница старших классов проводила эксперимент с новым методом обучения. Целью эксперимента являлось просвещение учеников в вопросах сексуальных прав. Вместо того, чтобы чи-

тать формальные лекции, она перенесла акцент на интерактивное обучение, организуя дискуссии в классе и между классами по проблемам, сформулированным в заявлениях IPPF и касающимся сексуальных прав. Ученики усваивали материал в ходе личного участия в учебном процессе – подготовка соответствующих проектов и активные компании, касающиеся этих проблем, оказали значительное влияние на поведение молодых людей по отношению друг к другу, – и способствовали снижению количества случаев сексуальной агрессии. В то же время, ученики, принимавшие участие в эксперименте, дали добровольное согласие на участие в молодежной организации YSAFE, – что позволило им почувствовать свою серьезность и значимость. Существует настоятельная потребность в том, чтобы ученики старших классов принимали участие в какой-либо организации – это даст им возможность продемонстрировать свою способность совершить что-то реальное. Это – в сочетании с соответствующим образованием педагогов и обучением подростков по принципу «равный – равному» – могло бы стать отличным способом решения проблемы сексуальной агрессии на уровне старших классов.

- В Дании существует общенациональная заинтересованность в прекращении сексуальной агрессии. При поддержке местных неправительственных организаций, радиостанций, молодежного телевидения (ТВ), кинозвезд и музыкантов Дания развернула кампанию за прекращение сексуальной агрессии, – рассчитанную, прежде всего, на учеников старших классов, – но также и на учеников начальной школы. Были организованы образовательные мероприятия специально для педагогов, чтобы научить их решению вопросов, связанных с агрессией, проявляющейся на разных возрастных уровнях – от детского сада и далее. Даже имела место дискуссия по вопросу о создании системы сертификации, которая могла бы публично присваивать школам соответствующий сертификат в области образования педагогов по вопросу предотвращения агрессии. Кроме того, музыкальная ТВ-радиостанция «The Voice» организовала выступления в эфире знаменитых молодых музыкантов – с их заявлениями по поводу агрессии.





Молодые знаменитости выступали с соответствующими заявлениями на молодежных сайтах. Обращение к молодежи через эти средства масс-медиа с призывом повлиять на поведение в своей среде – имело весьма положительный результат. Наконец, датской ассоциацией IPPF сейчас исследуется новый метод использования технологии мобильной связи для просвещения молодежи в области сексуальных прав и сексуального образования – возможно, в форме «мобильной» телефонной игры. Некогда распространенные компьютерные игры для молодежи, сочетавшие в себе элементы развлечения и сексуального воспитания, – имели успех в Дании в конце 1990-х. Независимо от того, делался ли акцент на вопросы обычной агрессии или сексуального воспитания – оба вышеупомянутых подхода нельзя полностью отделять друг от друга, и соответствующие мероприятия, относящиеся к каждому подходу, оказали и должны оказывать влияние на другую.

### Решения и методы достижения прогресса

Все – психологи, педагоги, профессора и лица, добровольно участвующие в проектах – согласны с тем, что бороться с такой проблемой, как сексуальная агрессия, можно, предоставляя соответствующую информацию и организуя воспитательные и просветительские мероприятия на всех уровнях. Причем все это должно предлагаться в том формате, который соответствовал бы особенностям конкретной целевой аудитории. Вот почему исключительно важно привлечь воспитателей из числа молодежи, которые могли бы просвещать своих сверстников на том «языке», который им понятен. Использование языка, распространенного среди молодых людей, и молодежного сленга помогает установить известное равенство и доверие. Труднее пытаться установить, в каких именно случаях следует учить конкретным вещам, связанным с агрессией, – из чего должен состоять материал и какие методы СМИ более всего подходят для данной задачи – особенно если учитывать, что каждая страна, регион и каждый город имеет различные культурные, экономические, религиозные и социальные убеждения и уклады.

По поводу того, как бороться с проблемой сексуальной агрессивности, – лично я посоветовал бы принять в расчет все вышесказанное, а также следующее: нужно использовать опыт Норвегии в этой области и сделать вопрос

### Определение сексуальной агрессии:

(<http://www.womankind.org.uk/sexual-bullying-definition.html>)

Любое агрессивное поведение, проявляющееся в физической или нефизической форме агрессии, – основанное на сексуальности или половой принадлежности человека. Сексуальная агрессивность подразумевает использование мальчиками или девочками сексуальности как некоего оружия. Агрессивность может быть прямо направлена на самого человека, но может проявляться и за его спиной или посредством использования технических средств.

#### Например:

- Использование слов, указывающих на сексуальную ориентацию человека, в качестве средства унижения (например, когда кого-то называют «геем», подразумевая, что этот человек не очень хороший)
- Использование сексуальных слов для унижения человека (например, когда кого-либо называют «шлюхой»)
- Угрозы или шутки по поводу серьезных и пугающих вещей – например, изнасилования
- Распространение сплетен о чьей-то сексуальной жизни, – включая использование граффити
- Прикосновение к кому-либо, заставляющее человека, которого касаются, чувствовать дискомфорт
- Вынуждение кого-либо действовать в сексуальной манере.

сексуальных прав и услуг здравоохранения частью деятельности добровольческих служб, работающих со старшеклассниками; необходимо использовать активную молодежь, желающую идти в средние школы, чтобы воспитывать своих сверстников на основе принципа «равный – равному»; кроме того, следует просвещать молодежь на предмет общих и сексуальных прав человека – используя такие формы, как проекты и дискуссионные форумы – а не лекции. Если это представляется возможным, то использование молодежных средств массовой информации может и должно оказывать положительное влияние на поведение – при условии, что манера обращения масс-медиа к молодежи будет соответствовать принципам и поведению людей, уважаемых молодежью. Что касается детей возраста начальных классов, то, естественно, они

не проявляют интереса к сексуальному воспитанию, – однако, так как сексуальная агрессивность имеет место даже и в этом возрасте (где она даже может быть обоснованной) – то и на этом этапе будут необходимы соответствующие меры. Твердый и постоянный диалог с родителями может содействовать данному процессу.

### Заключение

Чтобы остановить, изменить или замедлить такой процесс, как сексуальная агрессия, необходимо предпринимать меры на национальном, региональном и местном уровне; в идеале совместные усилия должны предприниматься на всех уровнях. Надеюсь, что однажды появится возможность создать поп-культуру, которая боролась бы против агрессивности в общем и сексуальной агрессивности – в частности, – и достигнуть гармонии, наладить социальные связи и добиться положительных психологических сдвигов в отношении молодежи всех стран.

### Kalle Johannes Rose Молодой человек

Член Руководящего комитета  
YSAFE

Магистр в области управления  
бизнесом и коммерческого  
законодательства

Школа бизнеса, Копенгаген  
(Copenhagen Business School)  
kallerosedk@gmail.com

# ПРИВЛЕЧЕНИЕ И УЧАСТИЕ МОЛОДЕЖИ В ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**В 1994 году Международная конференция по населению и развитию в Каире утвердила концепцию охраны сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) как права человека для каждого индивида, включая молодежь. С тех пор многие страны разработали стратегии, политику и программы, которые концентрируются на СРЗ подростков и молодежи, в том числе развитие качественных дружественных молодежи услуг здравоохранения. Участие молодежи признано необходимым для успешного осуществления вышеупомянутых мероприятий. Эта статья фокусируется на шотландском опыте привлечения и участия молодых людей в оказании услуг здравоохранения.**

## **Контрольная покупка услуг – новый подход к оценке молодежи**

Во время демонстрации «Здоровое уважения в Лотиане» (см. статью на стр. 24) группа добровольцев от Молодых лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов Шотландии начала проект оценки услуг сексуального здравоохранения для молодых людей в регионе Лотиана, названный «контрольная покупка». Всего было оценено девять организаций, не знающих об оценке, и восемнадцать услуг. Контрольные закупки концентрировались на пяти ключевых вопросах:

- доступ;
- запись и время ожидания;
- состояние зон ожидания;
- персонал;
- качество и точность предоставленной информации.

Под каждым разделом был список вопросов, ответы на которые давались после каждой встречи, называемой также «занятием». В интересах сбора ясно измеримых и сравнимых данных ответы были в основном типа «да/нет», хотя почти каждый вопрос побуждал «покупателей» (тех, кто оценивал услуги) включать важные комментарии или дальнейшие объяснения. Целью были три отдельных типа услуг – аптеки, поликлиники и услуги «с: card» (специальная служба, которая бесплатно предоставляет молодым людям презервативы). Вы можете прочесть полный отчет на <http://www.healthysrespect.co.uk>.

## **МИА: Мобильный информационный автобус в сельской Шотландии**

Молодежь в сельской местности указала, что им необходима соответствующая качественная информация и поддержка в подходящем для них месте. Цель МИА – работать в сотрудничестве с другими ключевыми агентствами, чтобы привлечь внимание к следующим 5 задачам:

- определить пробелы в услугах для молодых людей;
- обеспечить молодым людям соответствующую информацию и совет;
- обеспечить возможности саморазвития;
- разработать программу соответствующих мероприятий;
- убедиться, что некоторые из этих программ являются постоянными и жизнеспособными в обществе.

МИА расположен, главным образом, в сельской местности, где доступ к услугам и информации для молодежи не так свободен. Штат МИА состоит из работников здравоохранения и местного планирования. Это приносит результаты, так как они обладают знаниями о местности и знают молодежь. Для молодых работников это также является возможностью получить крайне необходимое обучение.

С момента образования (в 2000 году) МИА посетил 6 регионов в Шотландии, в том числе, Стратислу, Фокаберс, Спейсайд, Баки, Форрес и Лоссимут. Молодые люди в возрасте от 12 до 18 лет нанесли 6269 визитов, обеспечив возможность молодежи найти для себя место, найти того, кто их выслушает, принять участие в мероприятиях или в семинарах и играх. Интересно, но, возможно, не удивительно, что 50% мероприятий связаны со здоровьем (наркотики, алкоголь, половое здоровье). Популярны семинары и связанные со здоровьем дискуссии, а также телевидение, музыка и компьютерные игры.

МИА работает с обществом, чтобы определять и поддерживать услуги для молодых людей. Большинство молодежи в сельской местности хотят где-то тусоваться и что-то делать. В некоторых сельских регионах вечером могло прийти лишь 7 подростков, но важно помнить, что они могут представлять 90% молодого населения этого региона. Таким образом, в сельской местности количество не является нашей главной заботой.

В данный момент мы проводим критический обзор-консультацию службы МИА в Морее, чтобы поддержать постоянно меняющиеся нужды молодых людей. Выводы показывают, что для успеха МИА главными были следующие факторы:

- уникальное (первое в своем роде) место, являющееся уютным и гостеприимным;
- хорошо обученный коллектив;
- дружественное, гостеприимное, не осуждающее окружение;
- молодежь приходит в автобус по собственной инициативе;
- являясь надежным и последовательным, он стремится обеспечить эффективное сотрудничество;
- расслабленная неформальная атмосфера, в которой молодые люди, задавая вопросы, чувствуют себя комфортно;
- оборудованный утвержденными образовательными ресурсами и информацией, которую можно взять с собой;
- пользователи и провайдеры услуги постоянно обозревают и оценивают услугу;

чтобы максимально увеличить влияние на молодежь группы наибольшего риска, например, с проблемами СРЗ или малоимущих, выполняются рекомендации пользователей и провайдеров услуги.

## **Проект образования ровесников**

«Угол здоровья молодежи и информационных услуг» – это агентство здравоохранения и информации в Данди, Шотландия, оказывающее услуги молодым людям в возрасте 11-25 лет, финансируемое в сотрудничестве с Национальной службой здравоохранения Тейсайда, муниципалитетом Данди и правительством Шотландии. «Угол» стремится работать с молодежью так, чтобы отражать принципы, утвержденные в Конвенции ООН по правам ре-



бенка. Он старается сгладить различия между молодыми людьми, предлагая им помощь в развитии навыков и уверенность и поддержку в продвижении вперед и в правильном выборе в их жизни. Все услуги бесплатны, неформальны и конфиденциальны и включают в себя:

- полный спектр контрацептивов и тест по определению беременности;
- информацию по широкому спектру вопросов, в том числе, наркотикам, жилищным вопросам и обучению;
- поддержку один на один, юридические консультации, услуги по трудоустройству;
- доступ к персональным компьютерам и интернету;
- мероприятия и возможности поддержки/интереса (для смешанных групп и групп по половому признаку), концентрирующиеся на широком спектре вопросов и нужд, например, драма, многокультурность и психическое здоровье;
- программы помощи молодым людям «Угол на вынос» в школах, колледжах и на общественных базах.

Образование сверстников – термин, широко используемый для описания ряда инициатив, где люди схожей культуры, происхождения, возрастной группы или социального статуса обучают друг друга по различным темам. Проект образования сверстников был организован для работы в конкретных сообществах в Данди как один из подходов, побуждающих молодежь принимать правильные, здоровые решения. Подход проекта побуждает множество молодых людей принимать участие в обучении и поддержке своих сверстников. Созданная модель, имеющая в своем ядре личные и социальные разработки, дала молодым людям возможность получить положительные навыки, сделать вклад в общество, получить аккредитацию и доступ к более широкой сети поддержки, способствующей гибкости.

Проект продолжает создавать связи с молодежью, родителями, сообществами, полицией, школами, благотворительными организациями и муниципальными органами для поддержки руководимого сверстниками улучшения здоровья детей и молодежи.

### **«ВЗГЛЯД» на улучшение – молодежь обучает специалистов здравоохранения**

Молодежь непрерывно докладывает о препятствиях на пути к получению первичной помощи:

- беспокойство о конфиденциальности;
- недостаток информации об услугах;

- недружественное окружение и персонал;
- языковые барьеры (персонал использует жаргон или слишком «взрослый» язык) (1).

Поддерживающие снятие этих барьеров рекомендации были поддержаны Всемирной организацией здравоохранения и вызвали призыв к созданию дружественных молодежи служб здравоохранения во всем мире. В 2001 году в «Углу здоровья молодежи и информационных услуг» была создана должность сотрудника по связям со службами здравоохранения для работы с персоналом здравоохранения, работающим на первичном уровне, и гарантии получения и развития услуг, соответствующих и доступных молодым людям. У этого поста есть прямой партнер – связь через Товарищество здравоохранения сообщества Данди с медиком общественного здравоохранения, отвечающим за детей и молодежь. Одной из целей было создание дружественной молодежи практики в рамках службы здравоохранения. Были изучены различные методы создания и предоставления дружественной молодежи практики в рамках службы здравоохранения. Результатом стала организация обучения, нацеленного на персонал здравоохранения, работающий на первичном уровне, под названием «ВЗГЛЯД» («VIEW» - Values, Rights, Confidentiality, the Law, Ценности, права, конфиденциальность, закон). После осознания того факта, что первичная помощь остается одним из наиболее доступных провайдеров широкого спектра услуг здравоохранения молодежи, целью обучения стало развитие осведомления работников здравоохранения о нуждах и вопросах молодежи и поддержка и улучшение оказания дружественных молодежи услуг. Это в особенности относится к Данди, где, согласно Отчету служб здравоохранения Тейсайда за 2006/2007 гг.:

- в Данди высокий уровень подростковой беременности;
- 3% 13-летних в Данди признали, что хотя бы однажды принимали наркотики за месяц до отчета;
- в Данди 58% 13-летних и 82% 15-летних признали, что хотя бы однажды употребляли алкогольные напитки (2).

### **Сотрудничество с «Молодым шотландцем» и молодежью**

Национальная служба здравоохранения Шотландии исторически сотрудничает с национальным агентством информации для молодежи «Молодой шотландец», что позволяет обеим организациям отправлять молодым людям

обоснованные дружественные молодежи сообщения по здравоохранению в Интернете и по телефону. Службой управляет комитет молодежи, а также эксперты в рассматриваемом вопросе здравоохранения, чтобы гарантировать, что информация и консультация современны и соответствуют потребностям молодежи. Вы можете прочесть об этом подробнее на <http://www.healthyrespect.co.uk>.

### **Nuala Healy**

Программа улучшения здоровья Менеджера (молодые люди)  
Национальная служба здравоохранения, Шотландия  
[Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk](mailto:Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk)

### **Список литературы**

1. Mcpherson A. 2005. ABC of adolescence: Adolescents in Health Service. *BMJ*, 2005; 330.
2. *Scottish Schools Adolescent Lifestyle and Substance Abuse Survey (SALSUS) – National Report 2008*. Ipsos MORI, ISD Scotland and NHS Health Scotland, 2009.

## СПОСОБНОСТИ ЛЮДЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЙ

В некоторых европейских странах существуют школьные службы здравоохранения для школьников или студентов университета, а профессиональные организации вовлеченных в данную деятельность работников здравоохранения объединены в Европейский союз здоровья и медицины в школах и университетах. Цель Союза – проинформировать правительства и лидеров служб здравоохранения о важности развития и улучшения услуг здравоохранения для соответствия быстро меняющимся нуждам учеников и студентов (1, 2).

Несколько десятилетий в Хорватии существует специальная организация, посвященная профилактике и защите здоровья учеников школ и подростков. Названная «школьной медициной», эта медицинская специализация была основана в 1951 году, а последипломное обучение было введено в 1955 году. Специализация длится три года и включает в себе знания и навыки в клинической области, а также в области профилактики здоровья и санитарного просвещения. Последипломное обучение длится 4 месяца и является обязательной частью специализации. Недавно в новой программе специализации под названием «школьная и подростковая медицина» было рекомендовано увеличить время обучения до четырех лет. Хотя эти школьные услуги здравоохранения со временем изменились и в содержании и в организационной структуре, их фокус всегда был на стимулировании здорового образа жизни и профилактике заболеваний, в особенности в уязвимые периоды жизни детей и подростков.

### Цели здравоохранения для школьников и молодежи

Ввиду растущего в Хорватии социально-экономического неравенства и недавней глобальной рецессии дети и молодые люди подвержены напряжению растущих требований в школе, безработицы, конкуренции лояльности, нетрудоспособных семейств, жестокости, оскорблениям и прочим формам неблагоприятных жизненных обстоятельств. Безответственное сексуальное поведение вместе с прочими формами рискованного поведения отрицательно влияют не только на молодежь, но и потенциально в долгосрочной перспективе влияют на их здоровье в дальнейшей жизни.

Программа здравоохранения для учеников и молодежи ориентирована на ненарушенный рост, физическое, психическое и эмоциональное развитие молодых людей. Главные задачи сконцентрированы на комплекс-

ных контекстных влияниях в детстве и подростковом возрасте, формирующих развитие. Согласно национальной законодательной системе Хорватии организация здравоохранения для данной группы населения лежит в основе законодательства. Профилактические программы, за которые отвечают школьные службы здравоохранения, включают в себя различную деятельность, например, систематические проверки, вакцинацию, консультации, санитарное просвещение и стимулирование здорового образа жизни. Школьные услуги здравоохранения доступны каждому ребенку и студенту, который учится, бесплатно, без направлений и без этнических и прочих ограничений. Так как школа рассматривается как место для обучения, жизни и получения опыта, контекстное значение школьного окружения крайне важно для школьных служб здравоохранения. Поэтому, мероприятия планируются и проводятся в соответствии со школьной системой, рядом со школами и университетскими зданиями, часто направлены на класс или школу, используя подход стимулирования здоровья, где принимается во внимание роль школьного персонала, учеников, родителей и местного сообщества (1, 2).

### Сексуальное здоровье и школьные службы здравоохранения

Половое воспитание в Хорватии существует в качестве межпрограммного предмета школьной программы. Школьные врачи и медсестры регулярно и по графику (половое созревание в 11 лет, рост, развитие и инфекции передающиеся половым путем в 13-16 лет) проводят мероприятия по санитарному просвещению. Основная часть мероприятий происходит в помещении класса в виде лекций или с использованием интерактивного подхода, например, групповая работа или дискуссии. Наиболее успешны мероприятия школьных служб здравоохранения проводятся путем программы консультаций, с 1998 года организованной в помещениях школьных служб здравоохранения. Согласно главным полученным сведениям Быстрой оценки и реакции (БОР) (проводилась в Хорватии в 2001/2002 гг.) существовала явная потребность в создании дружественных молодежи центров, которые могли бы обеспечить все в одном месте (например, информативный центр по вопросам сексуальности, консультации на тему отношений и проблем в общении, гинекологические услуги). Результаты оценки поддержали дальнейшее усовершенствование существующих школьных консультационных услуг. В

результате сегодняшние консультации по половому и репродуктивному здоровью включают такие темы как ранние половые контакты, промискуитет, инфекции передающиеся половым путем, контрацепция, пользование презервативами, подростковая беременность и равенство полов.

### Темы консультаций

Кроме репродуктивного здоровья и рискованного поведения в качестве отдельных тем консультаций выделены психическое здоровье, проблемы в обучении и хронические болезни. Согласно Ежегоднику службы здравоохранения Хорватии за 2007 год (3) количество консультационных посещений учеников, родителей и школьного персонала в Школьных службах здравоохранения выросло с 77843 в 1998 году до 186440 в 2007-2008 гг. Этот рост возник частично благодаря изменениям в способе мышления, знаниях и подходе школьных врачей к работе, появляющимся в результате последипломного обучения по школьному здравоохранению и постоянного обучения на рабочем месте.

Эти услуги под также показывают, какие темы являются наиболее тяжелыми для молодежи в течение их жизни. Связанные с хроническими заболеваниями и трудностями в обучении проблемы являются главными вопросами в консультациях с детьми младшего школьного возраста. Для учеников средней школы второй наиболее частой, а среди студентов университетов главной причиной посещений консультаций были вопросы репродуктивного здоровья (Табл. 1).

### Зачем проводить консультации в школьных службах здравоохранения?

Школьные службы здравоохранения, проводящие консультации, занимают уникальную позицию в системе здравоохранения, так как они могут оказывать существенное влияние на здоровье, в том числе, на половое и репродуктивное здоровье, детей и подростков. Вот некоторые логические обоснования этому:

1. Молодые люди могут не подозревать о своих проблемах, бояться искать помощи или быть неспособны положительно измениться без посторонней помощи. Контакт со всеми учениками начальной школы, средней школы и университета на таких мероприятиях как систематические проверки и санитарное просвещение дают возможность опре-



Marina Kuzman



Ivana Pavić Šimetin

делить тех, кому необходимы консультации, но которые сами не стали бы искать помощи. Поэтому, работа школьного здравоохранения признает два существенных пункта: ранняя диагностика и мотивация измениться. Ранняя диагностика совершенствуется путем развития руководства (например, руководство по предотвращению ожирения (4)) и введением новых проверок (как, например, проверка психического здоровья учеников средней школы). Кроме того, многие школьные врачи и медсестры обучены применять мотивирующее вмешательство «MOVE» («ДВИГАЙСЯ»), введенное в Хорватии в 2004 году в качестве части «Усиления способности Хорватии бороться с наркоторговлей и наркоманией» в сотрудничестве с немецкими партнерами.

- В период созревания рискованное поведение в отношении репродуктивного здоровья не является изолированным событием в жизни молодых людей. Согласно нашим данным ранние половые контакты (в возрасте 15 лет или ранее) связаны с комплексным риском и контекстными факторами, некоторые из которых присущи только одному полу (5). Это многообразие проблем со здоровьем требует единого подхода к психическому, эмоциональному и физическому здоровью молодого человека. Школьные службы здравоохранения способны обеспечить его, благодаря всестороннему подходу и образованию школьных врачей.

### Закключение

Европейская стратегия Всемирной организации здравоохранения для здоровья и развития детей и подростков (6) рекомендует молодежи дружественные консультации и услуги здравоохранения для репродуктивного здоровья и других проблем здоровья. Наш опыт показал, что организация консультационных услуг в рамках школьной службы здравоохранения, при условии обеспечения компетентного персонала, открытого доступа и дружественного молодежи подхода, может положительно повлиять на здоровье молодежи. В результате всестороннего изучения организации и влияния дружественных молодежи услуг был сделан вывод, что ввиду разных причин, молодым людям необходимы дружественные молодежи модели первичной помощи (7). Существует достаточно свидетельств, а также единодушное согласие экспертов (1, 2), для того, чтобы порекомендовать в

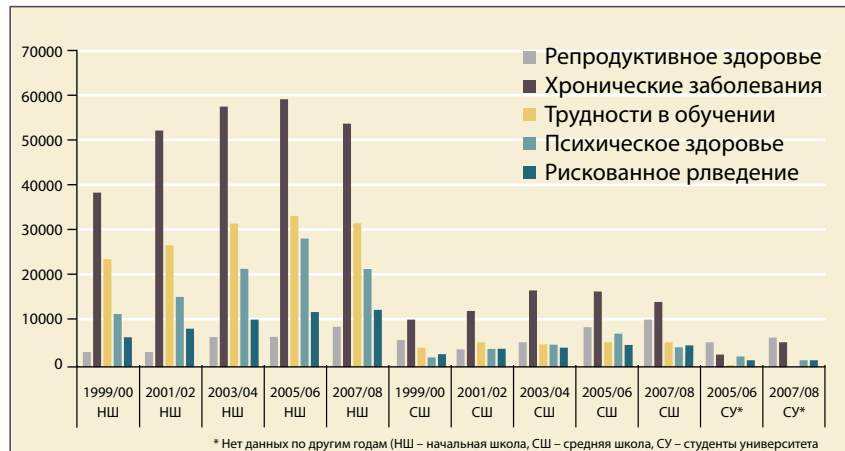


Таблица 1.

Консультации в школьных службах здравоохранения, 1999-2008, количество и причины посещений

качестве приоритета на будущее обеспечить, чтобы каждая страна, штат и регион имели свою политику поощрения оказания инновационных и хорошо оцененных дружественных молодежи услуг, будь то в качестве части уже существующих школьных услуг здравоохранения или же в качестве новых отдельных услуг.

### Marina Kuzman, MD, PhD

Руководитель, Факультет здравоохранения молодежи и предотвращения наркомании Хорватский институт здравоохранения  
marina.kuzman@zg.t-com.hr

### Ivana Pavić Šimetin, MD

Хорватский институт здравоохранения  
ivana.pavic@hzjz.hr

### Список литературы

- European Union for School and University Health and Medicine. *The Dubrovnik Declaration on School Health Care in Europe, 13th EUSUHM Congress, Dubrovnik, Croatia, 15 October 2005* URL: [www.eusuhm.org](http://www.eusuhm.org)
- European Union for School and University Health and Medicine. *The Tampere Declaration on Student Health Care in Europe, 14th EUSUHM Congress, Tampere, Finland, 6-9 June 2007* URL: [www.eusuhm.org](http://www.eusuhm.org)
- Croatian Health Service Yearbook 2007*, Croatian National Institute of Public Health, Zagreb, 1008; 172-186
- Hoppenbrouwers K, Juresa V, Kuzman M et al (eds.). *Prevention of Overweight and Obesity in Childhood: A Guideline for School Health Care, 2007*. URL: [www.eusuhm.org](http://www.eusuhm.org); 69-90
- Kuzman M, Šimetin Pavić I, Franelić Pejnović I. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. *Coll Antropol.* 2007; 31 Suppl 2:121-30.
- European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO, 2005.
- Tylee A, Haller DM, Graham T et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 365:1565-1573.

# РАЗВИТИЕ СЛУЖБ ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ПОМОЩИ В БОСНИИ И ГЕРЦЕГОВИНЕ

## Проект перехода к семейной медицине в Боснии и Герцеговине (FaMi)

Fondacija fami – организация, созданная при поддержке Швейцарского Агентства развития и кооперации (Swiss Agency for Development and Cooperation). Fondacija fami занимается перестройкой и реорганизацией служб здравоохранения в послевоенной Боснии и Герцеговине, создавая высококачественную систему первичной медико-санитарной помощи. На первых этапах реализации этого проекта (этапы 1-4 FaMi) основное внимание уделялось подготовке профессионалов в области здравоохранения и переходе на семейную медицину в Боснии и Герцеговине. Сегодня Fondacija fami концентрирует усилия на координацию и интеграцию служб здравоохранения и социального ухода в слаженную, экономичную систему предоставления услуг, где особое внимание уделяется социально уязвимым группам населения и группам риска (этап 5 FaMi). Подростки и молодежь (в возрасте от 10 до 25 лет) рассматриваются в этой стране как особо уязвимая группа населения, поскольку они сталкиваются с большими препятствиями, мешающими им получить доступ к услугам здравоохранения. Поскольку наиболее контролируемые причины заболеваемости и смертности начинаются именно на этом этапе жизни, - финансирование вмешательств в образ жизни данной возрастной группы может привести к устойчивым суммарным выгодам в долгосрочной перспективе. Кроме того, страны Восточной и Центральной Европы переживают социальные изменения, оказывающие большое влияние на здоровье молодежи. Безработица, жизнь в послевоенных странах, где у многих детей травмированные родители наблюдается злоупотребление табаком и алкоголем, имеет место растущая эпидемия инфекций, передающихся половым путем (ИППП), - а также растущее количество внутривенных наркоманов – вот лишь несколько основных проблем, стоящих перед страной.

Босния и Герцеговина – страна преимущественно аграрная, и доступ населения к специализированным услугам вне больших городов остается проблематичным. Службы семейной медицины представляют собой идеальный инструмент для оказания молодым людям специализированных услуг – в частности, в области сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Как было недавно подчеркнуто на Европейском форуме по первичной медицинской помощи, оказание услуг в области СРЗ через систему первичной медпомощи имеет такие преимущества, как легкость доступа и интеграция различных проблем, связанных со здоровьем, в единый консультативный и социально-медицинский



подход (1). В Боснии и Герцеговине семейная медицина специализируется, в частности, на образовании в области контроля ИППП, - однако при этом не занимается конкретным обучением, связанным со здоровьем подростков.

Принимая во внимание вышеупомянутые моменты, и основываясь на принципах Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), касающихся развития услуг, которые являются доступными, беспристрастными и приемлемыми для молодежи (службы здравоохранения, дружественные к молодежи), - Fondacija fami приняла решение о поддержке создания в Боснии и Герцеговине служб семейной медицины, дружественных к молодежи (этап 5 FaMi) (2). В ходе десятилетнего сотрудничества между Fondacija fami и университетскими клиниками г. Женевы, швейцарские клиницисты и исследователи стали принимать участие в различных проектах в качестве консультантов. Врачи отдела здоровья подростков в университетских клиниках Женевы не только способствовали созданию в Боснии и Герцеговине служб семейной медицины, дружественных к молодежи, - но и предоставили учебный материал для пост-дипломного обучения. Кроме того, они выполнили аналитическую оценку этих мероприятий, с тем чтобы обеспечить информацию для последующего использования - как в местном, так и в глобальном масштабе. Д-р Lena Sancic – австралийский эксперт в области оказания первичной медицинской помощи подросткам – была приглашена участвовать в про-

екте в качестве консультанта (3). Она много лет возглавляет проекты, относящиеся к области «первичной помощи, дружественной к молодежи».

## Организация мероприятий, дружественных к молодежи, и поддержка здоровья в рамках семейной медицины

В настоящей статье мы предоставляем информацию о двух проектах, иллюстрирующих поддержку FaMi различных аспектов деятельности в Боснии и Герцеговине.

## А. Организация муниципального и школьного образования в области здравоохранения проводимая группами семейной медицины

С 2007 г. Центр здоровья Orasje реализует масштабный проект по улучшению репродуктивного здоровья (РЗ) молодежи в муниципальном округе, состоящем из 25 000 жителей и 9 групп семейной медицины. В апреле 2008 г. проект был утвержден Федеральным министерством здравоохранения. В проекте задействованы группы специалистов семейной медицины, другие профессионалы в области здравоохранения, местные жители, родители и молодые люди, а также школьные службы. Группы специалистов семейной медицины (состоящие из докторов и медицинских сестер) посещали курсы повышения квалификации, где изучали различные темы (общие вопросы репродуктивного здоровья и здоровья подростков). После окончания



Anne Meynard



Daliborka Pejic



Dagmar M. Haller

курсов медицинские работники (см. фото) читали в школах курс лекций по вопросам РЗ для подростков в возрасте 13 – 15 лет.

Молодые люди, включенные в группы для тематического опроса, подчеркивали, что именно соображения конфиденциальности являются главным препятствием, мешающим им получить доступ к услугам СРЗ или презервативам/контрацептивам в этом небольшом сельском районе, характеризующимся консервативным укладом.

В настоящее время Центр здоровья призывает группы специалистов семейной медицины расширять базу данных, характеризующую обращения подростков в соответствующие службы. Кроме того, Центр здоровья открыл консультационный пункт, в котором кроме консультаций специалистов семейной медицины по телефону и в интернете, проводится дискуссия в группах со школьными психологами. В недалеком будущем педагоги намереваются включить сексуальное воспитание в школьные программы. Дальнейшая оценка проекта позволит осуществить сбор соответствующих данных и составить лучшее представление об оказании молодежи услуг СРЗ в местных клиниках.

### **В. Деятельность дружественных к молодежи медицинских служб в кантоне Zenica: групповое исследование методом случайной выборки**

Обучение медицинских работников, специализирующихся в области здоровья подростков, лежит в основе деятельности служб, дружественных к молодежи, - причем все эксперты в данной области сегодня имеют четкое и единодушное мнение по поводу содержания и структуры такого обучения. Значительно менее ясна причина того, почему качество работы служб, организованных для молодежи, является столь различным. Оценка качества работы таких служб затрудняется из-за отсутствия адекватных механизмов практического измерения характеристик их работы. Чтобы добиться большей отдачи своего проекта в аспекте сбора конкретных данных, характеризующих деятельность служб, дружественных к молодежи, - коллектив Fondacija fami и его партнеры из университетских клиник г. Женевы решили использовать форму исследования методом случайной выборки. Такой метод был выбран, чтобы оценить эффективность практической деятельности служб, дружественных к молодежи, в кантоне Zenica, состоящем из 400 000 жителей. Вначале организаторы проекта уделяли основное внимание разработке и утверждению механизма, который позволил бы определить степень дружественности соответствующих служб по отношению к молодежи. Затем последовала оценка эффективности соответствующего вмешательства, целью которого было

усилить дружественность служб семейной медицины по отношению к молодежи. Для этого было решено, что в исследование будет использован метод случайной выборки с применением уже утвержденной методологии.

За последние годы члены Департамента здоровья ребенка и подростка (Child and Adolescent Health and Development) в штаб-квартире ВОЗ в Женеве разработали пакет программ, который получил международное признание и широко используется для контроля качества работы служб РЗ и повышения степени дружественности этих служб к молодежи (4). Были добавлены некоторые элементы другой методологии, которая использовалась в Австралии при создании системы первичной медицинской помощи, дружественной к молодежи. Благодаря вкладу, который внесла международная группа экспертов, мы взяли на вооружение механизм, разработанный ВОЗ, и добавили новые элементы по где вопросам, с которыми сталкивается система первичной медицинской помощи (например, питание, употребление наркотиков и профилактика травматизма). Объектами данного исследования станут службы семейной медицины в десяти муниципалитетах кантона Zenica. Комплексное вмешательство будет включать учебные программы для соответствующей подготовки групп специалистов семейной медицины, а также различные компоненты, где рассматриваются организационные аспекты служб – например, конфиденциальность и информация о предлагаемых услугах.

### **Заключение**

Босния и Герцеговина стоит перед масштабными социальными изменениями и перед необходимостью реформ системы здравоохранения. Охват молодежи услугами СРЗ – злободневная тема многих проектов охраны здоровья сообщества. Она включает такие аспекты, как обучение по принципу «равный – равному», «линии помощи» в интернете, клиники для молодежи, поддержку со стороны неправительственных организаций и школьное здравоохранение. Сейчас обсуждается вопрос об официальном утверждении услуг семейной медицины для помощи молодежи и профилактической деятельности. Это могло бы повысить популярность соответствующих услуг, оказываемых в секторе первичной медицинской помощи. Проекты охраны здоровья сообщества, подобные проекту Orasje, где группы специалистов семейной медицины проводят сексуальное воспитание в школах, максимально используют существующие ресурсы и сети, что особенно важно для сельских изолированных районов. Исследовательский проект в кантоне Zenica будет активно поощрять сотрудничество между груп-

пами врачей – специалистов семейной медицины и обществом. В итоге и молодежь, и взрослые будут иметь более полное представление об услугах, оказываемых обществу. Кроме того, проект будет содействовать изменениям системы в сторону дальнейшей адаптации существующих служб здравоохранения к нуждам молодежи.

Исследование начнется, когда этот материал уже будет опубликован, - и результаты станут известны ко второй половине 2010 г. Мы надеемся, что исследование будет способствовать лучшему представлению о том, какой должна быть качественная забота о молодежи.

### **Anne Meynard**

Отдел ребенка и подростка и Отдел медицинского обслуживания различных групп населения и первичной медицинской помощи, Женевские Университетские клиники и Университет г. Женевы

### **Daliborka Pejic**

Fondacija Fami и Центр здоровья Dobo Health centre, Босния и Герцеговина

### **Dagmar M. Haller**

Отдел ребенка и подростка и Отдел медицинского обслуживания различных групп населения и первичной медицинской помощи, Женевские Университетские клиники и Университет г. Женевы

Электронный адрес для переписки: [anne.meynard@hcuge.ch](mailto:anne.meynard@hcuge.ch)

Авторы также хотят выразить благодарность и признательность следующим лицам: Tajiba Nurkic, Ana Sredic, Senad Huseinagic, Lena Sancic, Nikolas Perone и Francoise Narring, - чей вклад составил существенную часть данного проекта.

### **Список литературы**

1. Ketting EA., Akin A. The role of primary care in sexual and reproductive health in Europe. *Entre Nous*, 2009; 68:12-13.
2. McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ*, 2005; 330:465-7.
3. Tylee A Haller DM, Graham T et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 2007;369:1565-73.
4. Kozhukhovskaya T. Assessing youth-friendly health services in the Russian Federation. *Entre Nous*, 2004; 58: 8-11.

# HEALTHY RESPECT – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И МОЛОДЕЖИ

Moray Paterson



## Что такое демонстрационный проект Healthy Respect?

Демонстрационный проект Healthy Respect создавался с целью создания условий, которые привели бы к долгосрочным положительным изменениям в сфере сексуального здоровья (СЗ) и благосостояния молодых людей в возрасте от 10 до 18 лет. Для этого в проекте был использован многоаспектный подход, предусматривавший координированную совместную деятельность работников образования, информационных служб и услуг в области СЗ. Проект Healthy Respect состоял из двух этапов. Первый этап проекта (HR1) начался в 2001 г. и завершился в 2004 г. Второй этап (HR2) начался в 2005 г. и завершился в марте 2008 г.

Целью HR2 было показать общественности, как использование многоаспектного подхода при работе с молодежью, проживающей в конкретных районах Лотиана (один из 14-ти районов Шотландии, охватывающий г. Эдинбург, а также средний Лотиан, восточный Лотиан и западный Лотиан) может научить эту молодежь уважительному и положительному отношению к собственной сексуальности и сексуальности других. Подход, использовавшийся в проекте Healthy Respect, основывался на доказательствах и достиг использования новейшей информации в образовании и к работе соответствующих служб.

## Совместная работа в области СЗ: что было сделано нами

Для проведения ряда мероприятий на этапе HR2 осуществлялось сотрудничество с организациями и профессионалами, уже имевшими опыт работы с молодежью.

Среди этих партнеров, в частности, были:

- Представители местных властей - из области образования, социальных служб, обучения и развития местной общественности;
- Партнеры Национальной службы здравоохранения (NHS) по общей практике, планированию семьи/сексуальному здоровью и школьные медицинские сестры;
- Волонтерские организации из секторов здравоохранения, образования и работы с молодежью, - а также
- Партнеры по рекламе и связи.

Подход, основанный на партнерстве, был выбран, чтобы объединить образование, информацию и услуги – поскольку факты говорят о том, что многоаспектный подход – лучший способ добиться улучшений в сфере сексуального здоровья молодежи.

## Сеть партнеров

Была организована сеть, охватывающая различных партнеров, принимающих участие в HR2. Чтобы официально зафиксиро-

вать этот факт, был разработан уставной документ, определяющий цели, основополагающие принципы и ценности, лежащие в основе данного сотрудничества. Документ также определял особенности работы сети. Кроме того, был разработан и утвержден соответствующий логотип, как своего рода идентификационное удостоверение сети. Принятие уставного документа и логотипа подчеркивало аналогичность взглядов, исповедуемых всеми организациями-участниками; кроме того, уставной документ определял совместные обязанности участвующих партнеров.

Ключевым элементом при разработке уставного документа явилось признание всеми участвующими сторонами определенных ценностей, положенных в основу деятельности партнерской сети проекта Healthy Respect. Необходимо было совместно определить комплекс ценностей, которые могли бы разделяться всеми партнерами, - и определить индивидуальное и организационное место каждой из этих ценностей в общей системе. Этап HR2 показал, что четкая ориентация на определенные ценности помогла партнерам найти общую платформу при преодолении барьер и решение проблем.

## Партнерские соглашения

Чтобы придать отношениям официальный статус, на этапе HR2 были утверждены соглашения с партнерскими организациями. В этих соглашениях были намечены основные результаты, ожидаемые каждым партнером от реализации проекта, - и определен соответствующий вклад каждого партнера. Кроме того, в партнерских соглашениях были определены основные лидеры на каждом участке работы. Этап HR2 показал, что необходимо организовать более тесное взаимодействие не с одним человеком, а с несколькими людьми, работающими в каждой организации, - с тем, чтобы привлечь персонал на различных уровнях и поддерживать связь в случае потери лидера по какой-либо причине. Партнерские соглашения заключались сроком на три года и ежегодно пересматривались.

## Общие мероприятия

Дважды в год в рамках HR2 организовывались общие мероприятия с участием всех партнеров проекта. Вместе собирались все заинтересованные лица, являющиеся партнерами проекта Healthy Respect. Такие собрания представляли их участникам возможность поразмышлять над возникающими вопросами и обменяться опытом. Они также создавали некое социальное пространство, в котором собравшиеся участники могли бы общаться друг с другом и строить деловые отношения. Кроме того, этап HR2 позволил прийти к выводу, что поддержка партнеров, оказываемая на таких общих мероприятиях с целью озна-

комления собравшихся с ходом и результатами их работы – стимулирует у партнеров «хозяйское» чувство контроля над деятельностью всей сети в целом.

## Связь

Кроме личных встреч, на этапе HR2 использовался ряд каналов связи, чтобы обеспечить участие членов сети в процессе и предоставить им возможность обмениваться информацией. Эти каналы связи включали, в частности, печатные информационные бюллетени, электронные бюллетени и Интернет-форумы. Этап HR2 показал, что связь должна быть двусторонней, когда информация поступает как к партнерам, так и от них. HR2 стимулировал активное участие партнеров в процессе обмена информацией с использованием соответствующих мероприятий и новостных бюллетеней. Тем не менее, HR2 также показал, что привлечь профессионалов к участию в онлайн-форумах довольно трудно. Было установлено, что профессионалы заходят на «свой» сайт с целью найти конкретную информацию, а не участвовать в чатах.

## Moray Paterson

Ведущий программы  
Национальная служба здравоохранения Шотландии  
Moray.paterson@health.scot.nhs.uk

## Дополнительные материалы для чтения:

NHS Health Scotland. Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Interim Report (Executive Summary).  
Edinburgh: NHS Health Scotland, 2008.

## Наблюдения, сделанные в ходе реализации проекта Healthy Respect:

- Изменение организации и политики партнерства могут повлиять на способность совместно работать. Второй этап реализации проекта Healthy Respect (HR2) позволил сделать вывод о важности регулярного пересмотра партнерских соглашений.
- Отдельные лица могут вступать в должность либо покидать ее. В ходе HR2 было установлено, что в каждой партнерской организации важно иметь не один, а два или несколько основных лидеров.
- Этап HR2 показал, что иногда финансирование может затруднить реализацию проекта, тогда как проекты, развиваемые при отсутствии единомыслия и равной поддержки, зачастую оцениваются более высоко и ход их реализации более стабилен.



# WALK THE TALK: ПОДДЕРЖКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ, ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ, В ШОТЛАНДИИ



Nuala Healy

Сегодня является общепризнанным фактом, что современная молодежь сталкивается с более сложными проблемами в области здоровья, чем поколение их родителей. В 2002 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) классифицировала молодежь в возрасте от 10 до 24 лет как группу приоритета для работников системы здравоохранения. Как было подчеркнуто в статье, недавно опубликованной в журнале «The Lancet», - сегодня во всем мире широко признан тот факт, что молодые люди нуждаются в службах первичной медицинской помощи, дружественных к молодежи. В мире также достаточно хорошо известно о препятствиях, стоящих перед молодежью, чтобы осознать, что услуги здравоохранения, дружественные к молодежи, и соответствующие политические меры заслуживают всяческой поддержки (1).

«Walk the Talk» это общенациональный инициативный проект, реализуемый Национальной службой здравоохранения Шотландии (NHS Health Scotland), цель которого является поддержка служб, дружественных к молодежи, на территории всей Шотландии. Целью проекта также является интеграция таких служб в общий поток услуг, предоставляемых NHS всем шотландцам. Необходимость рассматривать молодежь в качестве группы приоритета вытекает из результатов исследования, выполненного в рамках проекта «Walk the Talk» (<http://www.walk-the-talk.org.uk/why-walk-the-talk/the-research.aspx>), - а также в процессе продолжающегося диалога с молодыми людьми.

Проект «Walk the Talk» разработан с учетом того факта, что молодежь сталкивается с различного рода препятствиями, мешающими ей получить доступ к услугам здравоохранения. Работа ведется в направлении преодоления этих препятствий в сотрудничестве с молодежью и профессионалами. Реализация проекта координируется руководящей партнерской группой, включающей целый ряд участников - в том числе, Правительство Шотландии, Королевские колледжи врачей общей практики и сестринских дел, Государственное



Рис. 1

агентство по работе с молодежью и Государственную службу образования в области здравоохранения Шотландии (организацию, отвечающую за профессиональное образование специалистов в области здравоохранения).

Для поддержки служб здравоохранения, дружественных к молодежи, проект «Walk the Talk» предусматривает использование ряда национальных ресурсов - в том числе, интерактивный сайт для профессионалов, компакт-диски с записями, сделанными молодыми людьми по теме их личного опыта сотрудничества со службами здравоохранения, а также краткое руководство по усовершенствованию практической деятельности, состоящее из семи этапов. Центральным ресурсом, содержащим информацию, данные исследований, инструменты и условные обозначения, является государственный сайт [www.walk-the-talk.org](http://www.walk-the-talk.org). На этом сайте также выложена интерактивная программа проверки, состоящая из семи этапов. Этой программой можно воспользоваться, чтобы оценить деятельность соответствующих служб и определить, какие именно аспекты их работы требуют улучшения. Посетители сайта могут бесплатно просмотреть короткий фильм, созданный молодыми людьми и посвященный их опыту общения со службами здравоохранения; кроме того, из фильма можно узнать, какими эти службы хотели бы видеть молодежь. Сегодня данный фильм используется как часть учебных занятий, проводимых с работниками здравоохранения. Затем профессионалов приглашают использовать тест, состоящий из семи ступеней - для оценки деятельности их собственной службы, - после чего сайт предоставляет им обратную связь и рекомендации для усовершенствования этой деятельности. Продолжается развитие и поддержка центрального государственного комплекса ресурсов, призванного поддерживать практическую деятельность в соответствующей области. В 2009 г. проект «Walk the Talk» начнет рассылать плакаты, призывающие к конфиденциальности в учреждения здравоохранения всех профилей. Плакат - плод



Рис. 2

обширных консультаций с представителями молодежи и профессионалами в области здравоохранения - представляет собой брошюру изображения кролика с текстом следующего содержания: «Держим рот на замке» (см. рисунок 1). Такой имидж действительно оказался привлекательным для молодых людей, которые иногда бились над концепцией конфиденциальности и требовали от учреждений здравоохранения подтверждения того, что эти учреждения будут уважать их права.

В 2008 г. в рамках проекта «Walk the Talk» была организована национальная конференция для профессионалов в области здравоохранения, в которой участвовали представители штаб-квартиры ВОЗ в Женеве, британские эксперты в области здоровья молодежи, а также молодые люди, создавшие компакт-диск «Голоса молодых» (который можно просмотреть, пройдя по ссылке [www.walk-the-talk.org](http://www.walk-the-talk.org)). Мультипликатор отразил наиболее злободневные темы, и эти изображения могут служить в качестве полезных наглядных пособий при ознакомлении работников здравоохранения с вопросами и решениями из области охраны здоровья молодежи. (Эти изображения также можно бесплатно просмотреть, пройдя по ссылке [www.walk-the-talk.org](http://www.walk-the-talk.org) (см. рис. 2).

Сотрудничество проекта «Walk the Talk» с Королевским колледжем врачей общей практики Шотландии (Royal College of General Practitioners in Scotland) вылилось в программу, выполнение которой становится одним из критериев реализации схемы, предусматривающей приз за обеспечение качества (Quality Practice Award Scheme). Для того, чтобы получить свой приз, все службы врачей общей практики, участвующие в этой программе, должны будут реализовать принципы, определенные проектом «Walk the Talk».

## Nuala Healy

Руководитель оздоровительной программы (для молодежи)  
Национальная Служба здравоохранения Шотландии (NHS Health Scotland)  
[Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk](mailto:Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk)

## Список литературы

1. Tylee A, Haller DM, Graham T et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 365:1565-1573.

# КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНСКИХ КЛИНИКАХ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ

**П**ервые клиники для молодежи в Эстонии были открыты местными энтузиастами в начале 1990-х годов без постоянного финансирования. Сегодня в стране существует сеть из 17 клиник, предлагающих молодым женщинам и мужчинам в возрасте до 25 лет бесплатные услуги в области сексуального здоровья. В клиниках предлагаются такие виды услуг, как консультации по вопросам контрацепции, гинекологическое и андрологическое обследование, тестирование на ИППП/ВИЧ, консультации по вопросам, связанным с беременностью, сексуальным здоровьем, консультативная помощь после сексуального насилия, - а также лекции по сексуальному воспитанию. Предусматриваются также консультации по телефону и в интернете. В случае необходимости, предоставляется консультации соответствующего специалиста или доступ к услугам в медицинском учреждении другого профиля (например, по вопросам прерывания беременности).

## Принципы работы

В основе деятельности всех клиник для молодежи лежат общие принципы: помочь молодым людям осознать свои нужды и права и предоставить им достоверную информацию и консультации. Молодые люди, посещающие клинику, должны чувствовать себя комфортно и безопасно и ощущать приветливое и уважительное отношение со стороны персонала. Специалисты, принимающие в клиниках (врач, акушерка, медсестра, а в некоторых клиниках также - социальный работник и психолог) работают вместе как одна команда. Чтобы поощрить молодежь обращаться в клиники, там установлена дружественная и неформальная атмосфера уважения к конфиденциальной природе взаимоотношений между медперсоналом и пациентами. Учитывается то обстоятельство, что клиники для молодежи должны быть расположены в доступных местах и, в предпочтительном варианте - отдельно от других учреждений медицинской помощи. Клиники работают согласно регулярному расписанию, составленному так, чтобы молодежи было удобно посещать клинику именно в эти часы. Кроме того, хотя бы часть рабочего времени отводится для приема без предварительной записи.

## Создание сети

В 1990-е годы Эстонская ассоциация планирования семьи (с 2005 года - Эстонская ассоциация сексуального здоровья - ESHA) взяла шефство над клиниками, организовала обучение их персонала и составила и опубликовала материалы по вопросам сексуального воспитания. В 2002 г. Эстонский Фонд медицинского страхования (EHIF) начал финансировать деятельность клиник для молодежи (за исклю-

чением лекций по сексуальному воспитанию). В настоящее время это финансирование продолжается в рамках национальной стратегии борьбы с ВИЧ и СПИД. Что касается вопроса о совершенствовании качества работы, то здесь инициатива в значительной степени исходила от местного персонала. Когда государство начало централизованное финансирование, уже ведущие специалисты стали подчеркивать внутреннюю потребность в контроле качества, поскольку они поняли, что для того, чтобы оправдать свое наименование, «молодежные клиники» должны соответствовать определенным измеримым стандартам. В то же время, EHIF преследовал цель - предотвратить повышение заболеваемости ВИЧ и, соответственно, был заинтересован в создании хорошо организованной сети клиник, чтобы войти с этими клиниками в отношения доверительного сотрудничества. Таким образом, клиники впервые могли предпринять меры по улучшению организации и руководства сетью и повышения качества соответствующих услуг. Хотя клиники работают как организации с различным юридическим статусом (некоторые из них функционируют как отделы внутри более крупных учреждений здравоохранения, другие - как частные гинекологические практики или службы именно этого профиля), - они, тем не менее, ориентированы на одни и те же стандарты качества и ведут аналогичную деятельность, чтобы повысить качество медицинской помощи.

## Качество медицинского обслуживания на сетевом уровне

Благодаря регулярному финансированию, ESHA смогла принять на работу менеджера проекта и сформировать рабочую группу добровольцев. Эта группа насчитывает восемь членов; среди них - представитель молодежи, менеджеры клиник для молодежи, имеющие длительный опыт работы, - а также менеджеры предыдущих и текущих проектов. Рабочая группа играет большую роль в планировании управления сетью, и в практической реализации деятельности. Работа клиник подвергается регулярно контролю и оценке и, в случае необходимости, корректируется. ESHA также несет ответственность за рекламу клиник в различных средствах массовой информации (используются аудиовизуальные медиа-услуги, консультации в онлайн-режиме, Интернет, школы и другие сотрудничающие учреждения). Приветствуется участие представителей клиник в заседаниях рабочей группы.

Молодежные клиники ежеквартально отсылают в адрес ESHA статистические показатели их деятельности, - что дает рабочей группе возможность анализировать работу каждой клиники (Та-

блица 1). Это - объединенный квартальный отчет, представляемый финансирующей организацией, резюме деятельности по управлению сетью и общий обзор всего объема услуг, предоставляемых каждой клиникой. Каждая клиника получает ответ на данные отчеты, который содержит сравнение фактической деятельности клиники с тем, что было запланировано, а также с деятельностью других клиник и целями проекта. Например, ведется учет количества выполненных диагностических тестов и процедур, и соответствующего количества «охваченных» ими пациентов. Среди прочих данных регистрируется возраст, пол и рабочий статус посетителей. Это дает нам возможность определить, какая часть целевого населения охвачена или не охвачена соответствующей услугой. Данные по выявленным случаям ИППП и беременностям помогают проанализировать цель визитов в клинику и сравнить результаты с эпидемиологической ситуацией в Эстонии. Случаи ИППП регистрируются в общей эстонской системе регистрации ИППП. Если, согласно собранным данным, практика какой-либо клиники существенно отличается от других - проводится анализ возможных причин.

ESHA также содействует открытию новых клиник или реорганизации существующих. Новому персоналу предоставляется возможность работать под практическим руководством в одной из хорошо работающих клиник. Члены рабочей группы часто посещают эту клинику перед ее открытием, а также в процессе работы после открытия - чтобы обсудить с членами персонала рабочие вопросы.

В 2008 г. EHIF заказал независимый анализ работы служб молодежных клиник из Центра по изучению стратегий PRAXIS. В результате деятельность молодежных клиник по улучшению качества работы была признана хорошим примером для других оздоровительных программ.

## Качество медицинского обслуживания в молодежных клиниках

Являться частью какой-либо сети - означает ожидать и от других того же стиля и качества работы. Поэтому опубликованные единые стандарты качества описывают принципы, на которых должны быть основаны консультации для молодежи, - и условия соблюдения этих принципов (см. Таблицу 2). Стандарты качества всегда учитываются, при организации новых клиник или при оценке существующих. В стандарты регулярно вносятся поправки в соответствии с предложениями, поступающими от клиник и от рабочей группы.

Ежегодно три члена рабочей группыносят инспекционный визит в 1 - 2 клини-



**Kai Part**



**Triin Raudsepp**



**Helle Karro**

ки. В ходе таких визитов имеет место обоюдное общение между кураторами и представителями клиники, - а также даются рекомендации по внесению необходимых изменений в работу клиники, соблюдая при этом общие принципы работы. Если какая-либо клиника не работает в соответствии с установленными стандартами – ESHA имеет право предложить ЕННФ прекратить финансирование конкретной клиники. Новые клиники поддерживаются советами и рекомендациями со стороны клиник, имеющих большой опыт работы. В конце первого года деятельности новых клиник производится оценка работы их служб.

### Качество медицинского обслуживания – персонал

При организации курсов обучения мы придерживаемся двух направлений. Первое – организация ежегодных курсов без отрыва от производства и наставничества для имеющих членов персонала. Ежегодно летом организуется двухдневный учебный семинар по какой-либо конкретной теме, - который одновременно служит и социальным мероприятием. Кроме того, 3-4 раза в год созываются региональные встречи руководителей. Второе направление – основной курс обучения по предмету «консультирование молодежи» (160 часов), - предназначенный для новых работников. Это курс в свое время был организован при содействии ESHA.

### Качество медицинского обслуживания – клиенты

Для анализа мнений молодежи, проводились регулярные исследования (1996, 2002, 2007 гг.), целью которых была оценка степени удовлетворения посетителей предоставляемыми им медицинскими услугами. С 2003 г. молодые люди также имеют возможность поддерживать непрерывный диалог в онлайн-режиме на домашней странице ESHA. Отзывы и комментарии клиентов, полученные из обоих источников (данные исследований и интернет) используются для совершенствования деятельности как всей сети в целом, так и отдельных клиник. Например, в некоторых приемных были установлены работающие телевизоры и радиоприемники - чтобы клиенты, ожидающие очереди в приемной, не могли услышать разговор во врачебной комнате, где проходила консультация. Кроме того, идя навстречу высказанным пожеланиям клиентов, было увеличено количество часов, отведенных на консультации по телефону.

Был разработан ряд методов охвата нескольких групп, нужды которых не были удовлетворены. Например, чтобы наладить контакт с молодежью, проживающей в сельских районах, на сайте ESHA была

организована консультационная служба в онлайн-режиме. Чтобы увеличить число визитов молодых представительниц мужского пола, несколько клиник сумели выделить отдельные часы для консультирования юношей/молодых людей. Для облегчения доступа к услугам со стороны неэтнических эстонцев, в интернете был открыт специальный сайт и онлайн-новая консультация на русском языке. В то же время следует отметить, что нужды молодых людей, исключенных из школы, молодых наркоманов и молодых гомосексуалистов все еще не учитываются в полной мере в клиниках для молодежи. Найти пути к этой части молодежи – важная задача, которую мы должны решить в ближайшем будущем.

Хотя деятельность по улучшению качества медицинского обслуживания в клиниках для молодежи в настоящей статье была подразделена на различные уровни, - общей целью всех видов соответствующей деятельности является обеспечение молодежи как можно более качественными услугами по охране сексуального здоровья.

ВОЗ недавно опубликовала результаты практического анализа деятельности эстонских клиник для молодежи. С ними можно ознакомиться, пройдя по ссылке [http://webitpreview.who.int/entity/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241598354/en/index.html](http://webitpreview.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/9789241598354/en/index.html)

### Kai Part

Гинеколог и консультант молодежи  
Отдел акушерства и гинекологии,  
Тартуский университет  
Эстонская ассоциация сексуального здоровья  
[Kai.part@kliinikum.ee](mailto:Kai.part@kliinikum.ee)

### Triin Raudsepp

Руководитель программы  
Эстонская ассоциация сексуального здоровья  
Программа консультаций в области сексуального здоровья  
ипрофилактики ИППП  
среди молодежи  
[triin@amor.ee](mailto:triin@amor.ee)

### Helle Karro, MD

Профессор  
Отдел акушерства и гинекологии,  
Тартуский университет  
Эстонская ассоциация сексуального здоровья  
[Helle.karro@kliinikum.ee](mailto:Helle.karro@kliinikum.ee)

### Таблица 1.

Некоторые статистические показатели, ежеквартально получаемые от молодежных клиник.

- Количество визитов
- Процентное содержание числа визитов по поводу: консультаций в области контрацепции/ВИЧ-тестирования/консультаций в области секса
- Количество молодых людей, посетивших клинику впервые.
- Разделение посетителей по полу, возрасту и рабочему статусу.
- Количество выполненных тестов на ИППП (хламидии, гонорея, сифилис, генитальный герпес).
- Диагностированные случаи ИППП.
- Число и возраст беременных посетителей (включая обращения по поводу абортотв и повторных абортотв).
- Количество лекций и присутствующих слушателей.
- Количество консультаций по телефону.
- Рекламные мероприятия.

### Таблица 2.

Некоторые обязательные требования, предъявляемые к молодежным клиникам.

- Доступность услуг ИППП/ВИЧ-тестирования и консультирования, а также консультирования в области контрацепции.
- Наличие оборудования для диагностики беременности.
- Организация в клиниках лекций по сексуальному воспитанию.
- Наличие в составе группы лечащего врача и акушерки/медицинской сестры
- Персонал должен окончить курсы по консультированию молодежи.
- Обстановка в кабинетах должна обеспечивать конфиденциальность.
- Должен быть обеспечен доступ людей со специальными нуждами (инвалидов).
- Должны быть предусмотрены четкие обозначения, ясно указывающие местоположение клиники.
- Услуги должны быть бесплатными.
- Должны быть выделены часы для приема без предварительной записи.
- Наличие бесплатных печатных материалов, предназначенных для посетителей.
- Возможность предоставления письменных откликов.
- Сотрудничество с ESHA, сетью молодежных клиник, местными школами.

# ОХВАТ МОЛОДЕЖИ И ПОДРОСТКОВ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ГРУППЫ НАИВЫСШЕГО РИСКА: ОПЫТ ТАДЖИКИСТАНА

В настоящее время молодые люди (согласно определению ООН – люди в возрасте от 10 до 24 лет) в Таджикистане составляет около одной трети от общего количества населения и является существенной частью человеческого капитала страны. От состояния здоровья социального благополучия подростков и молодежи в значительной мере зависит будущее сегодняшнего поколения таджиков. В этом плане перед Таджикистаном стоит множество проблем: высокий уровень бедности и безработицы среди молодежи, рост инъекционной наркомании, тенденции в сторону увеличения количества ранних браков и слабая осведомленность общественности о методах профилактики ВИЧ/СПИД и ИППП в сочетании с широко распространенной миграцией рабочей силы. Все эти факторы в течение короткого времени создали условия, благоприятствующие быстрому росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом – особенно среди молодежи. Хотя эпидемия ВИЧ/СПИДа в Таджикистане сегодня определяется как концентрированная, – молодежь (под эту категорию, согласно Закону о молодежи Таджикистана, подпадают люди в возрасте от 15 до 30 лет) остается наиболее уязвимой группой: приблизительно 70% от общего количества носителей ВИЧ/СПИДа составляют люди в возрасте от 15 до 30 лет (1). Согласно данным эпидемиологического надзора, наркоманы, вводящие наркотики внутривенно, и работники секс-индустрии составляют численно преобладающую категорию молодежи с повышенным риском. В 2007 г. среди работников секс-индустрии частота случаев заболевания ВИЧ составила 1,8%, сифилиса – 12,0% и гепатита С – 4%. Частота случаев заболевания ВИЧ среди наркоманов составила 19,4% (1).

В 2006 г. Министерство образования и Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, в сотрудничестве с Детским Фондом ООН (UNICEF), Центром по контролю и профилактике заболеваний г. Атланта (США) (CDC Atlanta), штаб-квартирой ВОЗ и Европейским региональным бюро ВОЗ провели глобальное исследование в области здоровья и здравоохранения в школах (<http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html>). Исследование было проведено с целью составить более точное представление о формах рискованного поведения подростков в возрасте от 13 до 15 лет. В исследовании содержалось описание тенденций рискованного поведения среди подростков. Было установлено следующее: 1,6% школьников в возрасте от 13 до 15 лет уже имели опыт внутривенного введения наркотиков; 12,6% студентов в течение последних 12 месяцев думали о самоубийстве, и 10,7% студентов физически принуждались к совершению половых актов. Кроме того, лишь 3,7% студентов в возрасте от 13 до 15 лет имели достаточно глубокий уровень знаний о ВИЧ/СПИДе (т.е. смогли правильно ответить на все 5 предложенных им вопросов о заражении ВИЧ/СПИД).

## Использование служб здравоохранения, дружественных к молодежи, для борьбы с ВИЧ/СПИД/ИППП

В национальном законодательстве есть несколько документов, посвященных проблеме здоровья молодежи и подростков и способствовавших открытию служб здравоохранения, дружественных к молодежи (СЗДМ) в рамках действующих служб здравоохранения (3). СЗДМ – при поддержке UNICEF и CARE International, действуют в пяти городах. Они созданы, чтобы содействовать достижению целей, поставленных Национальной стратегией по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Деятельность СЗДМ нацелена на то, чтобы шире знакомить целевые группы с соответствующей информацией, снизить уровень рискованного поведения среди молодежи и подростков, составляющих группы наивысшего риска – включая работников секс-индустрии, «внутривенных» наркоманов, гомосексуалистов, уличных подростков и школьников, а также стабилизировать или снизить частоту заболеваний ИППП и ВИЧ/СПИДом среди этих целевых групп. Развернутая интенсивная компания

в поддержку вышеперечисленных целей, основанная на фактических материалах, позволила добиться значительных успехов в течение первых трех лет реализации проекта. В частности, была создана законодательная и нормативно-правовая база, позволявшая молодежи, составляющей группы риска, получить доступ к основным услугам в области здравоохранения при соблюдении полной конфиденциальности; благодаря растущему охвату целевых групп удалось установить контакты между работниками здравоохранения соответствующего профиля и молодежью группы риска. Кроме того, был введен универсальный идентификационный код – для учета количества визитов со стороны подростков, представляющих группу наивысшего риска, показателей охвата целевой аудитории данным проектом, частоты случаев заболеваемости ИППП/ВИЧ, эффективности использования поставок медикаментов и оборудования, а также количества случаев добровольных визитов к консультанту, добровольного тестирования и лечения. Так, благодаря информационно-разъяснительной работе были установлены контакты с 47,7% от общего количества целевых



Nisso  
Kasymova



групп; 26% посетило СЗДМ, а 25% получили консультации и прошли тестирование на ИППП 6% - тестирование на ВИЧ. В общей сложности 18% получили консультации, были протестированы и - в случае положительного результата теста - прошли курс лечения. 50% от общего количества человек в целевой группе имели достаточно глубокие знания в области профилактики ВИЧ, - тогда как 41% сообщил об использовании презерватива во время последнего сексуального контакта (4). Распространенность случаев ИППП и ВИЧ среди тех, кто прошел соответствующие тесты, составил, с соответствием, 22,8% и 1,2% (5).

#### Дальнейшие шаги

На сегодняшний день, как было отмечено выше, были проведены лишь пилотные мероприятия. Это - важный шаг, однако он явно недостаточен для того, чтобы оказать какое-то влияние на молодежь в целом. Тем не менее, подготовлена платформа для развития проекта в полном масштабе - при содействии государственной и местной администрации и соответствующих партнеров - особенно молодежи, составляющей группы риска.

Школа должна стать частью и одновременно ключевым пунктом охвата целевых групп программой СЗДМ. Если школьные образовательные программы в области здоровья, в том числе, и в области профилактики ВИЧ/

СПИД, - будут сочетаться с доступом молодежи к СЗДМ - это удвоит положительное влияние программы, сделает ее более экономичной и повысит эффективность. Однако сегодня большая часть расходов финансируется международными организациями. В дальнейшем необходимо будет включить эти программы в рамки государственных бюджетов или каким-то иным образом финансировать их из государственных ресурсов. Поэтому необходимо определить, насколько реально самостоятельное развитие проекта в рамках существующей системы здравоохранения. Необходимо также обратиться к правовой системе. Современное законодательство разрешает оказывать определенные медицинские услуги подросткам без «разрешения» со стороны родителей, - хотя, в то же время, законодательство по-разному определяет возраст полового совершеннолетия. Кроме того, существует необходимость отменить предписания закона об обязательных ежегодных проверках и обследованиях всех подростков в до 18 лет (3). В свете опыта, накопленного в ходе реализации проекта, необходимо также пересмотреть временное предписание, регулирующее деятельность СЗДМ. Проект предусматривает провести тщательную оценку нужд и потребностей СЗДМ, пересмотреть критерии и стандарты их работы, действующие в настоящее время, - и, на основании этих двух мероприятий - принять раз-

работанные ВОЗ методы измерения качества и опробовать их на практике.

#### Nisso Kasymova, PhD,

Специалист по программе  
YPHDP и профилактики лечения  
ВИЧ/СПИД

Страновой офис UNICEF, Таджикистан

[nkasymova@unicef.org](mailto:nkasymova@unicef.org)

#### Список литературы

1. *Surveillance Survey on HIV/AIDS in 2007*. Ministry of Health, Tajikistan: Republican AIDS Centre, 2008.
2. *Global School based Health Survey (GSHS) 2006 in Tajikistan*. Dushanbe, 2008.
3. Osipov K. *Developing Youth Friendly Health Services in the Republic of Tajikistan: Legal Aspects*. Dushanbe: UNICEF Country Office, 2007.
4. Currie C et al. (Eds). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: WHO, 2008.
5. Peart G. *YFHS bottleneck analysis. Experience of Three Pilot Cities in 2006 and 2007*. Dushanbe, UNICEF Country Office, 2007.



## **Sexually transmitted infections among adolescents – the need for adequate health services. Geneva: WHO and GTZ, 2005.**

Представлена глобальная перспектива проблем ИППП среди молодежи. Для ознакомления правительственных структур, профессионалов в области здравоохранения и подростков с целью улучшения профилактики ИППП и стратегий медицинской помощи для молодежи.

Предлагается на английском языке на: [www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html)



## **Investing in our future: a framework for accelerating action for the sexual and reproductive health of young people. WHO, 2006.**

Материал предназначен для руководителей программ и организаторов здравоохранения. Он представляет собой рамочную программу для расширения и интенсификации кардинальных вмешательств с целью удовлетворения нужд молодежи и улучшения ее сексуально-репродуктивного здоровья.

Предлагается на английском языке на: [www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/929061240X/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/929061240X/en/index.html)



## **European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO, 2005.**

**Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» Копенгаген: ВОЗ, 2005г.**

Данная стратегия представляет собой рамочную программу улучшения здоровья детей и подростков. Представлен также механизм ее реализации.

Предлагается на английском и русском языках на: [http://www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919\\_1](http://www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919_1)



## **The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. Copenhagen: Danish University of Education Press, 2005.**

Книга представляет обзор последних международных тенденций в области теории связи между образованием и здоровьем. Кроме того, приводятся исследовательские данные по оценке процессов и результатов инициативных школьных оздоровительных программ.

Предлагается на английском языке: [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060419\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060419_1)



## **Currie C et al (eds). Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey, (Health Policy for Children and Adolescents, No.5). Copenhagen: WHO, 2008.**

Проведенное в сотрудничестве с ВОЗ международное исследование картины здоровья среди молодежи в возрасте 11, 13 и 15 лет в 41 странах и регионах Европейского Региона ВОЗ и Северной Америки. Данное исследование остается одним из лучших источников сравнительных данных по здоровью подростков и их поведению в отношении здоровья.

Предлагается на английском языке: [www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1).



## **Generation of change: Young people and culture. Youth Supplement to UNFPA's State of the World Population Report 2008.**

Третье издание. В материале подчеркивается важность осознания нужд молодежи и их удовлетворения.

Предлагается на французском, английском и испанском языках на: [www.unfpa.org/public/cache/bypass/publications/pubs\\_youth](http://www.unfpa.org/public/cache/bypass/publications/pubs_youth)



## **The Adolescence Experience In Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People. UNFPA and Population Council, 2009.**

Один из сборников данных по подросткам. Назначение сборника – ознакомить лица, принимающие решения, с данными по подросткам из групп наивысшего риска.

Предлагается на английском языке на: [www.unfpa.org/public/publications/pid/3346](http://www.unfpa.org/public/publications/pid/3346)  
<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/3346>.



**Investing when it counts: Generating the evidence base for policies and programmes for very young adolescents. Population Council, UNFPA, UNICEF and UNAIDS, 2006.**

Этот методический документ представляет комплекс методик, которые могут быть использованы для разработки программ и стратегий относительно подростков в возрасте 10 -14 лет – группы, которая часто упускается из виду.

Предлагается на английском языке на: [www.unfpa.org/public/publications/pid/363](http://www.unfpa.org/public/publications/pid/363)”  
<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/363>.



**A reference guide to policies and practice. Sexuality education in Europe. Brussels, IPPF EN, 2006.**

Руководство, помогающее организаторам здравоохранения и правительствам совершенствовать сексуальное воспитание. Представлены данные из 26 европейских стран.

Предлагается на английском языке на: [www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/default.htm](http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/default.htm)”  
<http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/default.htm>.



**A guide for developing policies in sexual and reproductive health and rights of young people in Europe. Brussels: IPPF EN, 2007.**

This policy guide provides a series of broad recommendations intended to guide policymakers and programmers in creating a more youth-friendly SRHR policy environment for young people.

Предлагается на английском языке на: <http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/Policy+Guide.htm>

**Ниже приводятся лишь некоторые из отличных источников информации, доступных для молодежи и тех, кто работает с молодежью. Дополнительную и более подробную информацию можно найти на следующих сайтах:**

**Европейская сеть IPPF - [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)” [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)**

**ВОЗ - [www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)**

**Европейское Региональное бюро ВОЗ - [www.euro.who.int/childhealthdev](http://www.euro.who.int/childhealthdev)**

**UNFPA - [www.unfpa.org/public/publications/pubs\\_youth](http://www.unfpa.org/public/publications/pubs_youth)**

**Y-Peer - [www.youthpeer.org](http://www.youthpeer.org)**

**«Осведомленность в области секса - европейской молодежи» (Youth Sexual Awareness for Europe) - [www.ysafe.net](http://www.ysafe.net)**

**Институт Алана Гутмахера (Allan Guttmacher Institute) - [www.guttmacher.org/](http://www.guttmacher.org/)**

**Европейское обучение в области эффективного медицинского обслуживания и охраны здоровья подростков (EuTEACH) - [www.euteach.com](http://www.euteach.com)**

**Национальная служба здравоохранения Шотландии - [www.healthscotland.com](http://www.healthscotland.com)**

**Библиотека Интернета по вопросам сексуального воспитания - [www.contraception-esc.com/weblibrary](http://www.contraception-esc.com/weblibrary)**

Библиотека предоставляет справочную информацию и методические средства обучения профессионалам, работающим в области укрепления здоровья населения и пропаганды здорового образа жизни. Библиотека помогает внедрению передовых практических методов и содержит ряд международных материалов.

## *Entre Nous*

*Европейский журнал по сексуальному  
и репродуктивному здоровью*

Европейское региональное бюро ВОЗ

Отдел страновых систем и политики

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел: (+45) 3917 1602 or 1451

Факс: (+45) 3917 1818

[[entrenous@euro.who.int](mailto:entrenous@euro.who.int).]

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



# *Entre Nous*