

МОДЕЛЬ БУДУЩЕГО:

*Актуализация исследований
в сфере сексуального и репродуктивного здоровья*



Entre Nous



ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

Entre Nous издаётся:

Отдел страновых систем и политики
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tel: (+45) 3917 1602
Fax: (+45) 3917 1818
E-mail: entrenous@euro.who.int
www.euro.who.int/entrenous

Главный редактор

Dr. Gunta Lazdane

Редактор

Dr. Lisa Avery

Помощник редактора

Dominique Gundelach

Макет

Sputnik Reklame Aps, Denmark.
www.sputnikreklame.dk

Печать

Типография A/S "S&G", Latvia

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

Entre Nous выпускается:

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

На русском языке Европейское региональное бюро ВОЗ, Rīgas, Komerccirma S&G;

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

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

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

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

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться в Отделение здоровья семьи и местных сообществ по вышеуказанному адресу. Заказать публикации ВОЗ можно через торгового представителя ВОЗ в каждой стране или в отделе маркетинга и распространения по адресу:
CH-1211, Geneva 27, Switzerland

ISSN: 1014-8485

Редакционная статья <i>Paul F.A. Van Look</i>	3
Роль результатов исследований в улучшении сексуального и репродуктивного здоровья <i>Michael Mbizvo</i>	4
Стратегическая оценка программной политики и аспекты исследования в области непреднамеренной беременности в Украине: усвоенные уроки <i>Iryna Mogilevkina</i>	6
Исследование как инструмент охраны материнского и детского здоровья: Сотрудничающий центр материнского и детского здоровья ВОЗ при Институте материнского и детского здоровья "Burlo Garofolo" в Триесте, Италия <i>Adriano Cattaneo, Giorgio Tamburlini</i>	8
Непреднамеренная беременность: ситуация в Голландии <i>Cecile Wijsen</i>	10
Проникая в тайну: компонент исследования <i>Sibel Bilgin, Cem Turaman</i>	12
Уровень знаний об экстренной контрацепции у женщин, прибегающих к прерыванию беременности, в Республике Армения <i>Karine Arustamyan, Georgy Okoev</i>	14
Тенденции в сексуальном поведении учеников средних школ Словении <i>Bojana Pinter</i>	16
Исследование как инструмент усовершенствования служб и влияния на политику <i>Ayse Akin</i>	18
Работа над более качественным сексуальным воспитанием европейской молодежи <i>Angelika Heßling</i>	20
Как исследования могут помочь решить проблему сексуального и гендерного насилия (СГН) <i>Els Leye, Kristien Roelens, Ines Keygnaert, Patricia Claeyns, Marleen Temmerman</i>	22
SeVEAS: Разработка и применение руководств по охране сексуального и репродуктивного здоровья <i>Vittorio Basevi, Dante Baronciani, Giulio Formoso, Barbara Paltrinieri, Daniela Spettoli</i>	24
Как улучшить репродуктивное здоровье мужчин <i>Trevor G. Cooper</i>	26
Учебный курс по исследованию сексуального и репродуктивного здоровья: связь аспектов сексуального и репродуктивного здоровья с методологией исследования <i>Robert Thomson</i>	28
Прощание Венгрии с <i>Entre Nous</i> <i>István Batár</i>	30
Ресурсы <i>Lisa Avery</i>	31

Entre Nous благодарит следующие центры сотрудничающие с ВОЗ за материальный вклад в 67-ой выпуск журнала:

Центр сотрудничающий с ВОЗ образования и исследований в области репродукции человека, Женевский фонд медицинского образования и исследований (GFMER)	Центр сотрудничающий с ВОЗ сексуального и репродуктивного здоровья, Федеральный центр просвещения в области здравоохранения (Bzga)	Центр сотрудничающий с ВОЗ исследований и обучения в области репродуктивного здоровья, Отделение акушерства и гинекологии, Университетский медицинский центр Любляны
--	--	--

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS

Dr Assia Brandrup-Lukanov Старший советник сети Health Matrix [Матрица здоровья], Штаб-квартира ВОЗ, Женева	репродуктивные права, сексуальное здоровье и пубертатный период», Штаб-квартира ВОЗ, Женева	Nell Rasmussen Старший консультант, Датский центр исследования вопросов незащищенности
Bjarne B. Christensen Генеральный секретарь Датская ассоциация планирования семьи	Dr Helle Karro Профессор, Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета Тартуского Университета, Эстония	Dr Peer Sieben Представитель UNFPA в Турции и директор по Армении, Азербайджану и Грузии
Vicky Claeys Генеральный директор, Международная ассоциация планирования семьи, Европейская сеть, Брюссель	Dr Evert Ketting Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen Кафедра общественного здоровья	Dr Robert Thomson Советник по вопросам сексуальности, репродуктивного здоровья и пропаганды, UNFPA, Группа технического обслуживания европейских стран, Братислава



В 1995 г. в Каире, Египет, на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) сексуальное и репродуктивное здоровье стало рассматриваться на международном уровне как основа социального и экономического развития стран и сообществ. Правительства многих стран со всего мира и многие международные организации, включая ВОЗ, приняли эту платформу действий. Сексуальное и репродуктивное здоровье не должно быть труднодостижимым, тем не менее, спустя 18 лет рассмотрение сексуального и репродуктивного здоровья как центрального аспекта международных усилий по борьбе с нищетой, болезнями и нетрудоспособностью продолжает оставаться проблемным. Каждый год во всём мире 210 миллионов женщин страдают от угрожающих жизни осложнений при беременности, более полумиллиона женщин умирают по связанным с беременностью причинам, три миллиона новорожденных умирают в первую неделю жизни, по меньшей мере 120 миллионов пар лишены возможности прибегнуть к необходимой контрацепции, 80 миллионов женщин переживают непреднамеренную или нежелательную беременность, а также регистрируются 340 миллионов новых случаев излечимых сексуально-трансмиссивных инфекций (не включая ВИЧ и другие неизлечимые вирусные инфекции).

Недавно выдвинутая на МКНР цель обеспечить к 2015 г. всеобщий доступ к репродуктивному здоровью была включена под пунктом 5B в Цель развития тысячелетия № 5 об улучшении материнского здоровья. Таким образом, ожидается, что в последующие годы всё больше стран будет уделять пристальное внимание улучшению своих политик и программ сексуального и репродуктивного здоровья. Несмотря на это, чтобы в этой области наметился прогресс, необходимо наличие по крайней мере трёх составляющих, а именно: расширение базы знаний для обоснования новых формулируемых установок, программ и вмешательств, а также их пилот-тестирование и широко-масштабное осуществление; политическая поддержка и «смелость» в преодолении политических, культурных и религиозных барьеров, препятствующих получению соответствующих информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья; и, наконец, распределение необходимых человеческих и финансовых ресурсов. Исследовательская

работа играет существенную роль во всех трёх перечисленных аспектах.

Исследования побуждают индивидуумов вести более здоровую сексуально-репродуктивную жизнь несколькими способами. Исследования определяют их нужды в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и приоритеты в рамках сообществ, предоставляют новые знания, которые могут быть использованы в пропаганде и формулировке программ, определяют и развивают их наилучшее применение, а также способствуют разработке научно обоснованных вмешательств, руководств и инструментов. Благодаря более масштабному применению результатов исследований на практике совершенствуются программы сексуального и репродуктивного здоровья. Более того, мультидисциплинарный подход к исследовательской деятельности, совмещающий экономическую, социальную, поведенческую, здравоохранительную системы, политику, эпидемиологические и биомедицинские дисциплины, способствует видению ключевых аспектов сексуального и репродуктивного здоровья с определённых и междисциплинарных точек зрения. В результате хорошо проведённое и с точки зрения этики корректное научное исследование обеспечивает разработчиков стратегий на локальном, национальном, региональном и международном уровнях необходимыми знаниями, предоставляемыми индивидуумам в виде информации или услуг с целью защиты их сексуального и репродуктивного здоровья, равно как и соблюдения их человеческих прав в отношении сексуальности и репродуктивного здоровья.

Пропаганда и улучшение сексуального и репродуктивного здоровья является давнишней целью центров сотрудничающих с ВОЗ в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Основываясь на мнении, что «исследование в сфере здравоохранения лучше всего продвигается при наличии поддержки и координирования, а также прибегая к мероприятиям, разработанным уже существующими учреждениями», ВОЗ, с самого начала своего существования воздействовала государственные инстанции как во внутригосударственных, так и в международных исследованиях, которым она всячески способствовала. Центры сотрудничающие с ВОЗ представляют сеть учреждений, сформированную организацией в поддержку своих программ

на всех уровнях: страновом, международном, межрегиональном и глобальном. Центры уполномочены предоставлять ВОЗ услуги в поддержку программ, вызывающих интерес на глобальном уровне, и принимать участие в определённом сотрудничестве по развитию государственного здравоохранения. Центры сотрудничающие с ВОЗ обязаны принимать участие в усилении страновых ресурсов и развитии государственного здравоохранения путём обмена информацией, предоставления услуг, проведения исследований и обучения. К великой радости, в европейском регионе 19 таких сотрудничающих центров посвящают свою деятельность исследованиям в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Этот выпуск *Entre Nous* посвящён проведённым исследованиям, а также связанным с ними трудностям и успехам, которые испытали различные сотрудничающие центры ВОЗ в европейском регионе, равно как и другие исследовательские учреждения, старающиеся улучшить состояние сексуального и репродуктивного здоровья как в отдельных странах, так и во всём регионе. Надеемся, что читатель, обратив внимание на проведённую этими учреждениями работу, вновь сможет высоко оценить важность исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также здоровья в целом. Мы надеемся, что в этом номере *Entre Nous* наглядно показано, что исследование как таковое являет собой не только конкретную научную и этически корректную деятельность с отбором и анализом данных и результатов для научных конгрессов и статей, но и неотъемлемую часть развития систем здравоохранения, так как его влияние ощутимо на индивидуальном, организационном, государственном и международном уровнях политики. Более того, только в этом случае исследование можно считать общечеловеческим благом, приводящим индивидуумов, сообщества и целые народы к достижению лучшего состояния сексуального и репродуктивного здоровья и благополучия.

Paul F.A. Van Look, MD, PhD
Директор
Департамент репродуктивного
здоровья и исследований
Штаб-квартира ВОЗ, Женева,
Швейцария

РОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В УЛУЧШЕНИИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Исследование является фактором, определяющим наиболее уместные вмешательства или технологии улучшения сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Результаты исследований должны способствовать формулировке установок и предоставлять научное обоснование дальнейшего развития и совершенствования программ СРЗ. Вдобавок, результаты хорошо проведенного исследования должны служить основанием для:

- определения ключевых проблем, пробелов и нужд в улучшении СРЗ;
- обретения новых знаний для разработок в области СРЗ;
- разработки новых и усовершенствованных технологий, инструментов и руководств;
- идентификации и тестирования вмешательств в рамках стратегий предотвращения и здравоохранения;
- улучшения управления и распределения ресурсов, а также;
- пропаганды перемен и принятия наилучших врачебных практик по улучшению СРЗ.

Чтобы извлечь максимальную пользу из результатов исследований, исследователей нужно задействовать в новаторских стратегически-коммуникативных и информативных подходах к проблеме. В свою очередь, руководящие круги и провайдеры услуг должны иметь четкое представление о том, как исследования могут способствовать разработке и модификации установок и практик. Главным препятствием для применения результатов исследований является недостаточная коммуникация различных сторон.

Программа использования исследований

На Рис. 1 представлена модель интенсивного применения исследований для улучшения СРЗ. Её успех зависит от правильного задействования соответствующих СМИ (журнальные статьи, доклады, политические сводки) в отношении целевых аудиторий (исследователей, руководящих инстанций, практикующих врачей). Статья в журнале рассчитана на научные круги, чья обязанность удостовериться в правильности и точности результатов. Эти данные затем переделывают в политические сводки и пресс-релизы с целью привлечь внимание руководящих кругов и общественности. Когда сделаны первые шаги в разра-

Рис. 1



ботке соответствующих стратегий, эти сведения вносятся в практические руководства там, где они уместны. Таким образом, данные могут быть использованы в информативных целях в стратегиях или программах развития и улучшения СРЗ. Они могут также обеспечить наилучшее применение результатов исследований на практике. В некоторых случаях в зависимости от природы исследования первичные данные могут быть использованы для разработки и тестирования вмешательств. Успешные вмешательства впоследствии поддерживаются соответствующим обучением. Такие вмешательства в дальнейшем могут быть интегрированы в системы здравоохранения в процессе их адаптации и принятия, а также распространены для более широкого применения. На уровне системы сексуально-репродуктивного здравоохранения выявляются существенные аспекты, проблемы и нужды, зачастую являющиеся частью динамического процесса обеспечения эффективности и качества служб. У последних существует обратная связь с вопросами и приоритетами исследований на страновом и глобальном уровнях. Ниже приведены вопросы, которым следует уделять внимание на различных этапах перехода от исследований к практике.

Планирование исследования

- На сколько уместен исследовательский аспект в отношении приоритетных

проблем СРЗ в конкретной стране?

Чем более уместен, тем больше вероятность того, что полученные данные будут использованы.

- Какие связи и партнёрства существуют между исследователями и заинтересованными сторонами? Чем теснее связи, тем лучше проходит коммуникация между заинтересованными группами и тем больше вероятность того, что исследование будет использовано на практике.
- Каков уровень взаимодействия между исследовательской группой и программами предоставления услуг? Тесное взаимодействие между ними является особенно важным аспектом для исследования операций.
- Сформирована ли консультативная группа по исследованию? Эта группа координирует процесс планирования исследования и состоит из исследователей и заинтересованных сторон.
- Будут ли вызванные исследованием вмешательства рентабельными? Важно тщательно проанализировать подразамеряемую стоимость предлагаемых вмешательств, обращая внимание на возможно менее дорогостоящие альтернативы.
- Какой должен быть уровень доверия рецензентам и другим заинтересованным сторонам у исследовательской группы? Чем выше уровень доверия, тем больше вероятность того, что полученные в процессе исследования



Michael Mbizvo

данные будут широко применяться и распространяться.

- **Существует ли интерес к исследованию у сообществ и промышленности?** Чем выше интерес, тем больше вероятность того, что результаты будут использованы.
- **До какой степени в конкретной стране развита культура поиска научного решения проблем?** Спрос на научно-обоснованные вмешательства и решения является важным детерминантом применения результатов исследования. Иногда, подвергаясь социо-культурному давлению, руководящие круги не желают принимать научные результаты.
- **Насколько осуществим предлагаемый исследовательский проект?** Для исследования важно отобрать те вопросы, на которые можно ответить, применяя этически доступные методы исследования.
- **Есть ли план распространения результатов исследования во время действия проекта и после его окончания?** Задействовать заинтересованные стороны во время проведения исследовательского проекта так же важно, как и распространение результатов после его окончания.
- **Являются ли структура проекта и методы уместными и этически корректными?** Этот фактор является ключевым для глубокого исследования, соответствующих результатов и завоевания доверия.
- **Рассматривается ли в вопросе исследования аспект общественной чувствительности?** Проведение исследований деликатных проблем может оказаться более трудным. В руководящих кругах и среди политиков могут сформироваться противоборствующие лагеря, что может привести к длительным спорам о достоинствах и недостатках исследования и помешать применению результатов.

Проведение исследования

- **Проводится ли исследование в соответствии с самыми высокими техническими, научными и этическими стандартами?** Отклонение от этих стандартов может повлиять на доверие к исследователям и достоверность результатов.
- **Какие действия предпринимаются для информирования заинтересованных сторон о развитии исследования, в частности – общества, в рамках которого проводится исследование?**

Один из способов поддержать интерес общественности и других сторон к исследованию – это направить их в технические консультативные инстанции исследовательского проекта.

- **Принимаются ли меры для того, чтобы исследование функционировало в соответствии с этическими стандартами и стандартами безопасности, как изначально и запланировано?** В процессе исследования поступающие данные должны постоянно проверяться. Это гарантирует, что: (i) исследователи вовремя смогут принять меры по защите изучаемой группы населения от нежелательных последствий и вмешательств, если таковые будут обнаружены; и (ii), если первичные данные указывают на значительные преимущества вмешательства, то отказ контрольной группе во вмешательстве, основанном только на научном интересе, не является этическим.
- **Запущены ли механизмы тщательной проверки исследования и ответной реакции на проект?** Эти механизмы обеспечивают правильный ход развития проекта.
- **Запланировано ли локальное наращивание потенциала исследовательского проекта?** Во время проведения исследования желательно задействовать местный персонал. Это помогает в последующем использовании исследования для решения проблем общественного здравоохранения.

По окончании исследования

- **Приняты ли меры для того, чтобы вовремя информировать руководящие круги и общественность о полученных данных в форме политических сводок или пресс-релизов?** Политические сводки полезны для информирования руководящих инстанций в виде политических рекомендаций, вытекающих из результатов исследования. Пресс-релизы нужны для информирования СМИ и общественности об исследовательских находках.
- **Позаботились ли о том, чтобы в политических сводках и пресс-релизах сведения были представлены в локальном контексте?** Это особенно важно в случае исследований, проводимых на глобальном и национальном уровнях. Сведения из одной среды не всегда можно перенести в другую.
- **Насколько результаты исследования совместимы с существующей**

системой здравоохранения? У вмешательств, требующих меньше кардинальных перемен в системе здравоохранения, больше шансов быть принятыми.

- **Насколько восприимчив к предлагаемым вмешательствам персонал конкретной системы здравоохранения?** Чтобы внести перемены нужно, чтобы сотрудники системы здравоохранения были к ним открыты. Информирование их об исследовании и получаемых результатах может повысить их восприимчивость к вмешательствам.
- **Как управлять пропагандой перемен, и кто в ней будет задействован?** Пропагандистские кампании должны задействовать тех, кто для этого лучше всех подходит (заинтересованные стороны, СМИ), и быть нацелены на тех, кого нужно информировать и убеждать (руководящие круги, менеджеры программ, конечные пользователи).
- **Есть ли достаточно веские основания для предложения изменений (в политике, на практике)?** Рекомендации, не имеющие чёткого обоснования, вряд ли получат развитие на практике.
- **Будут ли доступны ресурсы для проведения перемен, и будут ли они подкрепляться?** Чтобы осуществить этот процесс необходимы доступные и подкрепляемые фонды.
- **Останутся ли исследователи задействованными в процессе применения результатов?** Проверка любого исследования – это его применение. Исследователи могут многому научиться в своей сфере, если будут задействованы в применении полученных ими результатов.

Наконец, основной принцип, определяющий ход исследования, это развитие того, что уже есть, или усиление научно-обоснования принимаемых решений. Главной задачей является увеличение общественного благосостояния путём предложения оптимальных научно обоснованных решений, где ключевые факторы это эффективность, продуктивность и безопасность.

Michael Mbizvo, MD

Координатор
Департамент репродуктивного
здоровья и исследований
Штаб-квартира ВОЗ, Женева,
Швейцария
mbizrom@who.int

УСВОЕННЫЕ УРОКИ

Стратегический подход ВОЗ к усилению политических и программных мер в области сексуального и репродуктивного здоровья (1) является методологией, используемой для определения необходимых и приоритетных нужд в услугах и технологиях в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), тестирования необходимых вмешательств на соответствие приоритетным нуждам и применения удачных вмешательств на национальном уровне. Это междисциплинарный подход к разработке стратегических решений, важных для совершенствования выборочных областей СРЗ.

Целями стратегической оценки (СО) в Украине были:

1. определение качества услуг семейного планирования и проведения аборт;
2. разработка непрерывных программных вмешательств для улучшения качества СРЗ;
3. сокращение случаев абортов;
4. улучшение качества услуг по проведению абортов и планированию семьи в государственном и частном секторах страны;
5. содействие Министерству здравоохранения в координировании ресурсов и улучшении этих услуг.

Цель этой статьи – рассказать о трудностях и опыте проведения СО в Украине.

Первые шаги

Чтобы наша СО прошла успешно, с самого начала было задействовано множество сторон. Задействование ключевых политических деятелей и важных заинтересованных сторон необходимо для достижения целей СО. В 2004 г., когда ВОЗ проводила семинар по использованию новейших доступных инструментов улучшения качества и доступа к услугам здравоохранения в сфере СРЗ включая безопасное проведение абортов, Украину, равно как другие четыре страны (Российскую Федерацию, Республику Молдовы, Латвию и Литву), представляли Министерство здравоохранения, профессиональные и неправительственные организации (НПО).

В нашем случае опыт показал, что, поскольку СО подразумевает решение мультидисциплинарных задач, важно, чтобы с самого начала между задействованными сторонами установилось согласие. Если его нет, успех мероприятий по планированию сомнителен. Как только все члены команды собираются

вместе и принимают концепцию СО, можно приступать к составлению предложения.

Разработка предложения

Трудность разработки успешного предложения далеко не новость. Первой трудностью была подготовка предложения в особом формате, со спецификой которого задействованные стороны могут быть незнакомы.

Вторая трудность состояла в том, что предложение должно было быть составлено на английском языке. Необходимые переводы с языка источника и обратно отнимали много времени. В связи с низким уровнем владения английским в Украине прямая коммуникация между англо-говорящими международными консультантами и координатором СО в стране была особенно трудной. В результате множество рекомендаций англо-говорящих консультантов не уложилось во временные рамки, и разработка предложения продолжалась более года.

Решением стало назначение координатора из международной организации, говорящего на английском и русском, для работы как с Министерством здравоохранения, так и с международными консультантами напрямую. Это оказалось намного удобнее и снизило временные затраты на разработку предложения.

Третья трудность состояла в том чтобы решить, какая организация понесёт ответственность за реализацию СО в стране. Идеальным решением было бы задействование какой-нибудь национальной НПО. Но в Украине таких организации не существует, и наиболее подходящим вариантом оказалась одна из локальных НПО. Было важно определить, какая местная НПО будет задействована в СО с самого начала и возьмётся за осуществление СО не только в своём регионе, но и на национальном уровне.

Национальный симпозиум по разработке инструментов сбора данных

Эксперты из Министерства здравоохранения задокументировали первоначальные данные в областях планирования семьи, непланированной беременности и проведения абортов, что послужило хорошей базой для определения стратегических вопросов в сборе фактического материала на месте.

С целью определить, какие программные аспекты и приоритетные области должны подвергнуться СО, был проведён семинар по планированию с задействованием широкого спектра заинтересованных сторон.

К сожалению, первоначальные данные не были предоставлены всем участникам семинара вовремя, и не все успели над ними поработать. Важно удостовериться, что все задействованные группы получили и изучили первичные данные перед проведением национального семинара по подготовке к сбору фактического материала на месте.

На этом этапе были сформированы две группы, которые адаптировали под национальные нужды инструменты сбора фактического материала на местах. Поскольку страна большая и уровень услуг здравоохранения везде одинаков, для сбора фактического материала были отобраны два региона. Для сбора фактических данных полезнее было бы более разнообразное представительство задействованных сторон, так как сотрудников сектора здравоохранения было достаточно в обеих группах, а молодёжь, журналисты и консультанты типа «сверстник сверстнику» были в недостатке. Высокопоставленные чиновники участвовали в сборе данных всего несколько дней в связи с необходимостью решения других приоритетных задач. Это не лучшим образом сказалось на разработке мультидисциплинарного подхода и



Iryna
Mogilevkina



проведении СО нашими командами. К счастью, мы смогли преодолеть это препятствие, подключив представителей различных секторов (образовательного, экономического, социального и сектора СМИ) к командам СО на местах сбора информации. Во время семинара были также разработаны руководства к проведению опроса. В связи с неодинаковым уровнем знаний участников проекта, больше времени можно было уделить разработке инструментов и их предварительной проверке. Это бы улучшило понимание процесса и сократило трудности в первые дни сбора фактического материала. Похожие документы других СО послужили бы хорошими образцами и обеспечили бы лучшее представление о том, каким должен быть конечный продукт (инструменты опроса и наблюдения). На семинаре также не мешает разработать основные пункты и структуру отчёта о проведённой работе по сбору материала. Это обеспечит эффективную коммуникацию между всеми группами и схожесть методов сбора фактического материала.

Подготовка к сбору данных на местах

Нашей самой большой трудностью в подготовке к сбору фактического материала был тот факт, что необходимый приказ был подписан Министерством здравоохранения всего за неделю до запланированной даты начала СО и достиг мест сбора данных за день до начала работы. Это определённо созда-

ло стрессовую ситуацию и подвергло сомнению дальнейшее проведение СО. Проблема была решена благодаря неограниченной поддержке локальных управлений, участников команд и интересу и доброжелательному отношению со стороны сотрудников сектора здравоохранения и общин.

В связи с большим числом ежедневно проводимых интервью и групповых дискуссий для успешного проведения сбора данных для СО очень важна была подготовительная работа. Качественная методология исследования была вноски многим членам команд, вечерние дискуссии были интересными, но тоже отнимали много времени.

Планирование в этом деле – главное. Ключевыми факторами являются быстрая адаптация и креативность. Мы обнаружили, что разделение команд на ответственные за организацию и ответственные за опрос существенно облегчило работу.

Работы по сбору данных на месте

Нашей задачей было объяснить опрашиваемым, что наша цель – не поиск правых и виноватых, а выявление сфер, нуждающихся в совершенствовании, а также существующих пробелов в системе. Возможно, потребуется время, чтобы сотрудники медицинских учреждений осознали, что это не акт контроля, осуществляемый группой из Министерства здравоохранения при поддержке международных экспертов, а метод, который позволяет каждому

задействованному индивидууму, будь то женщина из маргинальной группы или глава местного управления, содействовать улучшению СРЗ в Украине.

Готовность к переменам является важным аспектом успешного проведения СО и дальнейшего совершенствования системы. Индивидуумов нужно убеждать в анонимности и возможности изъясняться открыто, не боясь понести наказание.

Как бы то ни было, затраченное время было проведено продуктивно, дав участникам проекта ознакомиться с самыми разнообразными отношениями и реакциями на проблему, а также обсудить увиденное и услышанное с другими членами группы. Сам процесс СО для всех задействованных коллег послужил хорошим упражнением на наращивание потенциала.

Выводы

Черновой вариант отчёта о проведённом сборе данных на месте готов, и наши рекомендации будут обсуждаться на собрании по диссеминации, в котором примет участие гораздо больше заинтересованных кругов, чем в проводившемся сборе материала. Мы все надеемся, что эти рекомендации будут приняты и послужат базой для дальнейшей деятельности по улучшению здоровья женщин и их семей в Украине.

Список литературы:

1. WHO. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva:WHO; 2007
http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm (доступно на английском и русском языках)

Iryna Mogilevkina, MD, PhD

Профессор акушерства, гинекологии и перинатологии, Донетский Государственный Медицинский Университет, Украина
imogilevkina@gmail.com

ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ОХРАНЫ МАТЕРИНСКОГО И ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В 1992 г. Институту детского здоровья в Триесте, Италия, был присвоен статус сотрудничающего центра ВОЗ. С тех пор этот статус сохранялся за институтом каждые четыре года. Круг полномочий, принятый в 2004 г. во многом схож с тем, что было установлено в 1992 г. В компетенцию института входит:

- **Проведение исследовательских мероприятий по развитию и оценке соответствующих технологий и вмешательств, связанных с программами и инициативами в сфере материнского и детского здоровья ВОЗ;**
- **Развитие и проверка на практике руководств и учебных материалов по применению подходящих технологий и вмешательств, связанных с этими программами и инициативами ВОЗ;**
- **Участие в представлении, осуществлении и оценке программ, планов и инициатив ВОЗ, относящихся к сфере материнского и детского здоровья.**

Участие в исследованиях по улучшению материнского и детского здоровья

В течение последних 15 лет центр принимал активное участие в исследованиях, разработках и практических действиях по нескольким существенным направлениям в сфере материнского и детского здоровья. Некоторые из этих проектов приведены ниже.

• Выхаживание по методу кенгуру (Kangaroo Mother Care/КМС)

Впервые предложенное в 1979 г. докторами Rey и Martinez в Боготе, Колумбия, КМС является признанным во всём мире методом ухода, важного для всех новорожденных, но особенно – для недоношенных детей. КМС включает в себя три основных принципа: обеспечение телесного контакта новорожденного с матерью, кормление исключительно грудью и предоставление медицинской помощи, а также эмоциональной и психологической поддержки матери и ребёнка, включая возможность ранней выписки из роддома. В условиях ограниченных возможностей это эффективный способ обеспечить ребёнку тепло, кормление, защиту от инфекций, безопасность и любовь. После первого опыта в Мапуто, Мозамбик, и по окончании контрольных рандомизированных исследований, проводившихся во многих центрах (1), институт организовал международную конференцию в 1996 г., которая послужила началом Международной сети КМС. Её представители встречаются каждые два года. 7-ой сбор и конференция пройдут в Уппсале, Швеция, с 6 по 7 октября 2008 г. (www-conference.slu.se/КМСеurope08/). По поручению ВОЗ персонал центра в сотрудничестве с другими экспертами разработал практическое руководство по КМС (2).

• Планирование перинатального ухода (ППУ)

Во многих странах стали широко применяться дорогостоящие технологии по уходу, зачастую без доказательств об эффективности, соответствующим обучением персонала или адекватной оценкой технического оснащения и стратегических нужд. Чтобы содействовать политическим деятелям и руководящим кругам в грамотном выборе технологий по перинатальному

уходу в рамках определённых условий (в первую очередь условий среднего уровня), центр в 1997 г. организовал краткий курс ППУ, рассчитанный на эту целевую аудиторию. Курс проводился повторно в Триесте и был представлен в странах Восточной Европы и Латинской Америки. Вдобавок, после проведения этих курсов персонал центра оказывал поддержку национальным инициативам по разработке планов перинатального ухода. Недавно содержание и методика курса были интегрированы в летний курс «Подходы общественного здравоохранения к материнскому, неонатальному, детскому и подростковому здоровью», который проводится в Триесте ежегодно (www.burlo.trieste.it/?Lang=europeanschool). Полученный благодаря всем этим мероприятиям опыт позволил центру принять активное участие в Европейской стратегии ВОЗ здоровья и развития детей и подростков (www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919_1).

• Необходимый уход за новорожденными (НУН)

Во всём мире около половины детских смертей приходится на новорожденных, из них 2/3 случаются в первую неделю жизни. Асфиксия при рождении, инфекции (пневмония, диаррея, сепсис, ВИЧ), преждевременность родов и врождённые пороки остаются главными причинами смерти новорожденных. Так как большинство этих причин можно предотвратить или устранить, был разработан проект НУН, освещающий превентивные вмешательства, которые являются простыми в выполнении, недорогими, доступными, окупающимися и могут проходить на трёх различных уровнях: дома/в семье, в центре здоровья и в районной больнице. В 1998 г. центр в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ разработал курс и руководство по НУН (www.euro.who.int/document/e79227.pdf). Основной целью было проверить данные и наиболее успешные меры предотвращения неонатальной заболеваемости и смертности, а также интегрировать их в существующие системы здравоохранения и методику ухода. Этот курс был переведён на русский и португальский языки и проводился в нескольких странах европейского региона ВОЗ (3), а также в нескольких

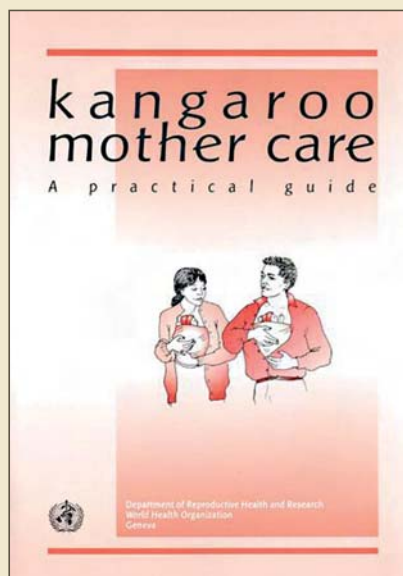
Сотрудничающий с ВОЗ центр в сфере материнского и детского здоровья при Институте материнского и детского здоровья "Burlo Garofolo" в Триесте, Италия



Giorgio Tamburlini



Adriano Cattaneo



штатах Бразилии. В Бразилии начато исследование по эффективности руководства к НУН. Работа над НУН продолжалась в течение нескольких лет и включала в себя сотрудничество с ВОЗ в Женеве при разработке новых учебных пакетов (4).

• Грудное вскармливание (ГВ)

Кормление грудью издавна считается идеальным способом обеспечить младенца необходимыми для здорового роста и развития питательными веществами. С самого начала центр проявлял высокую активность, поддерживая и пропагандируя ГВ. Например, недавно было проведено одно из контрольных исследований с целью определить эффективность пакета Инициативы больниц, доброжелательных к ребёнку (5). С 2002 г. центр координирует спонсируемые ЕС проекты разработки Плана действий, начатого в 2004 г. и доступного в Интернете на многих языках (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm). Этот проект получил развитие в виде пилот-тестирования Плана действий в восьми странах ЕС, и к середине 2008 г. будет опубликован его конечный и проверенный на практике вариант. Во время пилот-тестирования в 2006 г. центр принял участие в формулировке стандартных рекомендаций в отношении кормления младенцев и маленьких детей (6).

Выводы и рекомендации на будущее

Помимо вышеуказанных сфер деятельности центр также проводил исследования и развивающие мероприятия касательно ряда других вопросов, от бактериального менингита до насилия над детьми и идентификации тяжёлых случаев с целью улучшения акушерского ухода. На протяжении лет центр постепенно перевёл своё внимание географически (с африканских стран к югу от Сахары на Европу) и тематически (с исследования и развития технологий, равно как и обучения им, на развитие политики и планов с упором на проблему равноправия). Тематическая перемена может быть ярче выражена цитатой из письма, написанного Giorgio Tamburlini и Adriano Cattaneo, двоих главных сотрудников центра, и адресованного журналу «Lancet»: «Недальновидно принимать во внимание лишь медицинские вмешательства, направленные на снижение детской смертности. Это может привести к игнорированию факторов, вызывающих повышенную восприимчивость и уязвимость детей к болезням, что в свою очередь станет причиной смерти или несчастной жизни» (7). Следуя этому идеалу, центр и в будущем будет проводить исследования в сфере материнского и детского здоровья, которые могут быть использованы в пропаганде лучших политики и вмешательств в области материнского и детского здоровья, разработке учебных курсов и руководств с целью улучшения качества здравоохранения и обмена знаниями через образование и диссеминацию, что приведёт к улучшению врачебной практики и доступности результатов исследований.

Список литературы:

1. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* 1998;87:976-85
2. WHO. *Kangaroo mother care: a practical guide*. WHO: Geneva; 2003
3. Uxa F, Bacci A, Mangiaterra V et al. Essential newborn care training activities: 8 years of experience in Eastern European, Caucasian and Central Asian countries. *Semin Fetal Neonatal Med* 2006;11:58-64
4. McClure EM, Carlo WA, Wright LL et al. Evaluation of the educational impact of the WHO Essential Newborn Care course in Zambia. *Acta Paediatr* 2007; 96:1135-8
5. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001; 323:1358-62
6. European Network for Public Health Nutrition: Networking Monitoring Intervention and Training (EUNUTNET). Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2006 http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
7. Tamburlini G, Cattaneo A. Gates's grandest challenge. *Lancet* 2005; 366:1357-8

Adriano Cattaneo

Эпидемиолог, Координатор сотрудничающего с ВОЗ центра в сфере материнского и детского здоровья
Триесте, Италия
cattaneo@burlo.trieste.it

Giorgio Tamburlini

Научный директор
Институт детского здоровья IRCCS Burlo Garofolo
Триесте, Италия
tamburli@burlo.trieste.it

НЕПРЕДНАМЕРЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СИТУАЦИЯ В ГОЛЛАНДИИ

Как и другие сотрудничающие с ВОЗ центры экспертный центр сексуальности в Голландии Rutgers Nisso Groer на протяжении десятилетий занимался проблемами в области сексуального и репродуктивного здоровья. Целью Rutgers Nisso Groer является улучшение программ сексуального и репродуктивного здоровья путём постоянного анализа уроков прошлого, передового опыта и знаний, которые могут быть применены в различных ситуациях и новаторских подходах к работе. У организации есть исследовательский отдел, занимающийся изучением аспектов сексуального и репродуктивного здоровья и оценкой образовательных программ. Важной задачей организации является содействие открытой коммуникации на тему сексуальности. Эффективные программы сексуального воспитания повышают информированность (молодых) людей при принятии решений в плане их сексуальности и сексуального здоровья.

В Голландии большинство женщин репродуктивного возраста, не желающих заводить детей, применяют контрацептивы. Наше общество толерантно, мы допускаем, что (молодые) люди хотят заниматься сексом, и для нас важно, чтобы они предохранялись не только от ИППП, но и от нежелательной беременности. В результате непреднамеренные беременности – редкость, и уровень абортот низок. Это краткое описание ситуации в Голландии, и в сравнении с большинством других стран это описание достоверно. Тем не менее, это не означает, что всё замечательно. Проанализировав недавнее исследование в сфере репродуктивного здоровья, в этой статье мы расскажем о том, что голландские женщины не всегда могут предотвратить нежелательную беременность, или же им это сделать не позволяют определённые обстоятельства.

Недавно в Голландии были проведены два масштабных исследования сексуального поведения и здоровья. Оба исследования увенчались представительными выборками данных: данные о 4820 молодых людях в возрасте 12-18 лет, собранные в 2005 г. в рамках исследования «Секс до 25» (1), и данные о 4147 взрослых мужчинах и женщинах в возрасте 19-70 лет, собранные в рамках исследования «Сексуальное здоровье в Голландии 2006», проводив-

шегося годом позже (2). Благодаря этим важным исследованиям наше понимание текущей ситуации в отношении нежелательной беременности в Голландии стало чётче.

Контрацепция

Высокий процент голландских женщин в возрасте от 12 до 45 лет применяют противозачаточные средства. Девять из десяти сексуально активных девушек в возрасте 12-18 лет предохраняются. Одна из десяти (11%) вообще не предохраняется от непреднамеренной беременности. Молодым людям доступен широкий спектр методов контрацепции. Выбор подавляющего большинства (78%) останавливается на противозачаточных таблетках; чуть более четверти (27%) выбирают презерватив, и одна пятая (20%) использует двойной метод (Double Dutch). Выбор применяемых контрацептивов среди молодых женщин отличается от выбора взрослых (19-45 лет). 28% взрослой части женского населения используют противозачаточные таблетки, 6% – презервативы, и 11% – двойной метод, совмещающий орально принимаемые контрацептивы с презервативами. Спектр применяемых методов контрацепции у взрослых гораздо шире, несмотря на то, что так называемые «новые» средства, как то противозачаточные кольца или пластыри, не пользуются большой популярностью. 13% женщин предпочитают мужскую или женскую стерилизацию в то время как 7% используют ВМС. Очевидно, что возраст играет существенную роль в выборе контрацептивов: чем старше женщина, тем больше вероятность выбора долгосрочных или перманентных альтернатив. Конечно, возраст взаимосвязан и с количеством заведённых детей, и наличием постоянного партнёра. Оба этих фактора в огромной мере сказываются на выборе метода (см. Таблицу 1) (1, 2).

Число непреднамеренных беременностей

По данным исследований из всех беременностей почти одну треть составляли непреднамеренные. Тем не менее, когда мужчины и женщины оказываются в такой ситуации, они всё же принимают решение иметь ребёнка. Следовательно, только явное меньшинство непреднамеренных беременностей является нежелательным.

Риск непреднамеренной беременности высок среди женщин, ведущих активную половую жизнь, но не принимающих предохранительных мер, женщин, которые используют ненадёжные методы контрацепции, и женщин, неправильно применяющих выбранный метод. Проведя экстраполирование данных исследований в рамках населения Голландии, выяснилось, что ежегодно причиной около 67000 (по конфиденциальным данным 46000-96000) беременностей является недостаточное использование контрацептивов. Объяснения этому могут быть самые различные, от религиозных убеждений до противоречивого желания завести ребёнка.

Второй важной причиной непреднамеренной беременности является неэффективное или ошибочное применение контрацептивов. Например, забывают принять одну или более противозачаточных таблеток или неправильно надевают/снимают презерватив, что приводит к его протеканию или прорыву. В Голландии примерно одна из пяти женщин (18%) неправильно применяет метод контрацепции в течение шести месяцев подряд. В результате этого несколько тысяч непреднамеренных беременностей случаются ежегодно. Процент неправильного использования контрацепции сильно варьирует от метода к методу. Женщины, принимающие таблетки, очень часто принимают их неправильно, более четверти утверждают, что в последние шесть месяцев не смогли правильно использовать этот метод.

Таблетка на следующее утро

Когда велик риск непреднамеренной беременности, у голландских женщин есть возможность в любой аптеке купить противозачаточную таблетку, принимаемую на следующее утро после полового акта. Эта возможность появилась недавно, в 2005 г., что привело к существенному росту оптовых продаж. В течение первого года продажи увеличились примерно на 65%. 3,5% молодых людей (в возрасте 12-19 лет) сообщили о том, что принимали такие таблетки в год опроса. Процент взрослых женщин (19-49 лет), принимавших такие таблетки немного ниже – 2,2%. Результаты исследования покупателей экстренных контрацептивов показали, что покупатели обычно моложе 35 лет,



Cecile Wijzen

Рис. 1



Таблица 1

	12-18*	19-29	30-39	40-49
Не используются	9.6	22.4	30.2	40.2
Противозачат. таблетка	51.0	40.9	25.5	17.8
Противозачат. таблетка и презерватив	28.0	19.9	9.4	3.8
Презерватив	1.6	5.7	8.1	5.3
ВМС	0.6	7.2	9.9	3.6
Стерилизация	0.0	0.2	12.5	26.7
Другой способ	0.9	3.7	4.4	2.6

*Только сексуально-активные девушки

как правило бездетные, в основном принадлежат к коренному населению, довольно хорошо образованы и обычно состоят в длительных отношениях с партнёром (3). Отсюда предположение, что покупателями этого продукта не являются представителями известных групп риска непреднамеренной беременности. Высокий уровень абортов обнаружен у жителей неголландского происхождения. По сравнению с женщинами, сделавшими аборт, покупатели «утренних таблеток» чаще применяют разного рода контрацептивы. Несмотря на их более успешное применение контрацептивов, что-то проходит не совсем гладко, что и объясняет их покупку таблетки на следующее утро. Покупателей «утренних таблеток» можно разделить на три группы. В первую группу входят «легкомысленные» (33%), т.е. те, кто не предохраняется, а позже удивляется случившемуся сексуальному контакту. Они осознают риск беременности позже. Во вторую группу входят женщины, потерпевшие неудачу, предохраняясь (54%). Они намереваются предотвратить беременность, но чаще всего забывают принимать противозачаточные таблетки регулярно, или же это случаи, когда рвётся или соскальзывает презерватив. И, наконец, третья группа женщин состоит из тех, кто прибегает к «утренней таблетке» как к превентивному средству (10%). Эти женщины всё время держат такие таблетки дома или принимают их даже когда в этом нет необходимости.

Аборт

Если женщина желает прервать непреднамеренную беременность, она может обратиться в одну из 16 клиник абортов страны. Если она проживает в Голландии, все расходы покрывает государственная страховка. Такие

услуги хорошо доступны. Ежегодно в Голландии прерываются чуть менее 33000 беременностей. Около 4500 таких абортов делают женщины, которые не проживают в Голландии, но приезжают в нашу страну, чтобы сделать аборт. На 1000 голландских женщин (15-44 лет) (4) приходится 8,6 абортов. После увеличения числа абортов в конце девяностых, их уровень оставался стабильным на протяжении пяти лет. Одна из 10 взрослых женщин по крайней мере один раз в своей жизни делала аборт (2). Число абортов среди подростков в восьмидесятых и девяностых годах прошлого века было очень низкое. На стыке веков, тем не менее, их число существенно выросло. Число абортов среди подростков снизилось и в 2006 г. составляло 7,4 на 1000, отчасти в результате превентивных вмешательств, нацеленных на подростков в группах риска (см. Рис. 1) (4).

Выводы

Исследования показывают, что в общей сложности женщины в Голландии способны предотвратить непреднамеренную беременность. Уровень таких беременностей в Голландии в сравнении с другими странами один из самых низких в мире. Всё же данные показывают, что есть существенная группа женщин, для которых предохранение от беременности является трудным. Наш низкий уровень абортов и подростковой беременности ни в коем случае нельзя воспринимать как конечный результат. На самом деле, два последних исследования указывают на тот факт, что довольно большая группа женщин нуждается в нашей помощи по предотвращению непреднамеренных беременностей.

Список литературы:

1. De Graaf H, Meijer S, Poelman J et al. Seks onder je 25e Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005 (*Sex under 25 Sexual health of young people in the Netherlands anno 2005*) 2005. Delft: Eburon.
2. Wijzen C and Zaagsma M. Zwangerschap, anticonceptie en abortus. (*Pregnancy, contraception and abortion*) In F. Bakker en I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (Sexual Health in the Netherlands 2006) Delft: Eburon; 2006. pp 67-88.
3. Van Lee L, Picavet C and Wijzen C. *Emergency or precaution? Background and risk profiles of users of the Emergency Contraceptive*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep
4. Van Lee L and Wijzen C. *National Abortion Registration 2006. (Dutch)* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Cecile Wijzen, PhD

Глава программы репродуктивного здоровья, Rutgers Nisso Groep, Голландский экспертный центр сексуальности, Утрехт, Голландия
c.wijzen@RNG.NL

ПРОНИКАЯ В ТАЙНУ: КОМПОНЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Когда в Турции началась Программа репродуктивного здоровья (ПРЗ), основными сферами деятельности были обучение и повышение осведомлённости целевых групп, а также сбор информации, необходимой для её осуществления. Если рассматривать эти две информационно-целевые группы как группы спроса и предложения, то нужно отметить, что ПРЗ не только создала информационную базу для них обеих, но также предоставила необходимые инструменты соответствующей диссеминации и применения информационного материала в других компонентах ПРЗ.

Исследование: точные и узкоспециализированные данные

В рамках ПРЗ было проведено 15 мероприятий по сбору данных, общий бюджет которых составляет примерно 4 миллиона евро (1). Планировалось, что в результате этих мероприятий будет получена запрашиваемая Министерством здравоохранения (Минздрав) специфическая информация о сферах вмешательства ПРЗ. Три из пятнадцати мероприятий являются особенно важными для принятия решений на политическом уровне. Они рассматриваются в этой статье: Отчёт о демографии и здоровье в Турции 2003 (TDHS), Национальное исследование материнской смертности (NMMS) и Исследование поведения в плане здорового образа жизни (HSBS).

TDHS впервые был составлен в 1968 г. и позднее стал единственным источником данных для проверки уровня здоровья населения и качества услуг в здравоохранении. Отчёт составляется каждые 5 лет. Последний отчёт был составлен в 2003 г. при поддержке ПРЗ. Несмотря на свою полезность в предоставлении данных, необходимых для оценки большинства показателей репродуктивного здоровья, TDHS не даёт информации об уровне материнской смертности, скорее отвечая на вопрос «Что?», нежели «Как?». Поэтому были необходимы дополнительные исследования NMMS, предоставляющие информацию о материнской смертности, и HSBS, которое вместе с другими исследованиями предоставляет сведения о факторах риска смерти матери.

Взаимодополняющие результаты

Результаты трёх исследований дополняют друг друга. В то время как TDHS определяет наличие проблемы, HSBS дополняет результаты данными о её характере. Общий уровень фертильности (2) и материнской смертности (4) оп-

ределённо географически соотносимы. HSBS не всегда может быть сравнимо с двумя другими исследованиями, так как характер его данных качественный, и охватывает только три провинции. Обоснованность сравнения данных этих исследований нужно тщательно проверять в связи с временными промежутками между исследованиями и аспектом сравнимости обследуемых провинций. Такие характеристики как качество и распространённость предродового ухода, уровень профессионализма в приёме родов и др. различны в NMMS и TDHS.

В общем и целом, социо-экономический статус семьи женщины является главной независимой переменной, объясняющей определяющие факторы и характер использования услуг, а также факторы риска заболеваемости/смертности. Этот статус также связан с риском нежелательной беременности, прибеганием к бесплатному предродовому уходу и родам. Поразительно, но, по всей видимости, материнская смертность связана с кесаревым сечением (КС). Одна из двадцати умерших матерей подвергалась КС. Этому методу рождения ребёнка отдают предпочтение в семьях с высоким социо-экономическим статусом на западе страны, а среднее число родов с проведением КС во всей стране чуть выше 20% (2). Даже если женщине доступны службы здравоохранения, качество предоставляемой помощи и коммуникативные навыки персонала не всегда соответствуют её ожиданиям. Только неудачный опыт соседней может насторожить беременную женщину (3).

Влияния урбанизации

Ещё одной важной независимой переменной, появление которой вызвано недавними экономическими изменениями, является высокий уровень миграции внутри страны. Это серьёзная проблема касается распределения

населения в Турции. За последние 20 лет множество людей переехало из села в город и с востока на запад. Прямым следствием этого стало снижение числа членов в молодых урбанизованных семьях и значительно увеличилось число семей с одним родителем. В связи с таким развитием событий наблюдаются головокружительные различия между регионами в плане уровня использования методов планирования семьи и уровня материнской смертности. Уровень использования методов планирования семьи до сих пор намного ниже на востоке, чем на западе. Уровень материнской смертности на северо-востоке в два раза выше среднего во всей Турции (2, 4). Уровень фертильности в западных (урбанизованных) регионах, снизившись вдвое по сравнению с сельскими регионами на востоке, стал таким же как в Европе (2). Потребность в качественных услугах сексуального и репродуктивного здравоохранения быстро растёт вместе с увеличением числа нуждающихся в них семей в быстро развивающихся современных метрополиях. В то время как наличие служб здравоохранения и их доступность традиционно остаются приоритетными проблемами на востоке, его города превращаются в сёла в результате миграции.

Другие мероприятия по получению знаний: потенциальные источники сведений для местного управления здравоохранения

Чтобы предоставить необходимую информацию как для ПРЗ, так и для провинциальных управлений здравоохранения, рабочие группы (организации безопасного материнства/экстренной акушерской помощи, планирования семьи, организации по борьбе с ИППП, организации общественно полезного труда, административные, обучающие



Sibel Bilgin



Cem Turaman

Таблица 1

Программная информация

Активное поведение населения, влияющее на использование медицинских услуг, и позднее обращение за медицинской помощью в связи с финансовыми трудностями в семье. Суть пассивного поведения состоит в неведении того, что есть необходимость в медицинской помощи, или принятии решения в случае проявления опасных симптомов.

Ответные действия

Уровень образованности является основным параметром в выборе используемых услуг. К сожалению, участие гражданских общественных организаций (ГОО) в повышении осведомлённости ограничено рамками пилот-программы. Их влияние должно стать более широко распространённым за счёт межсекторного сотрудничества. Запланированные в ПРЗ мероприятия по информированию, просвещению и коммуникации (ИОК) и распространению информации о

поведенческих изменениях (РИПИ) были перенесены, и в связи с этим реальные достижения не соответствовали запланированным. Эти мероприятия должны получать поддержку через сотрудничество публичного и частного секторов. Несмотря на то, что национальные СМИ не были задействованы в полную силу, в рамках ПРЗ обнаружилось, что у локальных СМИ большой скрытый потенциал, что, несомненно, важно.

Программная информация

В случае предоставления медицинских услуг пассивное поведение проявляется в форме неэффективных ухода или помощи (в связи с нехваткой знаний, возможностей и оборудования). Активное поведение проявляется в форме равнодушия к клиентам и недостаточной коммуникации.

Ответные действия

Существенное число сотрудников медицинских учреждений прошло обучение

в рамках ПРЗ. Предметы обучения были связаны с главными сферами вмешательства ПРЗ. Обучение поддерживалось через институционализацию курсов, прошедших по месту работы, и обеспечение оборудованием медицинских учреждений. С другой стороны, Министерство здравоохранения начало подготовку работы по внедрению стандартов обслуживания в сферах пренатального ухода, пре/эклампсии, дородовой геморрагии, родов и Кесарева сечения с целью стандартизации ухода в соответствии с ПРЗ. «База данных о материнской смертности» теперь функционирует на национальном уровне. В этой базе данных смерть матери рассматривается наряду с 10-ым изданием Международной классификации болезней (МКБ) и моделью трёх задержек в предоставлении/получении медицинской помощи, описанной ВОЗ (5).

и молодёжные организации) провели одиннадцать различных мероприятий по сбору данных. Полученная информация в основном была полезна для определения нужд целевых групп и медицинских учреждений.

Собрания по улучшению согласованности мнений особенно важны в Турции, и заинтересованным сторонам (руководящим кругам, управляющим в провинциях, провайдером услуг и клиентам) следует и в дальнейшем принимать участие в такого рода обмене информацией. Собрания по интеграции и согласованности мнений в обучение управлению здравоохранением, проведённые в рамках ПРЗ, оказались полезными и должны быть интегрированы в будущие программы обучения управляющего персонала.

Что дальше?

В итоге, информация, полученная в рамках ПРЗ, оказалась полезной главным образом для определения двух проблем в здравоохранении: одна из них, это активное или пассивное поведение, основанная на ценностях и отношении населения; вторая, это активное или пассивное влияние служб, предоставляющих медицинские услуги (см. Таблицу 1).

Будущие мероприятия по сбору данных

В то время как вмешательства в социальные факторы нуждаются в более долгосрочной стратегии повышения осведомлённости и поведенческих изменений, чем предложено в ПРЗ,

повышение уровня профессиональных навыков и улучшение отношения медицинского персонала может быть произведено в короткие сроки.

Какого рода данные потребуются в будущем для улучшения качества первичной помощи и услуг СРЗ, а также для развития и координирования национальной политики в отношении достижения стратегических целей? Данные, полученные исключительно в рамках исследования, всегда будут востребованы, даже если системы обычного сбора данных окажутся на сто процентов надёжными. Более того, руководящим инстанциям всегда будут нужны данные качественного характера для дополнения количественных данных, полученных в рамках будущих TDHS. Отрасль социальных наук должна сконцентрировать свои усилия на применении множества различных методов качественного исследования, равно как и на широко распространённом применении их результатов.

Эпилог

В рамках ПРЗ было собрано существенное количество данных в различных областях СРЗ с целью определения приоритетов. Таким образом полученные знания, а также результаты из других областей ПРЗ, получили широкое распространение среди руководящих лиц, управляющих, медицинского персонала, клиентов и общественности. Применённые подходы к получению информации будут полезными в проверке и совершенствовании служб СРЗ, а также развитию политики в Турции.

Список литературы:

1. <http://epos.eusrhp.org>
2. Hacettepe University Institute of Population Studies. *Turkey Demographic and Health Survey, 2003*. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health, Maternal Child Health/Family Planning, European Union; 2004.
3. Conseil Santé, Sofreco and Eduser. *Health Seeking Behaviour Study, Europaïd/121387/C/SV/TR*. MoH MCH/FP GD and Delegation of European Commission to Turkey, Ankara 2007.
4. Icon-Institut Public Sector GmbH, Hacettepe University Institute of Population Studies, and BNB Consulting. *National Maternal Mortality Study, 2005*. MoH MCH/FP GD and Delegation of European Commission to Turkey, Ankara 2006.
5. WHO. *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva: WHO; 2004.

Cem Turaman, MD

Консультант, эксперт общественного здравоохранения
cturaman@gmail.com

Sibel Bilgin, MD

Мединспектор Министерства здравоохранения Турции, Главная дирекция материнского и детского здравоохранения/планирования семьи

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ОБ ЭКСТЕРННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ЖЕНЩИН, ПРИБЕГАЮЩИХ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ, В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИИ

Исследовательский центр охраны материнского и детского здоровья в Ереване, Армения, с 1985 г. является центром сотрудничающим с ВОЗ в сфере репродукции человека. Конtraceпция является одной из главных сфер исследования и сотрудничества центра. В 2005 г. проблема установления уровня знаний об экстренной контрацепции среди женщин, прибегающих к прекращению беременности, была определена как приоритетная для исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Общая картина

Нежелательная беременность – одна из главных проблем медицины, социологии и общественного здравоохранения. В 1955 г., когда искусственное прерывание беременности было легализовано, аборт стал самым распространённым методом регуляции деторождения в нашей стране. Даже после основания 77 центров планирования семьи в 1997 г. ситуация лишь немного изменилась. Согласно данным Исследования демографии и здоровья в 2005 г. (1), 37% женщин сделали по крайней мере один аборт. В среднем на каждую женщину которая когда либо прибегала к аборту приходится 2,6 аборта. Только 53,1% женщин предохраняются, при том большинство из них пользуется традиционными методами. Прерывание полового акта является самым распространённым методом, в то время как 19,5% женщин применяют современные методы контрацепции. 52% женщин, прибегающих к прерыванию беременности, применяют какой-либо метод контрацепции. Это означает, что беременность, случающаяся среди этой группы женщин, – результат неудачной контрацепции. Экстренная контрацепция (ЭК) может предотвратить нежелательную беременность, если будет применена в течение 120 часов после полового акта (1-5). Официальных данных о применении ЭК в Армении нет. Таким образом целью этого исследования было определить уровень применения ЭК и уровень знаний о ней среди женщин, прибегающих к прерыванию беременности.

Методы и результаты

В период с мая 2006 г. по апрель 2007 г. Исследовательский центр охраны материнского и детского здоровья провёл анонимный опрос 840 добровольно участвовавших в нём пациенток в возрасте от 17 до 45 лет, желавших

сделать аборт. Интервью с пациентками проходили конфиденциально, с глазу на глаз, в приватной обстановке. Критерии отбора для интервью были следующие: добровольное согласие на аборт и добровольное участие в интервью.

Максимальный возраст пациенток составлял 45 лет, минимальный – 17. Большинство пациенток (77,3%) были в возрасте 20-35 лет. У 47,6% пациенток было университетское образование, у 34,5% – 10 классов среднего образования, и 17% имели профессиональное образование (14 классов). Наибольшее число согласных на аборт пациенток (90,5%) проживало в городах, и только 9,5% проживало в сельской местности. У женщин, проживающих в сельской местности, обычно есть возможность сделать аборт в том регионе, где они живут; поэтому они не едут в Ереван с целью проведения этой процедуры в столице. По-видимому, на это есть причины: не все регионы расположены близко к Еревану, и гораздо удобнее сделать аборт в своей деревне, нежели ехать для этого в Ереван, так как это потребует дополнительных расходов на поездку, проживание, а также больничного листа для предъявления на работе. Возможно, по этой же причине в нашем исследовании фигурирует так мало сельских жителей.

В общей сложности большинство пациенток согласных на аборт (91,7%) были замужем, большинство из них имели только одного сексуального партнёра. Только 3,5% пациенток имели более одного партнёра.

Если взглянуть на число заведённых пациентками детей, то статистика следующая: 15,5% были бездетны, 31% имели только одного ребёнка, и больше половины имели два и более детей (40,0% имели 2, и 13,1% имели 3 детей).

Более половины согласных на аборт пациенток (51,2%) не приме-

няли противозачаточные средства перед текущей беременностью. 48,8% женщин предохранялись на момент возникновения беременности; 43% применяли метод прерывания полового акта, 29,2% использовали презервативы, 24,4% использовали календарный метод, и 2,4% применяли спермициды. Многие не удивились бы, если бы узнали, что предпочтение отдавалось традиционным методам контрацепции (прерывание полового акта или календарный метод) и презервативам. Данные нашего исследования показывают, что традиционные методы применялись 68,3% пациенток, в то время как современные методы (в основном презервативы) применялись 31,6% женщин.

Большинство пациенток (76,2%) были согласны с тем, что лучше предотвращать беременность путём предохранения. У 15,5% пациенток не было чёткого мнения на этот счёт. Таким образом наши данные подтверждают, что большинство пациенток теоретически осознают, что контрацепция лучше, чем аборт, но их применение контрацептивов на практике непоследовательно или неэффективно.

Только 8,2% пациенток искренне верили, что аборт это лучший выбор. Приведённые ими доводы были следующими (мнений могло быть несколько сразу): аборт безопаснее (100%), аборт это короткая процедура (100%), прерывание беременности безболезненно (85,5%). Эти данные подтверждают, что у пациенток была неполная или вообще неверная информация об опасностях аборта и возможных осложнениях, связанных с ним.

Большая часть пациенток (59,5%) намеревалась прибегать к контрацепции после прерывания их текущей беременности: 44% остановились на использовании презервативов, 20% предпочли ВМС, 18% выбрали противозачаточные



**Karine
Arustamyan**



**Georgy
Okoev**

таблетки, 10% – календарный метод, 4% – прерванный половой акт, и 2% выбрали спермициды. Только 4% опрошенных не могли сделать выбор применяемого в будущем методе контрацепции. Большое число пациенток (70,3%) высоко оценили защиту, предлагаемую противозачаточными средствами. 53,1% утверждали, что контрацептивы не сказываются негативно на здоровье. Только у 9,3% пациенток не было чёткого мнения по этому вопросу (опять-таки, ответов на вопрос могло быть несколько).

Было обнаружено, что большое число опрошенных пациенток (70,2%) не обладало информацией об ЭК, и только 29,8% женщин о ней слышали. Мы провели оценку ответов пациенток на основе источников полученной ими информации об ЭК. 54,4% опрошенных узнали об ЭК из книг и 31,8% - от друзей. Только 18,2 % указали своих лечащих врачей как источник информации об ЭК. 68% пациенток, обладавших знаниями об ЭК, считали, что знают об этом достаточно, но в ходе интервью выяснялось, что их знания не были исчерпывающими. Некоторые из участниц исследования к ЭК отнесли прерванный половой акт (8%), календарный метод (12%) и спермициды (16%). 12 пациенток к ЭК отнесли даже влагиальные спринцевания.

Большинство согласившихся на аборт пациенток (48%), обладавших знаниями об ЭК, упомянули прорывание презерватива как признак того, что нужно применять ЭК. Среди других признаков были названы: незащищённый половой контакт (36%), изнасилование (28%), спонтанный половой акт (24%) и забывание принять противозачаточные таблетки (16%). Некоторые пациентки (4%), якобы обладавшие знаниями об ЭК, не смогли назвать ни одного признака. Другие 4% опрошенных отнесли даже регулярные менструальные циклы к признакам того, что нужно прибегнуть к ЭК (опять-таки, ответов на вопрос могло быть несколько).

Выводы и рекомендации:

В ходе исследования и анализа его результатов были сделаны следующие выводы и сформулированы следующие рекомендации в отношении проблемы ЭК в Армении:

1. У согласившихся на аборт пациенток наблюдается пробел между теоретическими знаниями о контрацептивах и их практичеком применении.
2. Знания о грамотном применении контрацептивов и опыт их применения недостаточны. Это значит, что мы должны внимательней отнестись к образовательному аспекту этой проблемы. Наши данные показывают, что у женщин острая необходимость просвещения в области здоровья.
3. Широкомасштабные образовательные кампании на телевидении, радио и в других СМИ могли бы побороть недостаточную информированность населения в сфере применения ЭК как средства избежания нежелательной беременности.
4. Мы должны применить большие усилия в сфере санитарного просвещения с целью лучшего информирования наших пациенток об эффективности ЭК, а также её роли в охране женского здоровья существенном снижении числа нежелательных беременностей.
5. Мы должны существенно улучшить наши образовательные методы в области ЭК и обеспечить наших пациенток соответствующей и точной информацией, так как только 18,2% медицинских служб были упомянуты как источники информации.

Список литературы:

1. National Statistic Service (Armenia), Ministry of Health (Armenia) and ORC Macro. *Armenia Demographic and Health Survey 2005*. Calverton: National Statistical Service, Ministry of Health and ORC Macro; 2006.
2. Bastianelli C, Farris M, Benagiano G. Emergency contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(1):9-16.
3. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002; 360:1803-10.
4. WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third edition. Geneva: WHO; 2004.
5. WHO. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. Second edition. Geneva:WHO; 2005.

Georgy Okoev

Директор Центра сотрудничающего с ВОЗ в сфере репродукции человека, Исследовательский центр здоровья матери и ребёнка, Ереван, Республика Армения
gokoev@okoev.com

Karine Arustamyan

Заместитель директора по исследованиям, Заведующая безоперационного гинекологического отделения, Исследовательский центр здоровья матери и ребёнка, Ереван, Республика Армения
karustamyan@yahoo.com

ТЕНДЕНЦИИ В СЕКСУАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ УЧЕНИКОВ СРЕДНИХ ШКОЛ СЛОВЕНИИ

Поскольку наш центр является центром сотрудничающим с ВОЗ, в наши обязанности входит проведение исследований сексуального поведения учеников средних школ в Словении. Число беременностей среди подростков в Словении снизилось с 61 на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет по данным на 1981 г. (число родов – 37 на 1000, число абортс 61 на 1000) до 12 на 1000 в 2006 г. (число родов – 5 на 1000, число абортс 7 на 1000) (1). В результате наших репрезентативных исследований в 1996 (2) и 2004 (3) гг. были обнаружены характерные изменения, произошедшие за этот период в Словении в отношении сексуального поведения учащихся средних школ и их применения противозачаточных средств.

Результаты

На момент исследования в 2004 г. в средних школах числилось 2380 учеников: 1285 учеников первого класса (средний возраст: $15,4 \pm 0,7$ лет) и 1095 учеников третьего класса (средний возраст $17,4 \pm 0,7$ лет). В результате исследования было обнаружено, что 88% учащихся первого класса и 92% третьего имели опыт влюбленности; 66% учащихся первого и 82% третьего были на свидании; 76% учеников первого и 87% учеников третьего класса целовались; 62% первоклассников и 78% третьеклассников испытали физические ласки; 36% первоклассников и 61% третьеклассников испробовали петтинг. Почти четверть (23%) первоклассников (24% мальчиков и 21% девочек) и 53% третьеклассников (52% мальчиков и 54% девочек) имели опыт полового контакта.

Сравнительный анализ исследований сексуальной активности учащихся средних школ (третьи классы, возраст – 17 лет), проведенных в 1996 и 2004 гг. показал, что за этот период в общении и поведении учащихся произошли изменения интимного и сексуального характера. В 1996 г. отношения учащихся развивались по программе: влюбленность, свидание, поцелуи и ласки и, как последний этап, половой акт (2). В 2004 г. поцелуи предшествовали свиданию, на свиданиях начинались ласки, а петтинг и половые сношения стали происходить раньше (см. График 1).

Было выявлено увеличение числа сексуально активных учеников: в 1996 г. – 38%, в 2004 г. – 53%. Возраст, в котором ученики обретают первый половой опыт снизился с 18,5 до 17 лет. Это изменение отразилось и в национальной статистике абортс, согласно которой в этот же период очевидно снижение числа абортс среди подростков 17-19 лет, но не среди подростков 15-16 лет, среди которых в последние годы наобо-

рот наблюдается небольшое увеличение числа абортс (3). Это ярко иллюстрирует, что наши подростки неспособны справиться с ответственностью и последствиями раннего полового контакта. Ранний половой опыт и нежелательную беременность можно рассматривать как следствия недостаточных знаний в отношении применения контрацептивов и неразвитых навыков сексуального поведения. К сожалению, сексуальное воспитание недоступно и не является обязательным в начальных или средних школах Словении. Несмотря на это, за последние 10 лет учителя и гинекологи предприняли немало усилий для интеграции сексуального воспитания в школьную программу. К сожалению, эта проблема пока ещё не является приоритетной на национальном уровне.

Наше исследование показало, что из всех противозачаточных средств, применяемых при первом половом контакте, 74% первоклассников и 76% третьеклассников выбирали презерватив; 6% первоклассников и 7% третьеклассников – противозачаточные таблетки; 4% первоклассников и 2% третьеклассников – двойной метод (презерватив и противозачаточная таблетка); 3% первоклассников и 4% третьеклассников практиковали прерванный половой акт; 2% учащихся обоих классов применяли другие методы. 1% (оба класса) прибегали к экстренной контрацепции, и 8% первоклассников и 3% третьеклассников не предохранялись вообще.

Сравнение данных 1996 и 2004 гг. об использовании контрацептивов при последнем половом контакте среди третьеклассников в возрасте 17 лет выявило увеличившееся применение противозачаточных таблеток и заметно снизившееся число половых контактов с использованием презерватива или без какого-либо предохранения (см. График 2).

Несмотря на повышенный уровень сексуальной активности среди учеников средних школ Словении, также заметно увеличилось применение надёжных контрацептивов. В 1996 г. лишь 14% сексуально активных 17-летних школьников применяло противозачаточные таблетки; в 2004 г. их было 32%. Мы полагаем, что причиной этому повышающийся уровень осведомленности, а также перемены в отношении гинекологов к противозачаточным таблеткам, что заметно по выписанным рецептам этих таблеток подросткам. Расходы женщин на таблетки покрывает широкораспространённое страхование здоровья, и услуги по предотвращению беременности доступны в амбулаторных гинекологических клиниках. Более того, гинекологи принимали участие в интенсивной пропаганде противозачаточных средств в журналах и других распространённых СМИ.

Важным также является и то, что число непреходящих учеников снизилось с 19% до 7%. Этой тенденции сопутствует и сокращение случаев использования презерватива во время последнего полового контакта с 60% по данным на 1996 г. до 50% в 2004 г. Также нужно отметить, что в ходе исследования выявлено низкое число случаев применения двойного метода среди учащихся средних школ в Словении – только в 4% случаев в 2004 г. Очевидно, что низкое число случаев применения презервативов и двойного предохранения указывает на необходимость пропаганды этих методов в Словении. Такая пропаганда была бы успешной, если бы в начальных и средних школах ввели сексуальное воспитание.

Выводы

С целью заполнить пробелы в недостаточно распространённом сексуальном воспитании гинекологи сотрудничающего с центра ВОЗ в 2004 г. опу-



График 1: Опыт интимных отношений у 17-летних учеников средних школ Словении. Сравнение данных репрезентативных исследований сексуального поведения учеников средних школ в 1996 и 2004 гг.

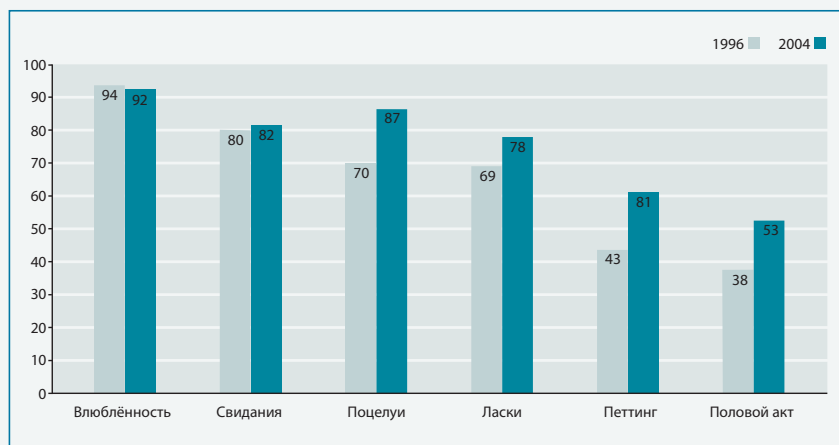


График 2: Применение противозачаточных средств во время последнего полового контакта учениками средних школ в возрасте 17 лет. Сравнение данных репрезентативных исследований сексуального поведения учеников средних школ Словении в 1996 и 2004 гг.



ликовали пособие по сексуальному образованию для учителей (4) и буклет для подростков (5). С тех пор эти материалы бесплатно раздаются всем ученикам первых классов в Словении. Проект был одобрен Национальным институтом образования Словении и по сей день спонсировался при поддержке фармацевтической компании. В этом году расходы на печать материалов частично покрывает Национальный институт образования Словении. Мы надеемся, что в ближайшем будущем Министерство образования и спорта, равно как и Министерство здравоохранения, в конце концов признают необходимость долгосрочной и обширной программы сексуального воспитания. Пока этого не произошло мы продолжаем отдавать предпочтение исследо-

вательской деятельности в области сексуального и репродуктивного здоровья подросткового населения Словении, равно как и её пропаганде, особенно в сфере сексуального здоровья.

Список литературы:

1. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007 (*Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. National Information System of Slovenia Concerning Fetal Deaths in 2006*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2007).

2. Pinter B, Tomori M. Sexual behaviour of secondary-school students in Slovenia. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5:71-6.
3. Barbara Mihevc Ponikvar. Splavi (fetalne smrti). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2006 (*Abortions – Fetal Deaths*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2006). Accessed on 17 January 2008 at: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1049>
4. Pinter B, Čeh F, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik-Bokal E, Vogler A, Drobnič S. O vama: varna izbira za odgovorno spolnost. Didaktično metodični priročnik za učitelje. Ljubljana: Schering, Podružnica za Slovenijo, 2004 (*About You Two: Safe Decision on Responsible Sexuality. Didactic and Methodological Manual for Teachers*. Ljubljana: Schering, Office for Slovenia; 2004).
5. Pinter B, Čeh F, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik-Bokal E, Vogler A, Drobnič S. O vama : varna izbira za odgovorno spolnost. Brošura za mladostnike. Ljubljana: Schering, Podružnica za Slovenijo, 2004 (*About You Two: Safe Decision on Responsible Sexuality. Booklet for Adolescents*. Ljubljana: Schering, Office for Slovenia; 2004).

Bojana Pinter, MD, PhD

Доцент,
Кафедра акушерства и гинекологии.
Центр Сотрудничающий с ВОЗ в области исследований и обучения по вопросам репродуктивного здоровья, Медицинский центр Люблянского Университета, Любляна, Словения
bojana.pinter@guest.arnes.si

ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБ И ВЛИЯНИЯ НА ПОЛИТИКУ

Кафедра общественного здоровья Университета Хацеттепе впервые получило статус центра Сотрудничающего ВОЗ (СЦ) по планированию семьи в 1978 г. Этот статус неоднократно возобновлялся, в последний раз – в 2004 г. Возможно, это один из первых СЦ в европейском регионе. Центр сотрудничает со Штаб-квартирой ВОЗ в Женеве, а также с Европейским региональным бюро ВОЗ в Копенгагене, проводя совместные исследовательские и образовательные мероприятия по оценке и развитию подходящих технологий и руководств, имеющих отношение к программам и инициативам ВОЗ в области сексуального и репродуктивного здоровья СРЗ, в частности планирования семьи.

Объём работы Сотрудничающего центра стал увеличиваться со дня его основания. Изначально задуманный как центр планирования семьи, СЦ со временем разработал более масштабный подход к проблеме СРЗ. На данный момент усилия центра в рамках СРЗ сконцентрированы на исследовательской работе, обучении и вспомогательных мероприятиях, имеющих отношение к широкому спектру проблем: инфекции передающийся половым путём, деятельность служб, ориентированных на нужды молодёжи и СРЗ подростков, службы материнского здоровья, аборт, материнская смертность, контрацепция и также многие проблемы, связанные с гендером и здоровьем, например, интеграция гендерного аспекта в политику СРЗ, идентифицирование гендерных показателей здоровья, а также обнаружение и предотвращение гендерной дискриминации в области СРЗ. Чтобы правильно использовать ресурсы и достичь необходимых целей Центр разработал механизмы эффективного и тесного сотрудничества в обучении и проведении исследований в сфере СРЗ и планирования семьи с местными, национальными и международными организациями здравоохранения, различными учреждениями и неправительственными организациями (ВОЗ, UNFPA, Совет по народонаселению, AVSC, JHPIEGO, проект Gynuity).

Исследовательская деятельность

СЦ главным образом проводит исследования приоритетных проблем СРЗ, многие из которых упомянуты выше. СЦ использует исследования как стратегический инструмент привлечения соответствующих сторон (сообществ, учреждений, предоставляющих медицинские услуги, управляющие и руководящие

инстанции) к основным проблемам СРЗ в Турции. Таким образом СЦ использует исследования как средство информирования руководящих кругов о текущей ситуации, а также средство охраны СРЗ. Обычной схемой действий СЦ является применение результатов исследований на практике. СЦ разрабатывает и осуществляет программы вмешательств, а также проверяет их проведение в Турции в соответствии со спецификой проблемы, регионом и контекстом.

С целью устранения барьеров и улучшения качества и доступности услуг СРЗ СЦ также проводит мероприятия по пропаганде изменений в политике. Для достижения этих целей результаты исследований распространяются в виде публикаций, на первых встречах по запуску проектов, на встречах экспертов и встречах по диссеминации. И, наконец, СЦ является локальным, национальным и международным справочным центром и вместе с различными учреждениями проводит консультативные мероприятия по наращиванию совместного потенциала.

Влияние

СЦ провёл несколько проектов, которые имели существенное влияние на национальном уровне. Примеры некоторых из них кратко описаны ниже.

Небезопасные аборты и службы планирования семьи

С целью предотвратить смерть матерей, вызванную небезопасным абортом, и увеличить число услуг по планированию семьи в Турции СЦ в рамках Программы исследований в области здоровья ВОЗ был проведён ряд оперативных исследований. Основываясь на результатах исследований, был изменён старый закон о простите населения.



Собрание Региональной консультативной группы в Турции

Вводить внутриматочные средства контрацепции (ВМС) было разрешено и неврачебному персоналу, аборт стали законными, а практикующие врачи были уполномочены прерывать беременность. Это изменение, а также новый закон, оказали огромное влияние на дальнейшие события: распространённость ВМС в течении 5 лет удвоилась, случаи смерти по причине абортов, проводимых вне медицинских учреждений, почти исчезли, а также наблюдалось большее соответствие служб планирования семьи нуждам населения. Несмотря на этот успех, службы проведения абортов во многом не отвечают нуждам населения Турции. В свою очередь СЦ принимает активное участие в исследованиях, что положительно сказалось на доступности и безопасности клинических абортов. Два существенных исследования, проведённых совместно со здравоохранительным проектом Gynuity, оказались очень успешными. Результаты этих исследований были проанализированы и представлены Министерству здравоохранения с целью инициировать изменения на политическом уровне.

Улучшение медицинского образования по специальности СРЗ

В сотрудничестве с JHPIEGO был проведён проект «Улучшение бакалаврских программ планирования семьи в медицинских институтах Турции». Этот проект был революционным для Турции в нескольких отношениях. После того, как было разрешено сертифицирование студентов медицинских ВУЗ-ов до их выпуска, с плеч Министерства здравоохранения, обладавшего ограниченными на тот момент ресурсами, свалилось

бремя обучения медицинского персонала. Стандартизация порядка обслуживания, применение гуманистического подхода к клиентам и интеграция методов предотвращения и скрининга ИППП в большой мере улучшили качество медицинских услуг в Турции. Этот проект также послужил основой для программ развития профессиональных навыков в нескольких медицинских институтах.

Понимание проблемы СРЗ подростков

Проект «Факторы, влияющие на сексуальное и репродуктивное здоровье подростков и молодёжи в Турции», проведённый в рамках Программы исследований в области здоровья ВОЗ, был первой попыткой проанализировать ситуацию СРЗ подростков и молодёжи. Исследование показало, что молодёжь не обладает достаточными знаниями в сфере СРЗ, и большинство никогда не прибегало к услугам СРЗ, предоставляемым университетом или службами, находящимися за его пределами. Исследование также дало представление о мире молодых людей Турции и желаемых услугах. Основываясь на результатах исследования, в медико-социальных центрах и университетах была разработана модель «Ориентированные на молодёжь службы СРЗ». На данный момент эта модель функционирует в 13 университетах Турции, что увеличило популярность университетских центров здоровья среди студентов.

Пропаганда передовых технологий регулирования фертильности

Сегодня, как и раньше, СЦ является передовым учреждением, пропагандирующим новые технологии регулирования фертильности в Турции. Первоначаль-

ные исследования эффективности и безопасности абортов методом вакуумной аспирации как атравматического способа прерывания беременности, мини-лапаротомии при перевязке маточных труб и применения инъекционных и имплантируемых контрацептивов в Турции привели к внедрению этих технологий в программы планирования семьи и их доступности для турецкого населения.

Выводы

Исходя из своих опыта, исследований, работы и понимания национальных нужд и местной ситуации, сотрудники СЦ Хацеттепе пришли к выводу, что центры сотрудничающие с ВОЗ могут оказывать существенное влияние на политику СРЗ и соответствующую медицинскую практику. Учитывая весомость СЦ в пределах страны, при более эффективном задействии, сотрудничающие центры также могут принимать участие в решении задач СРЗ глобального и регионального характера. В свою очередь, для того чтобы было такое задействие, необходимы более широкие связи и более тесное сотрудничество между представителями различных отраслей, секторов и организаций.

Проф. Dr. Ayse Akin
Директор центра
Сотрудничающего с ВОЗ
Турция
ayseakin@gmail.com

РАБОТА НАД БОЛЕЕ КАЧЕСТВЕННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ВОСПИТАНИЕМ ЕВРОПЕЙСКОЙ

В Германии Федеральный центр просвещения в области здравоохранения (VzgA) является одним из сотрудничающих центров ВОЗ в сфере репродуктивного здоровья с 2003 г. В этой области VzgA оказывает поддержку программе ВОЗ по интенсивному сотрудничеству со странами Восточной и Центральной Европы. Первая задача в сотрудничестве VzgA с ВОЗ имеет отношение к молодёжи. Увеличивающаяся подвижность молодёжи, связанная с открытием государственных границ, делает её важной целевой группой в региональных и национальных стратегиях улучшения сексуального и репродуктивного здоровья. В таком ключе VzgA вместе с Региональным европейским бюро ВОЗ и провели в ноябре 2006 г. международную конференцию на тему «Сексуальное воспитание молодёжи в многокультурной Европе». Целями конференции были пропаганда процессов обучения и улучшение сети сотрудничества в европейском регионе. Были рассмотрены три ключевых аспекта: многокультурность, управление компетенциями в области сексуального воспитания и менеджмент качества (1).

Сексуальное воспитание: национальная обязанность

В Федеративной Республике Германии сексуальное образование и семейное планирование считаются национальными обязанностями. Сексуальное воспитание проводится во всех школах и регулируется законом на федерально-государственном уровне. В 1992 г. Закон о беременных женщинах и помощи семьям требовал, чтобы VzgA подготовил программы сексуального воспитания и семейного планирования и предпринял действия по их диссеминации в национальном масштабе. VzgA разрабатывает проверенные на качество концепции и подготавливает специфическую, ориентированную на целевые группы информацию с целью предотвратить случаи незапланированной и нежелательной беременности (2). В процессе центр тесно сотрудничает с федеральными инстанциями и другим партнёрами (ассоциациями специалистов, неправительственными организациями и академическими учреждениями). К другим услугам VzgA относятся, например, разработка и распространение печатных изданий, интернет-услуг и аудио-визуальных материалов на тему сексуального воспитания подростков 14-17 лет и молодёжи. Другие коммуникативные услуги центра включают в себя

проведение локальных бесед и дискуссий и предоставление соответствующих курсов для тех, кто контактирует с молодыми людьми (школьные учителя, воспитатели, социальные работники и родители). Это способствует развитию программ на школьном и университетском уровнях, равно как и вне этих учреждений.

Методика сексуального воспитания изначально имеет научное обоснование. При рассмотрении ключевых понятий в сексуальном воспитании во внимание берутся такие аспекты как гендер, уровень образования и социальный статус, образ жизни, сексуальная ориентация и культурный багаж.

Основополагающее научное исследование: молодёжь и сексуальность

Главным исследованием в области сексуального воспитания в Федеративной Республике Германии является исследование сексуальности молодёжи (3). В последние 25 лет в рамках этого исследования анализировались поведение подростков 14-17 лет обоих полов (общее число опрошенных - 2500) и их отношение к проблеме. В исследовании также анализировались такие аспекты как сексуальное воспитание в семье и школе, формы сексуального контакта, осведомлённость о методах контрацепции и их применение. Самое последнее исследование, проведённое в 2005 г., дополнительно анализировало и молодых эмигрантов (число - 674). Результаты исследования говорят о ярких тенденциях, указывают на недостаточное сексуальное воспитание, показывают, как определённые СМИ и люди могут быть задействованы в общении с молодёжью, дают описание сексуального поведения молодых людей и их активности в применении контрацептивов, дают представление об уровне их знаний и использовании образовательных ресурсов VzgA, а также дают характеристику недостаточных знаний в той или иной области. Результаты исследования проанализированы в соответствии с критериями и условиями VzgA, а результаты, получаемые на протяжении длительного времени, будут также объединены при разработке будущего репрезентативного исследования, которое будет проводиться в 2009 г.

Выборочные результаты исследования 2005 г.: сексуальное воспитание дома и в семье

Согласно данным исследований в 1980 г. в Германии сексуально-воспитатель-

ную работу дома проводили менее, чем с половиной мальчиков. Из них, только четверть имели более одного разговора на эту тему. В 2005 г. родительскую сексуально-воспитательную работу проводили с 65% мальчиков и 75% девочек. Ситуация другая в случае подростков из семей иммигрантов. Только 41% мальчиков и 33% девочек, представлявших эту группу, сообщили, что темы секса и беременности хотя бы затрагивались дома. В случае турецких подростков эти цифры на треть ниже. Важными источниками справочной информации для подростков являются друзья того же пола, а также братья и сёстры. Проведение домашнего сексуального воспитания подростков зависит от образованности родителей.

Сексуальное воспитание в школах: распространено и хорошо преподаётся

Школьные уроки являются первичным источником знаний о сексе и контрацепции для мальчиков и вторым по счёту источником в случае девочек. Учителя являются уважаемыми людьми, в особенности среди подростков из иммигрантских семей, которые ограничены в обсуждении темы секса со своими родителями. В Федеративной Республике Германии 9 из 10 мальчиков и девочек проходят сексуальное воспитание в школе в возрасте 14-17 лет.

Неполная информированность о вопросах секса

В общей сложности, мальчики и девочки из иммигрантских семей чувствуют, что осведомлены меньше, чем их сверстники немецкого происхождения, особенно в таких областях как женское тело, контрацепция, нежность и любовь.

Первый половой контакт

12% девочек и 10% мальчиков впервые вступают в половой контакт в возрасте 14 лет и ранее. 39% всех немецких девочек и 33% немецких мальчиков сообщают, что имели половой контакт хотя бы раз в возрасте 14-17 лет. Для сравнения, 26% девочек и 44% мальчиков из иммигрантских семей утверждают, что имели сексуальный опыт в том же возрасте. 14-17-летние девочки мусульманского происхождения гораздо больше других умалчивают о сексуальных контактах. Эти девочки наиболее часто утверждают, что секс до замужества – это неправильно (60%



опрошенных), или бояться реакции родителей. Как правило, они получают первый половой опыт при наличии постоянного партнёра. Это также верно в отношении немецких девушек, юношей и девушек из других иммигрантских семей. Что касается юношей из иммигрантских семей, то более трети либо только мимолётно, либо косвенно знали девушек, с которыми у них был первый половой контакт. Это сказывается негативно на их активности применения контрацептивов.

Контрацепция во время первого полового контакта: презерватив – самый популярный выбор (см. Графики 1 и 2)

Подавляющее большинство молодых людей в Германии с большой ответственностью относятся к первому сексуальному контакту: 71% девушек и 66% юношей сообщили, что применяли презерватив, 35% девушек и 37% юношей указали, что применялись противозачаточные таблетки (как альтернатива презервативу или как дополнительная мера предосторожности).

В 1980 г. 32% девушек и 28% юношей утверждали, что во время первого полового акта использовался презерватив. К 2005 г. использование презервативов увеличилось более, чем вдвое. Благодаря кампаниям сексуального воспитания и по борьбе со СПИД-ом, число молодых людей, не предохраняющихся при первом половом контакте сократилось вдвое по сравнению с 1980 г.; теперь это только 9% девушек и 15% юношей.

Молодые люди из иммигрантских семей гораздо чаще не предохраняются или прибегают к ненадёжным методам во время первого сексуального контакта. 34% юношей и 19% девушек не предохранялись во время первого полового акта.

Использование СМИ

Чтобы проанализировать и улучшить доступность для молодёжи материалов по сексуальному воспитанию, в исследовании были включены вопросы об активности использования СМИ. В общей сложности, девушки предпочитают печатные материалы, а юноши – аудио-визуальные СМИ. Результаты также показывают, что популярность интернета как источника сексуального воспитания независит от национальной принадлежности.

Среди молодых людей из иммигрантской среды всё же мала вероятность использования интернет-ресурсов дома.

График 1 Тенденции в применении контрацептивов во время первого полового контакта у девушек

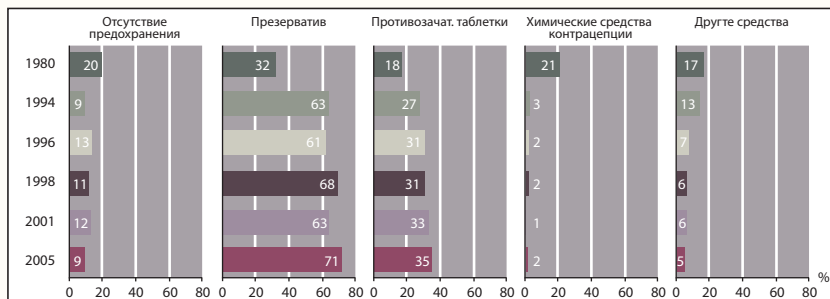
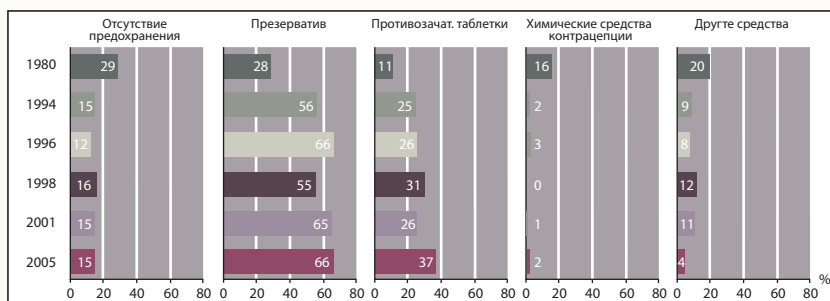


График 2 Тенденции в применении контрацептивов во время первого полового контакта у юношей



Мальчики постарше компенсируют эту нехватку путём использования интернета в школе или интернет-кафе. Девушки из иммигрантской среды не справляются с этой задачей так же успешно.

Выводы

Исследование выявило чёткую взаимосвязь между домашним сексуальным воспитанием и ответственностью за применение контрацептивов. Молодые люди из иммигрантской среды сталкиваются с определёнными проблемами когда дело доходит до вопросов контрацепции и сексуального воспитания дома. Таким образом, существует необходимость альтернативной коммуникации с этими молодыми людьми. Альтернативный подход ко всем молодым людям включает в себя: сексуальное воспитание в школе (которое в Германии во многом компенсирует его нехватку дома), интернет (согласно данным опроса это важный источник информации сексуально-воспитательного характера для молодёжи), а также врачей и консультативные центры (также упоминаемые молодёжью источники информации).

Фактор миграции ставит серьёзную задачу перед сотрудниками в сфере сексуального воспитания, равно как и в сфере семейного планирования. Увеличение иммигрантских общин во многих странах ЕС необходимо учитывать и в исследованиях, и на практике. В буду-

щих исследованиях и разработках методов сексуального воспитания необходимо учитывать иммиграционный аспект. Этот аспект должен учитываться не только в удовлетворении потребностей различных целевых групп, но и функционировать в альтернативных подходах к проблеме и методах её решения.

Список литературы:

1. BZgA/WHO Conference on Youth Sex Education in a Multicultural Europe, Cologne, November 2006 Country Papers on Youth Sex Education in Europe. Available at order@bzga.de.
2. General Concept for Sex Education of the BZgA in cooperation with the Federal States Concept Sex Education for Youths. Available at order@bzga.de
3. Youth Sexuality – Representative Survey of 14 to 17-Year-Olds and their Parents 2006 in "Representative Surveys Research and Practice of Sex Education and Family Planning BZgA, 2006".

Angelika Heßling

Bzga, Кёльн, Германия
Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере сексуального и репродуктивного здоровья
angelika.hessling@bzga.de

КАК ИССЛЕДОВАНИЯ МОГУТ ПОМОЧЬ РЕШИТЬ ПРОБЛЕМУ СЕКСУАЛЬНОГО И ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ (СГН)

В 2007 г. сотрудники Международного центра репродуктивного здоровья (МЦРЗ), одного из центров сотрудничающих с ВОЗ, собрались в Бельгии для обсуждения влияния исследований на ход политики и ликвидации разрыва между исследованиями и политикой. Это исследование основывается на принципе, что должны внедряться и её результаты использоваться. Исследовательский отдел МЦРЗ является командой научных специалистов в различных отраслях, которые принимают активное участие в исследованиях, предоставлении услуг и обучении в области СГН.

Задачами МЦРЗ являются:

- проведение мультидисциплинарных исследований в области СГН в более широком контексте сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и прав человека, уделяя особое внимание уязвимым группам;
- повышение осведомлённости о СГН и его осуждение на национальном и международном уровнях;
- участие в развитии политики, разработке руководств и инструментов предотвращения СГН, а также предоставление качественной помощи его жертвам;
- обучение заинтересованных сторон, участвующих в предотвращении СГН и борьбе с ним;
- поддержка вмешательств, нацеленных на предотвращение и помощь в этой области;
- установление партнёрских соглашений с исследовательскими институтами, международными агентствами, представителями власти и неправительственными организациями в области СГН.

Изучение конкретных ситуаций

Чтобы продемонстрировать воздействие нашего исследования на политику, а также связанные с этим трудности, в статье рассматриваются 3 описанные в нашей работе ситуации: проблема увечия женских гениталий (УЖГ) среди иммигранток в Европе, проблема насилия над сексуальным партнёром (НСП) в случае беременных женщин в Бельгии и СГН над беженцами в Европе.

Проблема УЖГ: влияние на развитие политики в Европе (1)

На протяжении более 10 лет МЦРП анализировал масштабность проблемы УЖГ среди иммигранток, проживающих

в Европе. Проект начался в 1998 г., когда Европейская комиссия запросила данные об этой проблеме в Европе. Проект финансировался из фондов первой Программы Daphne по борьбе с насилием над женщинами и детьми. Результатом проекта стали практические рекомендации для политиков по устранению УЖГ в Европе, основанные на законодательных, образовательных, превентивных и здравоохранительных аспектах. В период с 2000 по 2007 г. МЦРП также реализовал несколько других проектов. В их числе:

1. разработка сети обучения профессионалов в медицинской сфере и руководств по оказанию помощи женщинам, подвергшимся УЖГ в ЕС;
2. разработка плана исследований, в котором исследование проблемы УЖГ является приоритетным;
3. основание Европейской сети предотвращения вредоносных традиционных практик, в особенности, УЖГ (EuroNet-FGM, 2002 г.);
4. тщательное исследование на тему введения законов, касающихся УЖГ в ЕС (2004, 2007 гг.).

Основными этапами этой исследовательской деятельности были:

1. Встреча экспертов в Европарламенте с целью создания совместного плана действий (2001 г.). Этот план действий был представлен на рассмотрение Европейской комиссии, Европарламента и организаций ООН. В этом же году МЦРЗ принял участие в так называемом «Валенсийском отчёте» и поддержал «Резолюцию, осуждающую УЖГ», принятую в сентябре 2001 г.
2. Создание сети EuroNet-FGM. В её состав входят 32 организации (в основном НПО и общественные организации), работающие над предотвращением УЖГ в 13 странах ЕС.
3. Приглашения МЦРЗ на встречи экспертных групп для участия в разработке национального плана действий по предотвращению УЖГ в Бельгии. Эти проекты сыграли важную роль в актуализации проблемы УЖГ на национальном и международном уровнях. Тем не менее, в отношении устранения УЖГ в Европе проблемными аспектами остаются:
 - Очевидная несогласованность между различными финансированием исследований из европейского бюджета и вмешательствами в проблему УЖГ;
 - Отсутствие интегрированного европейского плана политических действий по решению проблемы УЖГ;

- Недостаточное партнёрство на различных уровнях: политическом, исследовательском и общественном;
- Неточность сведений о масштабе проблемы;
- Ограниченное финансирование.

Роль сотрудников здравоохранения в Бельгии в решении проблемы насилия над сексуальным партнёром (НСП), их вклад в разработку национальных руководств по предотвращению насилия над беременными женщинами

В 2004 г. Бельгийская государственная ассоциация семейных врачей разработала и единогласно приняла документ о роли семейного врача в определении и решении проблемы НСП. Это соглашение – хороший практический инструмент. Тем не менее, он не предоставляет никаких рекомендаций в отношении беременных женщин, подвергающихся такого рода насилию.

МЦРЗ совместно с Отделением акушерства и гинекологии Гентского Университета провело 2 исследования в области НСП. Первое было профильным исследованием, основанным на опросе беременных женщин, обращающихся за антенатальной помощью (2). Второе исследование было типа «Знания, отношение, поведение, практика», проведённое среди гинекологов с целью определить потенциальные барьеры при скрининге НСП в контексте отсутствия соответствующих руководств (3).

Эти исследования собрали первые данные о НСП во время беременности в Бельгии. Поразило то, что женщины редко сообщают сотрудникам здравоохранения о случаях насилия, часто только если их прямо спрашивают об этом. Стандартный скрининг оказался приемлемым при опросе большинства женщин. Главным барьером послужила боязнь гинекологов оскорбить пациента.

Обладая этими данными, МЦРЗ принимает участие в разработке профессиональных руководств для акушеров-гинекологов в Бельгии, особенно в отношении проблемы насилия во время беременности. Разработка методов скрининга и создание официальной справочной системы войдут в это профессиональное руководство.

Предотвращение СГН над беженцами в Европе: важность подхода



**Marleen
Temmerman**



**[Patricia
Claeys]**



**Ines
Keygnaert**



**Kristien
Roelens**



**Els
Leye**

совместного участия в исследованиях для развития политики

В недавнем исследовании был применён подход совместного общественного участия в разработке мер и рекомендаций по предотвращению СГН над беженцами, просителями убежища и незарегистрированными иммигрантами в Европе.

С момента прибытия на территорию Европы беженцы, женщины и мужчины, просители убежища и незарегистрированные иммигранты уязвимы к нескольким видам СГН. Таков был один из выводов в исследовательском проекте «Предотвращение СГН над беженцами в Европе: подход совместного участия», проведённом в Бельгии, Голландии и Великобритании. Цели проекта были две: разработка превентивных мер, к которым могут прибегать беженцы и просители убежища, и повышение осведомлённости об этой проблеме путём соучастия в исследованиях. Исследование было проведено в сотрудничестве с 23 общественными исследователями и общественной консультативной группой.

Согласно данным, полученным от 223 опрошенных, принявших участие в исследовании (беженцы, просители убежища и незарегистрированные иммигранты из Ирана, Афганистана, стран бывшего СССР, Сомали, а также такие этнические группы как Курды и Рома), предотвращение СГН над беженцами, просителями убежища и незарегистрированными иммигрантами в Европе может происходить на трёх уровнях. На личном уровне предотвращение СГН должно быть ориентированным на изменения в поведении и улучшение социального статуса. На социально-интерактивном уровне предотвращение СГН должно ориентироваться на улучшение социального положения и доступности услуг здравоохранения. На общественном уровне предотвращение СГН должно в первую очередь основываться на повышении общего уровня знаний о сексуальном здоровье, а также осведомлённости о рисках СГН и методах предотвращения. Более того, необходимо адаптировать всю правовую систему под предотвращение СГН, и, наконец, чтобы беженцы, просители убежища и нелегальные иммигранты имели возможность пользоваться своими правами и принимать активное участие в жизни принимающего их общества, необходимо внести изменения в систему регулирования статуса пребывания

в стране. Большинство опрошенных изъявили желание принять участие в предотвращении СГН над беженцами, просителями убежища и незарегистрированными иммигрантами в Европе.

В сотрудничестве с исследователями общественного мнения, опрошенными и большим общественно-консультативным советом был разработан инструмент предотвращения СГН (4), который основывается на передаче знаний, повышении осведомлённости и информационной сети, доступной на 9 языках. Вдобавок, были сформулированы рекомендации по развитию политики, структурной разработке и предоставлению медицинских услуг. Эти рекомендации были предложены к рассмотрению в европейских и национальных политических кругах во время семинара «Скрытая жестокость – это тихое насилие», который прошёл в 14-15 февраля 2008 г. в Генте, Бельгия. Параллельно была основана «Европейская сеть пропаганды сексуального и репродуктивного здоровья и прав беженцев и просителей убежища в Европе и за её пределами» (EN-HERA!). Эта сеть, применяя подход совместного участия, занимается разработкой структуры корректных действий по развитию политики и предоставлению услуг СРЗ беженцам и просителям убежища.

Рекомендации на будущее и задачи

Чтобы усилить влияние исследований на политику, важно с самого начала правильно идентифицировать заинтересованные стороны, хоть это и не так легко сделать в отведённое на проведение исследования время. Чтобы оказывать влияние на определённом уровне, исследование должно отвечать нуждам политических кругов, как было в случае исследования проблемы УЖГ, или сообществ, как оказалось во время проекта с совместным участием в исследовании проблемы СГН над беженцами. Основными трудностями остаются необходимость разработки совместного плана действий и необходимость тщательного анализа ситуации перед началом проекта.

Чтобы оказывать влияние на более масштабном политическом уровне, исследование должно основываться на качественной методологии. Исследователи или исследовательские учреждения должны обладать высоким статусом и внушать доверие.

Ещё одной трудностью является

сообщение результатов исследования общественности. Зачастую ни время, ни бюджет не позволяют провести широкомасштабную диссеминацию результатов. Исследователи обязаны продумать стратегию распространения результатов с целью расширения сферы их влияния, а также включить проработку этой стратегии в бюджет.

Влияние на общественном уровне может быть усилено путём сотрудничества исследователей с НПО и различными общественными организациями. Оправдание надежд обеих сторон должно учитываться с самого начала.

Наконец, у исследователей должны быть понимание и навыки развития политики. Существует необходимость более тесного общения исследователей с политическими деятелями. Чтобы поддерживать стимул в общении и сотрудничестве академического персонала с политическими кругами, необходимо принимать дополнительные новаторские решения.

Список литературы:

1. Powell RA, Leye E, Jayakody A et al. Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European Union agenda. *Health Policy* 2004; 70:151-162
2. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K et al. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *Eur J Obst Gyn R B* 2008; 137(1):37-42.
3. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K et al. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health* 2006; 6:238.
4. Digital version available on www.icrh.org

**Els Leye, PhD
Kristien Roelens, MD, OB/GYN
Ines Keygnaert, PhD-fellow
[Prof. Patricia Claeys], MD, MPH, PhD
Prof. Marleen Temmerman, MD, MPH, OB/GYN, PhD**
Корреспонденция: Ines.
Keygnaert@UGent.be

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ РУКОВОДСТВ ПО ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В феврале прошлого года Центр оценки эффективности медицинской помощи (CeVEAS) в Модене, Италия, был определён как центр сотрудничающий с ВОЗ (СЦ ВОЗ), специализирующийся на проведении научно-обоснованных исследований и разработке руководств по охране репродуктивного здоровья.

Как видно из названия, задачей CeVEAS будет участие в проводящихся ВОЗ мероприятиях по получению и диссеминации наиболее важных и доступных данных об эффективных вмешательствах с целью улучшения и охраны женского сексуального и репродуктивного здоровья. Особое внимание уделяется женщинам репродуктивного возраста. Деятельность нового СЦ ВОЗ будет включать в себя:

- сбор и синтез научно-обоснованных данных для разработки руководств;
- разработка моделей облегчённого применения руководств в клинической практике с учётом различных местных условий;
- разработка инструментов распространения научно-обоснованных данных среди медицинского персонала, женщин и различных сообществ;
- содействие в оценке лекарств, включаемых в Рекомендательный перечень основных (жизненно необходимых) лекарственных средств ВОЗ, в том числе относящихся к сфере репродуктивного здоровья.

Сотрудничество, начавшееся несколько лет назад

С 2000 г. CeVEAS работало вместе с ВОЗ над проектами в области материнского и неонатального здравоохранения. Совместные со штаб-квартирой ВОЗ в Женеве и Европейским региональным бюро ВОЗ проекты (программы Обеспечение безопасной беременности, Репродуктивное здоровье и исследование, База доказательств в об-

ласти здоровья) были ориентированы на облегчённую разработку практических руководств и курсов обучения для медицинских сестёр, акушеров, врачей и другого медицинского персонала. Примерами такого сотрудничества являются: методологическая поддержка в проверке Стандартов ВОЗ на оказание медицинской помощи матерям и новорожденным (1), участие в проверке доказательств эффективности антенатального ухода с целью обновления базы доказательств в области здоровья (2) и проверка и оценка существующих данных для руководства ВОЗ по профилактике послеродового кровотечения (3) согласно методологии GRADE (4, 5).

Разработка научно-обоснованного руководства: методология GRADE

Одной из центральных ролей СЦ является обеспечение методологической поддержки в разработке рекомендаций, основанных на систематической проверке данных. Такая роль CeVEAS актуализировалась в 2007 г. во время совместного с рабочей группой ВОЗ обновления «Пособия ВОЗ по разработке руководств». Тогда же были определены основные критерии разработки.

Такая методологическая поддержка будет связана с внедрением методологии GRADE в разработку руководств по охране репродуктивного здоровья. Методология GRADE уже применялась в других руководствах ВОЗ. Dr Quazi Monirul Islam, директор Департамента обеспечения безопасной беременности ВОЗ недавно подчеркнул важность точных научно-обоснованных действий в разработке руководства по предотвращению послеродового кровотечения (6).

Вкратце, методология GRADE основывается на систематической оценке методологического качества доказательств и определении баланса между пользой и вредом оцениваемых медицинских вмешательств. Это впоследствии помогает авторам руководств и протоколов (исследователям, сотрудникам клиник и руководящим инстанциям) формулировать рекомендации, основываясь на тщательно проверенных и обоснованных данных.

Как на практике реализовать ряд рекомендаций

Внедрение научно-обоснованным рекомендациям – знакомая проблема,

которая последние десять лет находится в центре научных дебатов. И действительно, переход от наилучшего научного обоснования к наилучшей медицинской практике не прост. На пути часто возникает противостояние. Необходимо рассмотреть различные стратегии преодоления боязни перемен.

Методология внедрения рекомендаций, принятая CeVEAS, основывается на обширной научной литературе и включает в себя следующее: определение и анализ препятствующих и облегчающих факторов; выбор определённых вмешательств, необходимых для преодоления или устранения барьеров, и/или включение выявленных благоприятствующих факторов; оценка результатов.

Как пример практического применения элементов вышеописанной схемы можно упомянуть проект внедрения руководства по пропаганде грудного вскармливания, проведённого нашим учреждением в 2005-2006 гг. в Италии. Проект был осуществлён группой медиков из Местного управления здравоохранения в регионе Эмилия-Романья вместе с экспертами CeVEAS в рамках программы, поддерживаемой Региональным управлением здравоохранения Эмилия-Романья (7).

В общей сложности проект увенчался созданием трёх инструментов для применения профессионалами здравоохранения (на данный момент доступными только на итальянском):

1. руководство с научно-обоснованными рекомендациями по пропаганде грудного вскармливания;
2. программное обеспечение (HEAVyBASE) для сбора и анализа данных об уровне грудного вскармливания в рамках локальных условий. Тщательный анализ местного контекста необходим для определения барьеров и благоприятствующих факторов, а также для отбора подходящих рекомендаций и их внедрения в этот контекст;
3. второй тип программного обеспечения (PRIMA), включающий в себя перечень возможных плановых решений по внедрению рекомендаций на локальном уровне (каждой рекомендации соответствует список возможных препятствий и вариантов их преодоления).

Следуя этой схеме, в регионе Эмилия-Романья было намного легче разработать план местного проведения пропаганды кормления грудью. Эта схема также применима в решении других проблем (например, снижение количества случаев кесарева сечения) и может быть легко адаптирована для другой языковой среды (например, перевод на английский).

Проект передачи знаний

На данный момент также действует коммуникативный проект передачи знаний. Основной задумкой проекта является создание интернет-портала новостей, где еженедельно публикуются краткие описания актуальных научно-обоснованных действующих документов, касающихся сферы репродуктивного здоровья. Новости будут размещаться на сайте SaPeRiDoc (<http://www.saperidoc.it>), разработанном при поддержке региона Эмилия-Романья. Сайт на итальянском языке. Он ориентирован на профессионалов, работающих в сфере женского и детского здравоохранения. Сайт функционирует с 2001 г. и предоставляет краткое описание обновляемых данных. Каждый день на него заходят около 2000 пользователей. К июню 2008 г. на сайте SaPeRiDoc появится также англо-язычный форум для обсуждения публикуемых новостей. Вдобавок, публикуются также веб-страницы и листовки с информацией для женщин и различных сообществ. Эти веб-страницы содержат ту же информацию, что предоставляется профессионалам, но на более доступном языке в публицистическом стиле.

Курсы обучения персонала материнского здравоохранения: научно-обоснованная медицинская практика

Как и прежде CeVEAS будет продолжать сотрудничать с ВОЗ в плане проведения семинаров для акушеров и врачей в странах Восточной Европы и Африки на такие темы как сбор данных, основы эпидемиологии и получение научно-обоснованных данных, а также пропагандировать исследовательскую деятельность в странах второго и третьего мира. CeVEAS также будет оказывать поддержку в развитии сотрудничества с университетами в странах Восточной Европы с целью

включения в их программы обучения курсов эффективного перинатального ухода обеспечения безопасной беременности. Нечто похожее имело место в 2007 г. в Тбилиском университете, Грузия. Это сотрудничество переросло в интеграцию научно-обоснованных руководств в медицинскую практику и способствовало улучшению сексуального и репродуктивного здоровью, особенно в области здоровья матерей и новорожденных.

Выводы

Мы уверены, что для разработки качественных научно-обоснованных руководств, их применения на практике и передачи знаний необходима тщательная проверка и оценка новых и существующих исследований, данных и практики. Предоставляя самые точные проверенные данные о женском здоровье, ЦС с ВОЗ обеспечивает медицинским сотрудникам доступ к инструментам и информации, что положительно сказывается на их коммуникации с пациентами и качестве предоставляемых услуг в целом. Вдобавок, эта же информация может обеспечить руководящих лиц инструментами и знаниями, необходимыми для выбора приоритетов и повышения эффективности организации того сектора здравоохранения, в котором они работают.

Список литературы:

1. Department of Making Pregnancy Safer, WHO. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva: WHO; 2006. URL: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html
2. Health Evidence Network, WHO. *What is the effectiveness of antenatal care?* (Supplement). Geneva: WHO; 2005. URL: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/antenatalsupp/20051219_11
3. Department of Making Pregnancy Safer, WHO. *WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage*. Geneva: WHO; 2007. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf
4. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline

development: Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst*. 2006; 4:21

5. GRADE Working Group website. URL: <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>
6. Making Pregnancy Safer. A newsletter of worldwide activity. WHO. April 2007. Issue 4.
7. Allattamento al seno. *Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali*. Bologna: Regione Emilia Romagna, 2005. URL: http://www.saperidoc.it/str_5.html

Vittorio Basevi

MD, PhD, акушер-гинеколог

Dante Baroncini

MD, неонатолог

Simona Di Mario

MD, MPH, педиатр

Giulio Formoso

MPharm, MPH, специалист в области эпидемиологии

Gianfranco Gori

MD, акушер-гинеколог

Barbara Paltrinieri

MSc, PhD, специалист в области научной коммуникации

Daniela Spettoli

MD, специалист в области акушерства и гинекологии

Nicola Magrini

MD, практикующий фармацевт, директор ЦС
Адрес для корреспонденции:
v.basevi@ausl.mo.it

КАК УЛУЧШИТЬ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН

Сотрудничающий с ВОЗ центр в сфере мужской репродукции:

Институт репродуктивной медицины Мюнстерского Университета, Мюнстер, Германия

Институт репродуктивной медицины (ИРМ) в Мюнстере является единственным сотрудничающим центром в области мужской репродукции. Центр распространяет информацию о своих исследованиях через публикации и презентации на международных научных собраниях. Сегодня гораздо больше внимания уделяется женскому репродуктивному здоровью, чем мужскому, но благодаря нескольким ведущим гендерным программам и в связи с прогрессирующей многочисленной популяцией стареющих мужчин проблема мужского репродуктивного здоровья стала актуальной.

Два главных аспекта в репродуктивном здоровье партнёра мужского пола по сути являются двумя сторонами одной медали: фертильность и бесплодие. В то время как фертильные мужчины как правило не обращаются в клиники фертильности (разве что когда они являются донорами спермы перед проведением вазэктомии), у бесплодных мужчин наблюдается широкий спектр болезней, которые можно изучать (болезни яичек и их придатков, простаты). Несмотря на это, проведение терапевтического лечения не обнадёживает, так как около 30% диагнозов классифицируются как идиопатическое бесплодие (по неизвестной причине) (1). Это вызывает только негодование как у пары, желающей завести ребёнка естественным путём, так и у доктора, который может только предложить прибегнуть к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), которые обходят проблему, но не вылечивают пациента. Это также доставляет трудности андрологу, который должен определить причину бесплодия и назначить обоснованное лечение.

Проблемы, связанные с перенаселением могут снизить качество жизни мужчин, женщин и детей во всём мире, так как они являются источником болезней, голода и антисанитарных жизненных условий. Добровольный контроль популяции посредством планирования семьи может помочь уменьшить проблемы всех нас, в особенности матери и ребёнка, а разумное планирование семьи является приемлемым для пары способом проявить ответственность перед соседями и другими обитателями их экосистемы. Несмотря на то, что основная часть бремени ложится сегодня на плечи женщин, так как методы контроля женской фертильности широко распространены, некоторые

методы основаны на участии мужчины-партнёра. Есть данные, что при наличии такой возможности мужчины, состоящие в постоянных отношениях, прибегали бы к «мужской таблетке» (или инъекции), таким образом разделяя бремя контрацепции со своими партнёрами.

Активности

Эти проблемы подразумевают ответные меры со стороны Сотрудничающего с ВОЗ центра мужской репродукции в Мюнстере. Эти активности связаны с такой отраслью мужского здоровья как андрология, эквивалента женской гинекологии у мужчин. Андрология занимается исследованием мужской репродуктивной функции или соответствующих дисфункций. Институт является справочным центром, представляющим информацию о мужском бесплодии и гипогонадизме для всей Германии. Медицинские сотрудники центра имеют дело с мужчинами, представляющими бесплодные пары. Как только исключается фактор женского бесплодия, его причину ищут в мужчинах. Первой стадией обследования является определение качества семени и исследование гормонов в крови. В основном исследовании, связанном с этой проблемой и проведённом Сотрудничающим с ВОЗ центром, рассматриваются способы улучшения диагностических аспектов анализа спермы и оценки тестикулярной функции, а также способы проведения клинических исследований гормональных мужских контрацептивов.

В плане диагностики ИРМ сравнил методы измерения объёма спермы и разработал новые методы определения объёма при малом содержании сперматозоидов и клеток-предшественников,



Trevor G. Cooper

что является важным критерием при определении фертильного потенциала мужчины. Институт принял участие в выпуске пятого издания Лабораторного пособия ВОЗ по анализу семени (2), которое должно стать золотым стандартом для андрологических лабораторий во всём мире. Институт также впервые принимает участие в определении эталонных параметров спермы человека. Эти параметры основаны на данных референтной группы мужчин, чьи партнёрши забеременели в течение 12 месяцев, и скомпилированных данных, предоставленных компетентными лабораториями, применявших рекомендованные ВОЗ методы анализа. Таким образом эти величины аналогичны клиническим опорным значениям переменных сыворотки и могут быть использованы так же. ИРМ проводит в Германии программу внешнего контроля качества анализа спермы, результаты которого показали повысившуюся согласованность действий лабораторий, участвующих в анализе (3).

Исследование пептидных гормонов гипофиза (LH, FSH), регулирующих выработку спермы в яичках, выявили различные формы соответствующих генов у бесплодных мужчин, что указывает на возможность генетической причины бесплодия. Другие исследования показали, что воздействие андрогенов на человека зависит не только от уровня стероидов в крови, но и от структуры андрогенного рецептора, который связывает гормон и инициирует вирилизацию. Это в свою очередь может быть ещё одной генетической причиной мужского бесплодия. Эти наблюдения полезны не только при диагностике, но и при разработке индивидуальной гормональной терапии для каждого пациента в зависимости от фенотипа его рецептора андрогенов. В плане долгосрочной терапии проводятся весьма амбициозные исследования в области изолирования и сохранения тестикулярных стволовых клеток в условиях новой культуры и после трансплантации. Это в итоге может предоставить резерв предшественников половых клеток для мужчин с тяжёлыми тестикулярными повреждениями или раковых больных, подвергающихся химио- или лучевой терапии, желающих иметь детей после прохождения лечения.

Один из подходов к разработке мужских контрацептивов основывается на принципе, заложенном в противозачаточной таблетке для женщин, – замедление гормональных реакций в гипоталамусе и гипофизе. Наше исследование показало, что сочетание женских гормонов (прогестинов) с основным ингредиентом такой противозачаточной таблетки, мужским гормоном тестостероном, улучшает эффективность действия как у обезьян, так и у людей. Отказ крупных фармацевтических компаний, в прошлом поддерживавших нас, станет серьёзным ударом для дальнейших исследований, если не будут задействованы источники общественного финансирования. В других исследованиях, ориентированных на контрацепцию, рассматривается продукт, вырабатываемый тестикулами – сперматозоиды. Только сейчас начали обращать внимание на осмотические препятствия, которые преодолевают сперматозоиды в женских половых органах. Сперматозоиды должны быть в большом числе, чтобы проникнуть через цервикальную слизь. Мы провели демонстрацию различий в способности сперматозоидов регулировать свою численность у фертильных мужчин и пациентов института. Этот эксперимент может изменить представление о функционировании сперматозоидов. Причина бесплодия – это и трагедия для пары, желающей зачать ребёнка, и знания, которые можно использовать при создании мужских контрацептивов. Если, к примеру, у пациентов обнаружено нарушение регуляции объёма спермы, то повторение этого нарушенного состояния осмотической регуляции может быть применено в противозачаточных целях.

Выводы

Нашей целью в ИРМ является дальнейшее проведение исследований важных аспектов мужского сексуального и репродуктивного здоровья. Продолжая работать над такими проблемами как фертильность и бесплодие, проверка качества анализа спермы и мужская контрацепция, институт вносит свою лепту не только в обеспечение сексуального и репродуктивного здоровья мужчин, но и в поддержание благополучия их половинок и общества в целом.

Список литературы:

1. Nieschlag E. Classification of andrological disorders. In: *Andrology. Male reproductive health and dysfunction*. Eds Nieschlag E & Behre HM, Berlin: Springer; 2000. pp. 83-87.
2. WHO. *WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Fifth edition, in preparation*. Geneva : WHO; 2008.
3. Cooper TG, Hellenkemper B, Nieschlag E. External quality control for semen analysis in Germany. *J Reproduct Med Endocrinol* 2007; 4: 331-335.

Dr. Trevor G. Cooper
Сотрудничающий центр в
Мюнстере
Институт репродуктивной
медицины
TrevorG.Cooper@ukmuenster.de

СВЯЗЬ АСПЕКТОВ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ С МЕТОДОЛОГИЕЙ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было ли полезно вашей службе здравоохранения молодёжи узнать насколько сильно влияют Интернет и мобильные телефоны на сексуальное поведение подростков в Швейцарии или на Маврикии? Можно ли оценить какое будет это влияние в вашей стране? Или, может, к вам обращаются медсёстры и акушерки из родильного дома, обеспокоенные будущими осложнениями, которые могут быть связаны с проявлением операций колечующих женские половые органы в иммигрантских общинах? Исследования в области сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), проведённые при наличии правильно выбранной методологии, могут дать ответы на такие вопросы.

Изначально совместная инициатива по обучению, запущенная в 1991 г. Женевским фондом медицинского образования и исследований (GFMER) и Департаментом репродуктивного здоровья и исследований ВОЗ, была ориентирована на европейские страны с экономикой переходного периода. Официально инициатива была учреждена в 2002 г. С 2005 г. в курсе обучения стали затрагиваться проблемы сексуального здоровья. На данный момент нашими приоритетными задачами являются интенсивная интеграция аспектов сексуального и репродуктивного здоровья достижение того, чтобы обучение исследователей стала более доступным в условиях ограниченных ресурсов, способствование процессу распространения результатов с помощью профессионалов в сфере средств массовой информации (СМИ). Это также способствует разработке высококачественных инструментов электронного обучения по различным клиническим специальностям.

Основная деятельность GFMER состоит во взаимодействии международного исследовательского сообщества и менеджеров программ в таких областях как контрацепция, фертильность, гендер и сексуальность, а также пропаганде равноправных человеческих взаимоотношений.

По этой причине GFMER намерен включить основные аспекты современных глобальных проблем СРЗ в свою программу обучения методологии исследования. Полный перечень курсов доступен по адресу http://www.gfmer.ch/300_MedicalEducation_En.htm. Учебные материалы можно загрузить бесплатно. Также с сайта можно загрузить

форму заявки на курс в 2009 г. Если вы заинтересованы в посещении курса, то вам или вашему учреждению будет приятно узнать, что курс недорогостоящий. Само обучение стоит около 1500 CHF, а расходы на скромное проживание в Женеве во время всего учебного курса составляют около 3500 CHF.

Пятидневный курс методологии исследования проводится на английском в Штаб-квартире ВОЗ и в помещениях медицинского факультета Женевского Университета. Оба учреждения проводят тщательный отбор участников, которые являются профессионалами в здравоохранении, ведут исследовательскую деятельность и преподают. В состав научного комитета также входят члены UNFPA и исследователи из университетов Берна и Лозанны. Отбор участников основывается на их исследовательских и методологических способностях, а также навыках академического письма. Первичные исследовательские предложения кандидатов используются для оценки их предприимчивости и способностей определять приоритеты исследования, а также способности стать частью обучающего персонала в будущем. Сам по себе курс является формой улучшения по вопросам методик исследований, а также их применения для решения актуальных проблем, в частности проблем общественного и репродуктивного здоровья.

В сотрудничестве с частным фондом Женевского Университета GFMER исследует такие отрасли сексуального здоровья как: определение здоровой сексуальности; описание обычной сексуальности и сексуальности сексуальных меньшинств, молодёжи, пожелого населения и сексуальности отноше-



Основная задача курса

- охрана здоровья путём медицинского образования и исследований, которые могут применять развивающиеся страны и страны с экономикой переходного периода

Цели

- предоставление постдипломного образования в области методологии исследований в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
- разработка и проведение исследований и мероприятий по их синтезу.
- содействие партнёрским учреждениям в проведении программ постдипломного образования.
- сотрудничество с ВОЗ в разработке электронных материалов обучения, а также проведение коротких курсов постдипломных в области эпидемиологии.
- предоставление профессиональной помощи ВОЗ или центрам сети ВОЗ, нуждающимся в исследовательском сотрудничестве, обучении или информации о клинических аспектах сексуальности и репродукции человека.

Основной курс

- методология исследования (2 недели)
 - Разработка исследований, статистика, эпидемиология, критическая оценка, синтез исследований, стратегии анализа данных, этика и права человека в клинических исследованиях, Интернет и Medline
- Ключевые аспекты репродуктивного/ сексуального здоровья (1 неделя)
 - Работа ВОЗ в области сексуального и репродуктивного здоровья
 - ИППП, ВИЧ/СПИД, планирование семьи, бесплодие, генетика, окружающая среда и репродукция, сексуальные функция и дисфункции

Направление репродуктивного здоровья (1 неделя):

Принципы патофизиологии, гинекологическая эндокринология, менопауза, генитальные инфекции/ИППП, рак, акушерство

Направление сексуального здоровья (1 неделя):

Понятия и методы в исследованиях сексуального здоровья, нарушения в сексуальной самоидентификации, подростковая сексуальность, ИППП/ВИЧ и сексуальность, жестокость, насилие над детьми, права человека и этика в исследованиях сексуального здоровья

Экзамены (заключительная неделя)

- для получения сертификата участники должны сдать экзамен, состоящий из:
 - научного доклада (подготовка протокола для исследовательского проекта, подготовка предложения для получения гранта, подготовка систематической проверки)
 - 15-минутной презентации научного доклада
 - теста с вариантами ответов

ний между представителями разных поколений; гендерное насилие; половой выбор плода; когда влияние экономики на сексуальное поведение; сексуальная жестокость и насилие; религия, культура и духовность; этнически-половой вопрос. В результате этого сотрудничества с 2005 г. наряду с небольшим числом грантов стало возможным проведение курса по сексуальному здоровью параллельно с репродуктивным здоровьем в виде единого курса методологии исследований СРЗ.

Курс улучшает не только исследовательские способности участников, но и повышает точность и последовательность их коммуникативных навыков, обеспечивающих умение адаптировать исследовательские данные для более широких кругов общественного здравоохранения. Главным компонентом экзамена по окончании курса является разработка и защита исследовательского предложения. Умение презентовать предложение необходимо для привлечения ресурсов, и многие участники остаются довольны коммуникативным обучением, которое входит в программу курса.

Мало курсов, которые так эффективно способствуют сотрудничеству

между профессионалом и здравоохранения в области СРЗ из всего мира. В курсе представлены поведенческие и клинические аспекты сексуальности человека и репродуктивного здоровья, а также ключевые понятия биомедицинских и психологических моделей пола и гендера. Это даёт более полное эпидемиологическое представление об инфекциях передающийся половым путём, беременности и родах и нарушениях половых функций.

GFMER проводит курсы для персонала вспомогательных учреждений, обучая работе с подростками по методу «сверстник-сверстнику», информируя о последствиях программ воздержания и управления риском. Фонд также сотрудничает с Партнёрством по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, участвует в кампаниях по предотвращению фистул и операций колечующих женские половые органы, выставках «Искусство ради здоровья», а также тренингах сети Y-Peer.

Мы с радостью информируем всех участников об актуальных тенденциях в исследованиях различных клинических и общественных аспектов здоровья. Участники могут читать публикуемый нами в сети журнал по адресу

<http://www.reproductive-health-journal.com/home/>, а также зарегистрироваться на <http://www.gfmer.ch/> и выгружать на свою страницу креативные исследовательские предложения. Такой открытый доступ к информации очень важен для бывших участников (их около 400), агентств по развитию и органов общественного здравоохранения, поддерживающих проведение курса. Таким образом, пропагандируя высокое качество исследований и методологии и содействуя распространению знаний и грамотной медицинской практики, GFMER обеспечивает дальнейшую поддержку исследований в области СРЗ со стороны как прошлых, так и будущих поколений исследователей, разработчиков программ, практикующих врачей и руководящих инстанций.

Robert Thomson,
Член Женевского фонда
медицинского образования и
исследований
Thomson@gfmer.org

ПРОЩАНИЕ ВЕНГРИИ С ENTRE NOUS



István
Batár



Редакция и персонал Entre Nous выражает глубочайшую признательность Dr. István Batár за его долгие годы самоотверженной и усердной работы в качестве редактора Entre Nous в Венгрии. Нам будет нехватать как его, так и венгерской версии Entre Nous. Мы желаем ему всего наилучшего.

Многим известно, что проект *Entre Nous* был запущен где-то в 1980 г. Miss Wadad Haddad, первым региональным советником по вопросам сексуальности и планирования семьи в Европейском региональном бюро ВОЗ. В то время мы с ней сотрудничали в рамках спонсируемой UNFPA серии международных курсов аспирантуры по планированию семьи, где в качестве раздаточного материала для участников были первые выпуски журнала. После ухода Miss Haddad на пенсию её последователь Dr. Daniel Pierotti обратился в отделение акушерства и гинекологии медицинского факультета Университета Дебрецена, Венгрия, с предложением начать публикацию *Entre Nous* на венгерском. Мы были рады принять его предложение, и *Entre Nous* впервые вышел на венгерском в 1989 г.

Общественный интерес сразу же возрос, и к нам поступило множество просьб выслать копии следующих выпусков, которые планировались два раза в год.

Первые экземпляры были очень простыми (схожими с оригинальным форматом английской/французской версий). Позже, когда *Entre Nous* стал настоящим журналом, мы сменили формат, но в связи с ограниченностью ресурсов продолжали печатать чёрно-белую продукцию кустарным способом.

В начале венгерская версия была выборкой, так как переводились только те статьи, которые рассматривались как уместные/интересные для венгерских читателей. Эти отрывки со временем превратились в полноценный эквивалент оригинала. Более поздние издания переводились на венгерский практически полностью за исключением части ресурсов (это могло быть интересно только тем, кто имел доступ к оригинальным документам/книгам/периодическим изданиям).

Ограниченность финансирования, несмотря на его небольшой прирост в середине 1990 г., не позволяла нам увеличить число издававшихся экземпляров (500), хотя число подписчиков возрастало с каждым новым выпуском. Ограниченная численность экземпляров негативно сказалась на наших возможностях интенсивной рекламы *Entre Nous* в Венгрии. 500 копий раздавались

в основном патронажным медсёстрам и докторам (как правило, гинекологам). Медсёстры были главной читательской аудиторией, и согласно полученным отзывам для многих из них этот журнал был единственным источником новой информации о тогда актуальных проблемах.

В связи с возросшими ценами на почтовые услуги всё больше и больше экземпляров высылались партиями (по 30-50 штук), опять-таки, в основном патронажным сёстрам и, как правило, на имя старшей сестры, которая впоследствии раздавала экземпляры подписчицам.

Несколько лет назад в связи с радикальным сокращением финансирования Европейское региональное бюро ВОЗ больше не смогло предоставить средств для выпуска венгерской версии *Entre Nous*. Тогда, к счастью, были найдены локальные ресурсы для поддержания публикаций. Но и эти ресурсы были израсходованы, что означает, что мы больше не можем продолжать выпуск этого важного журнала о сексуальном и репродуктивном здоровье. Соответствующие выходные данные также исчезнут из дальнейших публикаций *Entre Nous*.

Более 20 лет выход *Entre Nous* на венгерском полностью обеспечивался Центром семейного планирования в нашем отделении. Вся связанная с публикацией работа (перевод, корректура, печать и распространение) делалась командой моих бывших коллег из Центра семейного планирования, которым я премного благодарен. Да, именно бывших, так как я в свою очередь вышел на пенсию.

Я, конечно же, надеюсь, что эта неблагоприятная для венгерской версии *Entre Nous* ситуация может измениться в лучшую сторону, и проект будет снова запущен к великой радости не только читателей, но и всех, кто над ним работает. Несмотря на эти трудности, всё больше моих венгерских коллег начинают овладевать английским языком, а значит, смогут читать *Entre Nous* на английском.

István Batár,
MD, PhD, Dr. med. habil.
Редактор, *Entre Nous* в Венгрии



ЦЕНТРЫ СОТРУДНИЧАЮЩИЕ С ВОЗ

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродуктивного здоровья
Исследовательский центр охраны материнского и детского здоровья
22 Mashtots Avenue 375002
Ереван, Армения
Директор: Prof. G.G. Okoev
Веб-сайт: <http://www.armobgyn.com>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья
Международный центр репродуктивного здоровья (МЦРЗ)
Медицинский факультет Университет Гента
De Pintelaan 185, 3P3
B-9000 Гент, Бельгия
Директор: Prof. Marleen Temmerman
Веб-сайт: <http://www.icrh.org>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере области перинатальной медицины и репродуктивного здоровья
Перинатальный центр, Отделение акушерства и гинекологии
Институт ухода за матерью и ребёнком
Podolské nabřezi 157
Cz-147 10 Прага 4, Республика Чехия
Директор: Dr Petr Velebil
e-mail: velebilp@seznam.cz

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродуктивного здоровья
Исследовательский центр молекулярной эндокринологии
Университет Оулу
P.O. Box 5000
fin-90014 Оулу, Финляндия
Директор: Prof. Pirkko Vilho
Веб-сайт: <http://www.whoccr oulu.fi>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродукции человека
Институт репродукции человека им. Жордания
43, Kostava street
0109 Тбилиси, Грузия
Директор: Prof. Archil Khomassuridze
e-mail: ArchilK@ilst.ru

Центр сотрудничающий с ВОЗ в области сексуального и репродуктивного здоровья
Федеральный центр просвещения в области образования (Bzga)
Ostermerheimer str.220
D-51109 Кёльн, Германия
Директор: Dr Elisabeth Pott
Веб-сайт: <http://www.bzga.de>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области мужской репродукции
Институт репродуктивной медицины Мюнстерского Университета
Domagkstr. 11
D-48149 Мюнстер, Германия
Директор: Dr Eberhard Nieschlag
e-mail: eberhard.nieschlag@ukmuenster.de

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродукции человека
Отделение акушерства и гинекологии
Медицинский Университет им. Albert Szent-György Medical Semmelweis utca 1.
H-6725 Сегед, Венгрия
Prof. Attila Pal
e-mail: palattila@obgyn.szote.u-szeged.hu

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере синтеза научно-обоснованных исследований и разработки руководств по охране репродуктивного здоровья
CeVEAS-Центр оценки эффективности здравоохранения Azienda usl Modena-NHS Local Health Authority
Via I.A. Muratori 201
I-41100 Модена, Италия
Директор: Dr Nicola Magrini
Веб-сайт: <http://www.ceveas.it>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в области материнского и детского здоровья
Исследовательский отдел служб здравоохранения и международного здоровья Istituto per l'infanzia IRCCS Burlo Garofolo
Via dei Burlo 1
I-34123 Триест, Италия
Директор: Dr Adriano Cattaneo
Веб-сайт: <http://www.burlo.trieste.it>

Центр сотрудничающий с ВОЗ по пропаганде уместных в перинатальном здравоохранении технологий
Перинатальный центр исследовательского института материнского и детского здоровья
93 Burebista street
MD-2062 Кишинёв, Республика Молдовы
Директор: Prof. Petru Stratulat
e-mail: perinat@mtc.md

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродукции человека
Исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии Российской Академии медицинских наук
4, Orarin street
117997 Москва, Российская Федерация
Директор: Dr Ekaterina Yarotskaya
e-mail: ekatyara@rambler.ru

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований и обучения в области репродуктивного здоровья
Отделение акушерства и гинекологии, Центр медицины Люблянского Университета
Slajmerjeva 3
SI 1525 Любляна, Словения
Директор: Prof. Helena Meden-Vrtovec
e-mail: Helena.meden@kclj.si

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродукции человека
Отдел международного материнского и детского здоровья
Университетская больница Уппсала
SE-751 85 Уппсала, Швеция
Директор: Prof. Gunilla Lindmark
e-mail: Gunilla.Lindmark@kbh.uu.se

Центр сотрудничающий с ВОЗ по развитию показателей качества для улучшения перинатального здоровья
Системное отделение акушерства и гинекологии Лундской университетской больницы
Лундский Университет
SE-221 85 Лунд, Швеция
Директор: Prof. Karel Marsal
Веб-сайт: <http://www.gyn.lu.se>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере исследований в области репродукции человека
Департамент женского и детского здоровья
Отделение акушерства и гинекологии
Каролинская больница C1:05
SE-17176 Стокгольм, Швеция
Директор: Dr Kristina Gemzell-Danielsson
e-mail: karin.kallen@med.lu.se

Центр сотрудничающий с ВОЗ по образованию и исследованиям в области репродукции человека
Женевский фонд медицинского просвещения и исследований
5 Chemin Edouard Tavan
CH-1206 Женева, Швейцария
Директор: Prof. Aldo Campana
Веб-сайт: <http://www.gfmer.ch>

Центр сотрудничающий с ВОЗ по исследованиям и подготовке кадров к работе в службах планирования семьи
Отделение общественного здоровья Медицинского факультета Университета Хацеттепе
Sihhiye
TR-06100 Анкара, Турция
Директор: Prof. Ayse Akin
Веб-сайт: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>

Центр сотрудничающий с ВОЗ в сфере синтеза репродуктивного здоровья
Факультет акушерства и гинекологии
Отделение репродуктивного и детского здоровья
Бирмингемского Университета
Metchley Park road, Edgbaston
Бирмингем B15 2tg, Великобритания
Директор: Prof. Khalid S. Khan
Веб-сайт: <http://www.bham.ac.uk>

Social science methods for research on reproductive health [Социальные методы исследований репродуктивного здоровья], RP/UNDP/UNFPA/WHO/World Bank, 1999.

Это ценный документ для тех, кто заинтересован в проведении социальных исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья. Публикация представляет собой обзор вариантов структуры исследования, методологии и анализа, а также этических наблюдений и практических аспектов планирования и проведения исследовательской деятельности. Доступно на английском и испанском: www.who.int/reproductive-health/publications/rhgeneral.html

Turning research into practice: suggested actions from case studies of sexual and reproductive health research [Переход от исследований к практике: предлагаемые действия исходя из ситуативных исследований сексуального и репродуктивного здоровья], HRP, WHO, 2006 г.

В этом документе рассматривается аспект применения результатов исследования с точки зрения исследователей и доноров, а также руководящих кругов и разработчиков программ. Целью документа является помощь в обеспечении применения результатов исследования и контроля их применения с целью улучшить сексуальное и репродуктивное здоровье. Доступно на английском: www.who.int/reproductive-health/hrp/index.html

Research Issues in Sexual and Reproductive Health for Low and Middle Income Countries, Global Forum for Health Research and WHO [Аспекты исследования сексуального и репродуктивного здоровья в странах второго и третьего мира], 2007.

Этот документ является инструментом определения недостатков, пробелов и приоритетов в исследованиях сексуального и репродуктивного здоровья. Доступно на английском и испанском www.who.int/reproductive-health/publications/rhgeneral.html

Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict Affected Women, CDC and USAID [Набор инструментов для оценки репродуктивного здоровья женщин, оказавшихся в зоне конфликта], 2007.

Отличный инструмент для получения точных данных о репродуктивном здоровье населения затронутом конфликтом. Он содержит подбор инструкций, руководства по подготовке, руководства по вводу данных и их анализу. Доступно на английском: www.cdc.gov/reproductivehealth/productsandpubs

CDC Reproductive Health Epidemiology Series, CDC [Серия публикаций по эпидемиологии в сфере репродуктивного здоровья для центров контроля и профилактики заболеваний].

Состоит из 4 модулей, которые знакомят исследователя с понятиями наблюдения за общественным здоровьем, материнским здоровьем и эпидемиологии инфекций репродуктивной системы, а также разработки опросников. Доступно на английском: www.cdc.gov/reproductivehealth/productsandpubs

Entre Nous

*Европейский журнал по сексуальному
и репродуктивному здоровью*

Европейское региональное бюро ВОЗ

Отдел страновых систем и политики

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Tel: (+45) 3917 1602 or 1451

Fax: (+45) 3917 1818

[entrenous@euro.who.int.]

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous