

СТАРЕНИЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ



Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

No.77 - 2013



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe



Entre Nous издаётся:

Отделом неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья
Сексуальное и репродуктивное здоровье (вкл. здоровье матери и новорожденных)
Европейское региональное бюро ВОЗ
Scherfigsvej 8
DK 2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tel: (+45) 3917 17 17
Fax: (+45) 3917 18 18
www.euro.who.int/entrenous

Главный редактор

Dr Gunta Lazdane

Редактор

Dr Lisa Avery

Помощник редактора

Jane Persson

МакетKailow Creative, Denmark.
www.kailow.dk**Печать**

RGH Baltic, Rounborg Grafiske Hus

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Региональным бюро по Восточной Европе и Центральной Азии, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной Организации Здравоохранения, Копенгаген, Дания. В настоящее время тираж журнала составляет: 3000 экз. на английском, 2000 экз. на испанском и 1500 экз. на русском языках.

Entre Nous выпускается:

На русском языке Европейским региональным бюро ВОЗ, Rigas, RGH Baltic, Rounborg Grafiske Hus;

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

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

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

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

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться по вышеуказанному адресу к Dr Gunta Lazdane, Отдел неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья. Сексуальное и репродуктивное здоровье. Заказывать 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

Фотография на обложке: POLFOTO**Редакционная статья**

John Beard

3

Перспективы здорового старения в Европе: Стратегия и план действия ВОЗ

Manfred Huber

4

Общие тенденции в сексуальном здоровье как показатель здорового старения

Alison Wood, Ross Runciman u Kevan R Wylie

8

Старение в контексте сексуально-репродуктивного здоровья и прав человека

Elke Thoss

10

Слишком старые чтобы любить?

Tina Kiær u Jane Persson

12

Влияние выписываемых лекарств на сексуальное здоровье пожилых людей

Ross Runciman, Kevan R Wylie u Alison Wood

16

Личная жизнь и права пожилых людей, находящихся на лечении

Nena Georgantzi

18

Предотвращение жестокого обращения с пожилыми людьми в Европейском регионе ВОЗ

Francesco Mitis u Dinesh Sethi

20

Текущие проблемы населения старше 50, связанные с сексуально-трансмиссивными инфекциями (СТИ), включая ВИЧ/СПИД, в Европейском регионе ВОЗ

Ivana Bozicevic u Martin Christopher Donoghoe

22

Небезопасный секс в возрасте 50 лет и старше

Manjula Lusti-Narasimhan, John Beard u Marleen Temmerman

24

Только для взрослых – понимание сексуальности и личной жизни людей старше 55

Nuno Nodin u Nuno Margalha

26

Сексуальная функция у стареющих женщин

Giedre Jonusiene, Virginija Adomaitiene, Rosita Aniulienė, Ruta Jolanta Nadisauskiene u Birute Zilaitiene

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, Копенгаген

Dr Evert Ketting

Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen, Кафедра общественного здоровья, Нидерланды

Prof Ruta Nadisauskiene

Заведующий Кафедрой акушерства и гинекологии, Литовский университет наук здоровья, Каунас, Литва

Ms Vicky Claeys

Региональный директор, Международная ассоциация планирования семьи, Европейская сеть, Брюссель

Dr Manjula Lusti-Narasimhan

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

Dr Rita Columbia

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

Dr Mihai Horga

Старший советник Восточноевропейский институт репродуктивного здоровья, Румыния



Прошедший 2012 год был напряженным как для руководства программы здорового старения, так и для заинтересованных сторон, и широкой общественности в Европе. Этот год ознаменовался обширной деятельностью по критической оценке политики здорового старения и разработке стратегий на будущее. В мировом контексте 2012 г. был годом 10-летней годовщины Мадридского международного плана действий по вопросам старения, которая была отмечена в сентябре в Вене на Европейской конференции Комиссии по экономическому развитию ООН.

7 апреля 2012 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отметила Всемирный день здоровья, темой которого было «Старение и здоровье» и лозунгом – «Хорошее здоровье прибавляет жизнь к годам». Мероприятия и кампании, проводимые на протяжении этого года, были сфокусированы на том, как хорошее здоровье на протяжении всей жизни может помочь пожилым мужчинам и женщинам вести полноценную, продуктивную жизнь, и оставаться опорой для своих партнёров, семей и сообществ.

Сегодня увеличение количества пожилого населения наблюдается во всех странах мира. Необходимо отметить, что в Европе самый высокий средний возраст населения. Такое возрастное изменение общества приносит как трудности, так и перспективы. Это также было ключевым заявлением Европейской комиссии в 2012 году – активное старение и солидарность поколений.

Люди сегодня живут дольше, многие из них обладают хорошим здоровьем и остаются энергичными, самостоятельными и общественно активными вплоть до преклонных лет. Данные из некоторых стран указывают на то, что эта тенденция имеет место в совокупности с качественным и количественным улучшением сексуальной жизни пожилых людей. Тем не менее, проблему здорового старения характеризует существенное и растущее неравенство: многие люди уже в среднем возрасте страдают от инфекционных заболеваний, что может привести к множеству хронических состояний в пожилом возрасте. В дополнение, среди сексуально активных пожилых людей растёт число инфекций передающихся половым путём. Чем эти тенденции чреватые для

сексуального здоровья пожилых людей? К примеру, растёт ли продолжительность сексуально активной жизни вместе с общей продолжительностью жизни, и каковы её детерминанты? Эти вопросы привлекают всё больше внимания медицинских работников и всего общества, что также медленно сказывается на изменении представления о роли сексуального здоровья в вопросе активного и здорового старения. Согласно ВОЗ сексуальное здоровье «это состояние физического, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью. Для этого необходимы позитивный и уважительный подход к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможность иметь доставляющий удовольствие и безопасный секс, свободный от принуждения, дискриминации и насилия. Для достижения и поддержания сексуального здоровья необходимо, чтобы сексуальные права всех людей уважались, защищались, и чтобы была возможность их осуществления». На данный момент, мы не обладаем полными знаниями о том, насколько хорошо медицинские и социальные работники подготовлены к оказанию всей необходимой помощи пожилым людям в отношении потребностей и прав в сфере сексуального здоровья. В статьях данного выпуска *Entre Nous* обсуждается широкий спектр аспектов старения и сексуального здоровья, от специфических медицинских проблем до более широких тенденций в изменении представлений в обществе, согласно которым во многих странах сексуальность и сексуальное здоровье рассматриваются как неотъемлемая часть, если не центральный индикатор, здоровья, благополучия и социальной активности в пожилом возрасте. Это происходит несмотря на традиционные семейные рамки или проживания в домах для престарелых. Осознание этого очень важно для разрушения негативных стереотипов и барьеров, препятствующих соучастию пожилых людей и во многих случаях приводит к их маргинализации

Сексуальное здоровье является личным вопросом во всех возрастных группах. Пожилые люди могут сталкиваться с большими трудностями в поиске и запросах достоверной информации, обращении за советом или помощью, а также в защите своих сексуальных прав. Например, даже в таком обществе, где пожилые люди готовы обсуждать своё сексуальное здоровье с практикующими

врачами, последние могут счесть, что в этом нет необходимости. Возможно, нам удастся объяснить, почему эти вопросы открыто не обсуждаются, а службы в некоторых странах Европейского региона, возможно, предоставляют неадекватную, недостаточную и недружественную помощь.

В недавнем выпуске этого журнала исследовалась взаимосвязь сексуального (и репродуктивного) здоровья и инфекционных заболеваний, бремя которых большей частью лежит на плечах пожилой группы населения. Было показано, как взаимосвязаны эти две проблемы и какие существуют общие факторы риска как для сексуального здоровья так и для инфекционных заболеваний. В связи с этим резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения «об укреплении политики в области инфекционных заболеваний для содействия активному старению», принятая в 2012 г., является крайне важной и обладает потенциалом для содействия дальнейшим положительным тенденциям в области сексуального здоровья пожилых групп населения.

Исследование потребностей и прав пожилых лиц в отношении сексуального здоровья действительно сложная задача для политики здравоохранения, требующая сотрудничества между службами здравоохранения и социальными службами и более широкое межсекторное сотрудничество. «Здоровье 2020», новая европейская политика по вопросам здоровья, поддерживающая действия на уровне всего правительства и общества и направленная на достижение более высокого уровня здоровья и благополучия, служит общей основой для действий. Эти же принципы лежат в основе Европейской стратегии и плана действий в поддержку здорового старения в Европе.

Данный выпуск *Entre Nous* является дополнением к дискуссии о здоровом старении. Я надеюсь, что он расширит наше представление о том, как увеличение продолжительности жизни может преобразоваться в улучшении уровня здоровья и благополучия пожилых групп населения, включая более интимные аспекты активного старения, такие как сексуальное здоровье и благополучие.

John Beard, MD,
Директор,
Департамент по вопросам
старения и жизненного цикла,
Штаб-квартира ВОЗ, Женева

ПЕРСПЕКТИВЫ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ В ЕВРОПЕ: СТРАТЕГИЯ И ПЛАН ДЕЙСТВИЯ ВОЗ

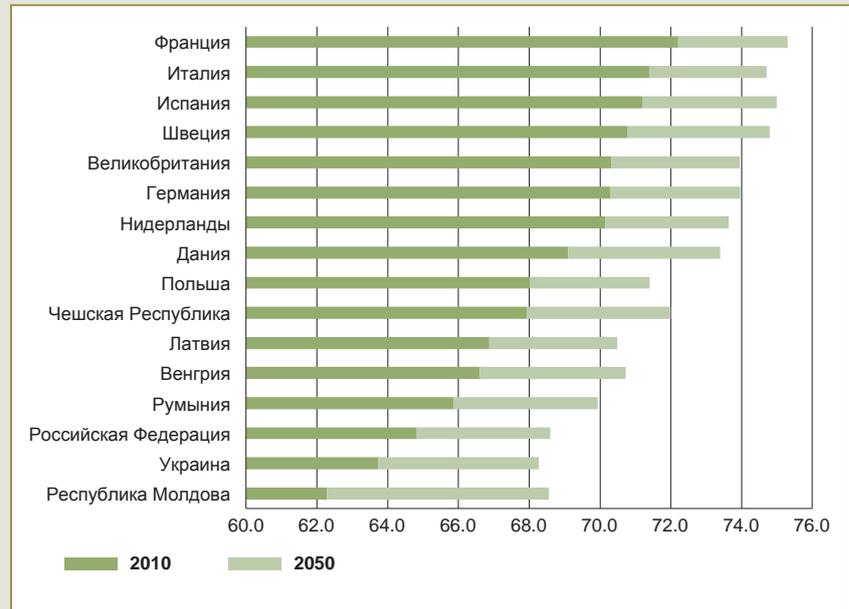
В 2012 г. концепция «Здоровье 2020» была одобрена 53 государствами, членами Европейского региона ВОЗ. Концепция «Здоровье 2020» - это основа новой Европейской политики в поддержку мероприятий государств и всего общества для улучшения здоровья и благополучия. Эта концепция рассматривает сексуальное здоровье как неотъемлемый аспект здоровья и благополучия в течение всей жизни. Улучшенное сексуальное здоровье в действительности может использоваться как один из индикаторов положительных тенденций для здоровья, способствующих достижению главной цели «Здоровья 2020»: «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека» (1).

В это же время были утверждены Стратегия и план действия в поддержку здорового старения в Европе, 2012-2020 гг. Их целью является решение особых проблем стареющего населения, чтобы добиться увеличения продолжительности жизни и улучшения здоровья пожилых

Текстовое окно 1.

“ Концептуальное видение, лежащее в основе этой стратегии и плана действий – это Европейский регион ВОЗ, в котором учитываются интересы и создаются благоприятные условия для пожилых людей, где старение рассматривается как возможность, а не как бремя для общества. Это – Регион, где пожилые люди могут сохранять свое здоровье, функциональные возможности и поддерживать благополучие, живя достойной жизнью, не сталкиваясь с дискриминацией, имея надлежащие финансовые средства и живя в поддерживающей среде, которая помогает им чувствовать себя в безопасности. Это – Регион, где пожилые люди могут быть активными, обладать правами и возможностями и участвовать в жизни общества, а также иметь доступ к надлежащим высококачественным услугам здравоохранения и социальной поддержки. Создание в Европейском регионе условий, благоприятных для жизни пожилых людей, позволит людям достичь пожилого возраста, имея лучшие показатели здоровья, и продолжать вести активный образ жизни в различных его формах, включая трудовую деятельность по найму и добровольную работу. (2).”

Рис. 1. Возраст, при котором предстоящая ожидаемая продолжительность жизни составляет 15 лет, 2010 и 2050 гг.



людей для обеспечения им активной, самостоятельной и полноценной жизни даже в преклонном возрасте. Как и концепция «Здоровье 2020», так и стратегический план действий в поддержку здорового старения были разработаны в процессе коллективного сотрудничества всех государств, членов ВОЗ и большого количества заинтересованных организаций. Видение стратегии и плана действий в поддержку здорового старения является одним из важных составных в достижении общих целей «Здоровья 2020» (см. Текстовое окно 1).

В данной статье предоставляется обзор Стратегии ВОЗ и плана действий в поддержку здорового старения, и приводятся способы их применения как основ для исследования взаимосвязей между старением и сексуальным здоровьем. Многие из этих взаимосвязей описаны более подробно в отдельных статьях данного выпуска *Entre Nous*.

Характер старения в Европе

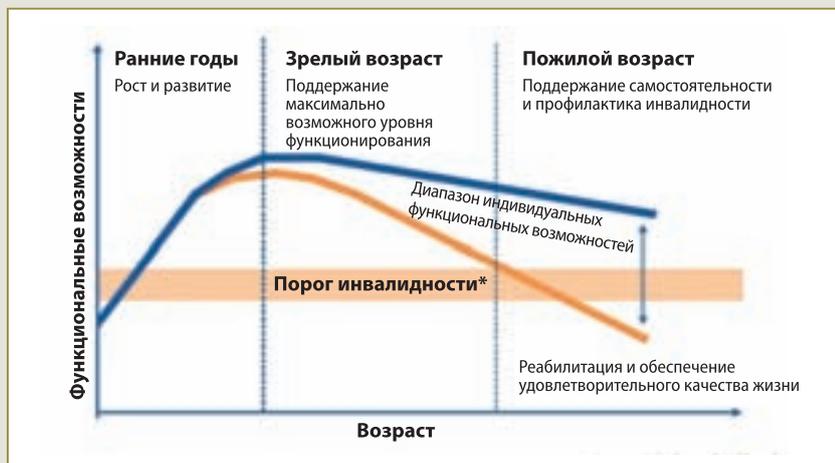
Средний возраст населения в Европейском регионе ВОЗ является самым высоким в мире и продолжает стремительно увеличиваться. Многие граждане данного региона имеют самую высокую продолжительность жизни: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 53 странах Европейского региона составляет 72 года у мужчин и около 80 лет у женщин. Тем не менее, расхождения между

долголетием и состоянием здоровья в преклонном возрасте продолжают расти. Прогнозируется, что в период с 2010 по 2050 гг. доля жителей 65 лет и старше удвоится, и ни одна возрастная группа не будет увеличиваться быстрее, чем группа людей 80 лет и старше.

В совокупности со снижающимися показателями фертильности и роста населения во многих странах, повышение средней продолжительности жизни приведёт к более высокому коэффициенту демографической зависимости. В то время как в 2010 г. в Европейском регионе ВОЗ средний коэффициент зависимости составлял почти 26 человек 65 лет и старше на 100 трудоспособных, к 2050 году предвидится его удвоение примерно до 52. 65 лет как статическая точка отсчёта установлена, не принимая во внимание разницу в продолжительности жизни между странами и её рост, а также без учёта растущего числа людей старше этого возраста, продолжающих вести активную общественную жизнь, поддерживающих свои семьи и участвующих в общественной деятельности своих сообществ в качестве добровольцев. Поэтому были предложены другие возрастные пределы и индикаторы здорового и активного старения. Одним из примеров, демонстрирующих огромные различия в продолжительности жизни и динамике народонаселения в Европе, является отношение числа людей определённого возраста, ожидающих прожить ещё



Рис. 2. Функциональные возможности на протяжении жизни (4).



15 лет, к числу людей в возрасте от 20 лет до этого определённого возраста. Этот возрастной предел повышается с течением времени и колеблется в существенных пределах между странами (см. рис. 1) (3). Средний коэффициент зависимости будут расти значительно медленнее и могут наблюдаться разные тенденции, если за возрастной предел брать возраст, в котором ожидается прожить в среднем ещё 15 лет.

Поддержание здоровья и активного образа жизни пожилого населения в большей мере стало ключевым фактором для устойчивости здравоохранения в будущем и общественной политики в Европе. Неблагоприятные финансовые ситуации, затронувшие многие страны, подчёркивают срочность осуществления политики в поддержку здорового старения.

«Здоровое старение» - краткое обозначение более широкого понятия здорового и активного старения. ВОЗ определяет активную старость как процесс оптимизации возможностей для здоровья, безопасности и участия с целью улучшения качества жизни пожилых людей. Активная старость в равной мере относится как к отдельным лицам, так и к группам населения. Предоставление достаточной защиты, безопасности и необходимой помощи позволяет пожилым людям осознать своё физическое, общественное и психическое благополучие на протяжении всей жизни и принимать участие в жизни общества в соответствии со своими потребностями, желаниями и возможностями (4).

Ранние мероприятия по содействию активному образу жизни, могут снизить долю пожилых людей с инвалидностью, как показано на рис. 2 (4).

Обеспечение большего числа людей активной и здоровой жизнью в пожилом возрасте требует инвестиций в широкий спектр мероприятий. Стратегический план действий ВОЗ в поддержку здорового старения в Европе описывает, как интегрированная политика здравоохранения может отреагировать на быстрое старение в Европе и обозначает следующие четыре стратегически приоритетные области.

Здоровое старение на протяжении всей жизни

Борьба с эпидемией неинфекционных заболеваний на протяжении всей жизни является общепризнанным ключевым фактором последующего улучшения здоровья в пожилом возрасте. Неинфекционные заболевания служат причиной потери большей части здоровых лет жизни у людей в возрасте 65 лет и старше. Таким образом, состояние здоровье и уровень активности отдельного человека в пожилом возрасте зависят от жизненных обстоятельств и его деятельности в течение всей жизни. Тем не менее, в сфере охраны здоровья и предотвращения заболеваний можно добиться большего, в частности – для пожилого населения, чей доступ к профилактике и реабилитации может быть затруднён. Особого внимания требует поддержание психического здоровья и благополучия группы самого старшего населения.

Благоприятная среда

В создании благоприятной и дружественной среды для людей пожилого возраста огромную надежду дает растущая сеть городов и сообществ,

сотрудничающих между собой и с ВОЗ. Благоприятная среда также является объектом внимания Европейского регионального бюро ВОЗ, что отражается в развитии Европейского инновационного партнёрства по активному и здоровому старению, начало которому положили дискуссии вокруг Европейского года активного старения и солидарности поколений (5).

Системы здравоохранения и длительного ухода, приспособленные к нуждам стареющего населения

Третьей проблемой является создание систем здравоохранения, соответствующих нуждам стареющего населения. Как на разных уровнях медицинской и социальной помощи можно улучшить руководство и оказание услуг для обеспечения более полноценной помощи людям с функциональными ограничениями и с множеством хронических заболеваний? Долевое участие в оплате расходов за медицинскую помощь для многих пожилых людей в Европе слишком дорогостоящее, а государственное финансирование длительного ухода очень различно от государства к государству. Объективные данные говорят о том, что всё больше людей ожидает лучшего доступа к высококачественной медицинской и социальной помощи, включая государственную поддержку неформального ухода, осуществляемого членами семьи, друзьями и другими добровольцами.

Укрепление доказательной базы данных и исследований

Европейское региональное бюро ВОЗ также старается совершенствовать научное обоснование политики с целью способствования обмену информацией и заполнения пробелов в сопоставляемых данных. Обмен знаниями будет продолжать играть ключевую роль в Европейском регионе, в котором много примеров хорошей практики по здоровому старению, в частности – на местном уровне. Как было отмечено несколькими авторами данного выпуска Entre Nous, необходимо проведение дополнительных исследований, в особенности для восполнения пробелов в знаниях о тенденциях сексуального здоровья пожилых людей и мероприятиях, необходимых для удовлетворения нужд в сфере сексуального здоровья.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ В ЕВРОПЕ: СТРАТЕГИЯ И ПЛАН ДЕЙСТВИЯ ВОЗ

Пять приоритетных вмешательств

В рамках этих четырёх стратегически приоритетных областей Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает на рассмотрение приоритетные и вспомогательные действия по достижению измеримых результатов в ограниченные сроки. Эти действия отобраны с учётом ряда критериев. Они дают ответы на вопросы, часто задаваемые политиками, которые ищут совета в форме конкретных стратегических рекомендаций, нежели исчерпывающего списка действий. Какие вмешательства продемонстрировали способность быстро достичь положительных результатов? Являются ли они политически осуществимыми? Можно ли добиться прогресса в относительно короткий срок (в несколько лет) и измерим ли этот прогресс?

В рамках стратегии и плана действий по здоровому старению, ВОЗ работает со странами на различных уровнях государственных структур для разработки и осуществления пяти приоритетных мероприятий:

- предотвращение падений пожилых людей,
- пропаганды физической активности,
- вакцинация пожилых людей от гриппа и профилактика инфекционных заболеваний в лечебных заведениях,
- государственная поддержка неформального ухода за больными с акцентом на домашнем уходе, включая самопомощь,
- увеличение потенциала медицинских и социальных работников в гериатрии и геронтологии.

Эти приоритетные мероприятия дополняются вспомогательными мероприятиями, связывающие здоровое старение с более широким социальным контекстом:

- предотвращение социальной изоляции и социального отчуждения,
- предупреждение плохого обращения с пожилыми людьми, и
- улучшения качества ухода за пожилыми людьми, включая лечение деменции и паллиативное лечение пациентов, находящихся на длительном лечении.

На рис.3 показаны приоритетные и вспомогательные мероприятия в соответствии с 4 стратегическими областями действий.

Рис. 3. План действий согласно стратегически приоритетным областям



Предотвращение падений пожилых людей

Риск падений с возрастом постоянно увеличивается. Падения ежегодно случаются у около 30% людей старше 65 лет и 50% людей старше 80 лет. Пожилые женщины более уязвимы, чем пожилые мужчины, так как у них, как правило, меньше мышечной силы и выше вероятность развития остеопороза. Травмы по причине падения в преклонном возрасте часто несут тяжёлый характер. После получения травмы пожилые люди более предрасположены к длительному ухудшению здоровья и более длительной госпитализации, а также к фатальным осложнениям. Травмы по причине падений (в основном переломы бедра) приводят к существенным затратам стационарного лечения и реабилитационных вмешательств.

Неблагоприятные условия окружающей среды становятся причинами от 25% до 50% случаев всех падений. Мышечная слабость, нарушения походки и потеря равновесия, а также предыдущие падения и прием большого количества определенных медицинских препаратов являются другими факторами, влияющими на частоту падений среди пожилых людей. Есть убедительные основания полагать, что большинство падений предотвратимы. Некоторые превентивные меры оказались эффективными с финансовой точки зрения. Есть примеры того, как стратегии предотвращения падений могут быть применены в различных учреждениях при поддержке общественной политики.

Пропаганда физической активности

Физическая активность является одной из оптимальных предпосылок здорового старения. Регулярная умеренная физическая нагрузка способствует умственному, физическому и социальному благополучию, а также помогает предотвратить болезни и инвалидность. Люди в хорошей физической форме по достижении преклонного возраста чаще и дольше остаются здоровыми. Физическая активность полезна для пожилых людей не только для профилактики заболеваний, но для снижения риска травм, улучшения психического здоровья и памяти, а также укрепления социальной активности. Кроме того, установлена взаимосвязь физической активности и лучшего сексуального здоровья (6).

Недостаточная физическая активность и её последствия, такие как ожирение и повышенный риск травм у пожилых людей, стали растущей проблемой общественного здоровья. На данный момент существенная доля населения в Европейском регионе, а в некоторых странах – более половины жителей, физически неактивны, и наблюдается тенденция снижения физической активности с возрастом.

На сегодняшний день во многих странах существует необходимость изменения ситуации с низкой физической активностью людей, включая людей пожилого возраста. Причины снижающейся физической активности у пожилых людей различны и зависят от окружающей обстановки, которая показывает иногда необходимость специализированных мероприятий

по повышению в общественной осведомлённости, улучшению планирования городов, транспортных сообщений, финансирования системы здравоохранения, общественного благосостояния и др.

Вакцинация пожилых людей от гриппа и профилактика инфекционных заболеваний в лечебных учреждениях

Грипп – острая вирусная инфекция дыхательных путей, легко передающаяся от человека человеку. Вирусы гриппа распространяются по всему миру, вызывая ежегодные эпидемии в Европейском регионе ВОЗ в зимние месяцы. Несмотря на то, что это обычно лёгкое и самоизлечивающееся заболевание, пожилые люди особенно уязвимы к развитию тяжёлой его формы, что может привести к длительному и дорогостоящему лечению и реабилитации. Во время сезонных эпидемий 90% смертей, вызванных гриппом, приходится на людей в возрасте 65 лет и старше.

В 2003 г. Всемирная ассамблея здравоохранения рекомендовала увеличить долю привитых от гриппа пожилых людей по крайней мере до 75% к 2010 г. Эта рекомендация была повторно заявлена в Резолюции Ассамблеи ВОЗ в 2005 г. Некоторые страны Европейского региона ВОЗ добились ощутимых успехов в увеличении доли пожилых людей привитых от гриппа, но в большинстве государств эта доля остаётся значительно ниже намеченной к 2010 г. цели ВОЗ.

В дополнение, есть чёткие данные о вспышках гриппа, связанных с заболеванием персонала медицинских учреждений и домов престарелых. Поэтому крайне важно обеспечить вакцинацию сотрудников в этих учреждениях.

Государственная и общественная поддержка неформального ухода за больными с акцентом на домашнем уходе

По мере старения населения в Европейском регионе растёт число пожилых людей с функциональными ограничениями, нуждающихся в ежедневной поддержке. В будущем потребность такой поддержки увеличиться в связи с ростом распространённости деменции. Во всех европейских странах наибольшая помощь (в плане часов) оказывается на дому (по большей мере женщинами). Это свойственно даже странам с хорошо развитым сектором государственной поддержки

престарелых людей. Государственная поддержка неформального ухода является одной из наиболее важных мер общественной политики в контексте дальнейшей устойчивости социальной и медицинской помощи стареющему населению.

Такая помощь обычно необходима для людей с множественными расстройствами, и она требует соответствующей комбинации неотложной помощи, реабилитационных мероприятий, лечения хронических заболеваний и деменции, социальной помощи, и паллиативной терапии. Там, где эти услуги доступны, они зачастую несут фрагментарный характер и могут быть непоправимо дорогостоящими.

Большинство людей с хроническими заболеваниями или потребностью в социальной помощи и уходе, в каком-либо специализированном учреждении предпочитают находиться дома, оставаясь самостоятельными как можно дольше. Доступ к надлежащему уходу на дому может снизить необходимость в неотложной помощи в больницах или других лечебных заведениях. Уход на дому также общепризнан наиболее эффективным в улучшении качества жизни.

Отсутствие государственной поддержки, может привести к ситуации, что уход за родственником или другом ассоциируется с риском ухудшения финансового состояния и потери рабочего места для тех, кто осуществляет уход. Недостаточная поддержка может также негативно сказаться на отношениях лица, осуществляющего уход, и пожилого человека и может привести к психическим расстройствам или другим проблемам со здоровьем, социальной изоляции обеих сторон или жестокому обращению к престарелым.

Увеличение знаний и навыков медицинских и социальных работников в гериатрии и геронтологии

За последние 20 лет многие страны Европейского региона ВОЗ добились существенных успехов в гериатрическом образовании. Гериатрия стала признанной специальностью в медицинских вузах, в обучении бакалавров и магистров, а также в непрерывном обучении медицинского персонала на различных уровнях. Хотя прогресс в регионе и не является равномерным, опросы, проведённые в 47 странах, указывают на общий рост числа заведующих кафедрами гериатрии на 40%, а число бакалаврских и магистерских программ обучения возросло на 23% и 19% соответственно (7).

Растущее число людей крайне преклонного возраста в Европейском регионе делает актуальным необходимость дальнейшего укрепления национального и субнационального потенциала в сферах гериатрии и геронтологии и создания более прочного профиля гериатрического обучения, включая междисциплинарное обучение. Главными трудностями по-прежнему остаются: с одной стороны, недостаточные знания и навыки врачей общего профиля и других медицинских сотрудников по вопросам гериатрии, а с другой стороны – нехватка педагогов - специалистов в гериатрии.

Существующие данные указывают на проблему доступности помощи и низком качестве услуг, в т.ч. в решение проблем сексуального здоровья пожилых людей. Повышение компетентности медицинских работников по вопросам сексуального здоровья пожилых пациентов могло бы стать одной из целей улучшенной программы медицинского образования (6, 8).

Manfred Huber,
Руководитель программы
здоровое старение, инвалидность
и длительный уход,
Европейское региональное бюро ВОЗ,
mhu@euro.who.int

¹Данная статья является редакционной и изменённой версией документа «Стратегии и приоритетные вмешательства по обеспечению здорового старения» (ВОЗ, 2012)

Список литературы

1. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
2. *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
3. *World population prospects, the 2010 revision.* New York: United Nations, Department of Economics and Social Affairs, 2010.
4. *Active ageing. A policy framework.* Geneva: WHO, 2012.
5. *Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.* Brussels: European Commission, 2011.
6. Wylie K, Wood A and Abbasi Y. *Challenges of sexual health of the elderly in Europe.* *Entre Nous*, No.72, 2011.
7. Michel JP et al. *Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine.* *J Amer Geriatr Soc.* 2008, 56:1536–1542.
8. Wood A, Runciman R and K.R Wylie. *Trends in sexual health: an indicator for healthy ageing.* *Entre Nous* No.77, 2012.

ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ В СЕКСУАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ: ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СЕКСУАЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ?

Введение

В последнее время сексуальность пожилых людей является областью новых исследований. Развиваются исследования сексуальности пожилых людей, благодаря которым уже четко определен комплекс взаимодействующих факторов, влияющих на сексуальную функцию у людей в пожилом возрасте. Исследования пожилой группы населения в основном проводятся в рамках определенной страны или в рамках определённых аспектов. Поэтому мы не исключили данные, полученные за пределами Европы, в тех случаях, когда они были уместны.

Общие тенденции

Продолжительное исследование сексуальной активности 2783 мужчин старше 75, проживающих в Перте, Австралия, и предоставивших данные об их сексуальной активности в 2008 и 2009 гг., выявило, что 40% мужчин в возрасте от 75 до 79 были сексуально активными в течении года (1). Сексуально активными были 27% мужчин в возрасте 80-84 лет; 19% - в возрасте от 85 до 89 лет и 11% - в возрасте от 90 до 95 лет (1).

Согласно результатам национального исследования в США (при участии 1455 мужчин и 1550 женщин в возрасте от 57 до 85 лет) сексуальные проблемы у пожилых людей не являются неизбежным последствием старости, а скорее реакцией на стресс, присутствующего во многих областях повседневной жизни (2). Сексуальное здоровье у женщин оказалось более чувствительным к их физическому здоровью, чем у мужчин. Механизм, связывающим стресс с сексуальными проблемами, по-видимому, является слабое психическое здоровье и неудовлетворённость отношениями между партнерами. Врачи, лечащие пожилых пациентов с сексуальными проблемами, должны принимать во внимание как состояние физического, так и психосоциального здоровья, включая аспект интимных отношений (2).

Особый интерес вызывает исследование, проводившееся Бекманом и др. в течение четырёх десятилетий в Гётеборге, Швеция (3). Исследование предоставившее данные о сексуальной жизни 946 женщин и 560 мужчин в возрасте 70 лет, показало, что за последние 30 лет улучшилось количество и качество сексуальных отношений у жителей

в возрасте 70 лет. Авторы опросили семидесятилетних мужчин и женщин из разных слоёв общества в Гётеборге в четыре этапа в период с 1971 по 2001 гг. Таким образом, у исследователей была возможность досконально изучить само заполняемые анкеты за период в 30 лет и проанализировать общие тенденции в отношении и поведении. Данные за последние 30 лет указывают на рост сексуальной активности среди лиц в возрасте 70. Доля женатых мужчин, вступающих в половую связь, возросла с 52% до 68%, а доля замужних женщин, имеющих сексуальный контакт, – с 38% до 56%. Также наблюдается явный рост доли неженатых мужчин, вступающих в половые отношения, с 30% до 54%, и, доли незамужних женщин, с 0,8% до 12% (3). Эта тенденция, по-видимому, демонстрирует улучшение половой жизни у людей 70 лет с течением времени. Женщины и мужчины из более поздней возрастной когорты реже жаловались на сексуальные дисфункции и демонстрировали более положительное отношение к сексуальности в пожилом возрасте, а также большую удовлетворённость собственной сексуальностью. За 30 лет доля опрошенных, вступающих в половой контакт, по крайней мере раз в неделю почти утроилась. Зафиксирован рост с 10% до 31% среди мужчин и с 9% до 26% среди женщин. Авторы исследования пришли к заключению, что «большинство пожилых людей расценивают сексуальную активность и связанные с ней чувства как естественную сторону жизни в пожилом возрасте. Следовательно, изучая вопрос пожилого населения, важно учитывать аспект сексуальности» (3).

Корона и др. (4) использовали данные Европейского исследования старения мужчин, основанного на изучении возрастных изменений в сексуальном здоровье в восьми случайно отобранных европейских городах восьми разных стран Европы. Был проведён опрос мужчин (общее количество 3369) в возрасте от 40 до 70 лет о их общем состоянии здоровья, депрессии и её симптомах, симптомах заболеваний предстательной железы и мочевых путей, а также о их сексуальном здоровье. Опрос проходил в форме нескольких часто используемых анкет. Среди респондентов более 50% указали на наличие одного (или более) распространённого заболевания или состояния здоровья, которое, возможно, негативно сказывалось на их сексуальном здоровье, например,

высокое артериальное давление (29%), ожирение (24%) и заболевания сердца (16%). Тридцать процентов мужчин этой же смешанной группы жаловались на эректильную дисфункцию, а 70% опрошенных старшей возрастной группы (70 лет и старше) сообщили о трудностях с эрекцией. Тем не менее, для всей группы было характерно наличие сексуальных отношений; 49% респондентов имели по крайней мере один половой контакт в неделю. 75% сообщили о наличии мыслей о сексе в течение предыдущих четырёх недель, у 58% был петтинг, а 28% сообщили о мастурбации в этот период (4). Следовательно, было очевидно, что сексуальное здоровье для этих мужчин было важно, и сексуальная активность являлась распространённым для них феноменом. Были определены две следующие тенденции. Во-первых, частота случаев эректильной дисфункции росла пропорционально возрасту и сопутствующим заболеваниям. Во-вторых, было установлено, что и общее, и сексуальное здоровье было хуже в странах на стадии с более низкими доходами и низким уровнем жизни. Таким образом, это географически широкое исследование с большим числом участников описало состояние сексуального здоровья мужчин в Европе.

Несмотря на то, что исследование Кедде и др. (5) не имеет исключительного отношения к пожилому возрасту, оно всё же относится к делу, так как посвящено наиболее характерным проблемам со здоровьем, среди пожилых людей. Нидерландская группа ученых в своём исследовании опросила 341 респондентов и попыталась выяснить, каким образом люди с хроническими заболеваниями или инвалидностью ищут помощи в вопросах их половой жизни. Среди опрошенных 40% желали получить профессиональную помощь в решении проблем сексуальных отношений или проблем связанных с их сексуальностью. Стоит отметить, что в поисках помощи только 35% обращались к медицинским сотрудникам, и только треть активно ищущих помощи, положительно оценили консультации медперсонала (5). Сексуальная неудовлетворённость служила самым распространённой причиной участия в психосексуальной терапии. Кедде и др. установили, что участники их исследования предпочитали традиционные источники информации, например, врачей-специалистов и медсестёр по сравнению с веб-сайтами



Alison Wood



Ross Runciman



Kevan R Wylie

и интернет форумами. Тем не менее, наибольшим препятствием для этих людей, ищущих профессионального совета, было сочетание чувств стыда и тревоги наряду с отсутствием представления о том, как искать соответствующего медицинского сотрудника, и со страхом быть непринятными. Участники исследования были особенно встревожены тем, что медицинские работники, возможно, не смогут им помочь. Более того, колебание самого медперсонала по поводу начала дискуссий на эту тему с пациентами было также определено как фактор, препятствующий поиску помощи. Как следствие, авторы исследования ещё раз подчеркивают важность повышения осведомлённости людей о службах по оказанию помощи при наличии проблем с сексуальным здоровьем, а также обучения медицинских студентов аспектам сексуальности пациентов.

Хинхлифф и Готт (6) изучали конкретные причины, из за которых пожилые люди, как правило, избегают медицинской помощи при решении сексуальных проблем. Они провели полный обзор исследований, относящихся к людям пятидесяти лет и старше, испытывавших трудности сексуального характера. Наиболее распространённые мнения, выявленные качественными исследованиями, следующие: сексуальные трудности являются нормой жизни в пожилом возрасте; сексуальные трудности не вызывают существенных страданий; сексуальные трудности могут не нести серьёзного характера и разрешится сами собой в течение времени (6). Некоторые, напротив, рассматривали сексуальные трудности в их возрасте как необратимые. Другие полагали, что трудности сексуального характера не входят в рамки медицинской области и, следовательно, не рассматриваются как предмет для обсуждения с врачом. Обнаруженные психосоциальные барьеры включают смущение во время разговоров на тему секса с медицинским сотрудником противоположного пола или младшего возраста. В качественных исследованиях также указывается, что некоторые респонденты боялись, что врач может испытывать дискомфорт от сексуальной тематики, а врач младшего возраста может воспринять интерес пожилых людей к сексу двусмысленно.

Также была изучена литература об отношении врачей и было установлено, что врачи ведут дискуссии о сексуальной функции с более молодыми пациентами чаще, чем с пожилыми. Некоторые исследования показали, что врачам не хватает уверенности, когда пожилые пациенты к ним обращаются за диагнозом и лечением в случаях проблем сексуального здоровья. Это может быть причиной, почему врачи избегают дискуссий на тему сексуальных расстройств с пожилыми пациентами или несоответствующей реакции медперсонала на запрашиваемую помощь. Обучение медперсонала было подчёркнуто как область, нуждающаяся в изменениях. Как пишут авторы: «Если доктор не задаёт вопросов, а пациент молчит, очевидны определённые последствия для сексуального благополучия» (6).

Выводы

Сексуальная активность в период старости медленно перестаёт быть запретной темой для отдельных лиц, медицинских сотрудников, исследователей и средств массовой информации. Исследования указывают на достоверный рост сексуальной активности и улучшение сексуального здоровья. В Европе вероятны различия в общих тенденциях в зависимости от культурных и религиозных традиций. Всё ещё есть нерешённые вопросы. Необходимо провести работу по улучшению осведомлённости о доступной пожилому населению помощи в вопросах сексуального здоровья. Медицинскому персоналу необходимо достаточное обучение, чтобы не отпугивать пожилых пациентов, а стать восприимчивыми к их сексуальным проблемам, которые зачастую проявляются в довольно сложном контексте хронических соматических заболеваний и необоснованном назначении большого количества лекарственных препаратов. Исследования текущей сексуальной активности пожилых людей принесут пользу для их здоровья в целом и могут способствовать будущему финансированию служб, так как сексуальность всё чаще рассматривается как неотъемлемый аспект здорового старения.

Alison Wood, BSc (Hons), MBChB, MRCPsych,
Врач-практикант, 5 уровень подготовки специалистов психиатрии пожилого возраста, Шеффилдское управление здравоохранением и социальной помощью, Шеффилд, Великобритания, alison.wood@shsc.nhs.uk

Ross Runciman, BA (Hons), MBChB,
Подготовительный год докторантуры, Ротерхамская больница, Ротерхам, Великобритания, ross.runciman@live.co.uk

Kevan R Wylie, MD, FRCP, FRCPPsych, FRCOG,
Консультант по сексуальной медицине, Клиника Портербрука, Отделение урологии, Халламширская Королевская больница, Шеффилд, Великобритания, k.r.wylie@sheffield.ac.uk

Список литературы

1. Hyde Z et al. Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2010; 153 (11): 693-702.
2. Laumann E et al. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age. *J Sex Med.* 2008; 5(10): 2300–2311
3. Beckman N et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: a cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ.* 2008; 337(7662): 151-154.
4. Corona G et al. Age related changes in general and sexual health in middle-aged and older men results from the European male ageing study (EMAS). *J Sex Med.* 2009; 6 (57): 1743-6095.
5. Hinchliff S, Gott M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. *J Sex Research.* 2011;48:2-3,1 06-117
6. Kedde H et al. Sexual Health Problems and Associated Help-Seeking Behavior of People With Physical Disabilities and Chronic Diseases. *J Sex & Marital Therapy.* 2012;38:63-78.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Во всём мире, как в развитых, так и в развивающихся странах, население стремительно стареет, что оказывает существенное влияние на сексуальное и репродуктивное здоровье населения (СРЗ) и права человека. На данный момент мировое население составляет 7 миллиардов человек, из которых 900 миллионов – люди старше 60 лет. По подсчётам к 2050 г. это число возрастёт до 2,5 миллиардов (1).

В области СРЗ старение до сих пор не было приоритетной проблемой. Это обосновывается тем, что старение часто рассматривается как процесс, в большей мере связанный с проблемами, недостатками и табу, а не расширению и удовольствию и переменами, т.е., как изолированный период жизни, нежели часть жизненного цикла. Таким образом, в отношении старения внимание до сих пор уделялось только медицинскому уходу и лечению, а не расширению и укреплению возможностей людей.

В начале неправительственные организации (НПО), работающие в сфере СРЗ, такие как *Pro Familia*, немецкий филиал Международной федерации планирования семьи (IPPF), среагировали на недостаточность сексуального образования в семье и школах, и, как следствие, сконцентрировали внимание на молодом населении, в особенности на детях и подростках. Тем не менее, службы планирования семьи и консультирования по вопросам сексуального здоровья не могут избежать демографических изменений, происходящих в обществе. В поисках информации и совета, люди приходят в эти организации, ожидая получить спектр услуг, разработанных с учётом их конкретных обстоятельств.

В 70-ых и 80-ых годах развитие служб, соответствовавших нуждам стареющих лиц, в основном осуществлялось методом проб и ошибок. Менопауза была главным аспектом для консультационных служб сексуального здоровья, но проблема женской сексуальности по мере старения рассматривалась очень узко, и только на конкретном этапе старения. Менопауза считалась началом старости. Так же как *Pro Familia*, многие другие пытались организовать службу консультирования людей по вопросам сексуальности во второй половине жизни, с целью отмены табу на сексуальность в пожилые годы и оказания поддержки пожилым женщинам (и мужчинам) в праве на ведение полноценной половой жизни. Тем не менее, недостаточность

стратегического планирования привела к развитию отдельных высококомпетентных консультационных центров по вопросам сексуальности и старения, а не широкой сети постоянных служб сексуального здоровья для женщин и мужчин 50 лет и старше.

Без сомнения, Программа действий, одобренная в 1994 г. в Каире на Конференции ООН по вопросам населения и развитию, оказала существенное влияние на организации планирования семьи в контексте проблемы старения и СРЗ. Как следствие конференции в Каире Международная федерация планирования семьи предложила Хартию Международной Федерации Планирования Семьи (IPPF) о сексуальных и репродуктивных правах, принятую всеми членами федерации. Параграф 3.3.2 Хартии гласит: «Все лица имеют право на равный доступ к образованию и информации, обеспечивающим их здоровье и благополучие, включая доступ к информации, консультациям и службам, связанным с их сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами, независимо от расовой принадлежности, цвета кожи, возраста, языка, пола, сексуальной ориентации, семейного положения, социального статуса, национального или социального происхождения, религиозных, политических или каких-либо других убеждений, уровня доходов, наличия собственности, сословного или другого положения» (2).

Смена видения, имевшая место в Каире, в пользу приоритетности прав человека побудила *Pro Familia* разработать новую шестилетнюю программу, ориентированную на проблему старения и сексуальности. По сути дела, к пяти существующим стратегическим приоритетным направлениям Международной федерации планирования семьи *Pro Familia* добавило шестое направление – старение. Более того, Декларация IPPF о сексуальных правах точно определяет и подробно описывает институциональное обязательство о соблюдении прав пожилых людей на сексуальное здоровье и сексуальное благополучие. Новый, трёхэтапный курс обучения «Возраст и сексуальность» был предложен как часть этой программы.

В дополнение к этому достижению был расширен спектр услуг, предоставляемых *Pro Familia* пожилым людям. Теперь в него входят: консультации по вопросам сексуальности, консультации для

семейных пар, обсуждение проблемы менопаузы в группе, групповые дискуссии на определённые темы, организация мероприятий в поддержку нужд и пожеланий пожилых людей, а также групповые занятия гимнастикой. Особенно востребованы телефонные консультации по вопросам любовных и сексуальных отношений. Члены семей и сотрудники здравоохранения также обращаются в эту службу. В дополнение, *Pro Familia* в сотрудничестве с санаториями и домами престарелых, а также университетами прикладных наук, на протяжении многих лет принимает участие в обучении медперсонала в рамках проблематики сексуальности и старения.

Долгосрочные обязательства и приобретённые знания

Учитывая длительный опыт *Pro Familia* в решении вопросов сексуальности и старения, какой эффект и какие знания были получены?

- ▶ Во-первых, необходима приверженность организаций. Институциональные обязательства, изложенные в резолюциях, стратегических планах и конкретных программах, и обязывают организации брать на себя ответственность и исполнять ее, что обеспечивает соблюдение правил как внутри организации, так и вне её.
- ▶ Во-вторых, каждый пожилой человек имеет право на сексуальное здоровье и благополучие. Тем не менее, предоставление услуг в этой области в достаточной мере станет затруднительным, поскольку численность стареющих людей продолжает расти. Необходимо искать альтернативы для решения финансовых ограничений для оказания новых услуг. Акцент на обучение сотрудников является эффективной стратегией решения проблемы оказания услуг, но это не заменит услуги как таковые.
- ▶ В-третьих, не следует препятствовать отдельным инициативам, поскольку обеспечение предоставления услуг на национальном уровне потребует длительного времени. Эти инициативы могут в будущем преобразоваться в экспертно-консультационные центры по вопросам сексуальности и старения. Они смогут поделиться своими знаниями и опытом с теми учреждениями, которые начнут



- ▶ работу в этой сфере позднее.
- ▶ В-четвёртых, нельзя исключать проблему взаимоотношения гендера и возраста. Как утверждает Роберт Больц, бывший консультант *Pro Familia* в Мюнхене: «*Моё предположение, которое наверняка подтвердится в результате анализа, состоит в том, что консультанты должны быть не слишком молодыми, если им предстоит работать с пожилыми людьми. В конце концов, кто захочет обсуждать свои отношения и сексуальные проблемы со специалистом того же возраста, что и их дети, или даже внуки? Следовательно, я уверен, что в команды экспертов необходимо включать пожилых коллег, и конечно же, как мужского, так и женского пола.*»
- ▶ В-пятых, недоброжелательное отношение, стереотипы, табу, дискриминация и неравенство в здоровье по отношению к пожилым людям будут продолжаться существовать. Однако, если запреты и недостатки принимать как должное, мы никогда не сможем понять потенциал, различия и изменения в жизни пожилых людей.

В перспективе

По мере продвижения к цели в области старения, СРЗ и прав человека важно осознать изменения и значительность роли, которую в них играет пожилое население. Сегодняшнее поколение людей в возрасте 50 и старше сильно отличается. К примеру:

- Их жизненный опыт формировался под влиянием новых общественных движений, сексуальной революции, появления противозачаточных таблеток и либерализации закона об абортгах. Международный эксперт по вопросам старения Александре Калехе убеждён, что эта новая возрастная когорта обладает ощутимым потенциалом изменений: «*Люди, родившиеся во время демографического бума, изменили каждый аспект жизни, с которым они имели дело, и выход на пенсию не является исключением. Этот контингент людей более здоров и лучше образован. Поколение бэби-бума более активно и имеет больший доступ к информации*» (3).
- Исследование «*Европейский пациент будущего*» подтверждает,

- что пациенты чаще желают более достоверной информации и в большем объёме, больше свободы выбора в здравоохранении и большего участия общественности в отношении медицинских вмешательств и лечения (4).
- Исследование «*50+. Как молодые старики производят переворот в обществе*» выявило, что период жизни, не определяемый как старость, непрерывно удлиняется, а видимые различия возрастных ролей постоянно выравниваются. Результаты исследования также ставят под сомнение превалирующее убеждение о запретности темы сексуальности в позднем возрасте. «*Секс играет удивительно важную и разнообразную роль в жизни людей старше 50: более 80% мужчин и 60% женщин вступают в половые контакты*» (5).

Изменения, описанные выше, служат важными показателями существенных улучшений в развитии политики и услуг стареющего населения. Ключевыми словами в данном случае являются решительность, самостоятельность и соучастие. Готовы ли НПО, работающие в сфере СРЗ, удовлетворить потребности пожилых людей? Способны ли они адаптировать свои системы к этим потребностям? Чтобы это было возможно, необходимо уделить более пристальное внимание потенциалу пожилых людей и расширению их возможностей. Нам следует быть более изобретательными. Интернет обладает великолепными возможностями новых способов коммуникации, консультирования и обмена информацией, что способно привести к большей самостоятельности и большему самоуправлению пожилых людей. Это также повышает доступность для тех людей, чей доступ к общественному транспорту затруднён. Дополнительным приоритетом в удовлетворении потребностей стареющего населения является поддержание самостоятельности при одновременном предотвращении инвалидности. Поэтому НПО, работающие в сфере СРЗ, должны вести более интенсивную деятельность в этом направлении и намечать новое сотрудничество с врачами, диетологами и другими специалистами. Также необходима независимая качественная информация о вопросе СРЗ и прав человека. До сих пор службы

информации о здоровье и сексуальности пожилых людей имели чрезмерную склонность ориентироваться на определённые товары и медикаменты. Независимая информация о сексуальном здоровье и старении может быть предоставлена через интернет неправительственными организациями, специализирующимися в области СРЗ и прав человека.

Участие общественности так же важно для «новых стариков», как и для других возрастных групп. По сравнению со своими предшественниками «новые старики» лучше образованы, а также более открыты для экспериментов и обсуждений таких противоречивых проблем как сексуальность и различные образы сексуальной жизни. Именно за такие способности, опыт и открытый ум НПО, работающие в сфере СРЗ, должны бороться в контексте сексуальных и репродуктивных прав человека. «Новые старики» могут послужить связующим звеном не только для поколений, но и для оппозиционных сил в политической среде и НПО, работающих в области СРЗ. В заключение, необходимо освоить понятие старения от её стереотипного восприятия как определённого жизненного этапа. Проблема старения касается всех возрастных групп. Старение – это процесс, имеющий разные значения в различные периоды жизни. В итоге, если мы начнём рассматривать старение как процесс, оно утратит свой негативный образ, и будет способствовать развитию соответствующих программ и политики.

Elke Thoss,

Социолог, Консультант по вопросам СРЗ и прав человека, Бывший исполнительный директор *Pro Familia*, немецкого филиала Международной федерации планирования семьи

Список литературы:

1. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. London: IPPF, 2003.
2. Coulter A, Magee H. *The European Patient of the Future*. Maidenhead: Open University Press, 2003.
3. Otten D. Die 50+ Studie (The 50+ Study). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2008.

СЛИШКОМ СТАРЫЕ ЧТОБЫ ЛЮБИТЬ?

ИНТЕРВЬЮ С ДВУМЯ АВТОРАМИ КНИГ НА ТЕМУ СТАРЕНИЯ И СЕКСУАЛЬНОСТИ

Этой осенью в Дании поднялся настоящий ажиотаж вокруг статей и публикаций, посвящённых теме старения и сексуальности. Данная статья основана на интервью с двумя авторами книг, отражающих различные подходы к этому вопросу. Дитте Тролле написала книгу "Sex efter 50" (Секс после 50), в которой центральной проблемой является любовь, тело и культура в возрасте старше 50. Эта книга основана на фактах исследований и опыте автора как гинеколога с примерами бесед с мужчинами и женщинами старше 50.

Фотограф Мария Фонфара опубликовала фотокнигу "Elsk hele livet" (Любовь на всю жизнь) с 24 описаниями того, как сексуальность может быть важным аспектом жизни даже после 70 лет. Эта книга представляет собой уникальный экскурс в интимную жизнь пожилого поколения и снимает табу, связанные с темой секса у пожилых людей. «Пришло время изменить наше понимание о старении. Мы должны осознать, что сексуальность не является прерогативой молодых», - утверждает Гунта Лаздане, руководитель программы сексуального и репродуктивного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ.

Дитте Тролле, д-р мед. наук, автор книги «Секс после 50», Старший консультант Клиники лечения доброкачественных гинекологических заболеваний, Отделение акушерства и гинекологии, Университетская больница г. Орхус, Скейби, Дания

Причины выбора темы

На протяжении своей работы в сфере акушерства и гинекологии автор провела много лекций и семинаров для врачей общего профиля на тему старения и сексуальности, а также собрала большое количество данных. Участники семинаров призывали её написать книгу на эту тему. Кроме того, в возрасте 62 лет Дитте Тролле сама оказалась в целевой группе и осознала, что данная тема имеет отношение к её собственной жизни.

Целью книги стало описание того, что происходит с нашей сексуальностью в старости. Дискуссии на эту тему редко являются достоянием общности, так как тема «секс» в большей мере принадлежит молодёжи. Задачей автора было также описать жизнь пожилых людей, равно как и роль сексуальности в их жизни. Книга не была задумана как монография о сексуальности пожилых людей. Тем не менее, она даёт представление о восприятии сексуальности пожилыми людьми и её роли в их жизни.

Какой была реакция на вашу книгу после публикации?

Молодёжь и пожилые люди отреагировали очень по-разному. В целом, молодые люди не особенно прониклись потребностью обсуждения этой темы; в частности, они не были заинтересованы теми проблемами и трудностями со здоровьем, которые естественно проявляются с возрастом. Пожилые читатели, напротив, высоко оценили тот факт, что в книге открыто освещаются актуальные для них вопросы, и что они не одиноки в преодолении своих трудностей. Автор надеется, что именно откровенность поможет снять клеймо позора с некоторых из этих вопросов.

Важным является и то, что книга имеет научное обоснование, а не опирается на мифы или ажиотаж в средствах массовой информации (СМИ). К примеру, СМИ уже длительное время культивируют утверждение, что секс способствует здоровью, а активная

половая жизнь служит залогом здоровья. Данное утверждение не является научно доказанным; тем не менее, многие в это верят. Людям, не имеющим партнёра, важно осознать, что это не является угрозой их здоровью.

Что происходит, когда общество игнорирует проблему сексуальности пожилого населения?

Так как в отношении этой темы многие пожилые люди сдержаны и скрытны, важно, чтобы система здравоохранения и социальной помощи отнеслась к этой проблеме со всей серьёзностью и открыла возможность для диалога, а пожилой человек уже сам решит, имеет это к нему отношение или нет.

Больше времени для секса?

Проводя беседы, Дитте Тролле была удивлена тем, насколько разной может быть половая жизнь у пожилых людей, и насколько изобретательны пожилые люди в выражении своей сексуальности в случаях наличия физических ограничений, вызванных возрастом.

Частота сексуальных контактов также была поразительной, колеблясь от частых половых контактов несколько раз в неделю до ни одного. Важным фактором, позволяющим оставаться сексуально активными, служит тот факт, что пожилые люди располагают временем и подвержены меньшему стрессу, чем молодые люди с маленькими детьми, карьерой и наполненной стрессом жизнью, и, следовательно, могут рассматривать сексуальную жизнь как приоритет. В целом, опрашиваемые указывали на общее снижение спонтанной страсти или полового влечения с возрастом, но в случаях активности сексуальное удовлетворение было таким же или даже больше, чем в более раннем возрасте.

В книге также описываются культурные различия, и рассказывается о том, что в некоторых культурах секс главным образом всё ещё ассоциируется с воспроизводством. В некоторых странах женщины перестают быть сексуально активными в возрасте 40 лет, в то время как в других странах сексуальная активность рассматривается как важный элемент всей жизни.



Tina
Kiær



Jane
Persson

**Мария Фонфара, фотограф
и автор книги “Elsk hele livet”
(Любовь на всю жизнь)**

Причины выбора темы

Я была удивлена, что во многих опросах статистические данные о сексуальности прерывались на возрасте 70 лет, т.е., люди старше 70 вообще не фигурировали в опросах, которые я видела. Тогда я начала присматриваться к фотографиям пожилых людей и обнаружила, что достойных фотографий пожилых дядей в романтических ситуациях почти не существует. Единственные фотографии, которые я могла найти, имели депрессивный характер и были связаны с тематикой здравоохранения и домов престарелых.

Как вы нашли своих моделей?

Я хотела, чтобы мои модели представляли обычных пожилых людей, не вдаваясь в крайности, так что я нашла своих моделей в основном через интернет. Некоторых нашла через сайты знакомств, некоторых – задействовав собственные связи.

Те, кто отказывались участвовать, поясняли, что это здорово, что я за это взялась, но им не хватало смелости предать свою личную жизнь огласке.



СЛИШКОМ СТАРЫЕ ЧТОБЫ ЛЮБИТЬ?

ИНТЕРВЬЮ С ДВУМЯ АВТОРАМИ КНИГ НА ТЕМУ СТАРЕНИЯ И СЕКСУАЛЬНОСТИ

Как вы смогли добиться такой открытости от своих моделей?

В конце, я чувствовала, что оказалась в привилегированном положении, поскольку 24 человека, включая и пары, и одиноких людей, открыли мне не только двери своих домов, но и самую сокровенную часть своей жизни.

Из этих моделей, которых я по большей мере нашла через сайты знакомств в интернете, женщины оказались более открытыми, и меня удивило, что именно многие одинокие женщины, а не мужчины, искали более молодых партнёров. Также некоторые женщины не искали постоянных отношений, и имели нескольких любовников. Они объясняли это как результат того, что более 40 лет своей жизни провели в заботах о детях и моногамных отношениях, а в более позднем возрасте они желают свободнее выражать свою сексуальность и потребности. Также изумительно было познакомиться с парами, проведшими вместе долгую жизнь, и открыто обсуждающими свою старость, совместно принимая и переживая перемены. К примеру, Эстер (87 лет) и Альфред (91 год) встретились, когда им было 17 и 21, и провели замечательную жизнь вместе.

Была ли у фотомоделей какая-либо тревога по поводу участия?

Если участники и тревожились, то только по поводу реакции своих детей и внуков. К счастью, все участники сообщили о положительных отзывах их семей после публикации книги.

Какова была реакция общественности?

В дискуссиях, разгоревшихся вокруг книги, имело место признание, что многие люди нуждаются в поддержании близости и интимной жизни и в позднем возрасте, и секс может играть немаловажную роль. Достаточно интересно и то, что критика в основном исходила от пожилых людей, а не от молодого поколения. Я преподаю в народном университете (общеобразовательном высшем учебном заведении для взрослых), и реакция более молодых людей весьма положительная, в духе: «Я надеюсь, что в старости буду похож на них...».



Те немногие пожилые люди, которые отозвались отрицательно, выразили мнение, что это очень личная тема, которая не подлежит огласке.

Каковы ваши личные впечатления от публикации книги?

Это был жизнеутверждающий опыт и возможность узнать о любви и интимных отношениях от сильных духом и уверенных в себе людей, вызвавшихся добровольцами для работы фотомоделями. Эта книга обеспечила мне более чёткое представление и более глубокое понимание того, что значит становиться старым.

Эта книга в первую очередь о человеческой любви, о решении вопросов старения и принятии изменений в своём теле. Она также об уважении личного пространства каждого, о том, как оставаться вместе в течение долгих лет, и, наконец, о поиске новых партнёров после потери любимых. Книга научила меня, что даже после

смерти любви всей жизни некоторые пожилые люди могут обрести новых возлюбленных.

Я надеюсь, что данная книга устранил некоторые табу, связанные с вопросом старости и сексуальности.

Tina Kiær,

Сотрудник по вопросам коммуникации, Неинфекционные заболевания и укрепления здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, tki@euro.who.int

Jane Persson,

Помощник редактора Entre Nous, Европейское региональное бюро ВОЗ, jpe@euro.who.int



ВЛИЯНИЕ ВЫПИСЫВАЕМЫХ ЛЕКАРСТВ НА СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Введение

Растёт число доказательств, подтверждающих факт, что пожилые люди вступают в половые контакты и получают от этого наслаждение, а также что сексуальная активность является важной составляющей благополучия пожилых людей. Также растёт число исследований факторов, которые влияют на сексуальную активность пожилых людей. По мере роста исследований на тему сексуальной активности и удовлетворённости пожилых людей, становится всё актуальней вопрос о факторах, влияющих на сексуальную активность в целом. Одним из направлений в исследованиях является изучение влияния лекарственных препаратов на сексуальную функцию у пожилых людей.

К сожалению, сексуальная дисфункция является распространённым побочным эффектом приёма многих назначаемых лекарств (1). Более того, пожилым людям свойственен длительный приём лекарств, отпускаемых по рецепту, а также, одновременное назначение множества лекарственных средств (полипрагмазия) в силу хронического характера заболеваний. Спектр препаратов, которые могут негативно сказаться на сексуальном здоровье, довольно широк и включает препараты, снижающие гипертонию, психотропные лекарства, а также некоторые противосудорожные средства. К тому же, некоторые препараты, например, антипаркинсонические средства, могут вызвать гиперсексуальность.

В данной статье внимание сосредоточено на трёх выписываемых препаратах, принимаемых миллионами пожилых людей во всём мире: антидепрессанты, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, такие как силденафил (виагра), и препараты заместительной гормонотерапии, применяемые при лечении последствий менопаузы.

Антидепрессанты

Исследование Йесперсена показало, что часто применяемые антидепрессанты могут оказать влияние на сексуальную функцию (2). Важно различать сексуальную дисфункцию как последствие депрессии от дисфункции как результата лечения заболевания, а это не всегда просто. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) являются самым распространённым классом антидепрессантов и могут вызывать сексуальные трудности (в основном – снижение либидо и задержку оргазма)

у 58%-73% пациентов, которые их принимают (2). В этом классе лекарств циталопрам и пароксетин наиболее часто вызывают сексуальную дисфункцию, в то время как флуоксетин – наименее часто. Тем не менее, при применении СИОЗС частота возникновения сексуальной дисфункции настолько велика, что различие между ними имеет незначительную клиническую ценность. Также стоит отметить, что у разных СИОЗС разные побочные эффекты.

Более старший класс антидепрессантов, часто используемых как лекарство второй линии и альтернатива СИОЗС, это трициклические антидепрессанты. Они реже, в 30% случаев, вызывают сексуальную дисфункцию, но снижение либидо, эректильная дисфункция, задержка оргазма и нарушение эякуляции остаются распространёнными побочными эффектами их применения (2). Тем не менее, в случае такого трициклического антидепрессанта как кломипрамин, также используемого в лечении обсессивно-компульсивных расстройств, на неблагоприятные для сексуального здоровья побочные эффекты жаловались 95% пациентов. К счастью, этот препарат, особенно в лечении пожилых людей, используется относительно редко.

Ещё одним типом антидепрессантов являются ингибиторы моноаминоксидазы, используемые как вторая линия антидепрессантов в случае непереносимости СИОЗС. Они вызывали сексуальные трудности у 40% пациентов, которые их принимали (2). В лечении депрессии у пациентов важно понимать, к каким последствиям это может привести. Люди, страдающие от депрессии, уже создают напряжение в своих отношениях, а сексуальная дисфункция, вызванная антидепрессантами, может усугубить это напряжение, а также отразиться на приверженности к длительному лечению.

В обзорной статье о влиянии антидепрессантов на сексуальную функцию Клэйтон и Монтехо пришли к схожим выводам (3). На самом деле, авторы изначально полагали, что бремя сексуальной дисфункции по причине приёма антидепрессантов преуменьшено. Тем не менее, их данные, сопоставленные с многочисленными другими исследованиями, отражают значительно меньшую частоту проявления сексуальной дисфункции в сравнении с данными Йесперсена. Наличие трудностей было установлено у 24% пациентов, и, опять-таки, чаще всего у пациентов, принимавших СИОЗС, а не у тех, кто принимал антидепрессанты более старшего поколения (3). Клэйтон

и Монтехо установили, что один конкретный препарат, бупроприон с пролонгированным действием, также используемый для прекращения курения и имеющий иной механизм действия, чем СИОЗС, даёт наименьший побочный эффект, испытывавшийся только 7% пациентов. Авторы предостерегают от перерывов в приёме лекарств, так как это может негативно сказаться на терапевтической пользе препаратов и длительной приверженности к лечению, и как альтернативу предлагают коррекцию дозировки или переход на другие антидепрессанты с меньшими побочными эффектами. Авторы также являются сторонниками нефармакологического лечения, например, психосексуальной терапии и более общего анализа проблем. Важно учитывать и историю сексуальных отношений пациента до и во время курса приёма антидепрессантов, а также заводить разговор о сексуальной жизни пациентов, не ожидая, что такой разговор пациенты начнут сами.

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа - виагра

В своём многоцентровом клиническом исследовании 180 гетеросексуальных мужчин с эректильной дисфункцией, находившихся на амбулаторном лечении и имевших постоянные отношения (в течение 6 месяцев и дольше), Хейман и др. изучали, какое влияние силденафил (виагра) оказывал на сексуальную жизнь пациентов и их партнёров (4). Они провели двойное слепое исследование, в котором ни врач, ни пациент не знали, что принимал пациент – препарат или плацебо. Интересным фактом было то, что большинство партнёров были в постменопаузе. У тех мужчин, которые принимали силденафил, а не плацебо, улучшилась эрекция и увеличилось число удачных и приносящих удовлетворение половых актов, а также улучшилось сексуальное благополучие при измерении стандартными инструментами оценки сексуальной функции. В то же время характер реакции их партнёров был более сложным и зависел от их собственных сексуальных проблем, включая оценку их текущих отношений. Таким образом, женщины, расценивавшие их отношения как счастливые, чаще сообщали о росте сексуального удовлетворения, если их партнёр, проходивший лечение эректильной дисфункции, принимал виагру, а не плацебо (4). Это говорит об ограниченности силденафила – эрекции самой по себе не достаточно



Ross Runciman



Kevan R Wylie



Alison Wood

для взаимодовлетворяющих сексуальных отношений. Фуджисава и др. попытались произвести оценку влияния приёма силденафила на качество жизни 40 мужчин с эректильной дисфункцией (5). К сожалению, это исследование не произвело подобной оценки в отношении женщин. Авторы определили, как эректильная дисфункция вызывает депрессивные симптомы, такие как низкая самооценка и психическая угнетённость. Более того, их работа показала, что эта угнетённость растёт пропорционально количеству времени, которое пациент с эректильной дисфункцией прожил до того, как начал искать помощи. Авторы исследования прибегли к стандартным инструментам оценки качества жизни, включая такие параметры как физическую боль, общее состояние здоровья, психическое здоровье и качество отношений. Исследователи обнаружили, что у мужчин моложе 50, принимавших силденафил, были заметны улучшения почти по всем этим измеряемым параметрам, за исключением физической боли. Это небольшое исследование увенчалось выводом, что силденафил улучшает эректильную функцию, а также повышает качество жизни пациентов-мужчин, включая удовлетворённость в отношениях (5).

Гормональная заместительная терапия (ГЗТ)

В двойном слепом рандомизированном исследовании, в котором участвовали 502 женщины из Великобритании, Австралии и Новой Зеландии, рассматривается, как ГЗТ влияет на качество жизни пациенток (6). В течение года женщины принимали либо гормонозамещающие препарат, либо плацебо, и рассказывали о своих ощущениях. Те, кто в действительности подверглись ГЗТ, реже жаловались на дисфункцию, бессонницу, приливы и вагинальную сухость, чем женщины принимавшие плацебо (6). Тем не менее, улучшения сексуальных функций, хоть и были статистически важными, было незначительно. К тому же, пациентки сообщали о нагрубании молочных желёз и влагалищных выделениях. Это были главные причины прекращения ГЗТ. В отношении других менопаузальных симптомов, частоты проявления депрессии и общего качества жизни спустя 12 месяцев, не было установлено различий между женщинами в группе ГЗТ и плацебо (6).

В исследовании Камминга и др., изучавшем отношение женщин к ГЗТ (число опрошенных - 3000), установлено, что 95% женщин предпочли бы альтернативное лечение, а 73% сообщили, что не были достаточно осведомлены в

вопросе, чтобы принять сознательное решение (7). В исследовании также говорится, что 53% женщин сообщили о диспареунии (болезненном половом акте), но более половины женщин в этой подгруппе скрывали свои симптомы. В дополнение, по причине диспареунии 31% женщин искали предлог избежать сексуальных отношений, а 54% считали, что пострадала их уверенность в себе. В итоге, только 20%, испытывавших эти симптомы, искали помощи, и 12% женщин было назначено какое-либо лечение их недугов (7).

Важно признать, что проблема сексуальности женщин в менопаузе куда более существенная, чем установленная польза ГЗТ. Отношение пар к старости, а также их комплексное решение проблем партнёра, служат крайне важными факторами их сексуального здоровья. Например, в более позднем возрасте телу требуется больше времени адаптироваться к препаратам, а влагалище с возрастом атрофируется и сужается. Это означает, что внезапная способность мужчин к эрекции может привести к вторичной сексуальной дисфункции у женщин в менопаузе, как то диспареуния или вагинизм (8). Таблетки, повышающие либидо, снижающие вагинальную сухость или способствующие эрекции, не служат решением более комплексной и деликатной проблемы отношений и не влияют на счастье, просвещённость или сексуальный репертуар пары.

Выводы

Многие выписываемые лекарства влияют на сексуальную функцию как напрямую, в форме побочных эффектов, так и косвенно, вызывая задержку эякуляции, эректильную дисфункцию и сказываясь на качестве жизни. Эти препараты наиболее часто назначают пожилому населению, у которых больше бремя болезни и которые чаще испытывают побочные эффекты. В дополнение, лечение сексуальной дисфункции у пожилых людей имеет смешанные результаты. Например, виагра может улучшить эрекцию, но секс это совместная деятельность, в которой эрекция служит лишь одним компонентом счастливых, наполненных заботой отношений. В то время как всегда есть искушение взять блок рецептурных бланков и выписать какой-либо препарат, мы как профессиональные медицинские сотрудники обязаны инициировать и вести дискуссии с пациентами о тех многочисленных сложных проблемах, которые связаны с сексуальными отношениями.

Ross Runciman, BA (Hons), MBChB,

Подготовительный год докторантуры, Ротерхамская больница, Ротерхам, Великобритания, ross.runciman@live.co.uk

Kevan R Wylie, MD, FRCP, FRCPsych, FRCOG,

Консультант по сексуальной медицине, Клиника Портербрука, Отделение урологии, Халламширская Королевская больница, Шеффилд, Великобритания, k.r.wylie@sheffield.ac.uk

Alison Wood, BSc (Hons), MBChB, MRCPsych,

Врач-практикант, 5 уровень подготовки специалистов психиатрии пожилого возраста, Шеффилдское управление здравоохранением и социальной помощью, Шеффилд, Великобритания, alison.wood@shsc.nhs.uk

Список литературы

1. Smith S. Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*. 2007; 6(3):111-114.
2. Jespersen S. Antidepressant induced sexual dysfunction Part 1: epidemiology and clinical presentation. *South Afr Psych Rev*. 2006; 9:24-27.
3. Clayton AH, Montejo AL. Major Depressive Disorder, Antidepressants and Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiat*. 2006; 67 (suppl 6): 33-37.
4. Heiman JR et al. Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction: a multicentre, randomized, double blind, placebo controlled trial. *BJOG*. 2007; 114(4):437-47.
5. Fujisawa M et al. Evaluation of quality of health related quality of life in patients treated for erectile dysfunction with Viagra (sildenafil citrate) using SF-36 score. *Arch Androl*. 2002; 48 (1):15-22.
6. Welton A et al. for the WISDOM team. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 337:a1190.
7. Cumming G et al. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *Menopause International* 2007; 13: 79-83.
8. Kinsberg S. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch. Sex. Behav*. 2002;31(5):431-437.

ЛИЧНАЯ ЖИЗНЬ И ПРАВА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ДОМАХ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ

Введение

Права человека, равно как и потребность в личной жизни, не уменьшаются ни с возрастом, ни по причине недостаточной самостоятельности. В действительности же права людей с большей вероятностью игнорируются или даже осознанно нарушаются по мере старения. Интимность в пожилом возрасте служит способом выражения собственной сексуальности, хотя этот аспект жизни пожилого человека, а также его влияние на здоровье и благополучие часто не берётся в расчёт. Если в обществе преобладает искажённое представление старения и неизбежный удел пожилых людей это «дряхласть и уединенность». Понятие интимности также подразумевает уважение личных предпочтений и чувств при осуществлении интимных действий, таких как раздевание, принятие ванны или помощь в посещении уборной, вовлечение партнёра в принятие жизненно важных для пары решений, например, переезд в дом престарелых или необходимость госпитализации, отведение времени и места для личных встреч, обеспечение качественного ухода, который способствует развитию и поддержанию отношений, решение проблемы сексуального насилия и его предотвращению, а также учёт потребностей лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ).

Препятствия личной жизни

Во всей Европе распространено недостаточное уважение к личной жизни людей, вынужденных оставаться в постели длительное время, без разрешения на поддерживающие личные отношения, телефонных звонков и посещения родственников, друзей. Такая ситуация часто усугубляется строгой экономией и ограниченностью средств, чрезмерным количеством пациентов, нехваткой времени и недостаточной организованностью персонала, а плохие условия работы могут препятствовать удовлетворению всех индивидуальных потребностей медицинскими сотрудниками. Недостаточное уважение к личным потребностям характерно не только для ухода в лечебных учреждениях. Уход на дому при несоответствующей оценке потребностей приводит к таким же рискам для личной жизни. К примеру, исследование вопроса Комиссией по равенству и правам человека выявило множество случаев грубого ухода на

дому по причине неверно выбранного подхода и невнимания к достоинству пожилых людей (1).

Кроме того, люди, страдающие от деменции, подвержены изменениям в умственной деятельности и суждениях, и выражение их сексуальности может привести к затруднительным ситуациям, вызванным их поведением в данной среде (2). Таким образом, крайне необходимы соответствующие условия и обученный персонал для содержания пациентов с умственной отсталостью. Кроме того тяжёлые последствия для личных отношений пожилых людей, их здоровья и благополучия могут возникнуть если окружение не позволяет пожилым людям вести самостоятельную жизнь, или ограничивать их независимость (3). Касательно пожилой группы ЛГБТИ, их человеческие права часто нарушаются, а их доступ к службам по уходу часто невозможен из-за различных форм дискриминации, имеющей место даже в странах, признающих однополые отношения. Этот аспект особенно важен, так как ЛГБТИ могут испытывать особенно острую нужду в поддержке и лечении. Они часто оказываются в приютах, потому что, ослабев здоровьем, не могут рассчитывать на поддержку со стороны семьи, как и остальные люди (4).

Интимность с точки зрения прав человека

Интимность сама по себе не принадлежит к категории прав человека, но тесно связана с определёнными правами, к примеру:

- с правом на уважение достоинства и неприкосновенности личности,
- с правом на личную жизнь,
- с правом на защиту самостоятельности и независимую жизнь,
- с правом на наиболее высокий возможный уровень физического здоровья,
- с правом на защиту от бесчеловечного и унижающего достоинство обращения,
- с правом на получение необходимой и достоверной информации, а также образования,
- с правом на свободу выбора,
- с правом на защиту от дискриминации.

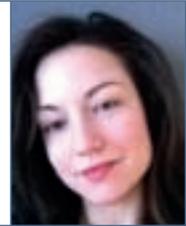
Эти права закреплены во многих документах по защите прав человека, но их соблюдение небеспристрастно в отношении возраста.

В Хартии Европейского Союза (ЕС) по правам человека заявляется, что человеческое достоинство должно быть обеспечено защитой (статья №1); нечеловечное и унижающее достоинство обращение или наказание запрещено (статья №4), должно соблюдаться уважение к частной и семейной жизни (статья №7), должно быть защищено право пожилых людей на достойную и самостоятельную жизнь, а также их участие в общественной и культурной жизни (статья №25). Европейский Союз ставит себе целью высокий уровень охраны здоровья (статья №35). Соблюдение этих прав относимо только к правовому порядку ЕС, и, несмотря на то, что для поощрения и соблюдения этих прав необходимы позитивные действия, в ЕС не представлено никаких новых правовых средств для проведения политики и принятия законов, относящихся к этим вопросам.

Хоть права пожилых людей в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод продолжают оставаться неясными, судебная практика в отношении статьи №3 (о запрете на нечеловечное и унижающее достоинство обращение) и статьи №8 (об уважении частной и семейной жизни) может обязать государства рассмотреть случаи нарушения интимности. Тем не менее, национальные стандарты могут быть противоречивыми или иметь пробелы в предоставляемой защите, относясь только к институциональным условиям или к уходу, обеспечиваемому и/или финансируемому государственным сектором (5).

С принятием Конвенции о правах инвалидов (КПИ) ЕС и страны, выступающие в роли сторон договора, обязуются принимать меры по охране личной жизни (статьи №22 и №23), независимой жизни (статья №19), здоровья (статья №25) и достоинства (статья №17) инвалидов. Тем не менее, отсутствует ясность в том, подходят ли под определение инвалидности пожилые люди с функциональными ограничениями или высокой потребностью в помощи. Также наблюдается пробел в реализации, так как в применении КПИ пересечение проблемы возраста с проблемой инвалидности редко принимается во внимание лицами ответственными за решения.

Инструменты по защите прав человека нацелены не только на предоставление средств правовой защиты, но также на поощрение и эффективную защиту прав. Это подразумевает, что соглашения



по защите прав человека должны повышать осведомленность и оказывать превентивное влияние. Несмотря на это, в случае прав пожилых людей отсутствие ясности, целенаправленности и руководств к исполнению привело к недостаточности мер предосторожности. По этой причине Совет Европы принял решение создать проект Рекомендаций по решению трудностей пожилых людей с точки зрения прав человека (6), в то время как консорциум заинтересованных сторон из 10 стран ЕС создал проект Европейской хартии о правах и обязанностях пожилых людей, нуждающихся в длительном лечении и помощи (7). Этот документ, созданный на базе существующих национальных инициатив, включает положение о личной жизни и право на развитие и поддержание личных отношений. Европейская хартия стала справочным документом на европейском уровне, а её дополняющее руководство (8) обозначило специфику содержания этого права в форме заявления, что «Решения о личных и сексуальных отношениях принимаются индивидуально. Лица, осуществляющие уход, должны относиться к пациентам с чуткостью и пониманием и не должны ограничивать их права на личные физические отношения. Сотрудники домов престарелых или приютов должны гарантировать, что резиденты, независимо от их возраста и возможностях, обеспечены помещением, таким как личная комната, для возможного поддержания личных отношений. Информация о размерах помещений, обеспечивающих интимную обстановку, должна быть доступна до заключения договора о проживании».

Такие подходы, основанные на свободе воли, могут укрепить понимание сути старости, что является важным шагом к соблюдению прав. Они также подразумевают рассмотрение обязательств и прав в общем контексте и содействуют осознанию того факта, что недостатки в решении этого вопроса связаны с тем, как общество относится к пожилым людям, к нетрудоспособным лицам без наличия выбора и уважения их достоинства. Тем не менее, в отсутствие механизмов законного принуждения и контроля, эти подходы не могут эффективно заполнить пробелы в защите прав и фрагментарной политике с целью разрешения существующих во всей Европе противоречий.

Выводы

Согласно последнему опросу «Евробарометра», преклонный возраст служит наиболее частой причиной дискриминации в ЕС (9). Такой вывод подтверждает, что пока в отношении старения сохраняются предрассудки, это негативно сказывается на правах пожилых людей. С одной стороны нам необходима универсальная концепция прав человека, которая может оказать сильное превентивное влияние и решить проблему неравенства. В связи с этим деятельность Рабочей группы открытого состава по вопросам старения очень важна не только для оценки адекватности существующих инструментов, но и для определения будущих мер. Для некоторых государств-членов ООН и НПО соглашение о правах пожилых людей становится наиболее предпочтительным способом эффективного решения проблем пожилых людей. С другой стороны, основываясь на понятиях активной старости и дружественному отношению к пожилым людям, нам необходимо создать условия, в которых пожилые люди могли бы жить самостоятельно как можно дольше, укрепить их возможности, помочь им определить, как их потребности могут быть удовлетворены, а ожидания – оправданы, оказать поддержку работе лиц, осуществляющих уход. И самое главное, повышение осведомленности о правах пожилых людей во всех общественных секторах поможет разрушить стереотипы и создать службы в соответствии с возрастным признаком, повысит качество образования профессионалов и информации для отдельных лиц, способствует сбору данных и развитию основанной на фактах политики, а также поможет учредить процедуры защиты и соблюдения прав пожилых людей независимо от их возраста, пола, (не-) способности, сексуальной ориентации, вероисповедания или этнической принадлежности.

Nena Georgantzi,

Сотрудник по правовым и исследовательским вопросам, Европейская платформа AGE, Nena.georgantzi@age-platform.eu

Список литературы

1. *Close to home: An inquiry into older people and human rights in home care.* Equality and Human Rights Commission. Available at: <http://www.equalityhumanrights.com/legal-and-policy/inquiries-and-assessments/inquiry-into-home-care-of-older-people/close-to-home-report/>
2. Shindel Martin, L. (Ed.) *Intimacy, Sexuality and Sexual Behavior in Dementia: How to Develop Practice Guidelines and Policy for Long Term Care Facilities.* Hamilton: Ontario, 2002. See: <http://www.fhs.mcmaster.ca/mcah/cgectoolkit.pdf>
3. For more information: 'Towards smart, sustainable and inclusive places for all ages. December 2010': http://www.age-platform.eu/images/stories/AGE_Friendly_Environment_Final_PDF-EN.pdf
4. For more information: 'Equality for older lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe': http://www.age-platform.eu/images/stories/Combating_discrimination_on_the_grounds_of_age_and_SOGI_final.pdf
5. See for example: *YL v Birmingham City Council and Other* [2007] UKHL 27
6. http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/default_EN.asp
7. The EUSTaCEA project funded by the DAPHNE programme: <http://www.age-platform.eu/en/daphne>
8. http://www.age-platform.eu/images/stories/22495_EN_06.pdf
9. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_en.pdf

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Риск для населения

Продолжительность жизни растёт в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, и, как следствие, население стремительно стареет. К 2050 г. треть населения будут составлять люди старше 60 лет. Старение населения подвергнет пожилых людей риску жестокого обращения. В то время как старость в целом является здоровым периодом жизни, здоровье может ухудшаться, что приводит к инвалидности и иждивению, особенно – в глубокой старости. Это может повысить требования к членам семьи, осуществляющих уход, и необходимость в обученных медицинских и социальных работниках. В наибольшей степени это относится к людям, страдающим от деменции и множественных недугов. Доходы у многих пожилых небольшие, что повышает их зависимость от семей и социальной помощи. Пожилые женщины подвержены значительно большему риску бедности, чем мужчины их возраста. Текущий спад в экономике добавил больше нагрузки на службы социальной помощи в Европе, и пожилые люди, живущие в неблагополучных районах, вероятно подвержены большему риску.

Почему предотвращение жестокого обращения с пожилыми людьми является приоритетом в Европейском регионе ВОЗ?

Пожилые люди подвергаются риску межличностного насилия, и ежегодно в Регионе 8500 людей старше 60 становятся жертвами убийств. Межличностное насилие служит важной причиной существенного неравенства в здоровье. В странах с низким и средним доходом 9 из 10 смертей пожилых людей имеют место по причине убийства. Нападения на пожилых наиболее распространены в социально и экономически неблагополучной части общества. Установлено, что жестокое обращение с пожилыми людьми ежегодно приводит к 3200 случаям (30% всех случаев) убийств. Убийства совершаются членами семьи. Информация о смертельных и несмертельных случаях определённо не полная и взята из основных баз данных здравоохранительного, правового или социального секторов в Регионе. Масштаб проблемы был выявлен благодаря опросам населения, проводимым в последние несколько десятилетий. Наблюдение с использованием основных источников информации должно быть улучшено путём применения стандартных мер и определений во всех секторах и во всех странах.

Распространённость жестокого обращения с пожилыми людьми в предыдущем году велика во всём Регионе. Опросы пожилого населения в сообществе говорят о том, что за прошлый год 2,7% пожилых людей подверглись жестокому обращению в форме физического насилия, что равноценно 4 миллионам пожилых людей старше 60 лет (1). Случаев сексуального насилия меньше, ему были подвержены 0,7%, что равноценно 1 миллиону пожилых людей. Психическому насилию было подвержено намного больше, 19,4%, что соответствует 29 миллионам пожилых людей. 3,8%, или 6 миллионов пожилых, подверглись экономическому насилию (1). Отсюда следует, что при измерении важно учитывать тип жестокого обращения с престарелыми людьми.

Распространённость жестокого обращения с пожилыми выше в группах людей с инвалидностью, интеллектуальными расстройствами или находящихся на иждивении. В отчётах предполагается, что она может быть значительно выше в группе пожилых людей с инвалидностью, которые остро нуждаются в помощи. Распространённость жестокого обращения с пожилыми людьми колеблется в зависимости от культуры и страны, и более активное использование стандартных определений, инструментов и методов обеспечило бы большую сопоставимость данных европейских опросов (2). В опросах специалистов, так и членов семей, осуществляющих уход, фигурирует признание в жестоком обращении с пожилыми людьми, за которыми они ухаживают. Жестокое обращение может привести к негативным последствиям для физического и психического здоровья пожилых людей, которые так же могут быть длительными. Предполагается, что социальные расходы в Регионе, вызванные плохим обращением с престарелыми людьми, велики, но это должно быть более подробно изучено.

Факторы риска жестокого обращения с пожилыми людьми и защитные факторы

Множественные биологические, социальные, культурные, экономические факторы, а также факторы окружающей среды взаимодействуют и сказываются на риске стать жертвой или виновником жестокого обращения с пожилыми людьми (2, 3). Исследования показали, что пожилые люди с деменцией и инвалидностью, повышающими их зависимость от лиц, осуществляющих уход, подвержены большему риску жестокого обращения. Аналогичным

образом, совместное проживание с виновником повышает этот риск. Жестокое обращение наиболее часто исходит от партнёра, отпрыска или другого родственника ухаживающего за пожилым человеком, но виновниками могут являться и профессиональные медицинские или социальные работники, обеспечивающие уход в учреждениях или на дому, а также посетители. У виновных очень вероятно наличие проблем психического характера, в особенности на почве депрессии или ранее пережитого насилия, а также злоупотребление психоактивными веществами, в особенности алкоголем. Последнее может повышать экономическую зависимость виновного от пожилого человека. Повышенная финансовая или эмоциональная зависимость виновника от жертвы приводит к повышенному риску. Судя по всему, одним из важных факторов является качество отношений виновника и жертвы в прошлом, до начала жестокого обращения. Более того, социальная изолированность от сети общественных взаимоотношений также подвергает пожилых большему риску. Социальное и финансовое неравенство служат факторами риска насилия, и есть данные о том, что это распространяется и на пожилых людей. Социальные и культурные нормы, такие как дискриминация по возрастному признаку, толерантность к насилию и гендерное неравенство могут усугублять жестокое обращение с пожилыми людьми и должны быть более подробно изучены. Учреждениям, в которых имело место жестокое обращение с пожилыми, была дана следующая характеристика: недостаточная обученность и отзывчивость персонала, толерантность к насилию в учреждении, несоответствующая поддержка ежедневной деятельности, а также отсутствие самостоятельности резидентов и уважения к ней (1-3).

Защитные факторы, такие как положительные жизненные впечатления и связанность сообществ, по-видимому, предотвращают жестокое обращение и смягчают его последствия, и должны быть укреплены. Наличие посетителей и родственников, навещающих пожилых в домах престарелых, судя по всему, защищает их от жестокого обращения.

В дополнение, необходимо более глубокое понимание той роли, которую в повторном насилии играет подверженность виновников насилию в прошлом. Также необходимо изучить влияние ранее пережитого межличностного насилия на его осуществление в контексте взаимодействия разных поколений.



Francesco Mitis



Dinesh Sethi

Как в Европейском, так и в других регионах, наблюдается нехватка высококачественных исследований факторов риска и защитных факторов, относящихся к проблеме жестокого обращения с пожилыми. Такие исследования помогли бы разработать и наметить стратегии предотвращения случаев жестокого обращения с пожилыми людьми, равно как и стратегии вмешательства.

Какие меры можно принять для предотвращения жестокого обращения с пожилыми?

Как в Европе, так и во всём мире было осуществлено множество вмешательств по снижению факторов риска жестокого обращения с пожилыми людьми, его предотвращению и защите пожилых (2, 3). Несмотря на то, что эти вмешательства часто незасвидетельствованы, это всё же говорит о том, что правительства и неправительственные организации всё больше осознают приоритетность этой медицинской и социальной проблемы и начинают её решать. Из-за отсутствия высококачественных оценочных исследований вмешательств, специально разработанных для снижения и предотвращения жестокого обращения с пожилыми, выводы о том, какие вмешательства наиболее эффективны, весьма ограничены.

Анализ результатов оценки вмешательств по снижению жестокого обращения с пожилыми людьми указывает на смешанные данные об эффективности следующих вмешательств: профессиональные курсы повышения осведомлённости и обучения, программы юридической, психологической и образовательной поддержки, а также программы снижения ограничений для пожилых людей. Для выяснения положительных результатов этих вмешательств необходимо дальнейшее их исследование. Растёт число данных об эффективности психологических программ для виновников жестокого обращения. Прослеживается их взаимосвязь со снижением личных признаний в жестокое поведение. Тем не менее, для обеспечения более глубокого понимания потенциальной эффективности таких программ необходима дальнейшая высококачественная оценка. В то время как есть многообещающие данные в поддержку использования программ, разработанных для изменения отношения к пожилым людям или для улучшения психического здоровья лиц, осуществляющих уход, влияние этих программ на последующее снижение жестокого обращения с пожилыми до сих

пор не измерено. Исследование некоторых вмешательств показало, что они очевидно связаны с увеличением сообщаемых случаев жестокого обращения. Предстоит выяснить, является ли это проявлением более эффективной отчётности или же, возможно, ещё худших последствий. Необходимо улучшить базу фактических данных о том, что действительно даёт результаты. Также необходимо исследовать затраты на осуществление вмешательств по борьбе с жестоким обращением с пожилыми. Правительственные и правовые структуры должны по возможности обеспечить осуществление программ с использованием оценочной основы, которая включает аспекты последствий жестокого обращения с пожилыми людьми, долгосрочной реализации и измерения затратоэффективности. Вероятно, в предотвращении жестокого обращения с пожилыми, также важны общие стратегии предотвращения насилия, как те, что разработаны для обеспечения безопасных, заботливых отношений между родителями и детьми, и предоставляющие детям и молодёжи социальные навыки необходимые для успешной жизни. Чтобы в этом удостовериться, необходимы длительные исследования.

Дальнейшие шаги в Европейском регионе ВОЗ

До недавних пор ответные меры по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми были слабыми, и только немногие страны выделяли соответствующие средства для решения этой растущей приоритетной для общества проблемы. Резолюция, принятая Европейским региональным комитетом ВОЗ, подчеркнула важность подхода, основанного на задействовании сектора общественного здравоохранения, к предотвращению насилия и травм, а также защите уязвимых групп (4). В ответ на растущую тревогу, вызванную плохим обращением с пожилыми людьми, План действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012-2020 гг. (5) выделяет эту проблему как стратегически приоритетную область. Государствам-членам и заинтересованным сторонам предложен ряд действий. Они нацелены на снижение бремени жестокого обращения с пожилыми, а также на снижение неравенств между странами в соответствии с новой европейской политикой здравоохранения «Здоровье 2020» (6):

1. Разработать и привести в исполнение национальные стратегии и планы по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми;

2. Принять меры по надзору над жестоким обращением с пожилыми и улучшению сбора данных о таких случаях;
3. Оценить приоритетные нужды в исследованиях;
4. Укрепить помощь жертвам;
5. Расширить потенциал и обмен передовой практикой между секторами;
6. Определить роль неравенства в проблеме жестокого обращения с пожилыми;
7. Расширить осведомленность и увеличить целевые инвестиции в предупреждение жестокого обращения с пожилыми;
8. Определить защитные факторы, обеспечить подход к проблеме на протяжении всей жизни, а также связь между поколениями; и
9. Укрепить трудовую этику и улучшить качество услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ и в учреждениях постоянного проживания пожилых людей.

Francesco Mitis, Технический сотрудник, Программа профилактики насилия и травм, Европейское региональное бюро ВОЗ, mit@euro.who.int

Dinesh Sethi, MSc, MD, FFPH, Руководитель программы профилактики насилия и травм, Европейское региональное бюро ВОЗ, din@euro.who.int

Список литературы

1. Sethi et al., eds. *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
2. Krug E et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002.
3. *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO, 2010.
4. WHO Regional Committee for Europe. *Resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf, accessed 15 November 2012)
5. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/news/news/2012/09/regional-committee-highlights-of-day3>, accessed 15 November 2012.
6. Jakab Z. Embarking on Developing the New European Health Policy—Health 2020. *Eur J Public Health*. 2011; 21(1): 130-2.

ТЕКУЩИЕ ПРОБЛЕМЫ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 50, СВЯЗАННЫЕ С СЕКСУАЛЬНО-ТРАНСМИССИВНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (СТИ), ВКЛЮЧАЯ ВИЧ/СПИД, В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

В Европейском регионе ВОЗ весьма ограничены данные о сексуальном здоровье (СЗ) пожилых людей, к которым в контексте данной статьи относятся люди старше 50 лет. Во всём мире профилактика ВИЧ и СТИ, а также программы лечения и ухода не уделяют должного внимания группе пожилого населения, возможно, в связи с распространённым представлением о сексуальной неактивности этой группы населения растёт (1). И это – несмотря на растущее число зафиксированных случаев СТИ и ВИЧ в Великобритании, Северной Америке, Австралии и Китае (2). Некоторые факторы были определены как способствующие более высокому уровню распространения СТИ и ВИЧ в пожилых группах населения. Среди них более высокая продолжительность жизни и более высокий уровень благополучия, большая распространённость разводов и смены партнёров, а также менее безопасное сексуальное поведение (3). Другие факторы включают ограниченность служб СЗ для пожилых людей, которые редко являются целевой группой

населения в кампаниях пропаганды безопасного секса, что приводит к недостаточной их осведомлённости о рисках заболевания СТИ и недостаточной коммуникации между пациентами и медперсоналом (4). В дополнение, предложено рассматривать некоторые биологические факторы как связанные с более высоким риском заражения ВИЧ в пожилом возрасте. Ими являются: инволюция вилочковой железы и, соответственно, малое количество Т-клеток, повышенная активность ко-рецепторов хеомина в главных Т-клетках, что может облегчить попадание вируса в иммунные клетки, и сниженная способность к производству интерлейкина-2 (5, 6).

Согласно последним данным в 2010 г. в Европейском регионе ВОЗ было зафиксировано 5674 новых случая ВИЧ у людей старше 50, большинство из которых (73,4%) – у мужчин (см. таблицу 1) (7). В 2004 г. в западных странах 13,1% (число случаев – 2200) и 7,9% (число случаев – 738) от общего числа случаев заражения зафиксировано у мужчин и женщин старше 50 соответственно.

К 2010 г. это число возросло до 15,3% (число случаев – 3038) и 12,5% (число случаев – 893) соответственно (7).

В центральной части Европейского региона число новых зафиксированных случаев ВИЧ у людей старше 50 почти удвоилось, если сопоставлять данные 2004 и 2010 гг. Это число возросло со 105 случаев в 2004 г. до 203 в 2010 г. у мужчин и с 27 случаев в 2004 г. до 50 в 2010 г. у женщин. Пропорционально в этот период рост распространённости был более значительным среди женщин (с 5,4% от общего числа случаев ВИЧ, зафиксированных в 2004 г., до 11,0% в 2010 г.), чем у мужчин (с 9,3% до 10,8% соответственно) (7).

На востоке Европейского региона в 2004 г. число случаев ВИЧ у людей старше 50 составляло 2,9% (число случаев – 301) среди мужчин и 2,1% (число случаев – 121) среди женщин от общего числа случаев заражения с ростом до 4,9% (число случаев – 784) и 4,1% (число случаев – 459) в 2009 г. соответственно (7). Касательно данных о Российской Федерации на 2010 г., в восточном регионе зафиксировано 926

Таблица 1. Число новых выявленных случаев ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ по возрастным группам, 2004-2010 гг. (7).

		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
		Мужчины	Женщины												
Запад	<49	14439	8537	14801	8238	14177	7339	15183	7106	15644	6973	16039	6600	16570	6163
	>50	2200	738	2435	793	2339	791	2655	745	2797	879	2906	921	3038	893
	Неизвестно	68	41	57	27	1246	441	1297	488	1425	478	1802	577	231	63
	Итого	16707	9316	17293	9058	17762	8571	19135	8339	19866	8330	20747	8098	19839	7119
Центр	<49	977	443	1091	462	1190	446	1261	417	1459	434	1644	440	1660	400
	>50	105	27	139	36	110	32	162	41	172	48	202	50	203	50
	Неизвестно	50	28	37	17	38	6	47	13	31	4	32	3	22	4
	Итого	1132	498	1267	515	1338	484	1470	471	1662	486	1878	493	1885	454
Восток	<49	6146	2729	7525	3372	8817	4117	10648	5670	14167	9866	15104	10755	15325	10593
	>50	301	121	302	136	444	176	572	267	655	345	784	458	926	564
	Неизвестно	3808	2868	3426	2836	3841	3255	3319	2316	7	14	19	3	36177	26410
	Итого	10255	5718	11253	6344	13102	7548	14539	8253	14829	10225	15907	11216	52428	37567

Запад включает следующие страны: Андорра, Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Лихтенштейн, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Испания, Швеция, Швейцария и Великобритания.

Центр включает: Албанию, Боснию и Герцеговину, Болгарию, Хорватию, Кипр, Чехию, Венгрию, Бывшую югославская Республика Македония, Черногорию, Польшу, Румынию, Сербию, Словакию, Словению и Турцию.

Восток включает: Армению, Азербайджан, Беларусь, Эстонию, Грузию, Казахстан, Киргизию, Латвию, Литву, Молдавию, Россию, Таджикистан, Туркменистан, Украину и Узбекистан.



Ivana Bozicevic



Martin Christopher Donoghoe

случаев ВИЧ у мужчин старше 50 и 564 случая – у женщин (при этом, в 36177 случаях у мужчин и 26410 случаях у женщин отсутствовали данные о их возрасте) (7).

Рост числа людей старше 50, живущих с ВИЧ, в Европе может отражать данные о стареющей группе людей с ВИЧ, успешно проходящих лечение антиретровирусными препаратами, а также новые случаи заражения среди пожилых людей.

Медицинские сотрудники часто нерасположены к решению проблем СР своих пожилых пациентов, что может привести к ошибочному диагнозу симптомов или запоздалому диагнозу ВИЧ. В исследовании, проводившемся в 2007 г. с участием 8255 ВИЧ-инфицированных старше 15 лет, находившихся на лечении в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии было выявлено, что в сравнении пациентами молодого возраста с данным диагнозом, среди пациентов более старшего возраста значительно чаще были мужчины, и особенно мужчины заразившиеся через секс с другими мужчинами (8). Почти в половине случаев (48%) у пожилых пациентов заболевание было диагностировано поздно по сравнению с 33% случаев позднего диагноза у молодых взрослых пациентов. Также важно отметить, что вероятность смерти в течение года после постановки позднего диагноза у пожилых пациентов была в 14 раз выше, чем у пожилых пациентов со своевременным диагнозом, а также их риск смерти был в 2,4 раза выше, чем у более молодых пациентов с поздним диагнозом (8). Диагностика ВИЧ-инфекции у пожилых людей с большей вероятностью имеет место на более поздней стадии заболевания, чем у молодых людей. У пожилых людей также выше заболеваемость ВИЧ и смертность, а также более быстрое течение болезни (9).

Сопутствующие возрастные заболевания у ВИЧ-инфицированных пациентов проявляются раньше, чем у пациентов, не заражённых ВИЧ, в основном по причине хронических воспалений и хронической активации иммунной системы (10). Побочные эффекты антиретровирусной терапии у пожилых пациентов могут проявляться чаще в связи с другими сопутствующими заболеваниями, изменённым метаболизмом лекарственных веществ и повышенным риском фармакологического взаимодействия с другими препаратами.

Данные о сексуальном поведении пожилых и лиц в возрасте в Европе

большой частью отсутствуют. Опрос представителей национального уровня в возрасте от 57 до 85 лет, проведённый в США в 2006 г., выявил, что сексуальная активность с возрастом уменьшается (она установлена у 73% опрошенных в возрасте от 57 до 64 лет, у 53% опрошенных в возрасте от 65 до 74 лет, и у 26% людей 75-85 лет) (11). Вероятность сексуальной активности у женщин во всех опрошенных возрастных группах была значительно меньше, чем у мужчин. Около половины сексуально активных опрошенных мужчин и женщин высказали жалобу хотя бы на одну беспокоившую их проблему сексуального характера, и вероятность её обсуждения с врачом у женщин была меньше у мужчин.

Внимание профилактике и лечению СТИ и ВИЧ традиционно концентрировалось на молодом населении, которое часто рассматривают как особо уязвимую его часть. В своей оценке успехов по борьбе с новыми инфекциями Агентство по борьбе со СПИДОМ (UNAIDS) учитывает только новые случаи инфекций в возрасте 15-49 лет. Принимая во внимание растущее число новых случаев ВИЧ-инфекции у людей старше 50 во всём Регионе, необходимо описать эпидемиологические тенденции ВИЧ и СТИ этой возрастной группы во всех странах, изучить факторы распространения ВИЧ и провести более широкую оценку эффективности программ профилактики и лечения. Также необходимо более чёткое представление о том, как профилактика и лечение могут быть более доступными для пожилых людей и лучше соответствовать их нуждам в сфере СЗ. С растущей доступностью высокоактивной антиретровирусной терапии и лучшим управлением терапией люди с ВИЧ могут надеяться на более продолжительную жизнь. Учитывая группы стареющего населения, инфицированного ВИЧ, программы хронических и неинфекционных заболеваний должны будут адаптировать лечение и профилактику к заболеваниям, связанным как с длительным использованием антиретровирусных препаратов, так и со старением.

Ivana Bozicevic,
Сотрудничающий центр ВОЗ по наблюдению за ВИЧ,
Университет Загреба,
Факультет медицины, Загреб,
Хорватия
Ivana.Bozicevic@ishtm.ac.uk

Martin Christopher Donoghoe,
BA, MPH,
Руководитель программы ВИЧ/
СПИД, СТИ и вирусный гепатит,
Европейское региональное
бюро ВОЗ,
mdo@euro.who.int

Список литературы

- Schmid GP, Williams BG, Garcia-Calleja JM et al. The unexplored story of HIV and ageing. *Bull World Health Organ.* 2009; 87(3):162-162A.
- Minichiello V, Rahman S, Hawkes G et al. STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspect Public Health.* 2012; 132(4):178-81.
- Minichiello V, Hawkes G, Pitts M. HIV, sexually transmitted infections, and sexuality in later life. *Curr Infect Dis Rep* 2011; 13(2):182-7.
- Savasta AM. HIV: associated transmission risks in older adults--an integrative review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2004; 15(1):50-9.
- Grabar S, Kousignian I, Sobel A et al. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV. *AIDS.* 2004; 18: 2029-38.
- Yung RL, Mo R. Aging is associated with increased human T cell CC chemokine receptor gene expression. *J Interferon Cytokine Res* 2003; 23: 575-82.
- HIV/AIDS surveillance in Europe 2010.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.
- Smith RD, Delpech VC, Brown AE et al. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over. *AIDS.* 2010; 24:2109-15.
- Wohlgenut J, Lawes T, Laing RB. Trends in missed presentations and late HIV diagnosis in a UK teaching hospital: a retrospective comparative cohort study. *BMC Infect Dis.* 2012; 12:72.
- Aberg JA. Aging, inflammation, and HIV infection. *Top Antivir Med.* 2012; 20:101-5.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007; 357:762-74.

НЕБЕЗОПАСНЫЙ СЕКС В ВОЗРАСТЕ 50 ЛЕТ И СТАРШЕ

Введение

В 2008 г. во всём мире было установлено 498 миллионов новых случаев сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомоноза у взрослого населения в возрасте 15-49 лет (1). Несмотря на это, реальная цифра, скорее всего больше, так как не сообщаются данные о бессимптомных случаях, и кроме того механизмы наблюдения и отчёта могут быть недостаточно надёжными в различных учреждениях. В случае населения старше 50 не существует четких данных об этих и других излечимых сексуально-трансмиссивных инфекциях (СТИ), так как оценка частоты случаев и распространённости сексуальных отношений высокого риска в основном ориентирована на население репродуктивного возраста. Но имеющиеся данные говорят о росте частоты случаев СТИ среди пожилого населения. К примеру, в Великобритании 32% всех новых выявленных случаев сифилиса и 11% всех новых выявленных случаев герпеса приходятся на лиц старше 45 лет, хотя больше всего СТИ подвержены люди в возрастной группе 15-24 лет (2).

О случаях ВИЧ данных больше, хотя, опять-таки, наблюдение, лечение и уход в первую очередь ориентированы на население репродуктивного возраста. Согласно данным Агентства по борьбе со СПИДОМ (UNAIDS) в 2006 г. число заражённых ВИЧ людей в возрасте 50 лет и старше составляло 2,8 миллионов, а распространённость ВИЧ в Южной Африке среди населения 50-54 лет составляла 10,8%, среди людей 55-59 лет – 4,5%, а среди людей в возрасте 60 и старше – 3,9% (3). Увеличивающаяся доступность и охват антиретровирусной терапией означают, что бремя ВИЧ перекладывается на пожилые группы населения. Тем не менее, мало что известно о принципах столь специализированного адекватного лечения пожилого населения (4). Более того, пожилые люди, уже страдающие от одного хронического или инфекционного заболевания, особенно уязвимы к новым инфекционным заболеваниям (5). Небезопасный секс может привести к передаче СТИ, включая ВИЧ, в любом возрасте.

Последствия

Эти данные указывают на то, что, несмотря на распространённое в обществе представление о низкой сексуальной активности среди пожилых,

люди старше 50 лет, независимо от их серологического статуса, вступают в половые отношения и остаются уязвимыми к риску заболевания СТИ, включая ВИЧ, исходящему от их потенциального сексуального партнёра (6). Например, Европейский опрос пожилых мужчин (EMAS) указывает на то, что почти половина мужчин старше 70 подтверждает наличие по крайней мере одного полового контакта в неделю (7). Отношению сотрудников здравоохранения и руководящих кругов к проблеме секса и старения ещё предстоит адаптироваться к реальной ситуации, и, несмотря на то, что главным фактором заболеваемости и смертности среди пожилого населения являются неинфекционные заболевания, инфекционные заболевания как результат небезопасного секса становятся всё более тревожным вопросом (8).

Почти в каждой стране количество людей старше 60 лет растёт быстрее, чем количество людей в какой-либо другой возрастной группе. Это – результат большей продолжительности жизни и снижающегося уровня фертильности. Данную ситуацию можно рассматривать как историю успеха политики общественного здравоохранения и социоэкономического развития, но часто, в условиях ограниченных ресурсов, это требует от сообществ адаптации, а также предоставления им адекватной медицинской помощи. К 2050 г. 80% пожилых людей будут проживать в странах, чей уровень доходов на данный момент низкий или средний (9). Во многих из этих стран отсутствуют инфраструктура и система здравоохранения, способные решать проблемы сексуального и репродуктивного здоровья во всех возрастных группах; к тому же наблюдается тенденция исключения людей старше 50 из многих программ здравоохранения, включая программы скрининга на ВИЧ, или консультативной помощи по вопросам сексуального поведения (10). В дополнение, масштабы смертности и заболеваемости пожилых людей могут увеличиваться по причине недостаточной обученности персонала, ответственного за сексуальное образование пожилых, а также из-за кажущейся ненужной службы лечения и управления СТИ, ориентированных на эту группу населения.

Непрерывное, интегрированное и длительное лечение может быть залогом достойной старости для пожилых, а

также обеспечить медицинскую помощь в учреждениях для людей с тяжёлыми функциональными ограничениями. Несмотря на то, что некоторые развитые страны ввели такие системы лечения, главными проблемами в условиях недостаточного финансирования останутся их устойчивость и развитие интегрированного длительного лечения (11).

Рекомендации

Для достижения службами здоровья максимальных результатов в решении проблем профилактики и лечения СТИ и ВИЧ в будущем, а также адаптации к меняющейся во всём мире демографической ситуации, ВОЗ предоставляет следующие рекомендации по борьбе с ВИЧ/СПИДОМ, которые также применимы к случаям других СТИ (12):

- предоставить пожилым людям конкретную помощь (например, в виде социальных пенсий);
- провести обучение сотрудников ВИЧ/СПИД службы вопросам геронтологии;
- предоставить психологическую и медицинскую помощь пожилым людям, проживающим вместе с больными членами семьи; и
- включить пожилое население в консультации по вопросам сексуальности и программы образования/обучения, посвящённые проблеме ВИЧ/СПИДа.

Исследования показали, что пожилые люди могут долго сохранять своё здоровье, и если они живут в среде, позволяющей им оставаться активными участниками общественной жизни, то это благоприятно сказывается на благосостоянии всего сообщества. Это также означает, что пропаганда безопасного секса должна быть нацелена и на пожилое население, так как поддержание крепкого здоровья подразумевает и сохранение сексуального здоровья.

Manjula Lusti-Narasimhan, MD,
Департамент репродуктивного здоровья и исследований,
Штаб-квартира ВОЗ,
lustinarasimhanm@who.int

John Beard, MD,
Директор, Департамент по вопросам старения и жизненного цикла,
Штаб-квартира ВОЗ,
beardj@who.int



**Manjula
Lusti-
Narasimhan**



**John
Beard**

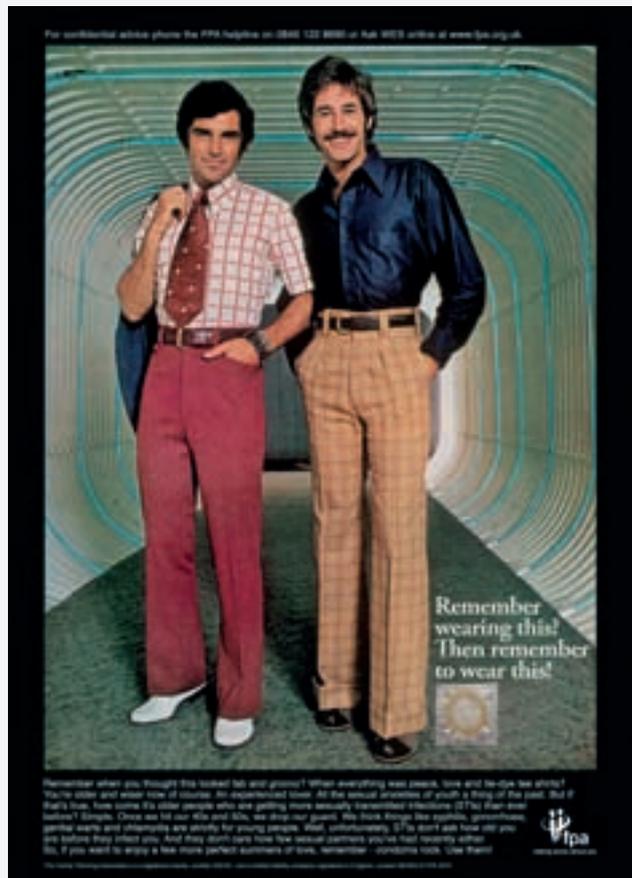
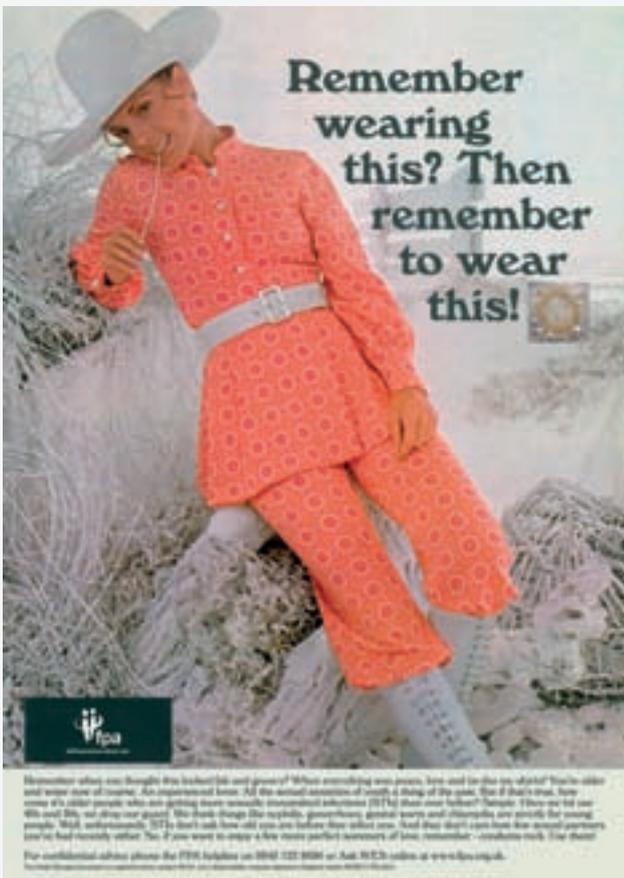


**Marleen
Temmerman**

Marleen Temmerman, MD, PhD,
Директор, Департамент
репродуктивного здоровья и
исследований,
Штаб-квартира ВОЗ
temmermanm@who.int

Список литературы

1. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections – 2008: Overview and estimates.* Geneva: WHO, 2012.
2. Health Protection Agency (HPA) UK: <http://www.hpa.org.uk/AboutTheHPA/WhatTheHealthProtectionAgencyDoes/LocalServices/EastMidlands/EastMidlandsPressReleases/emids100913Sexual-healthweekover50s/>
3. <http://www.who.int/ageing/projects/hiv/en/index.html>
4. Bendavid E, Ford N, Mills EJ. HIV and Africa's elderly: the problems and possibilities. *AIDS.* 2012 Jul 31;26 Suppl 1:S85-91
5. *Global Health and Aging.* Geneva: WHO, 2011.
6. Work Group for HIV and Aging Consensus Project. Summary report from the Human Immunodeficiency Virus and Aging Consensus Project: treatment strategies for clinicians managing older individuals with the human immunodeficiency virus. *J Am Geriatr Soc.* 2012;.60:974-979.
7. Lee DM et al. Cohort Profile: The European Male Ageing Study. *Int. J. Epidemiol.* dyr234 first published online February 7, 2012 doi:10.1093/ije/dyr234
8. *Good Health Adds Life to Years: Global brief for World Health Day 2012.* 2012. Geneva: WHO, 2012. Ref Type: Report.
9. UNDES A. World population prospects: the 2008 Revision Population Database. Video Recording: United Nations Population Division; 2010.
10. Negin J, Nemser B, Cumming R et al. HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. *AIDS & Behavior* 2012; 16:63-68.
11. Beard J. A global perspective on population ageing. *Eur Geriatr Med.* 2010; 1:205–206.
12. <http://www.who.int/ageing/projects/hiv/en/>



Постеры первой национальной компании по вопросам сексуального здоровья в Великобритании для людей старше 50 лет “The Middle Aged Spread” (Распространение в среднем возрасте), организованной в 2010 г. ассоциацией планирования семьи (FPA).
См.сайт: <http://www.fpa.org.uk/campaignsandadvocacy/sexualhealthweek/stisandsafersexover50>

ТОЛЬКО ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ – ПОНИМАНИЕ СЕКСУАЛЬНОСТИ И ЛИЧНОЙ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 55

История вопроса

Следуя тенденции, наблюдаемой во всех странах запада, население Португалии в последние десятилетия существенно состарилось. За последние несколько лет увеличился уровень заражения ВИЧ-инфекцией среди людей старше 55 лет, что доказывает возможность и распространённость сексуальной активности в пожилом возрасте (1). Это также говорит об их частой незащищённости от сексуально-трансмиссивных инфекций (СТИ). Осознание этого способствовало развитию проекта исследования и вмешательства под названием «Только для взрослых», нацеленного на повышение знаний о сексуальном поведении и проблеме ВИЧ этой группы населения. Исследовательская часть проекта была разработана в форме описательного обследования, охватывающего разные группы, с применением анкетирования людей о тенденциях в поведении на базе ранее разработанных и проверенных вопросов. В дополнение, мы также использовали Шкалу сексуальных установок (SAS), ранее адаптированную (и протестированную) для португальского населения (2, 3).

В сотрудничестве с Высшими академиями Лиссабона мы организовали несколько открытых информационных заседаний для групп участников старше 55 лет по вопросам отношений, сексуальности и старения. В целом было проведено 17 заседаний. В некоторых случаях последовало обсуждение с меньшим числом участников, в фокус-группах, с целью сбора более детальной информации по интересующим темам. Анкеты предоставлялись для самостоятельного заполнения в начале информационных заседаний, а также в центрах дневного ухода и других организациях, оказывающих помощь пожилым людям. В этих центрах и учреждениях социальный работник заполнял анкеты во время интервью тет-а-тет. По практическим соображениям Шкалу сексуальных установок SAS применялась только в случае индивидуальных интервью.

Результаты

В целом было заполнено 316 анкет: 251 (79,4%) – на информационных заседаниях и 65 (20,6%) – в упомянутых центрах и учреждениях. Средний возраст участников составил 67,9 лет (55-64: 40,2%; 65-74: 39,6%; >75: 20,3%), и

среди опрошенных 73% были женщины. Около половины участников состояли в браке (50,3%), 26,3% являлись вдовцами/вдовами, 14,2% были разведёнными, 7,3% в браке не состояли, и 1,9% состояли в гражданском партнёрстве. В соответствии с характером продолжительности жизни, т.е., большей продолжительностью жизни у женщин, доля вдов среди женщин оказалось больше (31,6%), чем вдовцов среди мужчин (11,8%), и доля женатых мужчин (78,8%) была больше, чем доля замужних женщин (39,8%). Касательно сексуальной ориентации участников опроса, 96% мужчин и 98% женщин были гетеросексуальны. Тем не менее, 91% всех опрошенных указали на исключительное влечение к противоположному полу по адаптированной пятибалльной шкале Кинси. Стоит отметить расхождение между самоидентификацией и измерением сексуального влечения, которое требует дальнейшего исследования. Несмотря на это, мы предполагаем, что это связано со спецификой возрастной когорты.

Согласно одному из мифов о сексуальности пожилых людей, по мере старения они перестают вступать в половые отношения, будь то из-за отсутствия интереса или физической неспособности. Данные нашего исследования говорят о том, что половина участников (47%) были сексуально активными; мужчины были более сексуально активными (70,2%), чем женщины (38,2%).

Относительно сексуально активных (общим числом 145), мы были заинтересованы в том, каков характер сохраняющихся сексуальных и интимных отношений. Результаты показали, что большинство опрошенных поддерживали ежедневные или достаточно частые интимные отношения со своими партнёрами (см. рис. 1), выражавшиеся в виде держания за руки, объятий или поцелуев. Менее трети опрошенных сообщили о наличии вагинального полового акта, и лишь меньшинство указало на наличие другой столь же регулярной сексуальной активности, такой как совместная мастурбация, а также оральный или анальный секс. Эти данные говорят о том, что в нашей выборке многие респонденты поддерживали активные и разнообразные сексуальные отношения, что разрушает стереотип об отсутствии сексуальной жизни среди пожилых людей. В действительности, личная жизнь, желание и удовольствие являются универсальными переживаниями, не

ограниченными возрастными барьерами. Упомянутые результаты ещё более наглядно подтверждают эту реалью.

Несмотря на это мы также обнаружили показатели того, что миф об асексуальности также играет свою роль в жизни некоторых пожилых людей. Мы выявили, что по мере старения вероятность сексуальной активности у людей уменьшается; в то время как 62,7% людей в возрасте 55-64 лет были сексуально активными, только 43,8% людей 65-74 лет и 21% людей старше 75 оставались таковыми. Когда мы интересовались причинами отсутствия сексуальных отношений у сексуально неактивных мужчин, были указаны следующие причины: заболевания (28%); отсутствие интереса (24%), отсутствие партнёра (24%). Чуть менее половины сексуально неактивных женщин как причину упомянули отсутствие партнёра (45,3%) и 40,3% указали на отсутствие интереса. Представляется целесообразным в дальнейшем определить, насколько эти результаты обосновываются действительными проблемами, затрудняющими сексуальную активность, а также в какой степени они являются последствиями принятия элементов поведения, навязанного мифом об асексуальности пожилых людей.

Чтобы пролить свет на упомянутые выше проблемы, следует упомянуть, что когда наши вопросы касались периода жизни за пять лет до опроса, 40,8% опрошенных не могли определить происходившие в их сексуальности изменения. Из тех, кто мог дать такую оценку, 49,7% связывали их со старением. Многие рассматривали эти изменения как нейтральные (47,1%) или негативные (39,2%). Треть опрошенных желали бы разрешить свои сексуальные проблемы (29,9%). Следовательно, мы зафиксировали различную реакцию на сексуальные трудности, от явно традиционной до основанной на желании разрешения проблем.

Анализируя результаты опроса по Шкале сексуальных установок SAS (число опрошенных - 65), общая картина основывается на консервативном понимании проблемы сексуальности, в рамках которой сексуальность в основном оценивается как часть постоянных отношений. Несмотря на это, и с учётом предыдущих исследований и традиционных гендерных норм, решающую роль в отношении к сексуальности сыграли скорее мужчины, а не женщины (3).

Наконец, особый интерес в нашем



Nuno Nodin



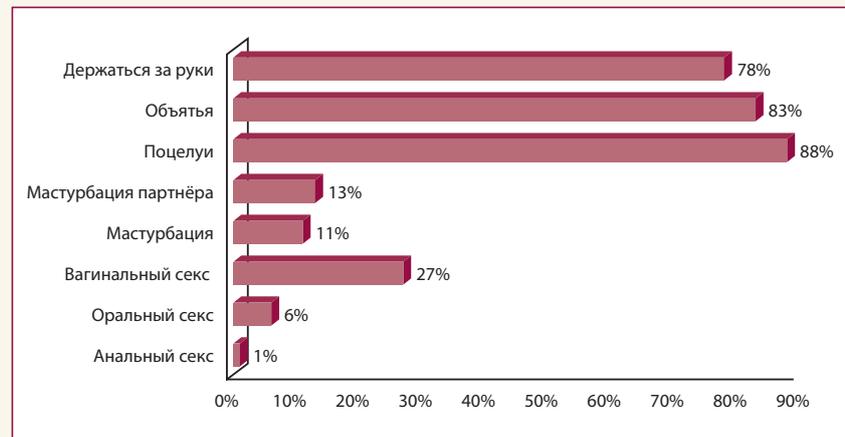
Nuno Margalha

исследовании вызвали результаты оценки знаний и отношения к проблеме ВИЧ. 37,8% опрошенных оценили свой уровень знаний о проблеме ВИЧ как хороший, в то время как 33,3% участников опроса расценивали свой уровень знаний об этой проблеме как средний. Главными источниками информации являлись СМИ (69,9%), реклама (41,5%) и лечебные учреждения (30,1%). Две трети опрошенных (66,4%) подтвердили, что не меняли своё сексуальное поведение с того момента, когда впервые узнали о проблемах ВИЧ и СПИДа, и, действительно, подавляющее большинство респондентов (73%) подтвердили, что не используют презервативы во время половых актов. Хотя эти результаты и не являются удивительными, учитывая высокий уровень распространённости ВИЧ-инфекции в данной возрастной группе в Португалии, но всё же они заслуживают внимания, так как подтверждают низкую осведомлённость о проблемах ВИЧ и рискованного для здоровья сексуального поведения.

Мероприятия

Основываясь на данных, полученных в результате активного сотрудничества участников фокус-групп, мы разработали ряд информационных средств, нацеленных на людей старше 55. Эти материалы включают широкий спектр проблем: СТИ, использование презервативов, сексуальные трудности, аспекты образа жизни и положительные аспекты сексуальности. Например, касательно отсутствия сексуальной активности в длительных отношениях, опубликованы брошюры «Неугасающая страсть» с подсказками для поддержания коммуникации и сексуальной активности и «Массаж для пожилых». Для одиноких пожилых людей, ищущих сексуальных партнёров, мы опубликовали брошюру «Знакомства в Интернете» с рекомендациями к безопасному налаживанию контактов через Интернет. Основываясь на рекомендациях участников дискуссий в фокус-группах и в тесном сотрудничестве с ними, были опубликованы брошюры «Уход за собой» и «Отношения влюблённых после ухода на пенсию». Это лишь немногие примеры 15 публикаций, разработанных в рамках проекта «Только для взрослых».

Рис. 1: Формы сексуальной активности, осуществляемые ежедневно или несколько раз в неделю (общим числом 145)



Выводы

Благодаря этому проекту были получены важные знания. В их число входит осознание того факта, что пожилые люди не являются асексуальными субъектами. Также важным фактором служит энтузиазм людей, с которыми мы сотрудничали, в отношении осуществляемого проекта и разработанных информационных материалов. Это означает, что участники изъявляют открытость и интерес к изучению и улучшению их сексуального здоровья. Мы полагаем, что все эти факторы являются важными в рассмотрении будущих программ и мероприятий, ориентированных на взрослое население.

Nuno Nodin, M.Sc,
Психология здоровья,
nunonodin@gmail.com

Nuno Margalha, M.Sc,
Клиническая психология,
nunomargalha@gmail.com

Благодарность

Данный проект был разработан в рамках более не действующей некоммерческой организации Sentidos e Sensações (Ассоциация охраны здоровья и просвещения, Лиссабон, Португалия). Проект «Только для взрослых» был возможен благодаря финансированию Direção Geral de Saúde, Департамента Министерства здравоохранения Португалии.

Список литературы

1. Ministry of Health <http://www.portugal.gov.pt/en/the-ministries/ministry-of-health>.
2. Hendrick S & Hendrick C. (1987). Multidimensionality of Sexual Attitudes. *J Sex Res.* 1987; 23(4): 502-526.
3. Margalha N, Diniz AM, Vaz, I. Modelos alternativos da Escala de Atitudes Sexuais (EAS): Teste numa amostra de adultos idosos [CD-ROM]. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios, 2008.

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У СТАРЕЮЩИХ ЖЕНЩИН

Введение

Сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ) являются важными составляющими человеческого существования. СРЗ является не только необходимой для воспроизводства, но также оказывает существенное влияние на качество жизни людей, психологическое благополучие и физическое здоровье, на общественную и семейную жизнь.

Жизненный путь женщины состоит из нескольких последовательных физиологических этапов. Одним из важных изменений является переход от репродуктивной фазы к не репродуктивной фазе или к старению. В начале 20 века средняя продолжительность жизни у женщин составляла 47 лет, в то время как в наши дни это 76 лет (1). Учитывая рост продолжительности жизни, период после наступления менопаузы представляет собой значимую часть жизни женщины, от которой она также вправе получить удовольствие. Согласно данным предварительного исследования, до 68% женщин в возрасте от 39 до 50 испытывают сексуальное влечение, по меньшей мере, раз в неделю в сравнении с 65% женщин в возрасте от 51 до 64 лет (2). Изменения в сексуальной функции являются следствием различных умственных изменений, а также изменений в физическом здоровье и отношениях с партнёром. Проблемы с сексуальной функцией во время менопаузы ассоциируются с неудачами в личной жизни, снижением самооценки и самоуважения, а также с плохими условиями жизни и отношениями с партнёром (3). Сегодня уже исследуются факторы, влияющие на женскую сексуальность, такие как изменения концентрации гормонов, различные социальные и эмоциональные обстоятельства, сопутствующие процессу старения (4). Однако до сих пор подробно не описано то, что является нормальным сексуальным поведением у женщин, включая множественные факторы, которые влияют на сексуальное поведение женщин (5). Несколько связанных между собой биологических, психологических и социальных факторов оказывают влияние на сексуальное здоровье женщины; некоторое из них могут негативно повлиять на весь цикл сексуальной активности, вызывая явные изменения в сексуальном влечении, возбуждении, достижении оргазма и получении удовлетворения (6). Задачей нашего исследования было оценить сексуальную функцию литовских женщин

находящихся под наблюдением врача в период менопаузы, а также определить наиболее важные детерминанты сексуальной функции, включая симптомы наступления менопаузы и социальные факторы, влияющие на сексуальную функцию женщин.

Методы, участники и инструменты

Целевой группой населения являлись женщины в период менопаузы, в течение 1 года посещавшие поликлинику при отделении акушерства и гинекологии больницы Литовского университета наук здоровья. В исследовании участвовало 246 женщин в период менопаузы, обратившихся на ежегодный осмотр к гинекологу. Критериями отбора участников исследования были: возраст от 45 до 65 лет, аменорея более 12 месяцев и наличие сексуальной активности в предшествующие 4 недели.

В исследовании было применено несколько инструментов. Для оценки сексуальной функции участников исследования использовался специальный инструмент диагностики – Индекс женской сексуальной функции (ИЖСФ). Диапазон шкалы – от 2.0 до 36.0 баллов с переломной точкой в 26.55 баллов, отделяющих женщин с сексуальной дисфункцией (СД) от остальных женщин. Более высокий балл говорит о более высокой сексуальной функции. Для анализа оценки качества и функции отношений участниками, использовалась Шкала адаптации, состоящая из 2 элементов (DAS). Участники могли набрать от 0 до 151 балла. Чем выше был балл, тем выше была способность к адаптации. Для оценки симптомов наступления менопаузы применялась Шкала выраженности климактерического синдрома Грина (GCS). Этот вопросник, разработанный для проведения краткой, но детальной оценки климактерических симптомов. Для анализа истории беременности и родов, уровня образованности и социального статуса, а также биологических факторов и факторов, связанных с партнёром использовался социодемографический вопросник.

Результаты

Средний возраст 246 участников исследования составил 55,5 лет (в диапазоне от 45 до 65 лет). Участников исследования разделили на группы согласно их возрасту. Были обнаружены существенные различия по всем аспектам сексуальной функции между участниками всех возрастных групп; сексуальная

функция была выше у более молодых женщин (45-50 лет), чем у женщин старшего возраста (возрастные группы 51-60 лет и 61-65 лет).

Для исследования факторов, которые, возможно, связаны с более высокой или менее высокой сексуальной функцией, были проанализированы следующие переменные: образование, финансовое положение, трудовая занятость, история беременности и родов, соматическое здоровье, индекс массы тела (ИМТ) и симптомы менопаузы.

Образование, финансовое положение и занятость

У 17,9% (общим числом 44) опрошенных было начальное образование; у 28% (общим числом 69) было среднее образование; 25,6% (общим числом 63) – среднее специальное образование, и у 28,5% (общим числом 70) было высшее образование. Женщины с высшим или профессионально-техническим образованием сообщали о более высокой сексуальной функции.

Финансовое положение было оценено в соответствии с ежемесячными доходами женщин (за вычетом суммы налогов). 5,7% женщин (общим числом 14) имели низкий доход (≤ 1000 Lt); 41,5% (общим числом 102) имели средний доход (1000–2000 Lt); 48,0% имели достаточный доход (2000–3000 Lt), в то время как 4,9% (общим числом 12) имели более чем достаточный доход (≥ 3000 Lt). Было установлено, что, у женщин с более высокими доходами сексуальная функция была выше, чем у женщин с низкими доходами.

Более половины участников нашего исследования продолжали работать, и их сексуальная функция была выше, чем у женщин, вышедших на пенсию. Более того, больше половины опрошенных проживали в городах, и их сексуальная функция также была выше, чем у респондентов из провинции.

История беременности и родов, соматическое здоровье и менопауза

Сексуальная функция была выше у женщин с более коротким периодом аменореи, а также у женщин с меньшим количеством детей. Из тех детей, кто ещё проживал с родителями, 5,7% (общим числом 14) были младше 18 лет; 17,9% (общим числом 44) были в возрасте от 19 до 25 лет, и 17,1% (общим числом 42) были старше 25 лет. В отношении полового влечения, возбуждения и достижения оргазма баллы были неизменно выше у женщин с детьми



**Giedre
Jonusiene**



**Virginija
Adomaitiene**



**Rosita
Aniulienė**



**Ruta
Jolanta
Nadisauskienė**



**Birute
Zilaitienė**

младше 18 лет, равно как и общие баллы опроса.

Также было изучено соматическое здоровье участников и его возможная связь с сексуальной функцией после наступления менопаузы. 76,8% участников (общим числом 189) страдали от какого-либо соматического заболевания. Сексуальная функция была выше у опрошенных, не имеющих ни одного соматического расстройства, чем у респондентов, страдавших по крайней мере от одного соматического заболевания. Эта тенденция неизменно наблюдалась в отношении всех параметров сексуальной функции (либидо, возбуждения, лубрикации, оргазма, удовлетворения и болевых ощущений), равно как и в отношении сексуальной функции в целом. Была также рассмотрена связь соматического здоровья партнёров и сексуальной функции опрошенных. У всех участников были партнёры. У 61,4% опрошенных (общим числом 151) партнёры имели, по крайней мере, одно из следующих заболеваний: сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническое респираторное расстройство, хроническое заболевание щитовидной железы и/или вертебральное заболевание. Средний балл сексуальной функции был выше среди женщин, чьи партнёры не сообщили ни об одном соматическом заболевании.

Среди опрошенных женщин 76,4% (общим числом 188) состояли в браке. Однако не было обнаружено связи между статусом отношений и сексуальной функцией женщин. Лучшая сексуальная активность наблюдалась у тех опрошенных, чьи партнёры имели высшее образование. У 30,9% партнёров (общим числом 76) было сниженное половое влечение. У постменопаузальных женщин, состоявших в отношениях с партнёрами, страдающими от сниженного либидо, сексуальная функция была ниже. 18,7% партнёров (общим числом 46) сообщили о наличии эректильной дисфункции, что негативно сказывалось на возбуждении, оргазме и общей сексуальной функции у женщин.

Также был замерен индекс массы тела (ИМТ) и проведена оценка его взаимосвязи с сексуальной функцией. 9,8% опрошенных (общим числом 24) имели низкий ИМТ (<18.5); 53,3% (общим числом 131) – имели нормальный ИМТ (18.5–24.9); у 34,1% ИМТ был выше среднего (25–29.9), в то время как у 2,8% опрошенных был избыточный вес (ИМТ ≥ 30). В зависимости от величины ИМТ у опрошенных наблюдались существенные различия относительно сексуального влечения, возбуждения,

достижения оргазма, удовлетворённости и сексуальной функции в целом.

Помимо этого, была установлена взаимосвязь сексуальной функции и симптомов менопаузы. У женщин с менопаузальным синдромом (наличие нейровегетативных симптомов и поздних проявлений в виде соматических заболеваний) либидо, возбуждение, лубрикация и удовлетворение были ниже, а болевые ощущения – интенсивнее.

Из всех участников у 67,9% (общим числом 167) общий ИЖСФ был на уровне риска сексуальной дисфункции (≤ 26.55). Средний возраст этих женщин составлял 57 лет. Для оценки факторов риска развития сексуальной дисфункции, была проведена многопараметровая логическая регрессия. Относительный риск сексуальной дисфункции был выше у женщин наиболее старшего возраста (1.16, 95% CI [1.1–1.23]), у женщин с выраженными менопаузальными симптомами (1.04, 95% CI [1.0–1.08]) и у женщин, чьи партнёры имели соматические заболевания (2.13, 95% CI [1.07–4.24]). Более высокая приспособляемость (0.97, 95% CI [0.96–0.99]) и большее влечение до менопаузы (0.5, 95% CI [0.37–0.68]) служат факторами защиты от сексуальной дисфункции.

Выводы

В заключение следует отметить, что уровень сексуальной функции определён ниже среди пожилых женщин, вышедших на пенсию, женщин с более низким уровнем образования и более низкими доходами, женщин, проживающих в сельской местности, женщин с большим количеством детей или детьми более старшего возраста, женщин, жалующихся на соматические заболевания и женщин с наиболее высоким ИМТ. Было установлено, что сексуальная функция выше у женщин, состоящих в отношениях с партнёрами с высшим образованием, не имеющих соматических заболеваний или нарушений сексуальной функции, а также при более высокой адаптации. Более, чем у половины опрошенных женщин была выявлена сексуальная дисфункция или риск её развития. Более высокая адаптация и положительное отношение к сексуальности служат факторами защиты сексуальной функции.

Giedre Jonusiene,
Отделение психиатрии,
Литовский университет наук
здоровья,
Каунас, Литва

Virginija Adomaitiene,
Отделение психиатрии,
Литовский университет
наук здоровья,
Каунас, Литва

Rosita Aniulienė,
Отделение акушерства и
гинекологии, Литовский
университет наук здоровья,
Каунас, Литва

Ruta Jolanta Nadisauskienė,
Отделение акушерства и
гинекологии, Литовский
университет наук здоровья,
Каунас, Литва

Birute Zilaitienė,
Институт эндокринологии,
Литовский университет
наук здоровья,
Каунас, Литва

Адрес для корреспонденции: jonusiene@lytinesveikata.lt

Авторы выражают благодарность Литовскому государственному фонду науки и исследований как источнику финансирования данного исследования (№ договора T-65/09), а также профессору J. Vancroft за его вклад в общую работу.

Список литературы

1. Sarto GE. The gender gap: new challenges in women's health. *Fertil Steril*. 2004; 81(suppl 2): 9–14.
2. Janus SS, Janus CL, editors. *The Janus report on sexual behavior*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1993.
3. Basson R, Brotto LA, Laan E et al. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *J Sex Med*. 2005; 2(3):291–300.
4. Burger H. The menopausal transition–endocrinology. *J Sex Med*. 2008; 5(10):2266–73.
5. Davison SL, Bell RJ, LaChina M et al. Sexual function in well women: stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *J Sex Med*. 2008; 5:1214–1222.
6. McCall-Hosenfeld JS, Jaramillo SA, Legault C et al. Correlates of sexual satisfaction among sexually active postmenopausal women in the Women's Health Initiative-Observational Study. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(12): 2000–2009.



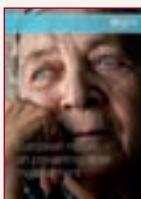
EUR/RC62/10 Rev.1 Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг., Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012.

Данный документ сосредотачивается на приоритетных направлениях действий и мероприятий, которые соответствуют четырём приоритетным областям стратегии «Здоровье-2020». В документе рассматривается новая Европейская политика в поддержку здоровья и благополучия, обращая внимание на здоровое старение как приоритет общественного здравоохранения. Доступно на английском, немецком, французском и русском по ссылке: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>



Стратегии и приоритетные мероприятия по обеспечению здорового старения, ВОЗ, 2012.

Данный документ сосредоточен на ключевых стратегиях и приоритетных мероприятиях с целью демонстрировать роль интегрированной политики здравоохранения в процессе стремительного старения в Европе. Доступно на английском, немецком, французском и русском по ссылке: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/policies-and-priority-interventions-for-healthy-ageing>



Европейский отчёт о предотвращении жестокого обращения с пожилыми людьми, ВОЗ, 2012 (European Report on Preventing Elder Maltreatment)

Акцентируя внимание на жестоком обращении с пожилыми людьми как проблеме общественного здоровья во всём Европейском регионе, данный отчёт освещает биологические, социальные, культурные и экономические факторы, а также факторы окружающей среды, влияющие на риск пожилых людей стать жертвой жестокого обращения, равно как и защитные факторы, его предотвращающие. Доступно на английском по ссылке: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>



Передача знаний о старении и здоровье: основы для развития политики в 2012 г., ВОЗ, 2012 (Knowledge Translation on Ageing and Health: A Framework for Policy Development 2012)

Разработанный в помощь руководящим и ответственным лицам в развитии национальной политики или программ для интеграции доказанных подходов, решения проблем пожилых людей. Данный документ адресует потребности пожилого населения в таких вопросах как ВИЧ, репродуктивное здоровье и хронические заболевания. Доступно на английском по ссылке: http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/index.html



Хорошее здоровье как залог долголетия: Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья в 2012 г., ВОЗ, 2012 (Good health adds life to years – Global brief for World Health Day 2012, WHO, 2012)

В данной публикации, изданной во Всемирный день здоровья в 2012 г., приводятся существующие данные о состоянии здоровья и сведения о новой ведущейся работе по улучшению понимания потребностей пожилых людей и определению мер, которые следует принять, чтобы помочь пожилым людям вести более здоровую и долгую жизнь. Доступно на английском: <http://www.who.int/ageing/publications/en/index.html>



Здоровье в мире и старение, ВОЗ, Национальный институт США по вопросам старения, 2011 (Global Health and Ageing)

Признавая текущие демографические изменения, имеющие место по причине увеличивающегося пожилого населения, данный отчёт увеличивает осведомлённость о решающей связи между состоянием здоровья в мире и старением, а также о важности точной и координированной исследовательской работы для восполнения пробелов в знаниях, равно как и в действиях в рамках политики основанной на доказательных данных. Доступно на английском по ссылке: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html



Женщины и здоровье: данные на сегодня, программа действий на завтра, Отчёт ВОЗ, ВОЗ, 2009 (Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda)

Используя существующие данные, представленный отчёт критически оценивает текущие знания о здоровье женщин на протяжении всей жизни и в различных регионах мира. Доступно на английском и французском по ссылке: <http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/en/index.html>



Женщины, процесс старения и здоровье. Поддержание здоровья на протяжении жизни, ВОЗ 2008 (Women, Ageing and Health, Achieving Health Across the Life Span)

Данный отчет предлагает концепцию для действий по улучшению здоровья пожилых женщин в контексте программной цели ВОЗ «Здоровье для всех». Осознавая разнообразие такой группы населения как пожилые женщины и различия в их состоянии здоровья, целью данной концепции является задать направление и привести примеры действий, которые могут быть предприняты. Доступно на английском по ссылке:

<http://www.who.int/ageing/publications/women/en/index.html>



Мужчины, старение и здоровье. Поддержание здоровья на протяжении жизни, ВОЗ 2008 (Men, Ageing and Health, Achieving Health Across the Life Span)

Данный документ обобщает знания, приобретённые за последние годы, о здоровье мужчин по мере старения, определяет пробелы в этих знаниях, необходимость исследований и предлагает определённые меры, которые следует принять для улучшения здоровья пожилых мужчин. Доступно на английском по ссылке:

<http://www.who.int/ageing/publications/men/en/index.html>



Женщины, старение и здоровье: концепция действий с учетом гендерного аспекта, ВОЗ, ЮНФПА, 2007 (Women, Ageing and Health: A framework for Action. Focus on Gender)

Эта концепция посвящена проблеме состояния здоровья и факторам, влияющим на здоровье женщин в среднем и пожилом возрасте, с учетом гендерного аспекта. Она предоставляет руководящим инстанциям, практикующим врачам, неправительственным организациям и гражданскому обществу рекомендации по улучшению здоровья и благополучия стареющих женщин посредством одновременного решения гендерных проблем и старения в политике, программах, практике, а также в исследованиях. Доступно на английском по ссылке:

http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/684_filename_ageing.pdf



Пакет программ для дружественных к пожилым людям центрам первичной медицинской помощи, ВОЗ, 2008. Пакет программ (Age-friendly Primary Health Care Centre Toolkit)

разработан с целью улучшения эффективности медицинской помощи, предоставляемой пожилым людям, и включает в себя ряд инструментов, которые сотрудники первичной медицинской помощи могут использовать в оценке состояния здоровья пожилых людей и их лечении. Доступно на английском по ссылке:

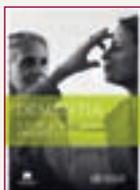
http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html



Опровержение мифов о старении, ВОЗ, 2008 (Demystifying the Myths of Ageing)

Эта брошюра посвящена тому, как некоторые проблемы, ассоциирующиеся с пожилым возрастом, во многом относятся к мифам, окружающим процесс старения. Цель публикации – развить дискуссию об изменениях, необходимых для того, чтобы люди всех возрастов могли вести более долгую и здоровую жизнь. Доступно только на английском по ссылке:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/pre-2009/demystifying-the-myths-of-ageing>



Деменция: приоритет общественного здоровья, ВОЗ, Международная федерация ассоциаций по борьбе с болезнью Альцгеймера, 2012 (Dementia: a public health priority)

Этот обстоятельный отчет повышает осведомленность о деменции как приоритетной проблеме, разъясняет подход к её решению в общественном здравоохранении и даёт рекомендации к действиям, как на международном, так и на национальном уровнях. Доступно на английском по ссылке:

http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html



Города мира доброжелательного отношения к пожилым людям: путеводитель, ВОЗ, 2007 (Global Age Friendly Cities: A Guide)

С учётом пропагандируемого ВОЗ подхода к активному старению, данный путеводитель побуждает города проявлять большую гуманность и тем самым стать более доброжелательными к пожилым людям. Доступно на английском по ссылке:

<http://www.who.int/topics/ageing/en/>

Полезные интернет-сайты:

Европейская платформа «Возраст»: <http://www.age-platform.eu/en>

ВОЗ: Старение и жизненный цикл: <http://www.who.int/ageing/en/>

Здоровое старение, Европейское региональное бюро ВОЗ:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>

Entre Nous

*The European Magazine
for Sexual and Reproductive Health*

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

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Tel: (+45) 3917 17 17

Fax: (+45) 3917 1818

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous