

ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЯ: ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ НАШЕ СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ?

ПРАВОВАЯ СИСТЕМА

ПОЛИТИКА

СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ НОРМЫ



Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

No.73 - 2011



World Health Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe



Entre Nous издаётся:

Отдел неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья
Сексуальное и репродуктивное здоровье
Европейское региональное бюро
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

Jane Persson

Макет

Kailow Creative, Denmark.

www.kailow.dk

Печать

Trykcentret Riga

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Нью-Йорк, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной Организации Здравоохранения, Копенгаген, Дания.

В настоящее время тираж журнала 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 Директоратом здравоохранения, *Alameda Afonso Henriques 45, P-1056* Лиссабон, Португалия;

На русском языке Европейское региональное бюро ВОЗ, Trykcentret Riga;

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 неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья, Сексуальное и репродуктивное здоровье. 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

Редакционная статья

José Maria Martin-Moreno

3

Социальные детерминанты сексуального и репродуктивного здоровья: общий обзор

Jewel Gausman, Shawn Malarcher

4

Социальные детерминанты здоровья и Цель развития тысячелетия (ЦРТ) № 5: улучшение материнского здоровья

Отрывок из доклада «На пути к Целям развития тысячелетия № 4, 5 и 6 в Европейском регионе ВОЗ: уточнения 2011 г.»

8

Цели развития тысячелетия, социальные детерминанты и сексуально-репродуктивное здоровье: обзор по Европе

Sandra Elisabeth Roelofs, Tamar Khomasuridze

12

Региональное техническое совещание UNFPA по вопросам сокращения неравенства в здравоохранении Восточной Европы и Центральной Азии

Rita Columbia

14

Сексуальное и репродуктивное здоровье в Восточной Европе и Центральной Азии: исследование потребностей уязвимых групп и их доступа к услугам

Manuela Colombini, Susannah H. Mayhew, Bernd Rechel

16

Неравенство в сексуальном и репродуктивном здоровье цыган в Европейской регионе: опыт бывшей югославской республики Македония

Sebihana Skenderovska

18

Уменьшение неравенства в здравоохранении: на пути к программе «Здоровье 2020»

Интервью с Dr. Agis D. Tsouros

20

Домашнее насилие в Румынии: связь между социальными детерминантами здоровья и насилием

Cornelia Rada, Suzana Turcu and Carmen A. Bucinschi

22

Здоровье мигрантов и аспекты общественного здоровья связанные с Северо-африканским кризисом

Santino Severoni

24

Изменения в контрацептивном поведении: за рамками врачебных рекомендаций

Lisa Ferreira Vicente

26

Перемещённое население в Грузии: программы сексуального и репродуктивного здоровья при поддержке UNFPA

Tamar Khomasuridze, Lela Bakradze and Natalia Zakareishvili

28

Ресурсы

Lisa Avery

30

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS

Dr Assia Brandrup-Lukanow

Старший советник Датского центра исследований и развития в области здоровья, Факультет биологических наук,

Dr Mihai Horga

Старший советник, Восточно-европейский институт по вопросам репродуктивного здоровья, Румыния

Dr Manjula Lusti-Narasimhan

Исследователь, Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Штаб-квартира ВОЗ, Женева

Ms Vicky Claeys

Региональный директор, Международная ассоциация планирования семьи, Европейская сеть

Dr Evert Ketting

Старший научный сотрудник *Radboud University Nijmegen* Кафедра общественного здоровья

Prof Ruta Nadisauskiene

Заведующая Кафедрой акушерства и гинекологии Литовский университет наук о здоровье, Каунас, Литва

Dr Rita Columbia

Советник по вопросам репродуктивного здоровья, UNFPA Региональный офис Восточной Европы и Центральной Азии



Приближаясь к рубежу достижения Целей развития тысячелетия в 2015 г., становится очевидным, что существует значительное неравенство в сфере здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ), как между странами Европейского региона, так и мира. В то время как большинство стран-членов ВОЗ Европейского региона отмечает улучшение СРЗ и доступа к услугам СРЗ, также остаётся правдой и то, что даже в самых обеспеченных странах региона имеет место социальное неравенство, а отдельные группы населения подвержены более высокому риску плохого СРЗ, а также ограниченного доступа к службам СРЗ. Такой социальный перепад наблюдается во всех сферах здравоохранения и во всех обществах. У самых неблагополучных жителей хуже со здоровьем и меньше продолжительность жизни. Чтобы обратиться к проблеме такой социальной несправедливости, крайне необходимо выйти за рамки отображающей это неравенство статистики (напр., материнская смертность, неонатальная смертность, охват контрацептивами, уровень абортов, уровень подростковой беременности, число антенатальных визитов, распространённость ВИЧ и инфекций передающихся половым путём сексуально) и спросить: «Что определяет наше СРЗ?».

На самом деле ответ довольно сложный. В то время как генетическая предрасположенность играет малую роль, окружающая среда и условия, в которых мы живём и работаем, оказывают наибольшее воздействие на наше здоровье. Как причины различного уровня здоровья, всё чаще указываются социальные факторы, например, географическое положение, образование, занятость, экономический статус, религия, культура, социальное отчуждение, гендер и этническая принадлежность. В совокупности или по отдельности, эти факторы могут негативно влиять не только на СРЗ, но и на долгосрочное развитие и общественное благополучие в целом. Государственная политика, неспособная воздействовать

на такие неблагоприятные для общества обстоятельства, приводит к неравноправию и предотвратимому неравенству групп населения в отношении СРЗ. Например, незамужняя беременная девушка-подросток скорее всего столкнётся с общественным порицанием её беременности. Хотя она и посещает школу, у неё может не быть материальных средств для посещения службы антенатального ухода или доступа к информации о медицинских услугах для беременных. Если она проживает в стране, где государственная политика подразумевает наказуемость подростковой беременности или препятствует дружественным к молодежи службам здравоохранения, она подвержена ещё большему отчуждению, а её доступ к службам СРЗ ограничен. В совокупности все эти аспекты существенно снижают вероятность положительных последствий для её здоровья, равно как и для здоровья её неродившегося ребёнка.

Тем не менее, неравноправие в области СРЗ и здоровья в целом отнюдь не является неизбежным. Неравенство является проблемой в здравоохранении всех стран и требует действий за пределами борьбы с последствиями, пагубных для здоровья, в частности – СРЗ. Необходимо проводить анализ причин проблем СРЗ. В Европе всё больше стран проводят политику, обращаясь к социальным детерминантам здоровья, но применение такой политики на практике до сих пор остаётся трудным. Для успешной практики необходимы действия, затрагивающие все пять составных подхода, рекомендованного Комиссией ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. Это подразумевает вовлечение многих секторов на всех уровнях (международных структур, правительств и гражданского общества) и согласованных действий по следующим пяти параметрам:

1. Управление борьбой с основными причинами неравноправия в сфере здоровья, которые определяются

социальными факторами;

2. Пропаганда участия: общественное лидерство для действий в соответствии с социальными детерминантами здоровья;
3. Роль сектора здравоохранения, включая государственные программы по устранению неравноправия в сфере здоровья ;
4. Глобальные действия в сфере социальных детерминантов: объединение приоритетов и заинтересованных сторон; и
5. Контроль выполнения: количественное измерение и анализ для определения политики и создания системы отчётности о социальных детерминантах.

Анализ социальных детерминантов здоровья может показаться чрезвычайно сложным. Тем не менее, при наличии государственной воли можно добиться существенных успехов. Данный номер *Entre Nous* освещает достигнутые в Европейском регионе успехи, а также выявленные трудности при решении этой важной проблемы. Мы надеемся, что после прочтения статей этого номера Вы ещё долго будете задаваться вопросом «Что определяет наше СРЗ?». Только постоянно задавая себе этот вопрос, мы сможем определить причины и снизить уровень неравенства в сфере СРЗ. В свою очередь мы, представители Европейского регионального бюро ВОЗ, продолжим работу над определением целей и задач Новой европейской политики здравоохранения «Здоровье 2020», собирая данные о наиболее успешной практике и помогая странам в пропаганде равноправия и защите принципов прав человека.

Dr José María Martín-Moreno,
Директор по управлению
программами,
Европейское региональное бюро
ВОЗ

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ: ОБЩИЙ ОБЗОР

Всемирная ассамблея здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утверждают, что «репродуктивное и сексуальное здоровье имеет фундаментальное значение для отдельных лиц, супружеских пар и семей, а также для социально-экономического развития общин и наций» (1).

Во многих странах улучшение сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) населения зачастую является медленным, несмотря на значительные инвестиции. Социальное и экономическое неравенство оказались в поле зрения международного сообщества в качестве важных факторов, приводящих к неравенству состояния здоровья. Социальные, демографические, экономические и географические различия являются основными факторами, влияющими на доступ к высококачественным медицинским услугам и, соответственно, на состояние здоровья.

В мировом масштабе самые бедные страны мира часто борются с ограниченностью ресурсов, что затрудняет инвестиции в инфраструктуру здравоохранения. В результате одновременно с ростом населения развивающиеся страны несут самое тяжкое бремя заболеваемости, включая материнскую смертность, рак репродуктивных органов и инфекции передающийся половым путём (ИППП).

В мире влияние бедности на СРЗ ужасающе велико:

- Из 20 миллионов небезопасных абортов, проводимых ежегодно, 19 миллионов приходится на развивающиеся страны. Последствия небезопасных абортов также резко отличаются. Африканские женщины, живущие к югу от Сахары, умирают в 75 раз чаще женщин, проживающих в развитых странах (2).
- Заболеваемость ИППП варьирует от 109,7 миллионов случаев в Африканском регионе до 25,6 миллионов в Восточном Средиземноморье. Для сравнения, заболеваемость в Европейском регионе – 44,6 миллионов случаев (3).
- Около 80% случаев рака шейки матки имеют место в странах с малым доходом, и это число вырастет до 90% к

2020 г. (4). Рак шейки матки является вторым наиболее распространённым заболеванием у женщин в развивающихся странах, а также единственной широко распространённой причиной смерти от рака в этих странах (5).

Наблюдаемый дисбаланс в доступе к ресурсам приводит к круговороту проблем на индивидуальном уровне. Факты говорят о том, что наименее благополучные группы населения наиболее уязвимы, имеют наименьший доступ к службам здравоохранения и подвержены наихудшим последствиям для здоровья. В рамках существующей инфраструктуры здравоохранения наиболее труднодоступными группами населения являются переселенцы, подростки и этнические меньшинства. Эти люди сталкиваются с целым рядом юридических, социальных и культурных препятствий на пути к службам СРЗ. Для многих уязвимых групп проблемы языка, культурно-психологических установок, представления о доступности служб здравоохранения и отношение медицинского персонала затрудняют доступ к службам (6).

Кроме того, во многих развивающихся странах женщины также экономически уязвимы, что в совокупности с низким уровнем образованности и низким социальным статусом приводит к тому, что женщины имеют ограниченные возможности самостоятельно принять решение о том, как и когда обращаться за медицинской помощью или в службы планирования семьи. Низкий уровень пользования услугами здравоохранения среди женщин достаточно подробно задокументирован и часто разделяется на три категории (7). В первую входят факторы связанные с медицинскими услугами, такие как стоимость услуг, их доступность и адекватность системы здравоохранения в отношении нужд женщин. Вторую категорию характеризуют стесняющие пользователя обстоятельства, такие как социальная мобильность, нехватка материальных средств, завышенные требования к женщине в отношении её личного времени и различия в информации о здоровье для мужчин и женщин. В третью группу входят институциональные факторы, включая власть мужчин

при принятии решений и их контроль бюджета медицинских учреждений и здравоохранения, местные представления о заболевании, а также предубеждения и дискриминация в среде здравоохранения.

Следующие примеры иллюстрируют масштаб гендерного влияния на СРЗ, но также выявляют другие социальные детерминанты, которые, часто взаимодействуют.

- ИППП чаще передаются женщине от мужчины. Заражение вирусом папилломы человека может привести к развитию рака гениталий. ИППП являются единственной предотвратимой причиной бесплодия (8). В бесплодии часто обвиняют женщин и подвергают их унижению и избиению.
- В развивающихся странах женщины чаще страдают от хронических заболеваний, вызванных небезопасными абортами или осложнениями при беременности. Если в результате родов у женщины образуется свищ, она подвергается не только физическим мукам, связанным с состоянием её здоровья, но также может получить развод, оказаться изгнанной, недоедать и бедствовать.
- Факторы окружающей среды играют важную роль в подверженности женщины изнасилованию и гендерному насилию (ГН). Например, женщины часто оказываются уязвимы в ситуации, когда поздно вечером ждут общественного транспорта, ходят за водой или пользуются общественными туалетами.
- В странах, где распространены ранние браки и раннее деторождение, у девушек меньше возможностей получить образование; они наделены меньшей финансовой и хозяйственной властью, чем старшие замужние женщины, имеют меньший доступ к современным СМИ и социальным сетям, больше подвержены риску ГН и рискам для здоровья, таким как ВИЧ и/или рождение ребёнка в раннем возрасте (9).
- ГН произрастает из гендерного неравенства. Проведённое во многих странах исследование ВОЗ о ГН установило, что число женщин, подвергшихся

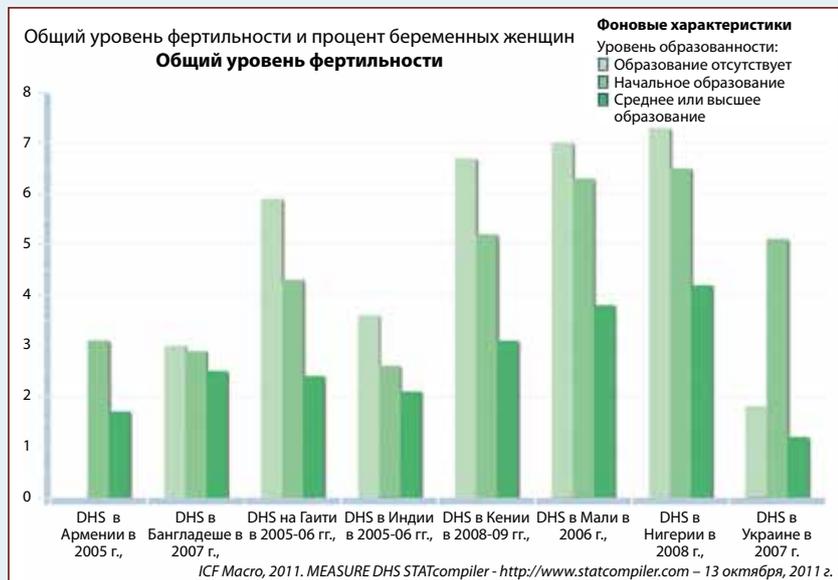


Jewel Gausman



Shawn Malarcher

Таблица 1. Отношение фертильности к уровню образованности в избранных странах



физическому насилию со стороны партнёра-мужчины, варьируется от 13% всех женщин в Японии до 61% в провинции Перу. Касательно сексуального насилия, в Японии также зафиксирован самый низкий уровень в 6%, а в Эфиопии – самый высокий, 59% (10).

В отношении состояния СРЗ женщин образование является важным фактором-посредником. Рост образования для женщин связан не только со спадом фертильности, но также способствует распространению идей и знаний о деторождении, контрацепции и социальном статусе и значении, предписываемым женщине. Как показано в Таблице 1, фертильность снижается в случае увеличения образованности в семье. Например, вероятность того, что девушка из Бангладеша к 18-ти годам выйдет замуж в 9 раз меньше, если она имеет среднее образование (11). В то время как уровень благополучия тесно связан с уровнем образованности, определённый анализ указывает на то, что образование может снизить влияние материального благополучия на использование контрацептивов (7).

Более подробное рассмотрение социальных детерминантов непланированной беременности
40% беременностей во всём мире являются непланированными (12).
Бремя непланированной беременности

во всех странах в несоразмерно большей мере ложится на плечи малообеспеченных. В сравнении с более благополучными группами населения более высокий уровень непланированной беременности наблюдается у молодёжи, необразованных людей, этнических меньшинств и иммигрантов. Предрасположенность к этому во

многом зависит от доступности и применения эффективной контрацепции и подверженности нежелательным половым отношениям в случаях браков в детском возрасте и сексуального насилия.

Женщины особенно уязвимы к нежелательной сексуальной активности. Сексуальное насилие и брак в детском возрасте являются двумя распространёнными способами подвергнуть женщину сексуальной активности без её полного или осознанного согласия. Помимо потенциальных угроз заражения ИППП и нежелательной беременности также есть данные о том, что принуждение к сексу негативно сказывается на психическом и физическом здоровье жертвы. Сексуальное насилие также ассоциируется с рискованным поведением, таким как ранние сексуальные контакты и контакты с несколькими партнёрами (11, 13). Ключевые факторы при повышенном уровне сексуального насилия и принуждения включают вооружённые конфликты и наличие правовой системы, которая не обеспечивает привлечения к ответственности за сексуальное насилие или не обеспечивает защиту гражданских прав женщины (13). Недавнее исследование, проведённое в 20 странах с самым высоким уровнем

Таблица 2. Применение современного метода планирования семьи. Сопоставление высшего и низшего квинтилей благополучия в избранных странах



¹ DHS – Демографическое обследование здоровья (англ. яз. DHS – Demographic Health Survey).

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ: ОБЩИЙ ОБЗОР (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

браков в детском возрасте, выявило четыре аспекта, тесно связанных с данной проблемой: образованность девушек, разница в возрасте партнёров, географическое положение и материальное благополучие семьи (13).

Для сексуально активных женщин современная контрацепция является лучшей защитой от незапланированной беременности. В большинстве развивающихся стран материально обеспеченные люди чаще прибегают к современной контрацепции, чем бедные. Это соотношение показано в Таблице 2. Во всех указанных странах использование контрацептивов значительно чаще среди женщин в высшем квинтиле благополучия, нежели среди женщин в низшем.

Службы здравоохранения несут ответственность за обеспечение женщин необходимой информацией и указаниями по применению контрацептивов для осознанного выбора правильного способа. Тем не менее, в оказании услуг медицинские сотрудники часто используют дифференцированный подход к женщинам. Исследования, проведённые в Гане и Непале при участии подставных пациентов указывают на то, что более молодым, менее образованным пациентам и представителям низших классов оказывается худшая помощь (14, 15). Клиенты с более низким социально-экономическим статусом и подростки в наибольшей мере подвержены ограничениям, т.к. у них меньше вариантов доступа к службам здравоохранения (16).

Низкий статус женщины в многих странах ограничивает её возможности в принятии решений. Демографические обследования здоровья подтверждают эту тенденцию, например, в ответах на вопрос «Может ли женщина самостоятельно принять решение об обращении за медицинской помощью?». В 30 странах, где собирались данные, только 37% женщин ответили утвердительно. В 26 странах из 30, число женщин из бедных семей, способных обратиться за помощью, ещё меньше. Разница между бедными и состоятельными варьируется от менее 1% в Бангладеше (2004) до 32% в Перу (2000) (17).

Женщины, столкнувшиеся с незапланированной беременностью, вынуждены принять непростое решение, которым может оказаться и аборт. На решение о прекращении беременности влияют многие факторы, включая наличие и доступность служб искусственного прерывания беременности, общественную терпимость к деторождению и абортам, а также поддержку общественных организаций. Принятое решение имеет социальные и финансовые последствия, а также последствия для здоровья, которые не являются одинаковыми для всех женщин.

Небезопасный аборт определяется как процедура прерывания беременности, проводимая персонкой без соответствующей квалификации и/или в условиях, не отвечающих минимальным нормам безопасности (18). Небезопасные аборт являются одной из основных причин материнской смертности и составляют 13% всех материнских смертей в мире (2). Установлено, что в 2005 г. 5 миллионов женщин были госпитализированы для лечения осложнений после небезопасных абортов (19). Самый высокий уровень небезопасных абортов в Латинской Америке и на Карибах, где на 100 случаев рождения живого ребёнка приходится 33 небезопасных аборта. Далее следует Африка (17 на 100) и Азия (13 на 100) (20). Уровень небезопасных абортов наиболее высок среди молодых женщин. Так в Африке около 60% небезопасных абортов у женщин младше 25 лет (21). Исследования показывают более высокий уровень осложнений и смертности, вызванных небезопасными абортами, среди женщин с низким социально-экономическим статусом (22). Для женщин из более благополучных семей вероятность проведения искусственного аборта врачом или медсестрой выше, в то время как несостоятельные женщины из сельской местности чаще проводят аборт сами или обращаются к народным целителям.

Непланированное деторождение наносит вред и женщинам, и детям. Женщины, оказавшиеся в такой ситуации, позже обращаются в службы антенатального ухода или реже приходят на приём, а

также испытывают связанные с беременностью тревогу и депрессию и подвергаются оскорблениям (23). Нежеланные дети чаще болеют; им реже оказывается медицинская или профилактическая (например, вакцинация) помощь; их реже вскармливают грудью; они чаще страдают от неправильного или недостаточного питания; у них меньше возможностей для развития и образования; они больше подвержены риску детской смертности (23-25).

Улучшение исхода беременности потребует вмешательств, специально направленных на достижение равноправия в доступности всех служб здравоохранения, в особенности служб с квалифицированными специалистами по контрацепции и родовспоможению, доступных для неимущих. Такие изменения будут наиболее эффективными в совокупности с другими, более глобальными детерминантами, такими как улучшение образования для женщин, а также эффективное функционирование сектора здравоохранения и государственных служб в целом.

Что можно предпринять?

Неравноправие, присутствующее в обществе в той или иной степени, оказывает существенное влияние на последствия для СРЗ. Разница в контроле над ресурсами и их доступности определяет доступ к службам здравоохранения. Динамика власти также влияет на качество медицинской помощи, оказанной пациенту. Вдобавок, индивидуальное отношение к вопросам здоровья зависит от норм поведения при определённом социальном положении, этнической принадлежности и пола. Социо-экономические и политические факторы взаимодействуют с положением индивида, т.е. его общественным классом, гендером, этнической принадлежностью и доходом. Промежуточные детерминанты здоровья включают факторы, которые могут непосредственно влиять на биологическую чувствительность и восприимчивость, например, условия жизни или рабочие условия, а также поведенческие, биологические и психосоциальные факторы. Неравенство в области здоровья, наблюдаемое у населения, обусловлено комплексным взаимодействием

социальных детерминантов и усугубляется множеством ответных реакций.

В то время как проблема действительно сложная, прогресс в сфере СРЗ можно достичь, уделяя больше внимания социальным детерминантам. Имеются примеры программ, которые способствовали улучшению СРЗ проводивших вмешательства с учётом социальных детерминантов. Наиболее успешные программы за основу брали целевой подход, например, ставя себе целью более активного участия общественности, побуждение правительств к поддержке равноправной политики, улучшение сбора данных для более чёткого понимания неравенства в здравоохранении. Чтобы выполнить задачи Цель развития тысячелетия, необходимо уделить большее внимание проблеме неравенства, а также социальным и экономическим факторам, которые к нему приводят.

Jewel Gausman, MHS, CPH,

Технический консультант
Отдел исследований, технологий и применения,
Бюро народонаселения и репродуктивного здоровья,
USAID
jgausman@usaid.gov

Shawn Malarcher, MPH,

Старший технический консультант,
Отдел исследований, технологий и применения,
Бюро народонаселения и репродуктивного здоровья,
USAID,
smalarcher@usaid.gov

Список литературы:

1. *Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva: WHO, 2004.
2. *Unsafe Abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva: WHO, 2007.
3. *Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates*. Geneva: WHO, 2011.
4. Parkin DM, Bray F, Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 2002 Aug; 24 (Supplement 3): S11-S25.
5. Cancer of the Cervix. WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/>. Accessed: October, 6, 2011.
6. *Female Migrants: Bridging the Gaps through the Life Cycle*. New York: 2006.
7. Buvinić M, Médiçi A, Fernández E et al. Chapter 10: Gender Differentials in health. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al, editors. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd edn. Oxford University Press (New York), 2006.
8. Fact Sheet Number 110: Sexually Transmitted Infections. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html>
9. Williams LB. Determinants of unintended childbearing among ever-married women in the United States 1973–1988. *Fam Plann Perspect*. 1991; 23(5):212–218.
10. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al. *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: WHO, 2005.
11. *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC: National Research Council and Institute of Medicine National Academies Press, 2005.
12. Blas, E, Kurup AS. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: WHO, 2008.
13. Bott S. Sexual violence and coercion: implications for sexual and reproductive health. In: Malarcher S, editor. *Social determinants of sexual and reproductive health: informing programmes and future research*. Geneva: WHO, 2010.
14. Huntington D, Lettenmaier C, Obeng-Quaidoo I. User's perspective of counselling training in Ghana: the "mystery client" trial. *Stud Fam Plann*, 1990, 21(3):171–177.
15. Schuler SR et al. Barriers to effective family planning in Nepal. *Stud Fam Plann*, 1985, 16(5):260–270.
16. Tavrow P. How do provider attitudes and practices affect sexual and reproductive health? In: Malarcher S, ed. *Social determinants of sexual and reproductive health: informing programmes and future research*. Geneva: WHO, 2010.
17. Gwatkins DK et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries*. Washington, DC: World Bank, 2007.
18. Grimes DA et al. Sexual and reproductive health – unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368(9550):1908–1919.
19. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368(9550):1887–1892.
20. Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370(9595):1338–1345.
21. Shah I, Ahman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *RHM*, 2004, 12(Suppl. 24): 9–17.
22. Korejo R, Noorani KJ, Bhutta S. Sociocultural determinants of induced abortion. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2003, 13(5): 260–262.
23. Greene ME, Merrick T. *Poverty reduction: does reproductive health matter?* International Bank for Reconstruction and Development and World Bank (Washington, DC), 2005.
24. Jensen ER, Ahlburg A. Impact of unwantedness and family size on child health and preventive and curative care in developing countries. *Policy Matters No. 4*. Policy Project, 2000.
25. Wellings K et al. Sexual and reproductive health – sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368(9548):1706–1728.

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И ЦЕЛЬ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ (ЦРТ) № 5: УЛУЧШЕНИЕ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Далее следует отрывок из доклада «На пути к Целям развития тысячелетия № 4, 5 и 6 в Европейском регионе ВОЗ; 2011 г.»

Пятая ЦРТ состоит в улучшении охраны материнского и репродуктивного здоровья. Цель включает следующие задачи:

- А) За период с 1990 по 2015 гг. сократить на три четверти показатель материнской смертности;
- Б) К 2015 г. обеспечить всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья.

В мире приближение к ЦРТ № 5 происходит слишком медленно. В 2008 глобально засвидетельствовано 358 000 материнских смертей, что является снижением материнской смертности только в 34% по сравнению с 1990 г. (1). За период с 1990 по 2008 гг. материнская смертность сократилась только на 2,3% ежегодно, что существенно меньше 5,5% ежегодного снижения, необходимого для выполнения задачи 5А (1).

Установлено, что в Европейском регионе за период с 1990 по 2008 гг. средний уровень материнской смертности (УМС) снизился с 44 смертей на 100 000 случаев живого рождения до 21 (1). В сравнении с 1990 г. это представляет собой снижение на 52%. Ежегодное снижение уровня смертности в 4,1% также меньше 5,5%, необходимых для выполнения задачи (1).

Социальные детерминанты влияют на материнскую смертность (МС). Они преграждают доступ беременных женщин к службам здравоохранения, которые им необходимы и на которые они имеют право. Эти детерминанты взаимодействуют и приводят к так называемым «трём задержкам». В глобальном понимании проблемы материнской смертности это:

- Задержка при поиске необходимой неотложной акушерской помощи по причинам стоимости, неумения распознавать экстренные случаи, недостаточного образования, и доступности информации, административных преград и гендерного неравенства;
- Задержка в доступе к соответствующей службе по причинам удалённости, инфраструктуры и транспортного сообщения; и

- Задержка в получении необходимой помощи по таким причинам как нехватка квалифицированных сотрудников, нехватка медицинских препаратов, отсутствие водоснабжения или подачи электроэнергии (2).

Причины задержек могут быть разными в зависимости от специфики страны и контекста, в котором оказывается женщина или девушка (т.е., социальное положение, географическое положение, принадлежность к этнической группе или временным жителям, подверженным социальному отчуждению).

В силу этих социальных детерминантов в Европейском регионе уровень неравенства в контексте МС резко меняется от страны к стране. По данным на 2008 г. страной с самым высоким УМС является Киргизстан (рассчитанный уровень - 81), а самый низкий УМС зафиксирован в Греции - 2 (1). В Румынии засвидетельствован самый быстрый спад УМС за период с 1990 по 2008 гг. - 84% (1).

В сфере МС неравенство сохраняется в каждой стране. У сельского населения уровень МС как правило выше, чем у горожан. Соотношения и риски варьируются в зависимости от этнической принадлежности, образованности и материального благополучия. В отдалённых регионах уровень смертности несоразмерно выше. В городах уровень риска МС и заболеваемости у женщин, живущих в богатых и неблагополучных районах, может также быть очень различным (3). В Западной Европе, где уровень МС в целом невысок, наблюдается значительно больший риск для иммигрантов и беженцев (4). Проблема гендерного неравенства, к которой обращается ЦРТ № 3, затрудняет решение проблемы МС и заболеваемости.

Доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом

Одним из показателей для контроля выполнения задачи ЦРТ № 5А является доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом. Во всём Европейском регионе общий процент родов, принятых квалифицированными медиками, достаточно высок в сравнении с другими регионами мира (5). В Европейском регионе этот показатель составляет 98%, в то время как во всём мире - 66% (5).

Несмотря на то, что почти все роды в Европейском регионе принимает квалифицированный персонал, во всех странах наблюдается неравенство, а также качество предоставляемых услуг требует внимания.

Полученные данные говорят о том, что услуги менее доступны социально стеснённым группам населения (включая лица с низким социо-экономическим статусом, этнические меньшинства и социально отчуждённых иммигрантов), а также жителям сельской местности (5-7).

Неравное соотношение родов, принимаемых квалифицированным медперсоналом, в Европейском регионе ВОЗ отражает тенденцию во всём мире. Например, согласно докладу «Улучшение жизни детей: достижение ЦРТ путём равенства» во всех регионах мира роженицы из самых богатых семей (высший квинтиль) чаще обращаются к услугам квалифицированных медиков, чем роженицы из самых бедных (низший квинтиль) (8).

Уровень распространённости контрацептивов (УРК) и неудовлетворённая потребность в планировании семьи

Установлено, что одна из трёх материнских смертей могла бы быть предотвращена, если бы женщина, желающая использовать контрацепцию, имела к ней доступ (9). Поэтому УРК и неудовлетворённая потребность в планировании семьи являются показателями выполнения задачи ЦРТ № 5Б, которая, в свою очередь, подразумевает «всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья».

«Распространённость контрацептивов» это процент женщин или их половых партнёров, применяющих противозачаточные средства независимо от метода контрацепции. Этот процент обычно вычисляется из данных о замужних или состоящих в отношениях женщинах в возрасте от 15 до 49 лет. В период с 2000 по 2010 гг. УРК в Европейском регионе составлял 70,7% (5). Данные говорят о том, что распространённость контрацептивов в Европейском регионе с 1990 г. в целом увеличилась (10).

Женщины с неудовлетворённой потребностью в планировании семьи, это фертильные и сексуально активные женщины, неиспользующие никакого способа контрацепции. Они утверждают, что не желают иметь больше детей или же хотят отсрочить рождение следующего

Таблица 1. Распространенность антенатального ухода (%) в избранных странах Европейского региона в зависимости от места жительства, уровень благополучия и образования матери (20).

Страна	Год	Место жительства		Квинтиль благополучия		Уровень образования матери	
		За городом	В городе	Низший	Высший	Низший	Высший
Албания	2008-2009	96.2	99.1	93.3	99.3	96.9	99.4
Азербайджан	2006	63.3	89.7	53.2	95.3	63.8	93.5
Турция	2008	84.2	94.7	76.1	98.6	78.3	99.3
Украина	2007	98.1	98.7	96.7	98.9	97.8	99.1

ребёнка. В период с 2000 по 2009 гг. в Европейском регионе в среднем 9,7% замужних или состоящих в отношениях женщин репродуктивного возраста имели неудовлетворённую потребность в планировании семьи (5).

Как и в случае других показателей достижения ЦРТ № 5 различия наблюдаются в социальном плане, т.е. у женщин с более высоким доходом и уровнем образования, а также проживающих в городе, выше уровень использования контрацепции и меньше неудовлетворённость семейным планированием. Примером подобных различий служит Турция, где процент женщин, применяющих какой-либо метод планирования семьи выше (74%), если они проживают в городской местности, нежели у женщин, проживающих в сельской местности (69%) (11).

Многогранные процессы социального отчуждения, например, те, что касаются этнических меньшинств и иммигрантов, также сказываются на более низком УРК. Есть данные, что чем ярче выражено социальное отчуждение (т.е., оно затрагивает социальную, экономическую и политическую сферы), тем ниже распространённость. Например, в Болгарии более состоятельные и образованные женщины народности рома (цыгане) применяют планированию семьи в 65% случаев, а все опрошенные рома женщины – в 31% случаев (12). В нескольких исследованиях утверждается, что иммигранты в целом недостаточно часто пользуются контрацептивами в сравнении с немигрирующими группами европейского населения. Это во многом обусловлено недостаточной информированностью этих людей о планировании семьи в странах, где они родились, и неэффективностью пропаганды служб здоровья в

эмиграции (4, 13).

Низкий УРК и неудовлетворённая потребность в планировании семьи могут способствовать росту уровня абортот. Несмотря на то, что показатели абортот в многих странах не всегда достоверны, есть основание полагать, что уровень абортот в Восточной Европе и Центральной Азии самый высокий в мире (14). Культурные традиции некоторых групп населения, включая традиционные методы контроля рождаемости, такие как прерванный половой акт, могут способствовать более высокому уровню абортот. В среднем уровень искусственных абортот в странах Западной Европы невисок. Тем не менее, засвидетельствовано, что потребности в такой услуге выше среди женщин с низким социо-экономическим статусом, особенно когда они к тому же являются иммигрантами (13).

В некоторых странах Европейского региона аборт по-прежнему является причиной более 20% материнских смертей (15). В большинстве стран Европейского региона законодательство позволяет проведение абортот ради спасения жизни женщины, и более чем в половине стран разрешены абортот по просьбе женщины. Несмотря на это, есть данные о половине миллиона небезопасных абортот, проведённых в Европейском регионе в 2008 г., что послужило причиной 7% материнских смертей (15). Подвержённость небезопасным абортот является социально детерминированной, и связана с неэффективностью системы здравоохранения. В глобальном контексте женщина с низким доходом, проживающая в сельской местности, в три раза более подвержена осложнениям, вызванным небезопасным абортотом, и в два раза реже получает медицинскую помощь, чем женщина с высоким

доходом, проживающая в городе (16). Нехватка качественного оборудования, соответствующих условий и ухода может увеличить риск осложнений после проведения абортот. Предубеждения и психологические барьеры (включая барьеры, связанные с возрастом и верованиями), а также изменчивый статус иммигранта также могут быть факторами риска небезопасного абортот.

Уровень родов у подростков

Уровень родов у подростков, т.е., ежегодное число родов у женщин в возрасте от 15 до 19 лет на 1000 женщин в данной возрастной группе, является показателем выполнения задачи ЦРТ № 5Б. Беременные женщины младше 20 лет подвержены более высокому риску смерти, связанной с беременностью и её осложнениями. По сравнению с женщинами в возрасте 20-29 лет риск смерти, вызванной осложнениями беременности в два раза выше для подростков 15-19 лет и в пять раз выше для подростков 10-14 лет (17). Многие проблемы со здоровьем, такие как малокровие, инфекции передающиеся половым путём, послеродовое кровотечение, психические расстройства, такие как депрессия, связаны с неблагоприятным исходом подростковой беременности (15).

За период с 2000 по 2008 гг. средний уровень родов у подростков в Европейском регионе ВОЗ составлял 24 (5). Согласно последним доступным данным в Сан-Марино самый низкий уровень родов у подростков (1 на 1000), а в Турции – самый высокий (56 на 1000). В целом в странах Европейского региона этот показатель уменьшается (5). На Кавказе и в Центральной Азии уровень родов у подростков снизился с 45 в 1990 г. до 29 в 2008 г. (18).

Подростковая фертильность подвержена влиянию целого ряда социальных и культурных факторов. Среди них гендерное неравенство, низкий уровень образования, бедность и отсутствие перспектив работы, предубеждения относительно поиска медицинских услуг, ранние браки и др. (13). Эти факторы наслаиваются друг на друга. В результате социально стеснённые подростки имеют меньший доступ к необходимым службам и менее осведомлены в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и прав. Подростки, живущие в бедности, особенно уязвимы. Данные о развивающихся странах говорят о

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И ЦЕЛЬ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ (ЦРТ) № 5: УЛУЧШЕНИЕ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

том, что подростки из семей в самом бедном quintиле рожают в 1,7-4 раза чаще подростков из семей в самом богатом quintиле (13).

Социальные и культурные факторы играют немаловажную роль в определении сексуального поведения молодёжи. Такие факторы как гендерные стереотипы, отношение общества и репутация, а также поощрение и порицание обществом сексуальной активности являются ключевыми детерминантами сексуального поведения. Стереотипы могут препятствовать рациональности сексуального поведения (например, применению презервативов), а также ограничивать возможности девушек в обсуждении сексуальных вопросов в рамках общественной парадигмы феминности/маскулинности (19).

Охват антенатальным уходом

Охват антенатальным уходом (АУ) также является показателем выполнения задачи ЦРТ № 5Б. Для оптимальных результатов рекомендованы минимум 4 визита в службу АУ. Несмотря на то, что во всём мире за период с 2000 по 2010 гг. 80% беременных женщин хотя бы раз обратились за услугами АУ, только 53% посетили службу АУ четыре раза (5).

В среднем в Европейском регионе за период с 2000 по 2010 гг. 97% женщин по крайней мере один раз посетили услуги антенатальной помощи предоставленные квалифицированным медперсоналом (5). Менее 90% женщин обращались в антенатальную службу во время беременности только в Азербайджане и Таджикистане – 77% и 89% соответственно (5). Во многих странах не ведётся подробная отчётность о минимальном числе антенатальных визитов, тем не менее, зафиксированные данные говорят о неравенстве.

Во многих странах мира вероятность того, что АУ будет обеспечен женщинам из бедных семей, меньше, чем для женщин из наиболее состоятельных (5). Уровень неравенства существенно варьируется от страны к стране. В Европейском регионе неравномерность предоставления АУ можно проследить в соотношении с местом жительства, quintилем благополучия и уровнем образования матери (см. Таблицу 1). Например, в Азербайджане охват услуг АУ падает с 93,8% в случае женщин с самым высоким уровнем образования до 63,8% в случае женщин с самым низким. Почти всем женщинам в высшем quintиле благополучия

(95,3%) обеспечен АУ в отличие от женщин из семей в низшем quintиле (53,2%) (20).

На охват АУ влияют и другие аспекты социального отчуждения. Одним из таких аспектов является неполноценность социальной защиты, которая зачастую связана с отсутствием необходимых документов. Недостаточное финансирование основных служб здравоохранения приводит к более высокому уровню материнской смертности среди женщин рома, особенно если не финансируются службы планирования семьи и антенатального ухода. В докладах бывшей югославской республики Македония указывается, что у женщин рома часто нет страховки здоровья, и они не имеют средств для долевой оплаты и побочных расходов, связанных с регулярным АУ, родами и послеродовым уходом (21).

Женщины-иммигранты могут также столкнуться с трудностями в доступе к АУ (13). Даже при учёте социально-экономического статуса и уровня образования женщины-иммигранты реже обращаются за услугами АУ, реже ими полностью обеспечены, и положительный исход беременности для них менее вероятен. Это проявляется в наибольшей степени, если статус иммигранта в стране нечёткий, и женщины воспринимают местную политику и отношение общества к ним как негативные факторы.

Рекомендуемые действия

В Европейском регионе требующие особого внимания действия по ускорению достижения ЦРТ № 5 включают:

- Усиление политической и финансовой поддержки правительств в сфере СРЗ и прав. Обеспечение доступности, качества и долгосрочной эффективности репродуктивного, материнского, неонатального и детского здравоохранения (РМНДЗ). Повышение качества предоставления услуг СРЗ, включая улучшение планирования семьи (ПС) и интеграцию этих служб в первичную медико-санитарную помощь, путём реформирования здравоохранения.
- Улучшение финансирования материнского и перинатального компонентов в пакете основных медицинских услуг. Обеспечение достаточных

вложений в СРЗ путём повышения осведомлённости лиц, ответственных за принятие решений, о роли здравоохранения, включая сектор СРЗ, в формировании социального и экономического благополучия в каждой стране.

- Улучшение сбора данных о материнском здоровье, ПС, сексуально-репродуктивном поведении и нуждах уязвимых групп населения. Национальные информационные службы должны вести отчётность о состоянии здоровья и нуждах подростков и молодёжи, включая беременных подростков и живущих с ВИЧ подростков и молодых людей (ЦРТ № 6).
- Обеспечение качества служб СРЗ для всех групп населения. Контроль за качеством долгосрочных услуг РМНДЗ, включая перенаправление, способствующее эффективному перераспределению работ. Пристальное внимание к постоянному повышению квалификации врачей посредством обретения ими ряда необходимых навыков, а также обеспечение равной доступности врачей для всех групп населения.
- Обеспечение доступности основных медикаментов и товаров широкого потребления в отношении СРЗ. Обеспечение соответствующего техобслуживания оборудования на всех уровнях материнского/перинатального и сексуально-репродуктивного здравоохранения.
- Создание спроса на услуги путём коммуникативных мероприятий по изменениям в поведении. Коммуникация должна проводиться с учётом контекстов гендера, возраста, грамотности и культуры, основываться на понимании возрастных нужд целевой группы населения, а также быть обращённой к мужскому населению и традиционным лидерам. Отдельное внимание должно быть уделено работе и отношению медицинскому персоналу к подросткам и социально отчуждённым группам.
- Установление связей между многими секторами и интеграция

действий по устранению гендерного неравенства и других социальных детерминантов СРЗ в политику, программы здоровья и законодательство как в рамках сектора здравоохранения, так и за его пределами. Усиление партнёрства и скоординированности различных заинтересованных сторон и финансирующих организаций, работающих в сферах СРЗ, детского здоровья, гендерного равенства и расширения возможностей женщин.

- Усиление правительственной поддержки для активного вовлечения гражданского общества и отдельных сообществ в создании, планировании и оценке программ и политики СРЗ. В этом можно добиться больших успехов, выйдя за рамки исторически сложившегося подхода к СРЗ, ориентированного на модель дефицита услуг, и перейти на модель ориентированный на вклад индивида и сообществ. Коллективный подход является ключевым аспектом таких изменений.
- Защита прав подростков на подходящую этой возрастной группе информацию, конфиденциальность и анонимность, а также доступ к услугам и товарам СРЗ широкого потребления. Усиление принципа развивающейся способности ребёнка к самостоятельному принятию решений и информированному согласию согласно Конвенции о правах ребёнка. Обнаружение и устранение препятствий в доступе к службам ВИЧ/СРЗ для (беременных) подростков, включая службы проведения безопасных абортов, если это не противоречит действующему законодательству. Укрепление законодательства и политики, непосредственно защищающих подверженных риску подростков, обеспечение доступа подростков к необходимым службам и защита от общественного порицания.
- Обращение внимания на связь между неинфекционными хроническими заболеваниями и ЦРТ № 5. В рамках РМНДЗ хронические заболевания всё чаще встречаются у женщин и детей. Например, ожирение у женщин

увеличивает риск гестационного диабета, эклампсии и гипертензии при беременности, стимуляции родовой деятельности, кесарева сечения и мертворождения. Сфера РМНДЗ подразумевает несколько возможностей предотвращения, диагностики и лечения хронических заболеваний. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей рекомендует предоставлять услуги по лечению неинфекционных заболеваний в форме интегрированного подхода к пропаганде женского и детского здоровья.

Список литературы

1. *Trends in maternal mortality: 1990-2008*. Geneva: WHO, 2010.
2. *Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights*. Geneva: Human Rights Council, 2010. Doc. A/HRC/14/39
3. Shakarishvili G. *Poverty and equity in health care finance: analyzing post-Soviet healthcare form*. Budapest: Local government and Public Service Reform Initiative and Open Society Institute, 2006.
4. Machado MC et al. *Maternal and child healthcare for immigrant populations*. Brussels: International Organization for Migration, 2009.
5. *World Health Statistics 2011*. Geneva: World Health Organization, 2011.
6. Conference document: *The Millennium Development Goals in the WHO European Region: health systems and health of mothers and children – lessons learned*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (EUR/R57/8), 2007.
7. Lloyd CB. *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC, National Research Council, 2005.
8. *Progress for children: Achieving the MDGs with equity*. New York: UNICEF, 2010.
9. *Gender Justice and the Millennium Development Goals*. New York: UNIFEM, 2010.
10. *World Contraceptive Use 2010*. (POP/DB/CP/Rev2010), New York: UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011.
11. *Turkey demographic and health survey 2008*. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, TR Prime Ministry Undersecretary of State Planning Organization and TÜBİTAK, 2009.
12. Krumova T, Ilieva M. The health status of Romani women in Bulgaria. Veliko Turnovo, Center for Interethnic Dialogue and Tolerance “Amalipe”, 2008.
13. *Social determinants of sexual and reproductive health: Informing future research and programme implementation*. Geneva: WHO, 2010.
14. *A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia*. New York: UNFPA, 2009.
15. Making pregnancy safer: adolescent pregnancy [web site]. Geneva: WHO, 2011. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/
16. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York: Guttmacher Institute, 2009.
17. *Issues in adolescent health and development. Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes*. Geneva,; WHO, 2007.
18. *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York: UN, 2011.
19. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 2006; 368:1581-1586.
20. *Azerbaijan Demographic and Health survey 2006*. Calverton, Maryland: State Statistical Committee [Azerbaijan] and Macro International Inc, 2008. (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR195/FR195.pdf>, accessed 1 July 2011).
21. *Report on the Progress towards the Millennium Development Goals*. Skopje: Government of the Republic of Macedonia. 2009.
22. Keeping the promise: united to achieve the Millennium Development Goals. Resolution. General Assembly, Sixty-fifth session, Agenda items 13 and 15. New York: UN, 2010.

ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ, СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И СЕКСУАЛЬНО-РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ОБЗОР ПО ЕВРОПЕ

Социальные детерминанты здоровья напрямую связаны с развитием и поэтому непосредственно влияют на то, будет ли к 2015 г. Европой достигнуты цели развития тысячелетия (ЦРТ) или нет. После 2015 года сектор здравоохранения преобразует эти цели в новую сверхзадачу под названием «Здоровье 2020».

Будучи важным для Европейского регионального бюро ВОЗ аспектом действий по охране общественного здоровья, сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ) особенно подвержено влиянию социальных детерминантов здоровья. Эти детерминанты влияют на то, в какой мере мужчина или женщина репродуктивного возраста могут извлечь пользу из служб СРЗ в их стране, а следовательно – на состояния их СРЗ. В данной статье мы рассмотрим аспект влияния этих факторов на проблему спроса и предложения в службах СРЗ, а также на доступность и качество предлагаемых услуг СРЗ.

Культура, этническое разнообразие и возраст

Страны в Европейском регионе очень разные. Этот регион характеризует наличие множества различных этнических и возрастных групп, а также культурных норм. Все эти факторы сказываются на характере СРЗ и отношении к нему. Например, в некоторых этнических группах ранний брак и раннее деторождение могут быть более распространёнными явлениями. Эти явления могут негативно отразиться на СРЗ. В исследованиях обнаружено, что беременность и роды в раннем возрасте подвергают женщин большому риску осложнений и смерти

(1, 2). В отношении предложения услуг СРЗ многие группы могут оказаться социально отчуждёнными по таким причинам как недостаточное понимание особенностей другой культуры и/или языковые барьеры, что ограничивает взаимоотношения пациента и медперсонала. Возраст также может сказаться на доступности и получении помощи. Подростки могут чувствовать себя неудобно, обращаясь за информацией в традиционные службы СРЗ. Отношение и мнение общественности о сексуальности подростков также может ограничивать доступ к службам в форме политики, препятствующей деятельности дружественных к молодёжи услуг здравоохранения или не признающей право подростков на хорошее СРЗ.

Экономический и социальный статус

Установлена явная взаимосвязь между плохим СРЗ и бедностью. Вредные для СРЗ последствия часты не только в условиях низкого дохода, но также в высшей степени распространены среди групп населения, находящихся в низшем квинтиле благополучия в странах с малыми ресурсами. Уровень охвата антенатального ухода в Европе сильно варьирует, равно как и уровень материнской смертности (Таблицы 1 и 2). Легко проследить соотношение дохода и низких показателей СРЗ. Наиболее высокий уровень материнской смертности наблюдается в странах с низким доходом где четко прослеживается разница охвата антенатальным уходом между обеспеченными группами населения и населением с низкими доходами. Тем не менее, связь между бедностью и низким

использованием служб СРЗ, а также вредными для СРЗ последствиями, является комплексной и может отражать ряд других проблем, вызывающих неравенство, например, недоступность служб из-за альтернативных издержек, социальное отчуждение по причине дискриминации и маргинализации определённой этнической группы с более низким социо-экономическим статусом, невозможность требовать от медперсонала равноправного отношения из-за ощущения отчуждённости, а также неравное распределение услуг СРЗ из-за привилегированности более доходной местности (города в противоположность селу). Все эти факторы взаимодействуют, создавая комплексную среду, которая подвергает наиболее уязвимых к неблагоприятным для СРЗ последствиям при длительном отсутствии возможности равного доступа к медицинской помощи.

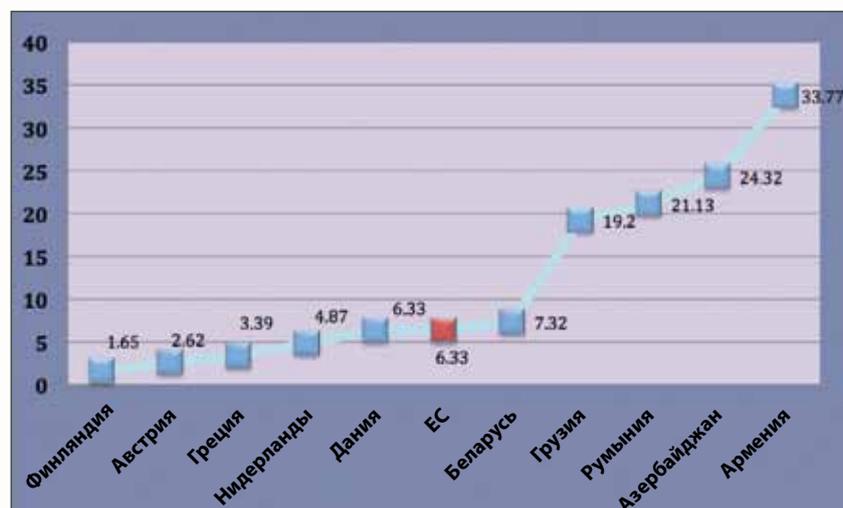
Миграция и внутренне перемещённое население (ВПН)

Несмотря на то, что миграция традиционно не рассматривается как социальный детерминант здоровья, опыт Европейского региона в отношении мигрантов и ВПН явно указывает на важную роль этого детерминанта и необходимость его учёта в программах и политике СРЗ и улучшении СРЗ индивидов и сообществ. Вооружённые конфликты прерывают работу служб здравоохранения, а в странах, вовлечённых в территориальные распри, медицинская помощь в сфере СРЗ часто предоставляется ВПН в недостаточной мере и подвергает людей риску неблагоприятных последствий для СРЗ. Эти конфликты также угрожают осуществлению национальной стратегии СРЗ в стране, снижая способность системы здравоохранения оказывать помощь и проводить регулярный контроль качества услуг.

Программные и политические пробелы

Многие страны в восточной части Европейского региона находятся в состоянии перехода от плановой экономики к обществу, основанному на оплате труда по заслугам под воздействием механизмов свободного рынка. В нашу эпоху финансовых кризисов и перегрузки источников финансирования каждое государство должно всё больше полагаться в первую очередь на собственные ресурсы, местное партнёрство государственного и частного секторов, прогрессивные схемы софинансирования и укрепления системы медицинского страхования (увеличение базовой страховки здоровья

Таблица 1. Уровень материнской смертности в избранных странах Западной и Восточной Европы, последние данные (3).





Sandra Elisabeth Roelofs

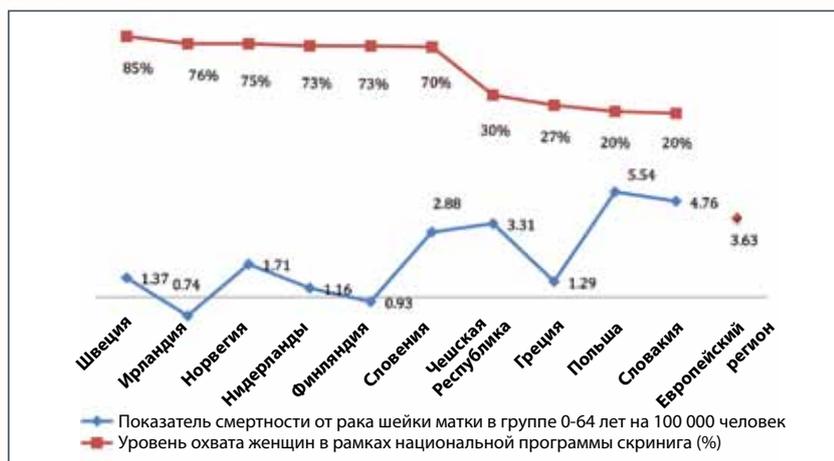


Tamar Khomasuridze

Таблица 2. Антенатальный уход в различных социо-экономических группах в Европейском регионе, последние доступные данные (3).



Таблица 3. Показатель смертности от рака шейки матки среди людей 0-64 лет на 100 000 человек и процент охвата скринингом рака шейки матки в рамках национальных программ в избранных странах, последние доступные данные (3).



может способствовать включению большего числа услуг в сфере СРЗ в пакет основных медицинских услуг) при участии федеральных, региональных и муниципальных властей. Такие действия требуют скоординированности поставщиков финансирования, правительства и гражданского общества, чтобы обеспечить снижение программных и политических пробелов до минимума и увеличить эффективность совместных усилий секторов.

Например, национальная политика, обращаясь к проблеме рака репродуктивной системы, должна учитывать, что отсутствие организованного скрининга и других мер профилактики и ранней диагностики рака приводит к проблемам СРЗ. Включение скрининга и обнаружения заболеваний на ранней стадии в систему первичной медицинской помощи поможет заполнить пробелы и улучшить последствия для

здоровья и оправдают затраты. Далее, включение информации о раковых заболеваниях репродуктивной системы и скрининге в систему образования увеличивает эффективность действия здравоохранительной системы. Страны, которые обнаружили эти пробелы и внедрили хорошо организованные национальные программы онкологического скрининга с высоким уровнем охвата населения, достигли хороших результатов в борьбе с раком шейки матки, заболеваемостью и смертностью (Таблица 3).

Выводы

Вовлечение страны в укрепление СРЗ населения возможно только при политической приверженности и полноценной долгосрочной пропаганде СРЗ и прав каждого индивида и общества в целом. Первостепенным для такого участия является осознание всеми заинтересованными сторонами связи между социальными детерминантами

здоровья и СРЗ. Снижение неравенства в вопросах СРЗ требует вовлечения не только систем здравоохранения, но и образовательного, трудового и общественного секторов. Повышение осведомленности о существующем неравенстве должно проводиться на всех уровнях и во всех секторах, чтобы уменьшить риск для здоровья, которому подвержены все группы населения, особенно – уязвимые и маргинальные группы. Европа поставила высокую цель – обеспечить всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья, основываясь на европейских стандартах медицинской помощи. Пришло время действовать, учиться на наиболее успешном опыте друг друга и выполнять обязательства по достижению ЦРТ ООН данные в 2000 г. и на Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире. Будучи полными решимости и имея правильные инструменты для анализа социальных детерминантов здоровья и СРЗ, мы раньше окажемся в обществе со сниженным уровнем неравенства и более доступным здравоохранением.

H.E. Sandra Elisabeth Roelofs,
Посол доброй воли Европейского бюро ВОЗ по ЦРТ достижению связанным со здоровьем
Глава Национального совета репродуктивного здоровья, Грузия

Tamar Khomasuridze, MD, PhD,
Помощник представителя UNFPA, Грузия

Контактная информация:
geocsm@caucasus.net

Список литературы

1. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ*, 2004;328:1152-1159.
2. DuPlessis HM, Bell R, Richards T. Adolescent pregnancy: Understanding the impact of age and race on outcomes. *J Adolescent Health*, 1997; 20: 187-197.
3. WHO Health For All Database. Accessed September 24 2011 at: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

РЕГИОНАЛЬНОЕ СОВЕЩАНИЕ UNFPA СТРАН ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ ПО ВОПРОСАМ СОКРАЩЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ

История вопроса

За последнее десятилетие здоровье многих жителей Восточной Европы и Центральной Азии улучшилось. Тем не менее, согласно показателям, неравенства в области сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) в этом регионе до сих пор имеют место. Например, во всём регионе представители рома национальности, равно как и другие этнические меньшинства, бедные, иммигранты и внутренне перемещённые лица систематически оказываются в невыгодном положении в отношении доступа к услугам СРЗ и материнского здоровья.

Для борьбы с неравенством в здравоохранении Региональное бюро UNFPA по Восточной Европе и Центральной Азии провело техническое совещание, уделив пристальное внимание основным детерминантам неравенства в сфере здоровья. На совещании рассматривались отдельные уязвимые группы населения (рома, малоимущая молодёжь, иммигранты и беженцы/внутренне перемещённое население (ВПН)), а также необходимые подходы к проблеме удовлетворения потребностей таких групп в сфере СРЗ, включая материнское и детское здоровье.

Основными задачами совещания были: (1) анализ существующей информации об основных факторах, приводящих к неравенству/неравноправию в здравоохранении, а также обобщение мнений экспертов о достижениях, равно как и существенных пробелах в этой сфере, требующих скорых действий; и (2) формулировка обоснованных рекомендаций к увеличению эффективности и согласованности страновой политики и программных вмешательств.

В совещании участвовало более 60 экспертов из Западной и Восточной Европы, а также Центральной Азии. Другие агентства ООН и неправительственные организации также приняли участие в совещании и повлияли на его результаты.

Социальные детерминанты здоровья

Для более глубокого понимания ключевых аспектов, связанных с неравенством в области здоровья, на совещании эксперты представили и обсудили исследования и концепции (т.е., концепцию социальных детерминантов здоровья, а также проблему социального отчуждения), проведённые и разработанные

Всемирным банком, UNICEF (Детским фондом ООН) и UNDP (Программой развития ООН).

С целью обращения к сохраняющимся и усугубляющимся проблемам неравенства в области здоровья ВОЗ в 2005 г. основало Комиссию по вопросам социальных детерминантов здоровья (1). Социальные детерминанты здоровья – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и состариваются, и система здравоохранения является одним из таких условий. Эти условия формируются в контексте распределения денежных средств, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях. Этот контекст в свою очередь находится под влиянием политического выбора.

Концептуальная модель социальных детерминантов здоровья отображает важность социо-экономического, политического и культурного контекстов, общественного положения индивидуума и статуса системы здравоохранения, а также поведения в отношении здоровья и благополучия. В рамках этой модели вмешательств по уменьшению неравенства в области здоровья должны быть направлены на улучшение каждодневных жизненных условий, а также препятствовать неравномерному распределению власти, денежных средств и ресурсов, т.е., факторам, влияющим на структуру условий повседневной жизни.

Социальное отчуждение, защита и уязвимость

Понятие социального отчуждения относится к процессам, отодвигающим отдельных индивидуумов к границам общества и ограничивающим их полноценное участие в соответствующих социальных, экономических, культурных и политических процессах (2). Чем более маргинальна группа, тем более она уязвима. Несмотря на это, будучи иммигрантом или лицом, принадлежащим к определённой этнической группе, или же инвалидом, человек как таковой не оказывается более уязвимым или подверженным большему риску. Скорее взаимодействие отдельных факторов приводит к повышенной уязвимости. Эти факторы включают бедность, нехватку основных жизненных навыков или возможностей обучения на протяжении всей жизни и дискриминацию, которая отдаляет этих индивидуумов от трудовой

занятости, получения дохода и возможностей образования, а также от социальных структур и мероприятий. Жертвы социального отчуждения часто чувствуют себя беспомощными и неспособными контролировать решения, касающиеся их повседневной жизни, поскольку они, как правило, не имеют доступа к органам власти.

На проблему отчуждения и уязвимости можно взглянуть и по-другому, т.е., с точки зрения концепции взаимоотношений. В некотором роде неблагополучие группы индивидуумов частично определяется их отношениями с общественной системой. Такой подход рассматривает отчуждение как ряд динамических многоплановых процессов, обусловленных неравными отношениями в контексте власти, взаимодействующих в рамках культуры, экономики, политики и общества и протекающих на уровне индивидуума, сообщества, государства и региона мира.

Региональный отчёт UNDP о развитии человека рассматривает социальное отчуждение как результат многократного и усиливающегося ухудшения положения индивидуума в Центральной и юго-восточной Европе, Российской Федерации, на Кавказе и в Центральной Азии в трёх формах – экономическое отчуждение, отчуждение от социальных служб и гражданское отчуждение (3). В отчёте указывается, что неравенство в доступе к услугам здравоохранения усилилось во время переходного периода. Меньшая доступность наблюдается в отношении малообеспеченных, пожилых и меньшинств (в особенности – рома). Также усилилось неравенство между городом и сельской местностью. Судя по всему, главной причиной усилившегося неравенства послужил существенный рост личных расходов, неформальных и неофициальных платежей из собственного кармана, а также сооплаты за медицинские услуги и препараты (3). В отчёте также говорится, что помимо финансовых барьеров в секторе здравоохранения столь же важными факторами, объясняющими отчуждение от служб здоровья, являются отсутствие служб на местах в соответствии с потребностям населения, а также отношение сотрудников и дискриминация в здравоохранении.

Ещё одной проблемой для уязвимых групп является недостаточность социальной защиты, особенно в отношении охраны здоровья. В недавнем отчёте Международной



Rita
Columbia

организации труда, анализирующем неравенства в доступе к службам здоровья в отношении уязвимых групп, указывается, что несмотря на далеко не второстепенную в Европейском регионе задачу обеспечения общедоступности здравоохранения, предусмотренную законодательством каждой страны, неравенство в доступе к службам здоровья для этих групп по-прежнему имеет место (4). Это неравенство в доступе к службам здоровья обусловлено проблемами, связанными с социальной защитой и системой здравоохранения вообще, особенно с учётом пробелов в законодательстве, равномерном финансировании и распределении средств, а также с учётом более глобального контекста, т.е., среды, в которой уязвимые группы живут и работают, включая аспекты прибыли и бедности, недостаточного доступа к трудовой занятости и соцгарантиям, а также их общественное положение. Именно в этом глобальном контексте малообеспеченные, женщины, представители рома национальности и иммигранты оказываются наиболее ущемлёнными.

Уменьшение неравенства здоровья в Европейском регионе

После дебатов о представленных концепциях и результатах исследований эксперты провели их обсуждение в рабочих группах и рассмотрели основные трудности, связанные с доступностью служб СРЗ для рома, иммигрантов, беженцев/ВПН и молодёжи, подверженной риску, а также способы их преодоления. В результате выяснилось, что трудности, пробелы и накопленный опыт являются в определённой мере схожими в отношении всех четырёх групп. Общим для всех является:

- Потребность в большем объёме данных для определения политики и убеждения правительств и финансирующих организаций в необходимости долгосрочных вмешательств/программ;
- Потребность в финансировании;
- Потребность в утверждении и внедрении политики и стратегий напрямую связанных с законодательством. В то время как законы и политика, направленные на решение проблем этих уязвимых групп, существуют, вопросы об осуществлении политики и пользе для этих групп по-прежнему остаются без ответа;
- Необходимость задействования целевого населения в процессе

планирования дальнейших действий с учётом культурных особенностей; и

- Потребность в обстоятельном и всеобъемлющем подходе к проблеме неравенства здоровья. Такой подход охватил бы всё общество, включая секторы образования и труда.

Общие черты обретенного опыта и трудностей в решении проблем этих четырёх уязвимых групп послужили основанием для рекомендаций, сформулированных на совещании. Эти рекомендации соответствуют принципам для дальнейших действий, обозначенным Комиссией ВОЗ по социальным детерминантам здоровья.

Общие рекомендации

1. Улучшить условия повседневной жизни:

- Необходима всеобщая социальная защита, особенно для людей в сомнительных рабочих условиях, включая нелегальную работу, работу по дому или уходу.
- Необходимо общедоступное здравоохранение, т.е., пакет основных медицинских услуг, ориентированный на первичную медицинскую помощь уязвимым группам.
- Необходим улучшенный доступ к службам здравоохранения. Службы СРЗ должны быть более восприимчивы к нуждам своих клиентов, предоставляя информацию о СРЗ с учётом гендерных и культурных особенностей, а также языковых барьеров.

2. Решить проблему неравномерного распределения власти, ресурсов и денежных средств:

- Чтобы бороться с неравенством в сфере здоровья, правительства должны принять концепцию социальных детерминантов ВОЗ.
- В отношении управления необходимы чёткие законы и политика, пропагандирующие равенство в сфере здоровья, а также система контроля.
- Требуется улучшить законодательство для решения проблемы дискриминации и гендерного неравенства.

3. Измерение, анализ и оценка результатов действий

- Для повышения эффективности политики, систем и программ здоровья необходимы основные данные о социальных

детерминантах здоровья. Важно, чтобы страны договорились об общих показателях процесса и результата для возможности сравнивать данные и использования схожих механизмов мониторинга.

- В плане партнёрства и сотрудничества правительства, неправительственные организации и гражданское общество должны быть в курсе того, кто, что и где делает как на уровне страны, так и в регионе.
- Касательно обучения и повышения компетентности: необходимо наличие компетентных сотрудников в различных отраслях здравоохранения, т.е., в разработке политики, оказании медицинской помощи и сфере мониторинга.

Rita Columbia

Программный советник по вопросам СРЗ и правам, Восточная Европа и Центральная Азия, UNFPA
Columbia@unfpa.org

Список литературы

1. CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng_contents.pdf.
2. Popay J, Escorel S, Hernández M et al. *Understanding and Tackling Social Exclusion - Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network*. 2008. http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf
3. UNDP. *Beyond transition: towards inclusive societies. Regional human development report*. UNDP: Bratislava, 2010. <http://europeandcis.undp.org/poverty/rhdr2010>.
4. Scheil-Adlung X and Kuhl C. *Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of the European region*. International Labour Organization, 2010.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ УЯЗВИМЫХ ГРУПП И ИХ ДОСТУПА К СЛУЖБАМ

Введение

В Восточной Европе и Центральной Азии наблюдается улучшение доступа к службам сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), но это улучшение неравномерно и неодинаково в странах региона, и общедоступность до сих пор не достигнута. По всему региону люди рома национальности и другие этнические меньшинства, люди, живущие в бедности, иммигранты и внутренне перемещённые лица (ВПЛ) сталкиваются с особыми трудностями в доступе к службам СРЗ.

Данная статья повествует о результатах исследования, представленного на техническом совещании UNFPA «Сокращение неравенства в здравоохранении: уязвимые лица и СРЗ», которое прошло в Стамбуле в марте 2011 г. (1).

Целью исследования было изучить потребности трёх уязвимых групп в области СРЗ и соответствующую политику в семи странах Восточной Европы и Центральной Азии:

- Люди рома национальности (в Албании, Болгарии и бывшей югославской Республике Македония);
- Внутренне перемещённые лица (в Боснии и Герцеговине, а также в Грузии); и
- Подростки (в Киргизстане и Таджикистане).

Наше исследование основывалось на анализе опубликованной и внеиздательской литературы, а также серии дискуссий, проведённых с представителями уязвимых групп в форме фокус-групп.

Почему они уязвимы?

Женщины рома

Женщины рома в юго-восточной Европе не только имеют меньший доступ к службам СРЗ, но также страдают от плохих жилищных условий, недостаточного питания, низкого уровня образования, нездорового образа жизни, высокого уровня рождаемости и аборт, а также высокой распространённости подростковой беременности. В связи с таким избытком факторов женщины рома подвержены более высокому риску осложнений при беременности, чем основное население (2, 3).

Женщины рома также страдают от неудовлетворённой потребности в современной контрацепции, что характерно многим странам

Восточной Европе (4). Например, в Болгарии 59 процентов женщин рома, опрошенных в 2008 г., не применяли никакого метода контрацепции. Как следствие аборт всё ещё является распространённым методом планирования семьи. В Болгарском опросе 52 процента женщин рома заявило о проведённом аборте. Самый высокий процент – в возрастной группе 18-23 лет (5).

ВПЛ

Для внутренне перемещённых лиц женского пола в общем характерно более слабое СРЗ, включая нежелательную и частую беременность (6). Материнская смертность и заболеваемость являются существенными проблемами для внутренне перемещённых женщин в юго-восточной Европе и на Кавказе, так как качество им оказываемой медицинской помощи зачастую ниже, что связано с разрушением инфраструктуры и нехваткой квалифицированного персонала. В Турции, например, 52 процента родов у перемещённых женщин прошли без участия медперсонала, что привело к увеличенному риску детских и материнских потер (7).

Неуточенные данные также говорят о высоком уровне распространения инфекций, передающиеся половым путём среди внутренне перемещённых женщин в Боснии и Герцеговине, а также Грузии, что соответствует низкому уровню осведомлённости о вопросах СРЗ, неудовлетворённых потребностях в современной контрацепции и чрезмерной зависимости от аборт.

Подростки

В Центральной Азии подростки младше 25 лет особенно подвержены слабому СРЗ по ряду причин. Во-первых, ранние браки и беременность довольно распространены в Азии, что подвергает молодых женщин рискам материнской смерти и заболеваемости. Так в Таджикистане 15 процентов молодых людей к 18 годам уже состоят в браке. Этот процент выше среди бедных и менее образованных (8).

Несмотря на недавно повысившуюся осведомлённость, уровень использования противозачаточных средств в Центральной Азии среди молодых людей низок. Например, в Таджикистане в 2005 г. только 9 процентов молодых замужних или состоящих в отношениях

молодых женщин в возрасте 15-19 лет прибегало к какому-либо виду современной контрацепции в противовес 50 процентам женщин в возрасте 35-49 лет (9). В связи с низкой распространённостью методов планирования семьи высокий уровень абортов среди девушек-подростков является усложняющейся проблемой (10, 11).

Политическая и законодательная основа СРЗ уязвимых групп

Стратегии, ориентированные на уязвимые группы населения, редки. Несмотря на то, что Албания, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония и Болгария подписали Декаду о интеграции рома (2005-2015 гг.), а национальные планы действий Албании и Болгарии подразумевают улучшения в службах СРЗ и повышение осведомлённости, интеграция вопросов касающихся рома в национальную политику и действия остаётся слабой в этих и других странах региона с большими группами рома меньшинств.

В Грузии действуют законы, оберегающие службы здоровья для ВПЛ благодаря гарантированному финансированию здравоохранения. Тем не менее, за исключением некоторых формальных гарантий финансирования здравоохранения, ни в Грузии, ни в Боснии и Герцеговине нет четкой политики охраны СРЗ и прав ВПЛ.

Таджикистан и Киргизстан, где существенная часть населения молодёжь с многочисленными потребностями в сфере СРЗ, не имеют отдельной политики охраны СРЗ подростков, которая выходила бы за рамки общих мер по охране детского здоровья.

Каковы основные трудности у этих уязвимых групп?

Наше исследование выявило ряд препятствий в доступе к службам СРЗ для каждой из изучаемых групп. Основными препятствиями, которые указали опрошенные представители рома общины, служат высокий уровень бедности и отсутствие подходящих механизмов финансовой защиты, что обостряется требованиями медперсонала неофициальной платы за услуги. По сути распространённость наличных расчётов в Восточной Европе (как официальных, так и неофициальных) привела к непропорциональному



Manuela Colombini



Susannah H. Mayhew



Bernd Rechel

отчуждению многих рома от системы здравоохранения, так как многие являются безработными и не имеют постоянного дохода (12). Дискриминация по отношению к рома привели к засвидетельствованному нежеланию рома обращаться в эти службы. Другими распространёнными трудностями являются географические препятствия, гендерное неравенство и плохая информация по вопросам СРЗ.

Наиболее трудно преодолимым препятствием в доступе к службам СРЗ для ВПЛ в юго-восточной Европе и на Кавказе является их крайняя нищета, усугубляемая расстоянием, которое они должны преодолеть, чтобы добраться до этих учреждений, особенно если речь идёт о лагерях для беженцев и поселениях ВПЛ с их малым числом клиник и малыми запасами медикаментов. Учитывая расстояние до ближайшей больницы, нехватка транспорта скорой помощи также является проблемой. Ещё одной проблемой в доступе к службам здравоохранения, указанной в опросе, служит отсутствие медицинского страхования. Это особенно относится к уходу за беременными и роженицами, который, как предполагается, должен быть бесплатным. Гендерное неравенство сказывается на малых познаниях в сфере СРЗ, особенно в Грузии, где преимущество в принятии решений о СРЗ на стороне мужчин, а обращение мужчин в службы СРЗ ассоциируется с общественным порицанием.

В опросе подростков в Центральной Азии порицание обращения в службы СРЗ, малая осведомлённость в вопросах СРЗ и деятельности служб СРЗ, а также финансовые барьеры, - все эти факторы были указаны как серьёзные препятствия доступа к услугам. Социальные нормы в Киргизстане и Таджикистане приписывают большую ценность девственности, в то время как ранняя сексуальная активность является табу, что затрудняет общение между молодёжью и взрослыми, а также доступ к информации и службам. Боязнь гендерного насилия, например, принуждения к раннему браку, изнасилования и похищения невесты (в Киргизстане), видимо, препятствовала обсуждению вопросов СРЗ с молодыми женщинами и их обращению в службы из-за страха, что их девственность будет подвергнута сомнению.

Выводы

Согласно нашему исследованию системы здравоохранения в указанном регионе не отвечают потребностям наиболее уязвимых групп населения в области СРЗ. Очевидна явная необходимость улучшения доступа уязвимых групп к высококачественным службам СРЗ. Это подразумевает и улучшение доступа к информации о вопросах и услугах в сфере СРЗ, контрацепции, а также службах для беременных и товарах широкого потребления связанных с СРЗ.

Улучшение финансовой защиты является ключевой проблемой. Ограниченное число медицинских услуг, покрываемых системой страхования здоровья, исключение многих уязвимых групп из этой системы и продолжающееся взимание неофициальной платы за услуги составляют список наиболее актуальных проблем в улучшении доступа к службам СРЗ в этой части Европы. Также просматривается необходимость устранения расовой дискриминации по отношению к рома, повышения осведомлённости уязвимых групп и улучшения информации, а также устранения гендерного неравенства, особенно в вопросах сексуальности молодых людей.

Manuela Colombini, BA, MSc, PhD,
Научный сотрудник,
Лондонская школа гигиены и тропической медицины,
Manuela.colombini@lshtm.ac.uk

Susannah H. Mayhew, BA, MA, PhD,
Лондонская школа гигиены и тропической медицины,
susannah.mayhew@lshtm.ac.uk

Bernd Rechel, BA, MA, PhD,
Почётный старший преподаватель,
Лондонская школа гигиены и тропической медицины,
Bernd.rechel@lshtm.ac.uk

Список литературы

1. Colombini M, Mayhew SH and Rechel B. Sexual and reproductive health needs and access to services for vulnerable groups in Eastern Europe and Central Asia. UNFPA, forthcoming.
2. Ringold D, Orenstein MA and Wilkens E. *Roma in an expanding Europe: breaking the poverty cycle*. Washington D.C, 2005.
3. Rechel B, Blackburn C, Spencer N et al. 2009. Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health* 2009; 8: 24.
4. Rechel B and McKee M. Healing the crisis: a prescription for public health action in South Eastern Europe. 2003.
5. Krumova T and Ilieva M. The Health Status of Romani women in Bulgaria. Veliko Turnovo. 2008.
6. Creel, L. *Meeting the reproductive health need of displaced people*. Population Reference Bureau, 2002.
7. Internal Displacement Monitoring Centre. *Turkey: need for continued improvement in response to protracted displacement*. Geneva: IDMC, 2009.
8. Walker G. A Review of the Population and Reproductive Health Situation in the Republic of Tajikistan. 2008.
9. UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey 2005, Tajikistan, 2005.
10. Aggleton P and Chase E. *Mapping the provision of sexual and reproductive health promotion activities for young people supported by UNFPA in Eastern Europe and Central Asia. Final Report*. UNFPA, 2009.
11. Dolejsiova D and Ohana Y. *Young people in Kyrgyzstan: their situation and needs and the prospects for youth policy development*, 2007.
12. Rechel B and McKee M. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet*, 2009; 374: 1186-95.

НЕРАВЕНСТВО В СЕКСУАЛЬНОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ РОМА В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ: ОПЫТ БЫВШЕЙ ЮГОСЛАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ МАКЕДОНИЯ

Неравенства в сексуальном и репродуктивном здоровье и женщины рома

Общее здоровья рома, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, является тревожным вопросом, требующим срочного внимания. Статус здоровья рома нельзя рассматривать отдельно от их положения в обществе. Бедность, общественное осуждение, дискриминация и социальное отчуждение являются главными социальными детерминантами, вызвавшими неравенство в доступе к службам здравоохранения и неблагоприятные последствия для здоровья в этой уязвимой группе. Взаимодействие этих факторов комплексное: низкий уровень образованности, безработица и бедность образуют порочный круг социального отчуждения, что ограничивает доступ к службам здравоохранения и негативно сказывается на общем состоянии здоровья. Тем не менее, несмотря на осознание уязвимости населения рома, данные об их здоровье ограничены и не берутся в расчёт в исследованиях на тему здоровья. В глобальном контексте женщин рома часто не рассматривают отдельно, их включают в общую группу с другими, более масштабными уязвимыми группами (1).

Такая нехватка данных никоим образом не связана с отсутствием проблем. В 2008 г. Национальный центр рома в Куманово при финансировании «Института открытого общества» в рамках проекта здоровья рома провёл опрос в четырёх городах, представляющих 23,02% всего населения бывшей югославской Республики Македония (2). Главной задачей этого исследования было определение основных препятствий для женщин рома в доступе к службам здоровья с целью разработать активности по улучшению доступности качественного здравоохранения. В опросе приняли участие 2756 рома женщин и девушек.

Основные результаты и их значение приводятся в данной статье.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование контрацепции, аборты и антенатальный уход

Как и в других исследованиях (3, 4), в ходе опроса был установлен низкий уровень использования контрацептивов, высокий уровень абортов и редкое обращение в службы СРЗ, особенно в службы антенатального ухода. Почти половина опрошенных женщин (48%) когда-либо сделали один или более абортов, 357 женщин (12,9%) – 3 или более абортов, и примерно две трети опрошенных (64,9%) регулярно не посещали услуги по антенатальному уходу. Были выявлены факторы, служащие препятствиями в доступе к службам СРЗ: 1) отсутствие соответствующих удостоверяющих личность документов, что ограничивает доступность страхования здоровья и 2) нехватка средств.

Страховые полисы, удостоверение личности и СРЗ

Согласно конституции бывшей югославской Республики Македония все люди имеют право на работу, на свободный выбор профессии, право на безопасные условия труда и материальное обеспечение, будучи временно безработными (5). Соблюдение этих прав, а также права на медицинскую помощь и права на образование, подразумевает наличие удостоверяющих личность и гражданство документов. Это требование усложняет получение медицинской страховки и доступ к службам СРЗ для тех, у кого нет таких документов. В нашем опросе 2107 женщин и девушек (76,5%) не имели паспортов, 1332 (48%) – не имели свидетельства о браке, 400 (14,5%) – не имели никакого удостоверения личности, и 281 (10%) – не имели гражданства. Отсутствие столь важных официальных документов

способствует отчуждению женщин рома от служб СРЗ и приводит к нарушению прав человека в отношении оказания помощи в области СРЗ.

Финансовые барьеры и равноправный доступ к службам СРЗ

Распад Советского Союза, последовавший переходный период и текущий экономический кризис свидетельствуют о том, что во многих бывших социалистических странах приходится иметь дело с ослабленной системой здравоохранения. В этих странах, и в бывшей югославской Республике Македония в их числе, распространена политика страхования здоровья, которое частично покрывает расходы на медицинские услуги, а остальное пациент оплачивает из своих средств. К сожалению, такой порядок наиболее негативно сказывается на уязвимых группах, таких как рома. Безработица и неграмотность являются основными проблемами женщин рома, что увеличивает их бедность, зависимость от социального обеспечения и социальное отчуждение. Высокий уровень полностью неграмотных или малообразованных женщин является важным детерминантом плохого СРЗ. Из 2756 опрошенных женщин 1779 или 69,1% утверждали, что получают социальное пособие, а две трети всех опрошенных указали нехватку средств как причину, по которой они не обращаются в службы СРЗ, в том числе в службы антенатального ухода. Зависимость от государственной социальной или другой помощи говорит о так называемом асимметричном участии этих женщин в жизни общества. Этих женщин обвиняют в том, что их траты больше, чем их собственный вклад. Учитывая каждодневную дискриминацию и маргинализацию рома семей, которая служит двигателем социального отчуждения и приводит к ограниченной трудовой занятости и увеличению бедности,



малодоступность служб СРЗ в связи с финансовыми трудностями остаётся текущей проблемой этой группы населения.

Текущая ситуация

В то время как важность этой проблемы была осознана с принятием Декады интеграции рома 2005-2015, неравенство по отношению рома продолжает оставаться вопросом, которому правительства многих стран не уделяют достаточного внимания. В принятых стратегиях улучшения общего положения рома в странах, вовлеченных в Декаду интеграции рома, не было достаточного упора на проблемы СРЗ. Этот вопрос часто не учитывался в моделях действий, подготовленных каждой страной, а многие политические меры, ориентированные на решение проблем СРЗ и здравоохранения, отвечают нуждам женщин рома только частично, основываются на весьма ограниченном бюджете или же внедряются не в полном объеме.

Пример этого служит стратегия по охране репродуктивного здоровья бывшей югославской Республики Македония разработанная в 2010 г. Эта стратегия явилась попыткой снизить неравенство в области СРЗ. Она внесла ряд законов о правах пациента, предоставлении бесплатных услуг по антенатальному уходу, бесплатном анализе мазков из шейки матки при скрининге на рак шейки матки и бесплатном проведении маммографии для женщин старше 40 лет при скрининге на рак груди. В то время как правительство утвердило эту стратегию и должно способствовать её осуществлению, оперативное осуществление такой эффективной политики оказалось затруднительным. Ограниченная осведомлённость об этой стратегии среди тех, кому она принесла бы пользу, взимание небольшой платы за услуги, неясность в отношении ролей и обязанностей в вопросах защиты прав пациентов, а также малоэффективные системы

контроля затруднили внедрение всей стратегии и напомнили нам, что переход от политики к действию является сложной задачей.

Дальнейшие действия

Решение проблемы неравенства в области СРЗ, касающейся рома в Европе, требует осознания (на политическом, программном и исследовательском уровнях) связи между социальными детерминантами здоровья и последствиями для СРЗ. Действия потребуют не только более детального исследования вопроса и данных о том, почему состояние здоровья этой группы хуже, но, что наиболее важно, участие отдельных представителей рома и всего рома сообщества в этой дискуссии. Только если рома примут активное участие в процессах, влияющих на их доступ к службам СРЗ, общество увидит прогресс в этой сфере, равно как и явное улучшение состояния их СРЗ.

Sebihana Skenderovska,
Координатор программы для
женщин в Национальном центре
рома
sskenderovska@yahoo.com

Список литературы

1. Foldes ME, Covaci A. Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges. *Int J Public Health* 2011; 5: 1-3.
2. *Prosperity and health of Romani women, path towards challenges*. Kumanovo: National Roma Centrum, 2008.
3. Krumova T, Ilieva M. *The health status of Romani women in Bulgaria*. Veliko Turnovo: Centre for Interethnic Dialogue and Tolerance "Amalipe, 2008."
4. Masseria C, Mladovsky P, Herna'ndez-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *Eur J Public Health*, 2010; 20(5): 549-554.
5. The Constitution of TFYR of Macedonia. Article 32. Available at: [http://www.sobranie.mk/en/default.asp?ItemID=9F7452BF44EE814B8DB897C1858B71FFarticle 32](http://www.sobranie.mk/en/default.asp?ItemID=9F7452BF44EE814B8DB897C1858B71FFarticle%2032)).

УМЕНЬШЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НА ПУТИ К ПРОГРАММЕ «ЗДОРОВЬЕ 2020»

Далее следует отрывок из интервью, взятого Др. Gunta Lazdane, Главным редактором Entre Nous, у Др. Agis D. Tsouros, Главы Политических и межсекторальных программ и специальных проектов регионального директора Европейского регионального бюро ВОЗ.

В.: На многих совещаниях высокого уровня Zsuzsanna Jakab, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, упоминала о новой европейской политике здравоохранения «Здоровье 2020». Не могли бы Вы рассказать нашим читателям об этой новой европейской политике ВОЗ?

О.: Новая европейская политика здравоохранения «Здоровье 2020» объединяет знания о детерминантах здоровья, наиболее успешных вмешательствах и решениях актуальных проблем общественного здоровья, силах и тенденциях в сфере здравоохранения, как в европейских странах, так и во всём мире в единую сбалансированную политическую концепцию. Она основывается на осознании того, что решения необходимо принимать, опираясь на факты, наиболее успешный опыт, умелое управление и существующие возможности. Мы надеемся, что новая концепция облегчит улучшение здоровья и увеличение благополучия в нашем регионе.

В.: В начале тысячелетия были разработаны несколько стратегий развития и приняты политики в сфере здравоохранения. Нужна ли новая стратегия здоровья?

О.: Да, Вы правы. Страны Европейского региона имеют опыт работы в сфере общественного здравоохранения. В 1980-ых Европа была единственным регионом ВОЗ,

определившим собственные задачи в рамках программы «Здоровье для всех». Европа была и остаётся инициатором и лидером в разработке новых концепций в здравоохранении и имеет огромный опыт сотрудничества с другими секторами. В регионе миссия развития политики здоровья длится уже более 30 лет. Мир каждый день меняется, и нам предстоит столкнуться с новыми вопросами и научиться мыслить по-другому. Нам нужна политика, отвечающая требованиям 21-ого века. Язык этой политики может казаться уже знакомым, но контекст уже другой.

Уже достаточно долгое время мы обсуждаем эффективные способы решения серьёзных проблем общественного здоровья, таких как неинфекционные заболевания и здоровье матери и ребёнка. В то время как общее состояние здоровья среди населения стало лучше, до сих пор наблюдается существенное неравенство, и важную роль здесь играют социальные детерминанты здоровья. В качестве примера я бы хотел указать на устаревшие методы борьбы с хроническими заболеваниями. Мы часто стараемся убедить людей сделать правильный выбор и изменить своё поведение, но нам это зачастую не удаётся. Анализ социальных детерминантов здоровья позволяет нам понять все те различные факторы, которые влияют на человека и определяют его выбор.

Неравенство пустило корни в политику практически любого общественного сектора. Некоторые говорят «Мы должны предоставлять всем равные возможности». Вопрос в том, достаточно ли этого. Мы знаем, что до сих пор достижение целей в здравоохранении происходит неравномерно. Страны Европы и всего мира сталкиваются с всё более сложными факторами, определяющими здоровье, и с существующими и новыми проблемами здоровья, которое можно рассматривать в контексте человеческих прав, общественного блага и вклада в развитие. Если мы действительно хотим решить эти

вопросы, нам следует определить причины причин неравенства в здравоохранении.

В.: Читатели нашего журнала особенно интересуются вопросами в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Включён ли этот аспект в «Здоровье 2020»?

О.: Да, конечно. Ранний этап жизни является очень важным. Мы рекомендуем делать вклад в область материнского и детского здоровья, это окупится.

В.: Многие читатели ознакомились с недавно опубликованным ВОЗ критическим анализом социальных детерминантов и различий в состоянии здоровья у населения в Европе (подробнее см. РЕСУРСЫ, стр. 30-31). Как этот документ связан с политикой «Здоровье 2020»?

О.: Европейский критический анализ социальных детерминантов и различий в состоянии здоровья был проведён для снабжения программы «Здоровье 2020» данными в поддержку нашей работе в столь разнообразном регионе. Детерминанты здоровья действительно несут межсекторный характер, и аспект неравенства рассматривается в каждой области работы концепции «Здоровье 2020» – от новорожденных до престарелых. Мы распланировали процесс разработки стратегии «Здоровье 2020» так, чтобы все программы ВОЗ могли бы использовать результаты анализа в своей сфере.

В.: Возможно ли определить, какой социальный детерминант является наиболее важным для здоровья?

О.: Европейский регион очень разнообразен. Данные о социальных детерминантах здоровья служат основанием для повышения осведомлённости и определения приоритетов при вмешательствах, направленных на устранение различий в состоянии здоровья. Например, то что в Западной Европе считается стандартом в плане поддержки на раннем этапе жизни, может не являться нормой в странах Центральной Азии, а значит, важно установить приоритеты.



Я бы хотел обратить Ваше внимание на некоторые ключевые секторы, оказывающие существенное влияние на здоровье:

- Сектор окружающей среды: у нас есть продолжительный и хорошо задокументированный опыт совместной работы;
- Образование: оно важно на протяжении всей жизни, но особенно – на раннем этапе;
- Финансовый сектор: важно тесное сотрудничество, например, в отношении налогообложения (налог на табак, алкоголь и т.д.); и
- Сектор социальной поддержки и общественного благополучия: совместные стратегии улучшения здоровья и качества жизни также важны.

Все социальные детерминанты здоровья, связанные с работой над концепцией «Здоровье 2020», вызваны социальными изменениями 21-ого века. Возьмите, к примеру, региональный и мировой финансовый кризис. Мы знаем, что он существенно повлияет на здоровье населения, но мы также должны найти способы «делать больше и лучше при меньших затратах». Для защиты и пропаганды здоровья во время финансового кризиса нужно сделать правильный выбор политики в каждом секторе.

В.: Вы упомянули разнообразие нашего региона. Как можно будет использовать «Здоровье 2020» в разных странах?

О.: «Здоровье 2020» запланировано как документ для работы ВОЗ во всём регионе. Он не является набором указаний для всех стран, но скорее основанной на фактах концепцией, которая может быть полезной, и каждая страна должна сама решить, как ею воспользоваться. Эта Европейская политика здравоохранения будет включать информацию не только о том, что нужно делать, но и как это сделать. Мы надеемся, что «Здоровье 2020» позволит вопросу здоровья стать более актуальной задачей в политическом контексте., задачей не только министерства здравоохранения, но и всего правительства.

В.: В области сексуального и репродуктивного здоровья мы часто касаемся аспекта прав человека на здоровье, включая сексуальное и репродуктивное здоровье.

Обсуждается ли аспект человеческих прав в «Здоровье 2020»?

О.: Человеческое право на здоровье лежит в основе конституции ВОЗ. Правительства несут ответственность за здоровье своего населения. Тем не менее, в этом вопросе разные страны находятся на разных этапах. «Здоровье 2020» обозначает общие принципы, ценности и задачи, но учитывает, что ответственные за принятие решений органы будут идти к своим целям разными путями.

В.: Вы упомянули, что для успешного развития стратегии «Здоровье 2020» крайне важно активное участие всех заинтересованных сторон. Расскажите нашим читателям, как они могли бы помочь обеспечить соответствие этого программного документа целям всех стран Европейского региона.

О.: Разработка «Здоровья 2020», новой европейской политики здравоохранения, является двухгодичным процессом, который начался год назад. Он является полностью коллективным во всех смыслах. Одним из главных принципов разработки этого программного документа является задействование разных секторов, уровней правительства, общественных и неправительственных организаций. Очень важно прислушаться к каждому, очень важно соучастие и вклад всех задействованных сторон.

Между прочим, с конца января по март будет проводиться письменное совещание всех стран-членов. Можно было бы воспользоваться случаем и провести дебаты о приоритетах здоровья и привлечь к нему представителей общественного здравоохранения, заинтересованных лиц из всех секторов, местные органы управления и других партнёров.

Мы надеемся положить начало движению. Окончательный вариант документа важен, но процесс его

разработки столь же значителен. Мы надеемся, что общественные организации увидят в нём отличную возможность улучшить здоровье в своих странах и за их пределами. Вскоре будет создан интерактивный веб-сайт, и вся дополнительная информация будет доступна по адресу www.euro.who.int в начале 2012 г. Я также призываю все заинтересованные стороны поискать способы расширения процесса, задействуя существующие связи.

Мир меняется. В 80-ых участие общественности было совсем другим по сравнению с настоящей ситуацией, когда можно задействовать интернет и социальные сети. Здоровье нужно понимать как неотъемлемую часть социо-экономического развития. Оно становится всё более актуальным вопросом в политике правительств. Мы призываем читателей Entre Nous принять участие в этих дебатах и удостовериться, что будут отобраны и проанализированы самые важные факты, стратегии и вмешательства, а также убедиться в том, что будет достигнуто соглашение о дальнейших действиях.



КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЕ-2020

«Европейский регион ВОЗ должен быть таким регионом, где всем людям создаются возможности, и предоставляется поддержка для полной реализации своего потенциала здоровья и достижения благополучия и где страны по отдельности, и сообща принимают меры к сокращению неравенств в отношении здоровья, как в Регионе, так и за его пределами».

ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ В РУМЫНИИ: СВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМИ ДЕТЕРМИНАНТАМИ ЗДОРОВЬЯ И НАСИЛИЕМ

Введение

Домашнее насилие является разрушающей общественное здоровье проблемой, которая остаётся и устрашающе распространённой и слишком часто воспринимается как нормальное явление в обществе (1-4). В 2003-2004 гг. Институт антропологии им. Франциска И. Райнера при Румынской академии провёл исследование «Домашнее насилие: антропологические аспекты», являвшегося частью межстранового исследования ВОЗ «Здоровье женщин и домашнее насилие» (1).

В данной статье рассматривается только один аспект исследования, а именно взаимосвязь между социальными детерминантами здоровья (социо-экономическим статусом, видами насилия и религиозными убеждениями жертв и агрессора) и домашним насилием в Румынии. Местом проведения исследования послужили четыре центра в Румынии, предоставляющих убежище и консультации жертвам насилия и сексуального принуждения. В форме структурированного анкетирования был проведён опрос 140 женщин, подвергшихся насилию. Были проведены глубинные интервью при участии 84 женщин. Полученные данные были проанализированы и проверены с применением SPSS (Статистического пакета для социальных наук) и χ^2 -квadrat.

Результаты

Социо-экономический статус жертв (Таблица 1)

Уровень образования. Было обнаружено, что женщин с минимальным образованием, подвергшихся домашнему насилию, больше (65,5%), чем женщин с более высоким уровнем образованности (при среднем образовании – 33% женщин, при университетском и выше – 1,2%). Эти результаты находятся в согласии с данными других международных исследований, которые засвидетельствовали взаимосвязь более низкого уровня образования с более высоким риском насилия (2, 3). Более образованные женщины имеют склонность к отношениям с более образованными партнёрами. Эти женщины имеют более широкий выбор партнёров, более свободны в принятии решения о замужестве и способны на большую самостоятельность в распоряжении средствами, состоя в браке.

Статус профессиональной деятельности. В нашем исследовании было обнаружено, что большинство жертв домашнего насилия безработные женщины (63,1%), а также женщины, задействованные в непрофессиональной трудовой деятельности (26,2%). 56% опрошенных безработных женщин были домашними хозяйками. Здесь сохраняется та же тенденция, что и в случае уровня образования, т.е., женщины с более высоким статусом профессиональной деятельности представляют наименьшую часть подвергшихся насилию женщин.

Уровень дохода. Основываясь на официальных данных, в нашем опросе были указаны четыре уровня дохода. Как и в случае образования и трудовой занятости наше исследование ставило ударение на взаимосвязи между неравенством (в доходе: меньшая зарплата) и насилием. Высокий процент жертв не имел дохода (34,5%) или имел низкий доход (56%) в противовес женщинам, имевшим высокий доход (0%).

Дальнейший анализ выявил явную взаимосвязь ($p < 0.05$) между профессиональным статусом жертвы, её личным доходом и общей реакцией на совершённое насилие впоследствии. В то время как большинство женщин, подвергшихся домашнему насилию, осознают произошедшее и желают расторгнуть отношения, их финансовое положение ограничивает их возможность изменить ситуацию и усиливает их ощущение незащищённости. Более высокий профессиональный статус приводит к большему финансовому вознаграждению. Таким образом, в случае насилия эти женщины находятся в лучшем положении и могут уйти от партнёра, если пожелают. К сожалению проведённые в рамках нашего исследования глубинные интервью выявили, что акты насилия со стороны партнёра были вызваны желанием женщины иметь собственный доход, что мужчины воспринимают как способ подрыва их авторитета.

Виды и распространённость насилия

Как показано в Таблице 2 наиболее распространённым видом насилия является словесное оскорбление, о котором сообщили все опрошенные в нашем исследовании женщины. Физическое насилие средней тяжести (57,14% случаев) и

психологическое насилие (50% случаев) являются следующими наиболее распространёнными видами насилия, о которых сообщили нами опрошенные женщины.

Религиозные убеждения жертв насилия и агрессоров

Согласно нашим данным 100% опрошенных респондентов (жертв и агрессоров) православные. И потерпевшие, и агрессоры в церковь ходят редко. Чуть более половины опрошенных (потерпевшие – 58,4%, агрессоры – 53,5%) посещают церковь только в случаях больших религиозных праздников или семейных торжеств. Тем не менее, из тех, кто ходит в церковь регулярно, потерпевшие это делают чаще агрессоров, как в неделю, так и в месяц ($p < 0.05$). Таким образом, только 2,4% потерпевших никогда не ходят в церковь или похожие заведения в сравнении с 40,8% агрессоров.

Изучая поведение пар, в 43% случаев было выявлено согласие партнёров в отношении частоты посещения церкви. В то же время 56,8% пар на этот счёт имели разногласия (между жертвой насилия и агрессором). Наиболее ярко выраженные различия партнёров были обнаружены у 6 пар, при этом жертва насилия ходила в церковь каждую неделю, а агрессор – никогда.

Эти различия могут быть причиной разногласий в семье, приводящих к агрессии. Возможно, агрессоры не воспринимают церковь в качестве поддержки при решении каждодневных проблем. Пострадавшие наоборот рассматривают церковь как форму поддержки и/или даже как убежище.

Выводы

Домашнее насилие является серьёзной проблемой общественного здоровья и требует постоянных законодательных и гражданских мер по предотвращению. Мы принимаем во внимание, что жертвам домашнего насилия необходимы специально отведённые места, где им была бы оказана неотложная финансовая, социальная и юридическая поддержка (будучи осведомлёнными о правах и судебном разбирательстве, они могли бы возбудить дело против агрессоров), а также помощь в трудоустройстве и поиске жилья, консультации психолога.

В семье как основной единице общества, ответственной за передачу ценностей потомкам, также должно измениться отношение к насилию.



Cornelia Rada



Suzana Turcu



Carmen A. Bucinschi

Таблица 1. Уровень образования, статус профессиональной деятельности и личный доход жертв гендерного насилия в Румынии.

Уровень образования	% (n=84)	Статус профессиональной деятельности	% (n=84)	Уровень личного дохода	% (n=84)
Высокий: Высшее образование >12 лет (университетский диплом, PhD и т.п.)	1.2	Высокий: профессионалы (интеллектуальная и научная отрасли), управляющие	1.2	Высокие доходы: Больше чем 350 евро	0
Средний: Среднее образование 10-12 лет (средняя школа, колледж, техникум)	33.3	Средний: техники, мастера	9.5	Средние доходы: 150-350 евро	4.8
Минимальный: Начальное образование <10 лет (начальное образование, профтехучилище)	65.5	Низкий: неквалифицированные рабочие, подённые рабочие	26.2	Низкие доходы: до 150 евро	56
Образование отсутствует	0	Неактивное население: безработные, пенсионеры, домохозяйки	36.1	Нет доходов	34.5
Нет ответа	0	Нет ответа	0	Нет ответа	4.7
Итого	100	Итого	100	Итого	100

Таблица 2. Распространенность отдельных видов насилия у жертв гендерного насилия в Румынии (n = 84)

Вид насилия	Никогда (%)	Изредко (%)	Часто (5)	Итого (%)
Словесное насилие (угрозы, брань)	0	7.15	92.85	100
Психологическое насилие (шантаж, унижение, изоляция, запрет на контакт с детьми, родственниками, друзьями и т.д.)	25	25	50	100
Сексуальное насилие	65.47	21.42	13.11	100
Физическое насилие средней тяжести (толкания и т.п.)	3.57	39.29	57.14	100
Тяжёлое физическое насилие (нанесение ран и телесных повреждений)	35.71	25	39.29	100
Экономическое насилие (отнятие зарплаты силой, не выделение средств на существование)	29.76	36.91	33.33	100

Каждый член семьи должен обладать навыком, который Дэниел Гоулман (Daniel Goleman) называет эмоциональным интеллектом, т.е., способностью решать проблемы в семье и вне семьи путём диалога (4). Дополнительные меры по уменьшению насилия, переходящего из поколения в поколение, должны включать повышение осведомлённости о моделях семейных отношений, повышение роли и улучшение коммуникации между матерью и ребёнком, повышение осведомлённости о проблеме насилия и его последствий для детей, напрямую или косвенно вовлечённых в насилие в семье.

Законодательные и политические меры должны концентрироваться не только на предоставлении помощи пострадавшим женщинам, но также учитывать прямую связь между насилием и социальными детерминантами здоровья, из-за которых женщины становятся уязвимыми. Цена превентивных

программ значительно меньше цены этого явления как в экономическом (медицинском и юридическом), так и социальном плане.

Cornelia Rada, PhD,
Главный научный сотрудник,
3-я степень,
Институт антропологии им.
Франциска И. Райнера,
Бухарест, Румынская академия
corneliarada@yahoo.com

Suzana Turcu, MD,
Исследователь, студент
бакалаврской программы,
Институт антропологии им.
Франциска И. Райнера,
Бухарест, Румынская академия
Suzana78m@yahoo.com

Carmen A. Bucinschi,
Младший научный сотрудник,
Институт социологии,
Бухарест, Румынская академия
carmenbucinschi@yahoo.com

Список литературы

1. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M et al. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: WHO, 2005.
2. Ansara D, Hindin M. *Perpetration of intimate partner violence by men and women in the Philippines: Prevalence and associated factors*, Abstracts of the 133rd American Public Health Association Annual Meeting & Exposition, 2005, December 10-14, Philadelphia, PA., 2005.
3. Cohen L. *Violence against Women: A Comprehensive Approach to Prevention in Families and Communities*, Abstracts of the 133rd American Public Health Association Annual Meeting & Exposition, 2005, December 10-14, Philadelphia, PA.
4. Goleman, D. *Inteligenta emotionala*, Bucuresti, Editura Curtea Veche, 2008.

ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ И АСПЕКТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫЕ С СЕВЕРО-АФРИКАНСКИМ КРИЗИСОМ

По мере того, как европейское население становится всё более разнообразным, системе здравоохранения необходимо найти вид как соответствовать этому разнообразию. Это особенно относится к проблеме мигрантов и их возрастающему влиянию на европейское население. В 2009 г. 4% всего населения Европейского Союза (ЕС) составляли граждане неевропейского происхождения. Ещё 4% были незарегистрированными мигрантами (1).

Миграция всегда рассматривалась как глобальный феномен, который в случае кризисов приводит к критическому притоку мигрантов. За последние годы в Европейском регионе ВОЗ такое случалось несколько раз. В Европе эти резкие изменения в потоках мигрантов являются результатом политической нестабильности и конфликтов. Так 90-ые годы характеризует обширная эмиграция из стран Балканского региона из-за развернувшихся там конфликтов. В южно-европейских странах недавно (2011 г.) наблюдался обильный приток мигрантов из Северной Африки, что было связано с политическими восстаниями в Египте и Тунисе, конфликтом в Ливии и нестабильностью в Сирии. В таких ситуациях система здравоохранения и общественного здоровья, службы сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) в частности, перегружены в связи с потребностями большого количества людей, прибывших за короткий промежуток времени. Например, в 1998 г. 100 000 албанцев перебрались в Италию за несколько дней, а с января по сентябрь 2011 г. примерно 52 000 человек прибыло на Лампедузу из Туниса, Ливии и стран к югу от Сахары.

Во всех этих случаях системы здравоохранения принимающих стран ЕС испытывали существенные трудности. Чтобы удовлетворить основные нужды мигрантов и соблюдать их человеческие права, требовалось предоставление основных медицинских услуг, включая услуги в области СРЗ, в большем масштабе. Тем не менее, оказание медицинской помощи незарегистрированным в Европе мигрантам остаётся проблематичным, так как на них не распространяется действие системы здравоохранения. Данные об основных эпидемиологических характеристиках этих групп мигрантов неполные, быстро меняются и несопоставимы с данными в других странах. В связи с этим удовлетворение

реальных потребностей мигрантов в секторе общественного здоровья не представляется возможным, а также способствует распространению неверных суждений, что может повлечь снижение эффективности и адекватности работы системы здравоохранения.

Мигранты могут быть не осведомлены в вопросах своих основных человеческих прав, что затрудняет работу органов с нелегальными мигрантами, жертвами торговли людьми, и просителями убежища. Во многих странах Европейского региона (включая некоторые страны ЕС) законодательные акты и нормативные документы часто служат препятствиями для мигрантов в поиске доступа к услугам здоровья и другим службам. Культурные, религиозные и языковые различия являются ещё одной проблемой в сотрудничестве медперсонала и мигрантов. Недостаточное понимание особенностей других культур и расистское отношение в учреждениях здравоохранения могут привести к неэффективной коммуникации между пациентами и медицинскими сотрудниками, создавая враждебную среду неуважения особых нужд пациентов.

Поддержка ВОЗ

Поддержка Европейского регионального бюро ВОЗ основывается на обращении к проблемам большого притока мигрантов, с которыми сталкиваются европейские страны. Это подразумевает и поддержку в укреплении национального и локального потенциала для решения проблем, связанных с общественным здравоохранением, включая СРЗ,

и аспектами здравоохранительных систем в отношении потребностей мигрантов. Недавний опыт, связанный с северо-африканским кризисом, указывает на необходимость определения лучших практических решений, обмена опытом и ведения эффективного политического диалога соответствующими заинтересованными сторонами. Также просматривается необходимость долгосрочной программы, обращённой к проблемам здоровья мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Такая программа должна соответствовать выполнению резолюции 61.17 2008 г. Всемирной ассамблеи здравоохранения (2) и проводиться согласно стратегиям общего развития общественного здравоохранения в регионе, учитывая социальные детерминанты здоровья.

Несмотря на стереотипы и предвзятость, связывающие мигрантов с болезнями, мигранты в целом являются здоровым населением. Скорее это путешествие в принимающую страну и социальное отчуждение по прибытии ставят под угрозу их физическое и душевное здоровье, что вызвано ограниченным доступом к основным службам здоровья. Слишком часто особые нужды мигрантов в отношении их здоровья остаются непонятыми, а здравоохранение не готово адекватно на них реагировать.

В апреле 2011 г. в Риме состоялась конференция министерств организованная Министерством здравоохранения Италии, Генеральным директоратом по вопросам здоровья и потребителей Европейской комиссии и Европейским региональным бюро ВОЗ, на которой был пересмотрен вопрос здоровья и миграции. В конференции участвовали



ФОТО Палаточный лагерь беженцев на Лампедузе в Италии.



Santino Severoni

министры здравоохранения, высокопоставленные чиновники с Кипра, Мальты, из Франции, Греции и Испании, а также представители агентств ООН и Европейского Союза (включая Европейский центр контроля и профилактики заболеваний (ECDC)).

Задачами конференции были: пересмотр готовности общественного здравоохранения в этих странах; определение и координация действий в здравоохранении, а также мер по охране здоровья затронутых групп населения; и предоставление основной медицинской помощи перемещённому населению и мигрантам. После конференции Европейское региональное бюро ВОЗ разработало «Римский план действий».

СРЗ и миграция

При рассмотрении вопроса здоровья мигрантов особое внимание следует уделить гендерному неравенству и соотношению гендера и власти, что часто определяет характер доступа женщин к информации и службам здоровья. У иммигрировавших женщин и детей общее состояние здоровья может быть хуже. Это относится и к худшему исходу беременности, чем у женщин в принимающем обществе. Худшее здоровье у мигрантов очевидно, даже если абстрагироваться от его взаимосвязи с бедностью этих двух групп населения. Причины худшего исхода беременности у женщин-мигрантов до конца не выяснены. Тем не менее, большие семьи, запоздалый антенатальный уход и неспособность адаптироваться к западному стилю жизни принято считать некоторыми из них. Недавно были определены социальные детерминанты здоровья и другие причины, независимые от матерей-мигрантов:

- Стресс, вызванный миграцией,
- Разрыв предыдущих общественных связей,
- Религиозные и культурные факторы, включая малую отзывчивость служб СРЗ, и
- Малая доступность помощи в сфере СРЗ и дискриминация, наблюдаемая в системе здравоохранения.

В отличие от матерей, живущих в принимающей стране матери-иммигранты из различных этнических групп могут иметь иные надежды и представления относительно здоровья и здравоохранения. Это особенно характерно для недавно прибывших иммигрантов, не имеющих поддержки успешно интегрировавшихся сообществ.

Особое внимание к проблеме СРЗ иммигрантов требуется в случаях вынужденной миграции. Здоровье беженцев и перемещённых лиц связано с широким спектром проблем СРЗ: планирование семьи, благополучие матерей, инфекции передающиеся половым путем, в т.ч. ВИЧ/СПИД, и гендерное насилие. Всё же мы должны помнить о том, что СРЗ остаётся относительно новой сферой особого внимания в общественном секторе.

Исследования говорят о том, что в отличие от коренного населения женщины-иммигранты мало обращаются за профилактическими услугами, предоставляемыми в рамках программ онкологического скрининга или в службах антенатального ухода. Высокий уровень абортс среди незападных иммигрантов указывает на трудности в доступе к профилактическим мерам в области СРЗ (3). В отличие от коренных жителей женщины-иммигранты из различных стран реже обращаются в службы охраны здоровья матери и ребенка. Касательно вакцинации в одном испанском исследовании указывается значительно меньший охват населения в случае детей-иммигрантов по сравнению с детьми коренных жителей (4).

Различия в состоянии здоровья во время беременности, в родах, неонатальном периоде и во время первого года жизни ребёнка являются тревожными показателями социального неравенства. Если у группы населения, например, мигрантов, наблюдается высокий уровень материнской смертности и заболеваемости, это говорит о том, что эта группа находится в ущемлённом положении. В недавнем систематическом обзоре литературы о мертворождении, смертности новорожденных и младенцев у мигрантов в Европе, см. Гисслер (Gissler et al.) (5) приводятся данные, что больше чем половина из 55 рассмотренных исследований, подтверждают более высокий уровень смертности у мигрантов по сравнению с основным населением.

Выводы

Миграция является актуальной проблемой как для принимающей страны, так и для самих иммигрантов. В то время как удовлетворение потребностей иммигрантов в сфере здоровья в целом требует немедленных и продолжительных действий, сфера СРЗ остаётся наиболее проблематичной. Уровень перинатальной и младенческой

смертности может варьироваться от группы к группе, от поколения к поколению. Возможно фактором, определяющим разницу в перинатальных рисках, является то, что каждая группа мигрантов сталкивается с различными препятствиями и проблемами в доступе к службам СРЗ. Несмотря на политические меры, направленные на улучшение доступа иммигрантов к службам СРЗ, в отдельных странах Европейского региона, различия в исходе беременности у женщин-иммигрантов и женщин из основного населения до сих пор существуют. Это можно объяснить неравенством в доступе к высококачественной помощи в области СРЗ, включая антенатальный уход. На уровне служб здоровья это неравенство могут снизить определённые действия: улучшение понимания медицинского персонала трудностей и потребностей мигрантов, создание руководств по антенатальному, послеродовому и неонатальному уходу, ориентированных на нужды мигрантов, а также профилактика и пропаганда СРЗ для женщин-иммигрантов.

Santino Severoni, MD, MHE,
Региональный координатор по стратегическим связям со странами,
Полномочный представитель Регионального директора по вопросам Северо-африканской чрезвычайной ситуации в Италии,
Европейское региональное бюро ВОЗ,
SEV@euro.who.int

Список литературы

1. Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
2. Sixty fifth World Health Assembly. WHA 61.17. Resolutions and Decisions. WHA 612008/REC/1. Geneva, 2008.
3. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB et al. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*, 2007; 18 (2): 144-149.
4. Borrás E, Dominguez A, Batalla J et al. Vaccination coverage in indigenous and immigrant children under 3 years of age in Catalonia. (Spain). *Vaccine*. 2007; 25:3240-3243.
5. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2009; 88 (2): 134-148.

ИЗМЕНЕНИЯ В КОНТРАЦЕПТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ: ЗА РАМКАМИ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Исходные положения

Применение противозачаточных средств зависит не только от предписаний врача. Установки контрацептивного поведения являются сложными и зависят от многих факторов, включая факторы, связанные с социальными детерминантами здоровья: возраст, динамика экономической и гендерной власти, влияющая на доступ к службам сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и сексуальная активность, предполагаемый риск беременности или инфекций

передающиеся половым путем (ИППП), а также мнения индивидуума и общества, отражающие личные, религиозные, культурные и общественные представления о фертильности, женственности, маскулинности, материнстве и романтически-эротических отношениях. Эти факторы необходимо учитывать и включить в консультации по применению противозачаточных средств для улучшения доступности и применения методов контрацепции.

Приняв это к сведению, Департамент репродуктивного здоровья Генерального директората здравоохранения Португалии разработал особый проект с целью улучшения консультирования по вопросам контрацепции. Проект ориентирован как на пользователей, так и на персонал этих служб в центрах первичной медицинской помощи вблизи Лиссабона. Проект затронул две важные темы:

- 1) изменение в поведении является ключевым фактором в улучшении

Таблица 1. Этапы изменения поведения, примеры из диалогов и практики, а также возможные целевые вмешательства

Этап	Примеры диалогов между медицинским сотрудником и пациентом: что могут говорить женщины	Возможное вмешательство
Предположение	<p>“Я не фертильна”</p> <p>“У меня нерегулярные месячные”</p> <p>“Я занимаюсь сексом только в выходные”</p> <p>“Мой партнёр в отъезде”</p> <p>“Кто-то/ один доктор мне сказал, что у меня поликистозные яичники, поэтому я не могу легко забеременеть”</p>	<p>Вмешательство должно быть ориентировано на риск, т.е., на возможность беременности даже в случае нерегулярных месячных, немногочисленных сексуальных контактов в месяц, и т.п. Необходимо обсудить пользу и положительные результаты изменений в поведении: возможность учиться и работать, не думая о том, что придётся заботиться о ребёнке, регулярные и предвидимые месячные, особенно в период разлуки с партнёром, и т.д.</p>
Размышление	<p>“Я хочу иметь ребёнка, но возможно это не лучший момент,” “Я должна родить пока позволяет возраст”</p> <p>“У меня нет времени на консультации,” “Мои родители не должны знать, что мне необходимы контрацептивы.” “Я не являюсь сексуально активной, я только иногда этим занимаюсь,”</p> <p>“Длительное использование контрацепции снижает фертильность,” “Все мои подруги растолстели, когда начали принимать таблетки.”</p>	<p>Указать и на другую сторону, взвесить «за» и «против», определить факторы препятствующие изменению: доступность служб СРЗ или отдельных способов контрацепции, влияние семьи или партнёра, выявить неправильные представления о сексуальности, фертильности, материнстве, контрацепции, месячных и т.д. Не нужно недооценивать силу городских мифов о контрацепции, особенно в случае противозачаточных таблеток.</p>
Подготовка	<p>“Я бы хотела что-то предпринять”</p> <p>“Я много раз пробовала принимать таблетки, но всегда про них забывала.”</p>	<p>Построить доверие, оказать поддержку, определить цели, назначить следующую консультацию.</p>
Действие	<p>“Я бы хотела узнать, какие варианты мне больше подходят”</p> <p>“Я бы хотела прибегнуть к контрацепции X”.</p>	<p>Обсудить методы контрацепции, их преимущества и побочные эффекты. Если пациентка отдаёт явное предпочтение определённому методу, проявить уважение к её выбору (удостовериться, что он ей хорошо знаком, и что она имеет реалистичное представление о методе и веские причины для его использования). Назначить следующую консультацию, указав на долгосрочность этого процесса, и что он требует контроля.</p>
Продолжительное применение	<p>Плюсы: Непринуждённость при сексуальных контактах, отсутствие боязни забеременеть, управление месячными, менее болезненные менструации.</p> <p>Минусы: нерегулярные месячные, аменорея, кровяные выделения.</p>	<p>Обсудить положительные и негативные аспекты в изменении метода контрацепции. Быть готовым поддержать и подчеркнуть пользу выбранного метода, пересмотреть выбор контрацепции в случае существенных негативных эффектов, не связанных с недостаточной информированностью.</p>
Прерывание контрацепции	<p>“Мои коллеги/друзья говорят, что отсутствие месячных противоестественно,” “Доктор X уверяет меня, что аменорея это плохо,” “Мой муж уехал работать за границу, он приезжает домой только в выходные,” “Я устала от кровяных выделений.”</p>	<p>Выявить причину прекращения контрацепции: почему, кто или что вызвало отказ от противозачаточных средств. Объяснить неправильность представлений, если требуется. Вместе с пациенткой определить альтернативные решения.</p>



- 2) применения контрацептивов, и такое изменение должно быть нацелено не только на пользователей; культурные, социальные или религиозные убеждения медперсонала также могут мешать полному доступу службам СРЗ и информации, и, следовательно, должны быть учтены в обучении персонала.

Вмешательство

Вблизи Лиссабона были проведены трёхчасовые совещания при участии сотрудников первичной медико-санитарной помощи (докторов, медсестёр, психологов и социальных работников). Главной задачей этого вмешательства было побудить медперсонал:

- а) осознать, что попытки улучшения контрацептивного поведения должны основываться на концептуальной модели изменения поведения, состоящей из нескольких этапов и подразумевающей вмешательство в соответствии с этапом, на котором находится женщина; и
- б) осознать и определить, какую роль играют представления, убеждения и эмоции медиков в доступе женщин и мужчин к службам СРЗ и соответствующей информации.

Во время этих совещаний была представлена модель изменения поведения Прочаса и Диклемента (Prochaska and DiClemente) (1), основанная на идентификации различных этапов и соответствующих каждому шагу вмешательств. Особый акцент был поставлен на то, что изменения поведения следует рассматривать как процесс, состоящий из нескольких этапов. Таким образом, изменение поведения может быть линейным процессом или состоять из шагов различной продолжительности, или же являться циклом. В результате поэтапное вмешательство позволяет определить, на каком этапе находится каждый человек (в данном случае - женщина) и как должен действовать медперсонал на различных этапах.

Затем было рассмотрено несколько примеров, послуживших началом дискуссий в небольших группах. Участники определили связь каждого случая с соответствующим этапом изменения поведения и предоставили правильное решение проблемы для каждого сценария. Затем прошли совместные анализ и обсуждение результатов. Особое внимание уделялось определению типов вмешательств согласно различным этапам, а также

в соответствии с проявившимися в ходе дискуссии взглядами и эмоциями профессионалов.

В Таблице 1 приводятся описания различных этапов, решений проблем и примеров из практики, приведённых во время совещаний. Например, женщины, находящиеся на подготовительном этапе и/или готовые к действию, часто изъявляют желание начать пользоваться контрацептивами и стремятся применить наилучший для них метод контрацепции, соответствующий их образу жизни, в то время как женщины, пребывающие в фазе размышления, несмотря на свою сексуальную активность, могут иметь неверные представления о фертильности, возможной беременности и ИППП и, следовательно, не считать себя подверженными риску. В то время как первое требует от медиков предоставления информации о доступных методах, а также подчёркивает важность уверенности в себе и самостоятельности в принятии решений, второе подразумевает, что медработник обращает внимание не столько на методы контрацепции, сколько на пользу изменения поведения (использование контрацептивов и избегание незапланированной беременности и ИППП).

Дополнительно во время этих совещаний было уделено внимание этапу продолжительного применения контрацепции, важность которого не всегда достаточно осознаётся. Медработникам напомнили, что поддержание мотивации может быть трудным на протяжении длительного времени, а решение индивидуума использовать противозачаточные средства не является необратимым. В последующих консультациях следует обращать внимание пациента на положительные аспекты (внутренний покой) и препятствия к поддержанию контрацептивного поведения. В случае прерывания использования контрацептивов важно понять, какие факторы влияют на такое решение индивидуума, включая его отношение к побочным эффектам. Общеизвестно, что такие побочные эффекты как аменорея и кровяные выделения могут вызвать у женщины чувство недостаточной женственности или бесплодия и привести к прекращению использования контрацептивов.

Выводы: консультирование по вопросам контрацепции – роль медицинского сотрудника

В исследованиях утверждается, что личный опыт и социо-культурные убеждения консультанта играют важную роль в определении контрацептивного

поведения пользователя (2-4). Во время консультаций медперсонал часто игнорирует отдельные аспекты СРЗ, такие как СТИ, экстренная контрацепция и сексуальное здоровье (3). Более того пол медработника также влияет на исход консультаций по вопросам контрацепции: выбор тем для консультации и отношение к пациенту может быть различным в зависимости от пола (3, 4).

Учитывая важность полученных результатов, профессионалам крайне важно повышать коммуникативные навыки в отношении сексуальности, сексуальной ориентации и активности, контрацепции, а также индивидуальных и общественных представлений о СРЗ. Путём группового анализа примеров на базе модели изменения поведения наш проект позволяет выявить мысли и предубеждения медицинского персонала, а его основные цели – улучшить коммуникацию между медперсоналом и людьми, обращающимися в службы СРЗ, а также повысить уровень использования контрацепции. Несмотря на то, что ещё рано судить о более широкой распространённости методов контрацепции, положительные отзывы со стороны пациентов и медиков в центрах первичной медико-санитарной помощи говорят о том, что эти вмешательства, учитывая социальные детерминанты здоровья, могут помочь и помогают улучшить качество противозачаточных мероприятий.

Lisa Ferreira Vicente, MD,
Глава Департамента
репродуктивного здоровья,
Генеральный директор
здравоохранения,
Португалия,
lisa.ferreiravicente@gmail.com

Список литературы

1. Prochaska J.O. and DiClemente C.C. *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy.* Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company, 1984.
2. Prochaska J.O., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 1992; 47: 1102-1114.
3. Tschudin S, Judith A, Johannes B et al. Contraceptive counseling by gynecologists – which issues are discussed and does gender play a role? *J Psychosom Obstet & Gynecol.* 2007; 28(1):13-19.
4. Bianchi-Demicheli F et al. Contraceptive counseling and social representations: a qualitative study. *Swiss Med Wkly* 2006; 136: 127-136.

ПЕРЕМЕЩЁННОЕ НАСЕЛЕНИЕ В ГРУЗИИ: ПРОГРАММЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ UNFPA

История вопроса

После обретения независимости в 1991 г. экономический кризис, вооружённые конфликты, бедность, безработица и коллапс системы поставили Грузию в проблематичное экономическое положение (1). Этот трудный переходный период негативно сказался на социальных детерминантах здоровья и общем состоянии здоровья у населения. Высокие уровни аборт, материнской и детской смертности свидетельствовали об ухудшении в состоянии сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) у населения.

Вооружённые конфликты продолжали обострять ситуацию. Установлено, что в ранние 90-ые вооружённые конфликты привели к переселению 300 000 человек, в основном из регионов Абхазии и Южной Осетии. В 2008 г. конфликт с Российской Федерацией привёл к переселению ещё 132 000 человек. С тех пор около 110 000 людей вернулись в свои дома, в то время как оставшиеся до сих пор перемещены и продолжают жить в центрах коллективного размещения или новых поселениях (2).

UNFPA и программы СРЗ для внутренне перемещённых лиц (ВПЛ)

Согласно своим полномочиям и роли в осуществлении Программы действий МКНР, UNFPA с середины 90-ых поддерживает правительство Грузии (ПГ) в улучшении СРЗ населения, предоставляя качественные медицинские услуги в области СРЗ и информацию. Социальные детерминанты здоровья учитываются при планировании, осуществлении, контроле и оценке этих программ. При анализе стратегий, используемых UNFPA и ПГ, и достигнутых результатов, становится очевидным, что учитывание фактора вынужденного перемещения как социального детерминанта последствий для СРЗ является крайне важным аспектом эффективного реагирования на кризис и посткризисную ситуацию.

В 1999 г. UNFPA при поддержке партнёров (Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения в (МТЗСО), USAID, UNHCR и CDC) включило перемещённых женщин из двух в 90-ых годах отсоединившихся регионов в первое национальное Обследование репродуктивного здоровья (ОРЗ) (3). Обследование предоставило данные о социальных аспектах и состоянии

СРЗ как основного населения, так и перемещённых групп. Оно послужило главным отправным пунктом для финансирующих организаций и правительства в оценке полезности и эффективности программ, осуществлённых до 1999 г., а также при учёте предыдущего опыта в процессе планирования.

В ОРЗ 1999 г. (3) указывается, что общий уровень искусственных абортов у внутренне перемещённых женщин (ВПЖ) ниже, чем у основного населения (3.1 в противовес 3.7), в то время как уровни использования контрацептивов у ВПЖ и основного населения были очень схожи (40.4 и 38.6). Это говорит о том, что немалые силы финансирующих организаций, брошенные на заполнение пробелов в доступе ВПЛ к услугам СРЗ, увенчались успехом.

С 2000 г. специально созданные мобильные группы направляются во все регионы Грузии, где предоставляют бесплатную высококвалифицированную помощь в области СРЗ уязвимым группам населения, уделяя особое внимание перемещённым женщинам. Помощь в сфере СРЗ включает планирование семьи (консультирование и распространение контрацептивов), антенатальный уход, проведение тестов на ВИЧ и инфекции передающиеся половым путем (ИППП) и профилактику, предоставление информации, обучения и всестороннего консультирования. Более того, UNFPA обеспечивает оборудование и снабжение поликлиник для ВПЛ, а также предоставляет интенсивный тренинг по повышению компетентности сотрудников служб СРЗ, таким образом способствуя улучшению качества оказываемой помощи.

Новый кризис

Вооружённый конфликт с Российской Федерацией в 2008 г. вызвал новый кризис в стране, что отразилось на всём населении. Конфликт привёл ко второй волне перемещения почти 132 000 людей. Женщины и девушки оказались особенно уязвимы, так как развал инфраструктуры, недостаточная доступность служб СРЗ и бедность повысили риск осложнений при беременности и родах (4). Главной задачей правительства, гражданского общества, финансирующих организаций, а также UNFPA было удовлетворение потребностей этого нового перемещённого населения и сохранение результатов, достигнутых

до кризиса. Несмотря на трудности, хорошая скоординированность и имеющийся опыт реагирования на критические ситуации оказались особенно ценными в принятии эффективных мер. При поддержке UNFPA Национальный совет по вопросам репродуктивного здоровья, действующий в Грузии с 2006 г. под руководством первой леди Грузии Сандры Э. Рулофс, обеспечил хорошую координацию активностей и привлечение ресурсов для программ СРЗ, ориентированных на ВПЛ.

Правительство Грузии быстро и эффективно отреагировало на кризис. МТЗСО обеспечило общенациональную реакцию системы здравоохранения во время кризиса. Правительство Грузии обеспечило бесплатный доступ ВПЛ к службам первичной медицинской помощи и консультациям в двух палаточных городках и более 100 центров коллективного размещения по всей стране. Медперсонал поликлиник регулярно посещал центры коллективного размещения, проводил амбулаторное лечение и предоставлял основные медикаменты в местных поликлиниках, не взывая платы. Эти усилия были дополнены услугами UNFPA в области СРЗ. Будучи надёжным партнёром с сфере СРЗ, Фонд мгновенно отреагировал на кризис и принял непосредственное участие в координации и объединении усилий более 35 организаций, включая агентства ООН, международные НПО, Грузинское правительство и гражданское общество. Как член объединений Кластеров по здравоохранению, защите, и водоснабжения, санитарии и гигиены (WASH) UNFPA постоянно управляло планами действий и держало в курсе партнёров для своевременного реагирования на нужды населения, затронутого конфликтом.

Основываясь на быстрой оценке нужд в местах эвакуации, UNFPA начало вмешательства для удовлетворения экстренной помощи и спасения жизней ВПЛ, женщинам и девушкам, в области СРЗ, используя пять мобильных команд. Эти команды состояли из квалифицированных сотрудников служб СРЗ и социальных работников, чьей задачей было предотвращение сексуального и гендерного насилия (СГН) и помочь жертвам СГН в постконфликтной ситуации. Эти мобильные группы работали в определённых местах, таких как лагеря ВПЛ и новые поселения, а также деревни и города в конфликтных



**Tamar
Khom-
suridze**



**Lela
Bakradze**



**Natalia
Zaka-
reishvili**

Таблица 1: Отдельные показатели СРЗ, Грузия, 1999-2010 (3, 6, 7)

	1999	2005	2010
Уровень фертильности (кол-во рождений на 1 женщину)	1.7	1.6	2.0
Общий уровень искусственных абортов (на 1000 женщин в год)	3.7	3.1	1.6
Уровень использования контрацептивов	41%	47%	53%

регионах. Так как риск нежелательной беременности, небезопасных родов и абортов, а также ИППП был велик, в дополнение к непосредственной помощи, оказываемой пострадавшему от конфликта населению, UNFPA обеспечило доступность товаров общего потребления, снабжения и оборудования в пунктах оказания помощи в сфере СРЗ, расположенных в затронутых регионах. В это же время UNFPA начало снабжать ВПЛ и лиц, вернувшихся к месту постоянного жительства, семейными комплектами, состоящими из самых необходимых предметов личной гигиены и одежды для молодёжи, мужчин и женщин. Высокий уровень грамотности и образованности ВПЛ позволил осуществить широкомасштабную образовательную кампанию по вопросам СРЗ, правам и СГН.

Текущая ситуация

Спустя 3 года после окончания вооружённого конфликта доступность служб СРЗ остаётся проблемой в затронутых регионах, где инфраструктура здравоохранения была уничтожена.

UNFPA в Грузии продолжает разрабатывать активности, ориентированные на удовлетворение потребностей этой наиболее уязвимой части населения.

На данный момент все ВПЛ, проживающие в центрах коллективного размещения, имеют право на государственное страхование здоровья. Государственная страховка распространяется как на ВПЛ и пострадавшее от конфликта население, так и на остальное население, относящееся к категории социально уязвимых лиц (5). В контексте совместной программы UNFPA и правительства, UNFPA оказывает помощь Грузии, обеспечивая товарами общего потребления в отношении СРЗ, включая контрацептивы. Службы СРЗ их распространяют бесплатно.

Партнёрство с USAID в этом регионе предоставило возможность привлечения ограниченных ресурсов для увеличения распространённости страховки. На данный момент 1,4 миллиона людей в Грузии являются застрахованными. Такая помощь необходима для сохранения доступа к службам СРЗ. Более того, в партнёрстве с МТЗСО и при координации Национального совета по вопросам репродуктивного здоровья UNFPA оказывает поддержку введению «минимального интегрированного пакета услуг» в министерские планы действий в чрезвычайных обстоятельствах и Национальный план реагирования спасательных служб.

Ориентированность программ СРЗ на наиболее уязвимое население, в частности на перемещённое население, послужила фундаментом для поддержания и улучшения состояния СРЗ у населения, несмотря на кризис 2008 г. и массовое перемещение. Эффективность этих программ была продемонстрирована в результатах ОРЗ в 2010 г., говорящих о снижающемся уровне детской смертности и общем уровне искусственных абортов по сравнению с повышающейся распространённостью противозачаточных средств и возрастающим общим уровнем фертильности (Таблица 1).

Выводы

Участие UNFPA в осуществлении программ СРЗ для ВПЛ привело к следующим выводам:

1. Вынужденное перемещение является важным социальным детерминантом и оказывает большое влияние на здоровье, в частности СРЗ.
2. Негативные последствия кризисных ситуаций могут быть предотвращены, если проанализированы социальные детерминанты и их влияние на СРЗ

учитывать в планах действий при чрезвычайных обстоятельствах и программах гуманитарной помощи.

3. Интеграция социальных детерминантов в быструю оценку потребностей позволяет определить наиболее уязвимые группы и разработать вмешательства, отвечающие наиболее срочным нуждам в сфере здоровья.
4. Так как бесплатный доступ к качественным службам СРЗ в регионах конфликтов до сих пор остаётся проблемой, для поддержания и улучшения здоровья у населения необходима помощь донорских организаций.

Tamar Khomasuridze, MD, PhD,
Заместитель представителя
UNFPA в Грузии

Lela Bakradze, MD, MBA,
Аналитик программы,
UNFPA, Грузия

Natalia Zakareishvili, MD, MPH,
Координатор по оценке и
мониторингу,
UNFPA, Грузия

Контактная информация:
khomasuridze@unfpa.org

Список литературы

1. *Georgia: Review of the Health Sector. Report No 29413-GE.* Washington, D. C: World Bank Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, 2004.
2. United Nations Country Team Contingency Plan Georgia, 2010; http://www.undp.org.ge/files/24_1026_807352_FP2010.pdf
3. *Georgia Reproductive Health Survey.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1999.
4. Zoidze, Akaki, Djibuti Mamuka, 2004, IDP Health Profile Review in Georgia
5. The "Law of Georgia on Internally Displaced Persons" 1996, a comprehensive law on IDPs amended on 9 June 2006.
6. *Georgia Reproductive Health Survey.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2005.
7. *Georgia Reproductive Health Survey.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010.



Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья, ВОЗ, КСДЗ, 2008.

Этот доклад, опубликованный Комиссией по социальным детерминантам здоровья, предоставляет данные о мерах по достижению равенства в здравоохранении и способствует развитию глобального движения для его достижения. Доступно на китайском, английском, французском, португальском, русском и испанском:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html



Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it - Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN), (Неравенство, несправедливость, неэффективность и нерациональность.

Гендерное неравенство в здравоохранении: почему оно есть и как это изменить – итоговый доклад, представленный Сетью распространения знаний о гендерном равенстве и равных правах для женщин) 2007.

В докладе рассматриваются 3 категории действий, направленных на уменьшение гендерного неравенства в здравоохранении. Доступно на английском:

http://www.who.int/social_determinants/publications/womenandgender/en/index.html



Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation, (Социальные детерминанты сексуального и репродуктивного здоровья: информация для будущих исследований и осуществления программ), ВОЗ, 2010.

Этот доклад освещает взаимосвязь социальных детерминантов здоровья и СРЗ и проводит обзор многообещающих программ, направленных на уменьшение неравенства в этой сфере. Доступно на английском:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/index.html



Уменьшение неравенства: Обеспечение всеобщего доступа к планированию семьи как основополагающая составляющая сексуального и репродуктивного здоровья, UNFPA, 2010.

Эта небольшая брошюра предоставляет краткую информацию о том, как снизить неравенство в доступе к службам планирования семьи и другим службам СРЗ, особенно в отношении уязвимых групп населения. Доступно на английском, французском, испанском и русском:

<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/4770>



Culture Matters. Lessons from a Legacy of Engaging Faith-based Organizations, (Роль культуры. Опыт задействования религиозных организаций), UNFPA, 2008.

В данной публикации рассматривается опыт сотрудничества с религиозными организациями в борьбе с неравенством в области СРЗ. Доступно на английском:

<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1353>



A Review of Progress in Maternal Health in Eastern Europe and Central Asia, (Обзор действий по улучшению материнского здоровья в Восточной Европе и Центральной Азии), UNFPA 2009.

В докладе представлена информация об успехах и трудностях в сфере уменьшения неравенства в охране материнского здоровья в странах. Доступно на английском:

<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/4272>



How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity, (Как системы здравоохранения могут бороться с неравенством, связанным с миграцией и этнической принадлежностью), Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Данный информационный бюллетень повествует о том, как системы здравоохранения должны улучшить качество услуг, предоставляемых иммигрантам и этническим меньшинствам, а также о необходимости учёта социальных детерминантов здоровья во многих секторах для достижения такой цели. Доступно на английском:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/socioeconomic-determinants/publications>



How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity, (Как системы здравоохранения могут ускорить достижение Целей развития тысячелетия 5 и 6, подразумевающих улучшение здоровья матери и ребёнка, путём пропаганды гендерного равенства), Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

В данном докладе приводятся основные положения для систем здравоохранения и директивных органов в Европейском регионе, ориентированные на достижение ЦРТ, в особенности относящихся к здоровью матери и ребёнка. Доступно на английском:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/socioeconomic-determinants/publications>



Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region, (Бедность, социальное отчуждение и системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ), Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

В данной публикации рассматривается связь между бедностью, социальным отчуждением и системой здравоохранения с особым акцентом на возможные ответные действия со стороны здравоохранительных систем. Доступно на английском:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/socioeconomic-determinants/publications>



Millennium Development Goals in the WHO European Region. A situation analysis at the eve of the five-year countdown (Цели развития тысячелетия в Европейском регионе ВОЗ. Анализ ситуации перед началом обратного отсчёта оставшихся пяти лет), 2010.

В этом докладе освещены успешные меры и трудности в борьбе с сохраняющимся неравенством и достижении ЦРТ. Доступно на английском:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants>



Equity, Social Determinants and Public Health Programmes, (Равенство, социальные детерминанты и программы общественного здоровья), ВОЗ, 2010.

В данной книге проводится анализ социальных детерминантов здоровья, влияющих на определённые условия для здоровья, в частности здоровья матери и ребёнка, и отдельных многообещающих вмешательств по увеличению равенства в этих областях. Доступно на английском:

www.who.int/publications

Полезные ссылки

ВОЗ, Социальные детерминанты здоровья: http://www.who.int/social_determinants/en

Действия: СДЗ (Созданная ВОЗ электронная платформа для обсуждений аспектов, связанных с социальными детерминантами здоровья): www.actionsdh.org

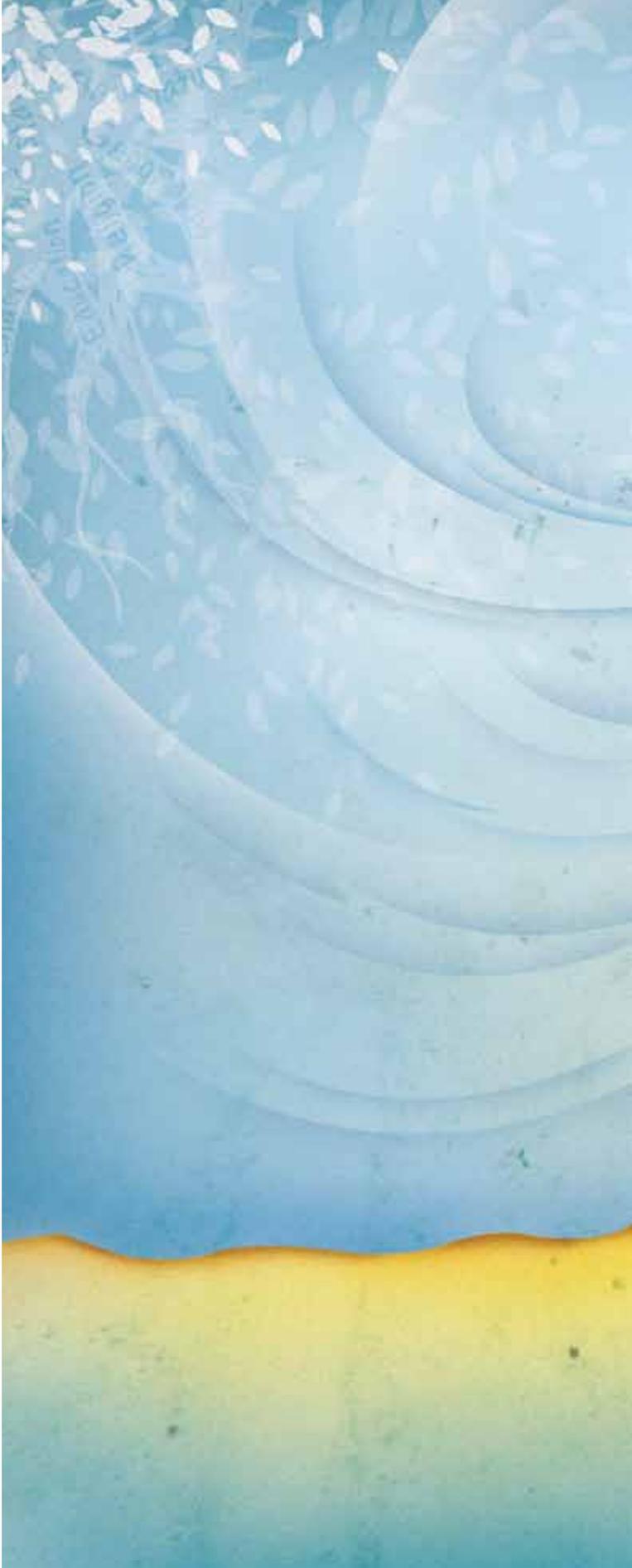
Европейское региональное бюро ВОЗ, Детерминанты здоровья: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants>

CDC: <http://www.cdc.gov/socialdeterminants/>

Entre Nous

*The European Magazine
for Sexual and Reproductive Health*

WHO Regional Office for Europe
Division of Noncommunicable Diseases
and Health Promotion
Sexual and Reproductive Health
(incl. Making Pregnancy Safer)
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tel: (+45) 3917 17 17
Fax: (+45) 3917 1818
www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous