



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ.
АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

ИВАНОВСКИЙ НИИ
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
ИМ. В.Н. ГОРОДКОВА



Комплекс рекомендуемых изменений

для улучшения профилактики
беременностей, абортaв и ИППП среди
подростков

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Москва 2011

Данная работа выполнена при финансовой поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию (USAID) посредством Проекта USAID по улучшению здравоохранения (HCI). Проект HCI выполняется Университетской исследовательской компанией (URC) в рамках контракта GHN-I-01-07-00003-00. Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» выполняется в России в партнерстве с ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России; ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России и ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России.

Комплекс рекомендуемых изменений

для улучшения профилактики беременностей, абортов и ИППП среди подростков

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Другие ресурсы по данному вопросу (как и по многим другим) доступны в библиотеке ВЕБ–портала проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» по ссылке:
<http://www.healthquality.ru/open>

Авторы:

- **Уварова Елена Витальевна**, Главный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Минздравсоцразвития России, Руководитель Отделения гинекологии детского и юношеского возраста ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России
- **Бойко Елена Львовна**, д.м.н., старший научный сотрудник отдела акушерства и гинекологии и заведующая акушерско-гинекологического отделения консультативно-диагностической поликлиники, ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н Городкова» Минздравсоцразвития России.
- **Карнеева Лариса Владимировна**, заведующая женской консультацией №3, МУЗ «Родильный дом» №1, г. Иваново
- **Лебедева Анна Владимировна**, врач акушер – гинеколог, **Храменок Татьяна Александровна**, главный врач, **Голубкова Анастасия Евгеньевна**, врач акушер-гинеколог Центра планирования семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»
- **Тишкина Ольга Геннадьевна**, главный акушер-гинеколог Тамбовской области
- **Харькова Наталия Анатольевна**, психолог, **Десятова Анжелика Валентиновна** врач акушер-гинеколог, Центр планирования семьи г. Тамбова, Городская поликлиника No. 5
- **Вьялицын Геннадий Владимирович**, заведующий гинекологическим отделением Шарьинской ЦРБ им. В.Ф.Каверина, детский гинеколог молодежной консультации г.Шарьи, **Вьялицына Наталья Петровна**, Заведующая по оказанию помощи школьно-дошкольным учреждениям, Костромской области
- **Молчанова Елена Алексеевна**, и.о. зав. отделом по делам молодежной политики, культуры и спорта, Администрация г. Шарьи Костромской области.
- **Перегудин Сергей Александрович**, священник Епархии Шарьи, Костромской области
- **Полянина Марина Владимировна**, врач акушер–гинеколог МУЗ «Галичская городская больница» Костромской области,
- **Ефремова Анна Сергеевна**, врач акушер-гинеколог и **Петрова Светлана Анатольевна**, психолог, Городской центр планирования семьи и репродукции г. Тулы
- **Короткова Анна Владимировна**, к.м.н., заместитель директора, **Котова Евгения Александровна**, к.м.н., **Новожилов Алексей Викторович**, к.м.н., **Ижаева Зульфия Нурмагометовна**, к.с.н, главные специалисты отделения развития международного сотрудничества ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России
- **Симмонс Николь** (Simmons Nicole), MHS, директор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC
- **Яковченко Надежда Андреевна**, врач-организатор здравоохранения, координатор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC-Россия

Рецензент

Богатова Ирина Константиновна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия», заведующая Центром планирования семьи и репродукции ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России

Участники разработки КРИ:

- **Специалисты ЛПУ Тамбовской области:** ГУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», МУЗ «Расказовская ЦРБ», МУЗ «Моршанская ЦРБ», МУЗ «Уваровская ЦРБ»
- **Специалисты ЛПУ Костромской области:** МУЗ «Шарьинская ЦРБ», МУЗ «Нерехтская ЦРБ», МУЗ «Роддом No. 1» г. Костромы

Руководители, оказавшие поддержку:

- **Стародубов В.И.** – д.м.н., профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН, заслуженный врач России, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России.
- **Сухих Г.Т.** - д.м.н., профессор, академик РАМН, Директор ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России.
- **Малышкина А.И.** - д.м.н., директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России
- **Богуславский В.П.** - Директор российского представительства Университетской исследовательской компании.
- **Петросян Л.Б.** – специалист по управлению проектами Агентства США по международному развитию, куратор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам».

При поддержке руководителей органов управления здравоохранением и руководителей служб развития медицинской помощи женщинам и детям комплекс рекомендуемых изменений был апробирован и внедрен в следующих ЛПУ:

Ивановская область	Центральная районная больница, г.Кинешма
	Клиническая больница № 8, г.Иваново
Костромская область	Центр планирование семьи и репродукции, г. Кострома
	Городская больница, г. Мантурово
	Городская больница, г. Галич
	Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф., г. Шарья
Тамбовская область	Областной центр планирования семьи, г.Тамбов
	Городской центр планирования семьи в поликлинике №. 5
Тульская область	Центр планирования семьи в ГБ № 2 г. Тула
	Родильный дом №1, г. Тула
	Городская детская больница, г. Щекино

ОГЛАВЛЕНИЕ

Используемые сокращения	5
Определения	6
Предисловие	8
i. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам».....	8
ii. Методология реализации проекта	9
iii. Партнеры – исполнители Проекта.....	10
1 Предназначение комплекса рекомендуемых изменений	12
2 Проблема укрепления репродуктивного здоровья (РЗ) подростков	21
2.1 Подростковая беременность и юные матери.....	21
2.2 Инфекции, передающиеся половым путем.....	24
2.3 Употребление спиртных напитков и наркотиков	26
2.4 Курение.	26
2.5 Знания и навыки	27
2.6 Права подростков	29
3 Клинические и организационные аспекты РЗ подростков	31
3.1 Образовательные и воспитательные программы	31
3.2 Консультирование	32
3.3 Риск аборта.....	35
3.4 Контрацепция	36
3.5 Инфекции, передающиеся половым путем, и вирус иммунодефицита человека... 41	
4 Система профилактики беременностей, аборт и ИППП среди подростков 46	
4.1 Первая задача: подготовка и повышение квалификации персонала по консультированию подростков.....	47
4.2 Вторая задача: Повышение уровня знаний подростков	50
4.3 Третья задача: Развитие коммуникаций, работа с местным сообществом.....	59
4.4 Четвертая задача: Реорганизация приема для подростков.....	62
4.5 Пятая задача: Введение обязательного консультирования по репродуктивному здоровью для подростков	67
4.6 Шестая задача: Усиление работы с подростками из группы риска	68
5 Индикаторы	73
6 Необходимые ресурсы	84
7 План внедрения КРИ	89
8 Типичные барьеры и пути их преодоления	95
9 Литература и материалы	99

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВМС-Cu	медьсодержащие внутриматочные спирали
ВМС-Э	гормонсодержащие внутриматочные спирали
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ и СУЗ	Высшие и средние учебные заведения
ВПЧ	вирус простого герпеса
ЕК	экстренная (посткоитальная) контрацепция
КДМ	Клиника, доброжелательная к молодежи
КИК\КП\БК	длительного действия комбинированные гормональные контрацептивы
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
КПР	контрацептивы прогестагенового ряда
КРИ	комплекс рекомендуемых изменений
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
МОФ	методы отслеживания фертильности
МЛА	метод лактационной аменореи
МУЗ	муниципальное учреждение здравоохранения
ОМС	обязательное медицинское страхование
ТНК	таблетки неотложной контрацепции
ППА	прерванный половой акт
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦПС	центр планирования семьи (-и репродукции)
USAID	Агентство США по международному развитию

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Аборт - прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода из полости матки) в период до 22 недель беременности (когда плод еще нежизнеспособен) или до достижения плодом массы 499 граммов.

Аборт самопроизвольный – Выкидыш, или спонтанный аборт – случайная потеря плода на сроке до 22 недель беременности.

Аборт искусственный – Индуцированный аборт – добровольное прерывание беременности или прерывание беременности по медико-социальным показаниям.

Неполный аборт – Неполное извлечение или выкидыш частиц плодного яйца.

Частота абортов – Число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) за отчетный год.

Уровень абортов – Число абортов на 1000 живорожденных за отчетный год.

Бесплодие – Неспособность зрелого женского или мужского организма к зачатию.

Первичное бесплодие – Неспособность женщины или мужчины к зачатию в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без применения средств контрацепции (ВОЗ).

Вторичное бесплодие – В анамнезе отмечается беременность, но впоследствии беременность не наступает, несмотря на попытки забеременеть.

Молодежь – лица от 15 до 24 лет включительно.

Подросток – лицо в возрасте от 10 до 17 лет включительно. Истинный подростковый период характеризуется физическим, психическим и социальным созреванием, при котором происходит переход от периода детства к совершеннолетию в указанных возрастных пределах (в Российской Федерации совершеннолетие наступает по достижении 18 лет). В контексте данного КРИ рассматриваются в основном те подростки, которые могут вести половую жизнь, т.е. 13-17 лет.

Планирование семьи – это 1) внутрисемейное регулирование деторождения; 2) виды деятельности, которые ставят своей целью помощь отдельным лицам или супружеским парам в достижении определенных результатов: произвести на свет желанных детей; избежать нежеланной беременности; регулировать интервалы между беременностями; контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и состояния их здоровья; определять число детей в семье.

Репродуктивный возраст – генеративный возраст женщин и мужчин, в котором, как считается, они способны к деторождению. Это понятие в основном используется для статистического учета, расчетов и оценок. В большинстве стран для женщин возрастной интервал составляет 15-49 лет, в странах с низкой рождаемостью – 15-44 года. Возрастной интервал для мужчин – 15-59 лет.

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех сферах, а не просто отсутствие болезней и недугов, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосоциальных отношениях семьи (ВОЗ).

Репродуктивное поведение – система действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности, в браке или вне брака (ВОЗ).

Сексуальное здоровье – комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального бытия человека, который позитивно обогащает и развивает личные качества, способность к общению и любви (ВОЗ).

ПРЕДИСЛОВИЕ

i. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам»

Проект по улучшению здравоохранения (НСИ) Агентства США по международному развитию (USAID) выполняется Университетской исследовательской компанией (University Research Co., LLC - URC) в 28 странах мира по различным клиническим направлениям. В Российской Федерации эта инициатива реализуется с 1998 года в сфере охраны материнства и детства, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции и фтизиатрической помощи через сотрудничество с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (при курации главных специалистов и ведущих федеральных институтов), в тесной связи с деятельностью рабочей группы по здравоохранению Российско-американской двусторонней президентской комиссии.

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» выполняется в рамках НСИ в 2009-2011 годах в сфере охраны репродуктивного здоровья и перинатологии с целью содействия Приоритетному национальному проекту «Здоровье» в улучшении демографической ситуации в России и снижении показателей материнской и младенческой смертности. Деятельность проекта направлена на разработку, тестирование и внедрение в конкретных учреждениях организационных решений по совершенствованию процесса оказания медицинской помощи на основе утвержденных Минздравсоцразвития России нормативных документов (приказов, порядков, протоколов, распоряжений, рекомендаций, стандартов).

Проект работает по нескольким клиническим направлениям: улучшение репродуктивного здоровья (в основном – подростков), профилактика и ведение затрудненных родов, внедрение основных компонентов неонатального ухода и исключительно грудного вскармливания в 50 лечебно-профилактических учреждениях Тамбовской, Ярославской, Костромской, Тверской, Тульской и Ивановской областей. Участниками являются врачи и средний медицинский персонал родовспомогательных и педиатрических учреждений, а также руководители учреждений здравоохранения и социальной защиты, исполнителями – Московское представительство Университетской исследовательской компании (URC, США) (<http://www.unc-chs.com/>), ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России (<http://www.mednet.ru/>), ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России (<http://www.ncagip.ru/>), ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» (<http://www.niimid.ru/>), органы управления здравоохранением и главные специалисты службы охраны здоровья матери и ребенка Тамбовской, Ярославской, Костромской, Тверской, Тульской и Ивановской областей.

Деятельность Проекта включает периодические мероприятия: шесть обучающих сессий, конференции, тренинги, ознакомительные поездки по обмену опытом и ежемесячные телеконференции с ведущими экспертами федерального уровня, и, главное, – повседневную работу команд непосредственно в конкретных ЛПУ. Во время

обучающих сессий проводится обучение участников проектных команд методологии улучшения, с экспертами обсуждаются необходимые клинические и организационные вопросы, команды делают презентации, делясь с коллегами из других ЛПУ и других областей опытом и знаниями, обретенными в ходе достижения определенных улучшений, и результатами произведенных изменений.

ii. Методология реализации проекта

Проектная деятельность осуществляется на основе подхода к совершенствованию системы оказания медицинской помощи через сотрудничество на основе применения методологии улучшений. Сотрудничество (collaborative) представляет собой целенаправленно организованное взаимодействие (коммуникации, обмен информацией на обучающих сессиях, во время взаимных визитов для обмена опытом и через специально созданный WEB-портал www.healthquality.ru) всех участников проекта для совместного внедрения улучшений в привычную рутинную практику. Ключевой момент такого сотрудничества – пример коллег, которые первыми разработали и опробовали изменение и получили позитивный результат.

Основными принципами методологии улучшений в здравоохранении являются:

- системный подход,
- ориентация на потребителей услуг подсистемы, в которой проводятся преобразования,
- вовлечение в процесс улучшения всех ключевых профессионалов и формирование из них команды (рабочей группы) для решения определенных задач,
- использование только научно-обоснованных решений,
- строгая научность всех преобразований в системе, то есть тщательное измерение и систематический анализ результатов всех изменений, производимых командами.

На схеме 1 представлена последовательность действий по улучшению. Как правило, выбор проблемы (1), которая требует усовершенствований в системе, осуществляется на основе анализа тех показателей ее деятельности, которые не удовлетворяют все заинтересованные стороны. После определения проблемы формируется соответствующая команда (рабочая группа) и проводится детальный анализ (2) этой проблемы. Анализ включает: изучение процессов в подсистеме (флоучарт¹), в которых эта проблема имеет место быть, установление причинно-следственных связей (диаграмма Ишикавы²), сбор и анализ детальных данных, всесторонне характеризующих

¹ Флоучарт, или динамическая диаграмма, позволяет детально и схематично, с использованием определенных символов, описывать процесс и систему оказания помощи, визуализировать место и значимость всех составляющих выбранной проблемы.

² Диаграмма Ишикавы (по имени автора, ее предложившего – Каору Ишикава - Kaoru Ishikawa, одного из основоположников теории управления качеством)

эту проблему и позволяющих впоследствии (после внесения изменений) оценить, действительно ли произошло улучшение результатов работы подсистемы, и решилась ли проблема. На этапе разработки действий (3) формулируются конкретные задачи для команды по разработке и апробации изменений.

Следующий этап (4) – выполнение задач командами по тестированию и внедрению изменений или выполнение Циклов ПИАВ «Планирование – Испытание – Анализ – Внедрение» (циклов Шухарта³). Каждая из запланированных задач решается последовательно, при этом тестируется целый ряд изменений, каждое из которых измеряется отдельным микроиндикатором. По мере накопления данных оценивается степень решения поставленных задач через соответствующие индикаторы, решается вопрос о масштабном внедрении протестированных изменений.

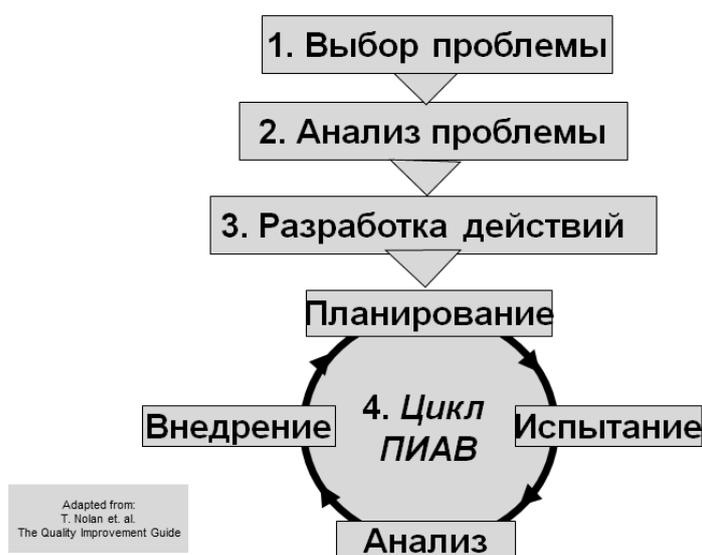


Схема 1. Последовательность действий по улучшению⁴

iii. Партнеры – исполнители Проекта

– Российское представительство Университетской исследовательской компании (URC) (<http://www.urb-chs.com/>);

– ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ)» Минздравсоцразвития России, ответственный за разработку и распространение методологии улучшения качества (УК) в области здравоохранения (<http://www.mednet.ru/>);

³ Цикл назван по имени Уолтера Анджо Шухарта (W. Shewhart) – основоположника теории улучшения известен еще как цикл Шухарта – Деминга.

⁴ Thomas W. Nolan et al., “The Quality improvement Guide”

– ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России - ведущий российский институт в области акушерства, гинекологии и перинатологии (<http://www.ncagip.ru/>);

– ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России - институт, курирующий субъекты ЦФО (<http://www.niimid.ru/index.aspx>);

– и при непосредственном участии команды акушеров-гинекологов и неонатологов из Тверской области, имеющих личный опыт внедрения улучшений и распространения лучших подходов в другие регионы.

В результате работы областных команд до октября 2011 года были получены клинически важные и статистически достоверные результаты в основных клинических областях: сохранении репродуктивного здоровья подростков, профилактики гипотермии у новорожденных и внедрении исключительно грудного вскармливания, ведения затрудненных родов с использованием партограммы.

1 ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ КРИ

1.1 Цель разработки

Комплекс рекомендуемых изменений (КРИ) по профилактике беременностей, абортов и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди подростков разработан на основе апробации и внедрения в практику командами ЛПУ Костромской, Тамбовской и Ивановской областей рекомендованных Минздравсоцразвития России и мировым сообществом современных и эффективных технологий. Их применение продемонстрировало высокую эффективность, подтверждающуюся тщательными измерениями.

Проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем подростков, описаны во второй главе КРИ. В третьей главе документа описаны медицинские и клинические особенности проблемы и научно-обоснованные подходы к их решению. В списке литературы и в приложении приводятся ключевые документы, руководства и публикации, в которых содержится более подробная информация по теме данного КРИ. Главным и наиболее ценным в настоящем КРИ являются предлагаемые организационные и методологические подходы к улучшению системы профилактики беременности и ИППП среди подростков в районах, городах, областях и ЛПУ Российской Федерации. Эти подходы описаны довольно подробно в четвертой главе КРИ и даны примеры действий для применения. Необходимые ресурсы для внедрения этих рекомендованных действий кратко описаны в шестой главе и конкретный план внедрения изменений приведен в седьмой главе. В восьмой главе описаны барьеры, с которыми столкнулись команды, и пути преодоления этих препятствия.

Ценность предлагаемых организационно-методических изменений заключается в том, что они были разработаны, апробированы и скорректированы на основе практики параллельно в нескольких районах и городах нескольких областей в ЛПУ разного уровня. Их внедрение позволило повысить эффективность и качество помощи подросткам, что подтверждено строгим измерением результатов.

Цель

Использование КРИ должно помочь коллективам специалистов ЛПУ, организаторам и руководителям здравоохранения улучшить систему профилактики беременностей, абортов и инфекций, передающихся половым путем, среди подростков.

Задачи

Для достижения цели целесообразно внедрить элементы многоэтапной системы профилактической деятельности: построить работу ЛПУ в соответствии с принципами «Клиники, дружественной к молодежи», реорганизовать прием в ЛПУ для обеспечения большей доступности для подростков и ввести обязательное консультирование всех подростков, пришедших на прием, по вопросам репродуктивного здоровья, регулярно повышать квалификацию персонала по вопросам репродуктивного здоровья, взаимодействовать с местным сообществом, включая школы.

Для большинства подростков, которые еще не начали половую жизнь, важно предоставить необходимую моральную поддержку и информацию, чтобы помочь им укрепить уверенность в правильности воздержания от раннего начала половой жизни и других видов рискованного поведения.

Необходимо сосредоточить особое внимание на работе с подростками из групп риска: с теми, кто уже начал свою сексуальную жизнь или имеет другие аспекты рискованного поведения. Важно обеспечить отдельный прием (при их желании – анонимный) для подростков и консультирование их по вопросам репродуктивного здоровья. В этом случае, актуальным также будет обсуждение выбора воздержания в этом возрасте, как более здорового образа жизни, и информирование о барьерной и гормональной контрацепции (при необходимости, – бесплатное обеспечение подростков контрацептивами), информирование о первых признаках беременности и возможностях и важности своевременного консультирования и получения поддержки при возникновении подозрения на беременность.

Для девочек-подростков, обратившихся в клинику во время беременности, важно проведение консультирования с целью сохранения данной беременности и взаимодействие с социальными службами для обеспечения поддержки для нее. В случае отказа от сохранения беременности необходимо провести доабортное консультирование с предоставлением информации о щадящих методах и возможностях прерывания беременности и постабортной контрацепции. Также необходимо проконтролировать доступность своевременность медицинской помощи для нее. В любом случае, такая девочка-подросток относится к группе риска по вероятной повторной беременности, и очень важно провести постабортное или послеродовое консультирование по контрацепции. Алгоритм их дальнейшего наблюдения должен соответствовать требованиям амбулаторного ведения сексуально-активных подростков.

Задачи подробно описаны с конкретными подзадачами и изменениями в четвертой главе. Результативность решения каждой задачи должна быть измерена соответствующим индикатором. Выполнение каждой задачи складывается, в свою очередь, из определенного числа изменений и/или нововведений в системе оказания помощи подросткам по вопросам укрепления репродуктивного здоровья с мониторингом одного или нескольких специально разработанных микроиндикаторов. Индикаторы по задачам и тестируемым изменениям представлены в четвертой главе. Общий список индикаторов, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» оценивает результативность достижения цели, представлен в пятой главе КРИ с подробными инструкциями по их измерению.

Выполнение всех задач является необходимым условием для достижения поставленной цели. Команды ЛПУ и/или региональные команды, использующие данный КРИ, принимают решение о последовательности реализации задач, подзадач, конкретных изменений – одновременно или последовательно и в каком порядке, в

зависимости от своих возможностей и ресурсов. Команды могут также разработать и тестировать новые подзадачи и изменения для выполнения всех представленных задач.

Решение рекомендованных задач требует определённых ресурсных вложения, но в дальнейшем, усовершенствованная система поможет, как улучшить репродуктивное здоровье подростков, так и сократить общие расходы на разрешение возникших проблем у подростков и их семей. Предупреждать проблемы эффективнее, чем реагировать на последствия. Необходимые ресурсы для ЛПУ разных уровней описаны в шестой главе. Для выполнения предложенных задач на уровне районов значимых дополнительных ресурсов не требуется.

В каждом разделе есть перечень рекомендуемых дополнительных материалов. Все эти материалы можно найти на сайте проекта www.healthquality.ru в библиотеке.

1.2 Целевая группа, использующая КРИ

КРИ предназначен медицинским работникам женских консультаций, родильных отделений, руководителям ЛПУ родовспоможения и педиатрии, руководителям здравоохранения муниципального и территориального уровней.

1.3 Ожидаемые результаты и выгоды от внедрения КРИ

При внедрении КРИ вносятся изменения (улучшения) в систему помощи подросткам по укреплению их репродуктивного здоровья, что позволит:

- Создать единый технологический подход к консультированию подростков при любом их обращении в соответствующие ЛПУ и повысить результативность консультирования
- Сделать более доступными услуги по сохранению репродуктивного здоровья, увеличить долю подростков, их использующих, увеличить долю подростков, ведущих здоровый образ жизни .
- Повысить возраст начала половой жизни среди подростков
- Снизить число беременностей, абортов и ИППП среди подростков
- Увеличить пропорцию роды/аборты
- Повысить экономическую эффективность деятельности учреждений и рациональное использование существующих ресурсов.

1.4 Краткое описание результатов Проекта

В настоящее время накоплено достаточно знаний о значимости и путях профилактики беременностей, абортов и ИППП у подростков, что улучшает их репродуктивное здоровье. В ходе реализации Проекта выяснилось, что проблемой является эффективное и своевременное использование этих знаний, реализация организационных мероприятий и комплекса изменений, способных улучшить качество помощи подросткам и результаты деятельности ЛПУ.

Результаты работы по внедрению в восьми ЛПУ Ярославской, Тамбовской и Костромской областях изложенных в КРИ изменений тщательно измерялись, оценивались и анализировались (сравнивались значения индикаторов с мая 2009 г. по сентябрь 2011г.).

Для измерения и оценки использовались следующие индикаторы (индикаторы описаны более подробно в шестой главе):

На уровне ЛПУ (ежемесячно):

- Число девочек-подростков до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-02-1)
- Число юношей-подростков до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-02-2)
- Число девочек-подростков до 17 лет, прошедших обследование на ИППП, за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-03-1)
- Число юношей до 17 лет, прошедших обследование на ИППП, за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-03-2)

На уровне субъекта федерации (ежегодно):

- Число подразделений "низкопорогового доступа" для подростков на территории области по состоянию на конец отчетного квартала. (Индикатор А-01-1)
- Число родов у девочек-подростков до 17 лет в субъекте федерации за отчетный год (Индикатор А-04)
- Коэффициент рождаемости у девочек-подростков до 17 лет в субъекте федерации за отчетный год (Индикатор А-04-2)
- Число искусственных прерываний беременности среди девочек-подростков до 17 лет в субъекте федерации за отчетный год (Индикатор А-05-3)
- Частота искусственных прерываний беременности на 1000 девочек-подростков до 17 лет в субъекте федерации за отчетный год (Индикатор А-05-4)
- Число искусственных прерываний беременности у первобеременных девочек-подростков до 17 лет в субъекте федерации за отчетный год (Индикатор А-05-5)
- Число искусственных прерываний беременности у повторнобеременных девочек-подростков до 17 лет в субъекте федерации за отчетный год (Индикатор А-05-6)

Ниже в диаграммах приведены примеры полученных результатов, измеренных соответствующими индикаторам.

С мая 2009 г. по декабрь 2010 г. данный КРИ внедрялся в десяти ЛПУ Ярославской, Тамбовской, Костромской и Ивановской областей. Полностью КРИ был внедрен в трех ЛПУ Костромской области и одном ЛПУ Тамбовской области. В добавлении к этому, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области создал программу тренинга по консультированию по вопросам репродуктивного здоровья для сотрудников других ЛПУ области. В результате, новации и программы были применены на большей части Тамбовской области.

Результативность действий ЛПУ, принявших участие в проекте с мая 2010 г., по повышению обращаемости подростков в клиники, доброжелательные к молодежи, показана на Рис.1 и 2.

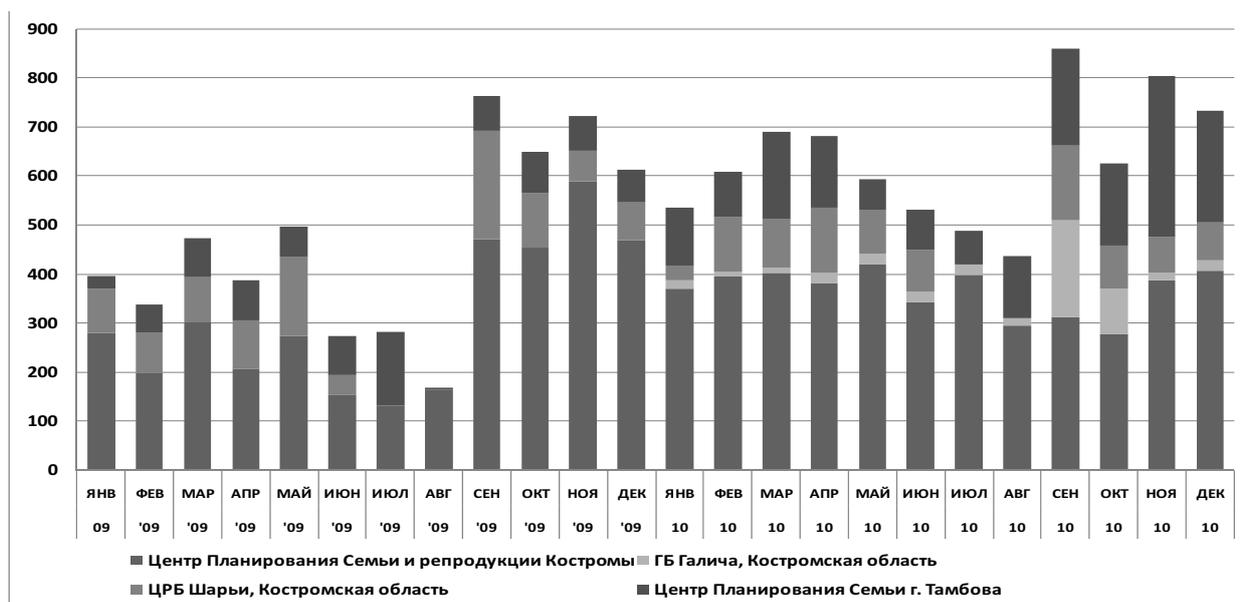


Рис. 1. Обращаемость девочек-подростков по вопросам репродуктивного здоровья

За период с января по апрель 2010 г., по сравнению с аналогичным периодом 2009 г., обращаемость девочек-подростков до 17 лет по вопросам репродуктивного здоровья выросла на 50% (с 1595 в январе-апреле 2009 г. до 2515 в январе-апреле 2010 г.).

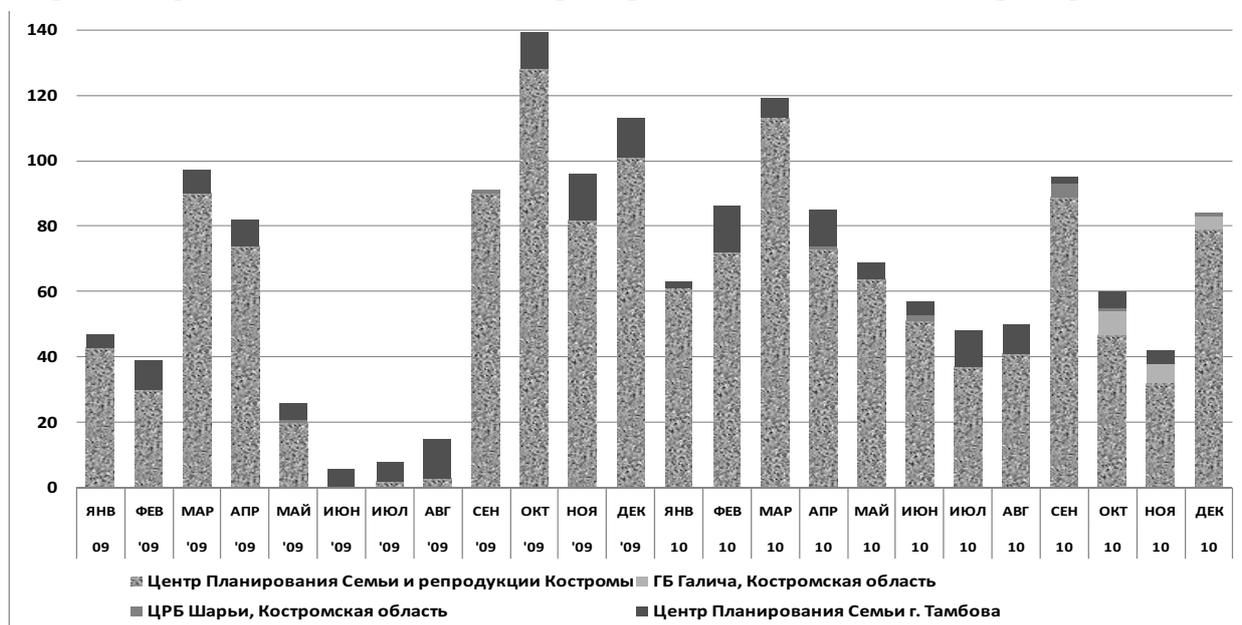


Рис. 2. Обращаемость мальчиков-подростков по вопросам репродуктивного здоровья

Число визитов юношей по вопросам репродуктивного здоровья выросло на 33% (с 265 в январе-апреле 2009 г. до 352 в январе-апреле 2010 г.). За первые 4 месяца 2010 г. в городской поликлинике № 5 г. Тамбова увеличилось число подростков, использовавших барьерные и гормональные методы контрацепции на 175% (с 158 в январе-апреле 2009 г. до 460 в январе-апреле 2010 г.).

На Рис. 3-6 представлено число искусственных аборт и родов, соответственно, среди подростков 15-17 лет в Костромской и Тамбовской областях за 2007-2010 годы.

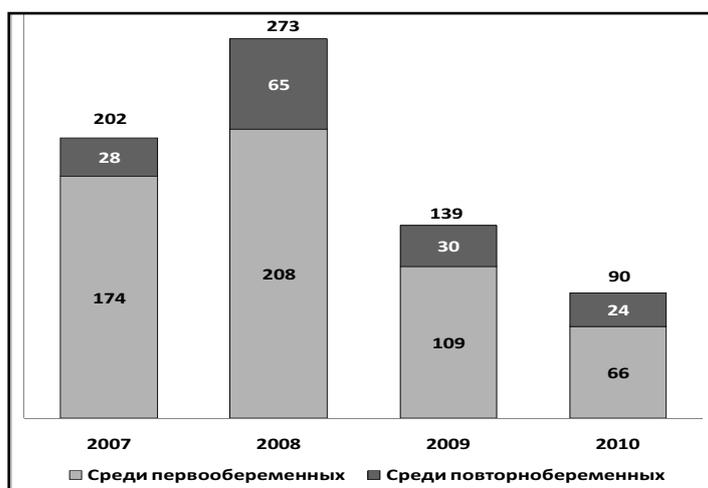


Рис.3 Число искусственных аборт среди девочек-подростков Костромской области

Важно отметить, что в Костромской области число всех беременностей среди подростков выросло в 2008 г. по сравнению с 2007 г.; этот факт стал одной из причин, вызвавшей интерес к реализации проекта в Костромской области, начиная с мая 2009 г.

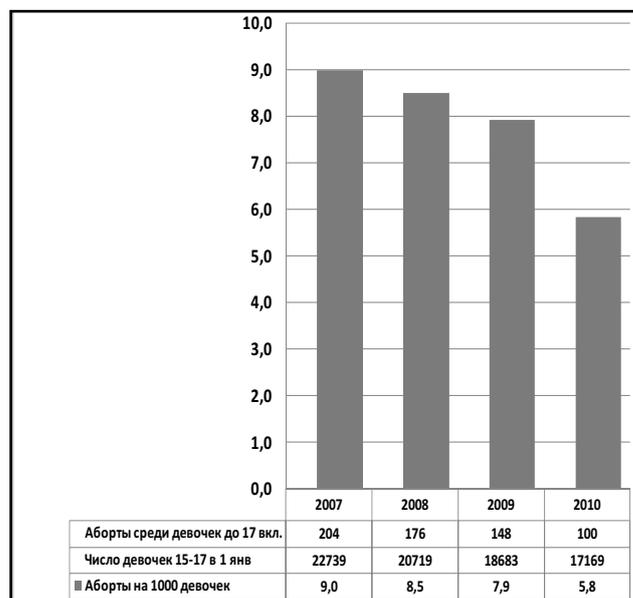
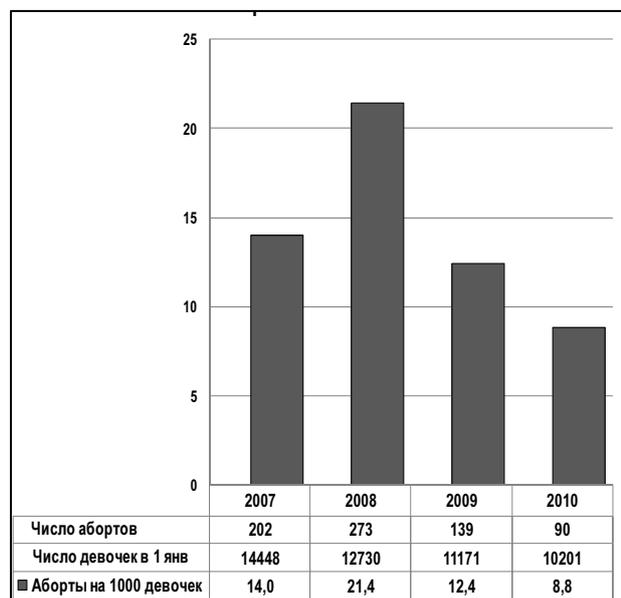


Рис. 4 Частота искусственных аборт на 1000 девочек-подростков 15-17 лет в Костромской (слева) и в Тамбовской (справа) областях.

По итогам 2009 г. в Костромской области число искусственных аборт снизилось в два раза, частота искусственных аборт на 1000 девочек снизилась на 44%. Снижение продолжилось в 2010 г. По сравнению с 2008 г., число аборт снизилось на 66% и частота искусственных аборт снизилась на 59%. Основным положительным моментом работы проекта на территории Костромской области является отмеченная динамика аборт.

Динамика изменения показателей по Тамбовской области отражена на правом графике Рис.4. С 2006 года отмечается устойчивая тенденция снижения числа аборт у девочек 15-17 лет (при расчете на 1000 человек соответствующего возраста). В период реализации проекта в Тамбовской области коэффициент снижения числа аборт у девочек этой возрастной группы в два раза выше, чем в среднем за период с 2006 по 2009 годы.

На Рис.5 отражены положительные результаты деятельности проекта по профилактике беременностей среди подростков. Снижение числа аборт не вызвало роста числа родов, – число родов на 1000 подростков также снизилось на 19 % с 2008 г. по 2010 г. Так как число родов снижалось медленнее, чем снижалось число аборт, соотношение между родами и абортами среди подростков имеет положительную динамику, которая отражена на Рис. 6.

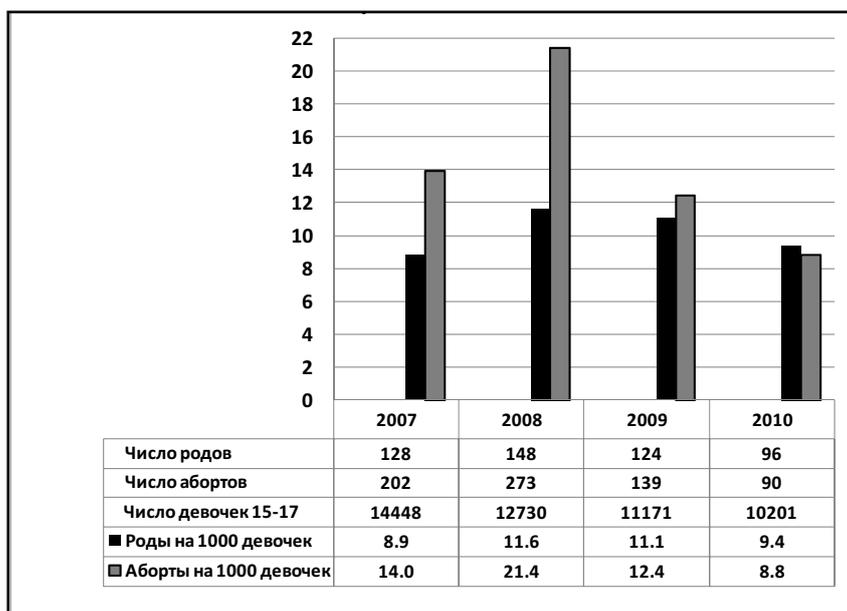


Рис. 5. Динамика числа родов и числа аборт среди девочек-подростков 15-17 лет в Костромской области

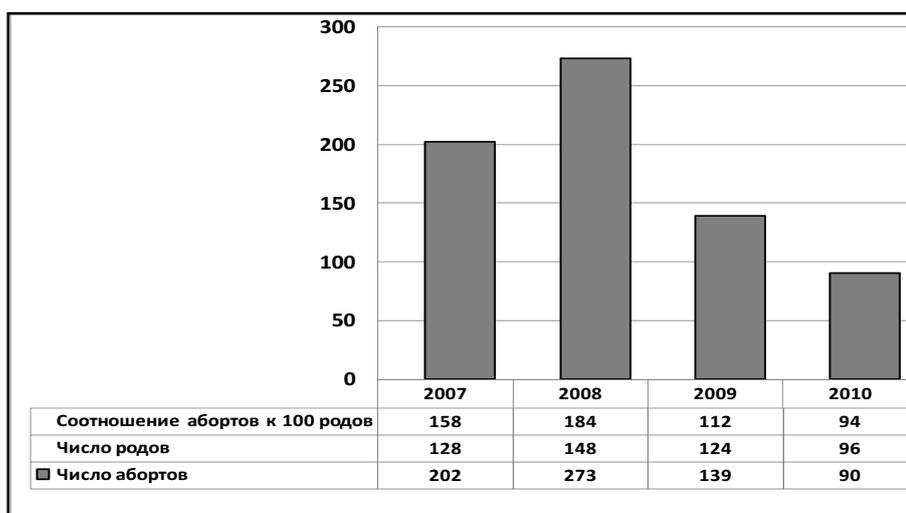


Рис.6 Частота аборт на 100 родов среди девочек-подростков 15-17 лет в Костромской области

За аналогичный период на 30% увеличилось число девочек-подростков до 17 лет, обследованных на ИППП. В связи с проводимой профилактикой ИППП, клиники более

активно начали заниматься скринингом подростков высокого риска на ИППП, хотя результаты обследований в ходе проекта не исследовались. На рис.7 и 8 представлены данные по обследованию девочек и мальчиков на ИППП. За первое полугодие 2009 года, по сравнению с аналогичным периодом 2010г, число обследованных на ИППП девочек выросло на 67%, юношей - на 177%.

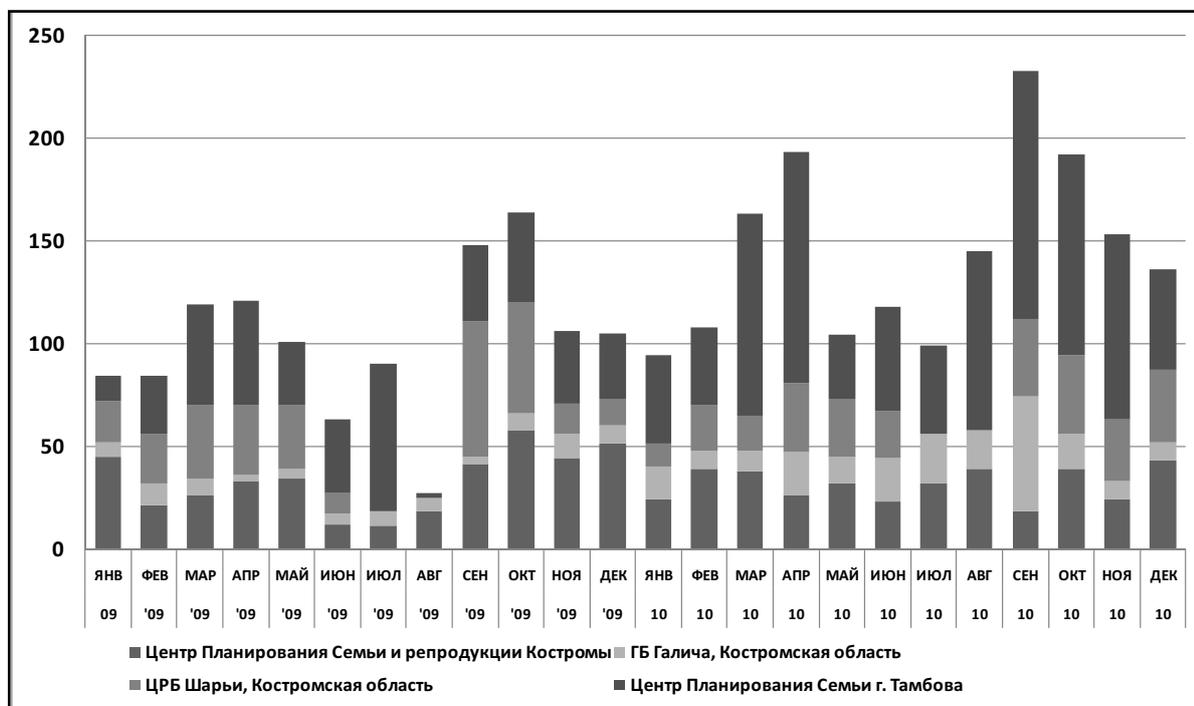


Рис.7. Динамика числа девочек-подростков, обследованных на ИППП в Костромской и Тамбовской областях (впервые в отчетном году).

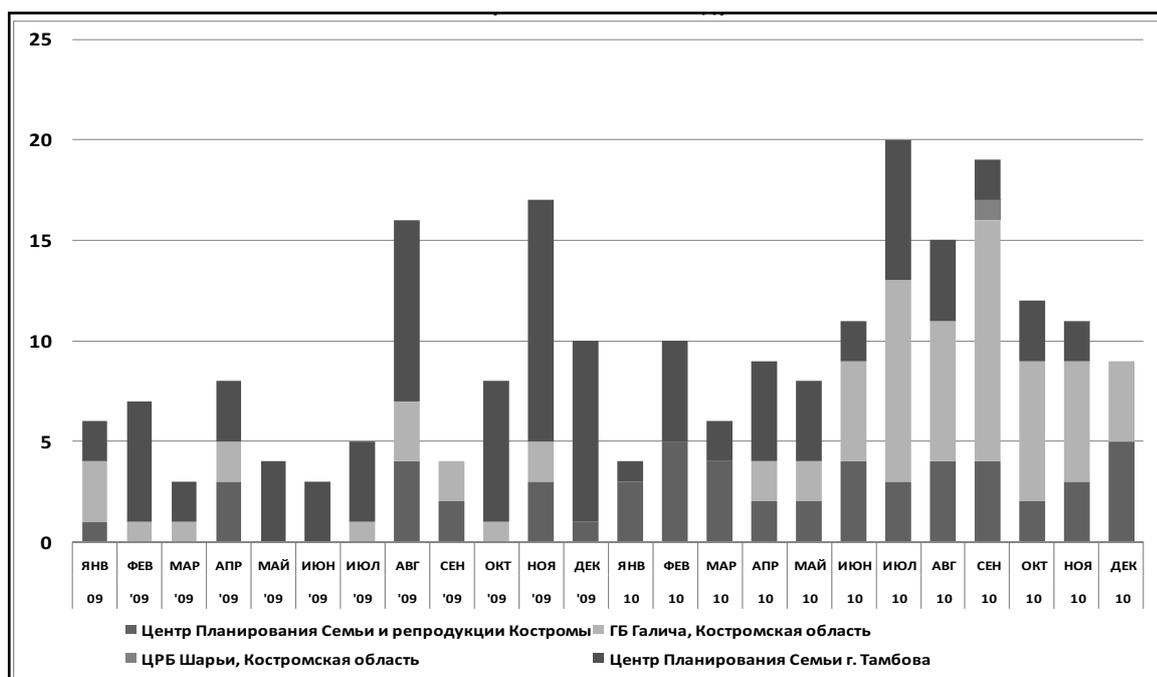


Рис.8. Динамика числа мальчиков-подростков, обследованных на ИППП в Костромской и Тамбовской областях (впервые в отчетном году).

Результаты проектной работы, связанной с проведением консультирования женщин до- и после аборта представлены на Рис.9. В женских консультациях и гинекологических отделениях больниц Костромской, Тамбовской и Ярославской областей за период с апреля по сентябрь 2011 г. был проведен анонимный опрос 518 женщин (подростков – в том числе), которым был проведен аборт. Больше 90% этих женщин сообщили, что медперсонал провел консультации с ними до и после аборта по вопросу сохранения или выбора прерывания беременности и пост-абортной контрацепции. Более 91% женщин сообщили, что они уже определились с конкретным методом контрацепции для будущего. Также на базе этого опроса можно определить, что большинство опрошенные женщины находятся в группе высокого риска: 55% из них никак не предохранялись от прерванной беременности, а 39% из них до этого сделали один или больше абортов в течение последних трех лет. Для сравнения, по результатам аудита медицинских карт в этих областях, проведенного в июле 2010 г., уровень до-абортного консультирования был значительно ниже.

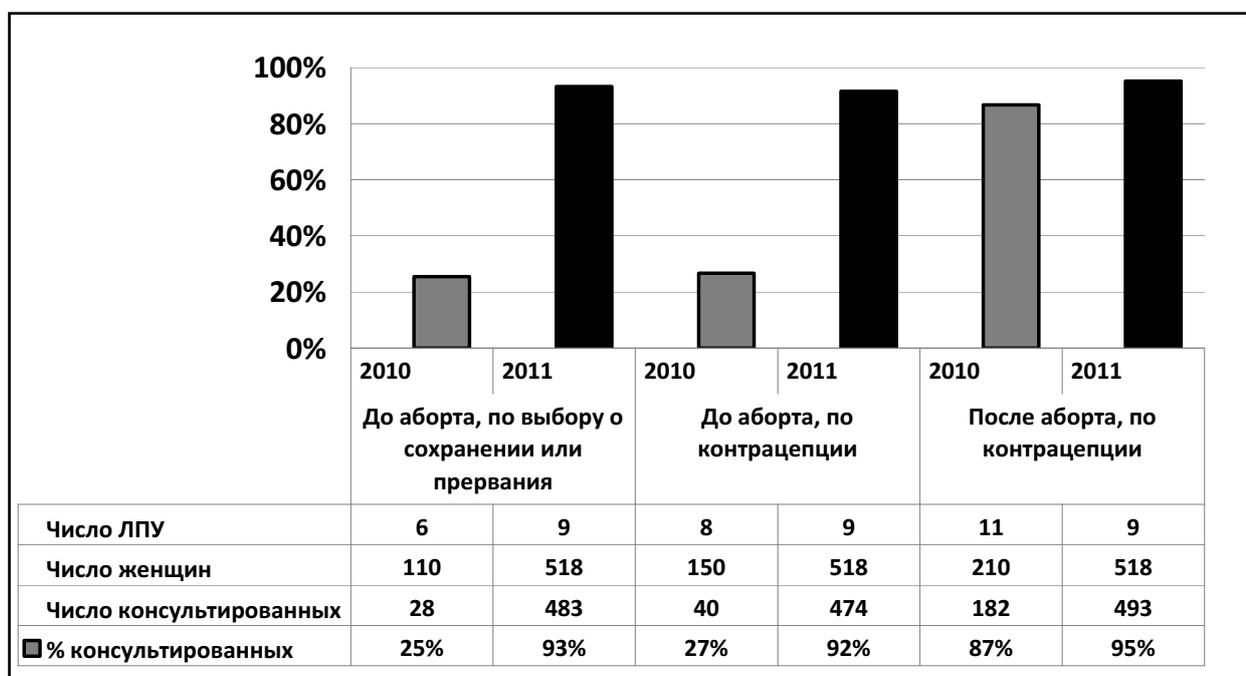


Рис. 9 Доля (в %) женщин, получившихся консультации до и после аборта (Костромская, Ярославская и Тамбовская области)

2 ПРОБЛЕМА УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Проблема укрепления репродуктивного здоровья населения, особенно подростков и молодежи, для Российской Федерации, как и для всего мирового сообщества, в современных условиях приобретает особую медико-социальную значимость. Значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Актуальность разработки программ по охране репродуктивного здоровья молодежи связана с рядом факторов. Во-первых, молодежь в возрасте до 25 лет составляет почти половину населения всего земного шара. Подростки являются той частью молодого поколения, которая находится в стадии формирования. Подростковый возраст – это важный период, в котором приобретаются знания и навыки, а также формируются ценности, которые могут сохраняться на протяжении всей жизни. Во-вторых, молодежь является одной из групп населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, почти четвертая часть ВИЧ-инфицированных людей – моложе 25 лет. Молодой возраст отличается особой уязвимостью и ограниченными возможностями. В-третьих, формирование нынешнего поколения происходит в условиях стремительного развития информационных и коммуникационных технологий и глобализации.

2.1 Подростковая беременность и юные матери

Для обеспечения полноценной жизни детей важно, чтобы они росли в стабильных семьях со взрослыми родителями. Дети, родившиеся у родителей-подростков, имеют высокий уровень риска и в перинатальном периоде, и в дальнейшей жизни. Также подростки-родители имеют меньше шансов благополучно устроить свою будущую жизнь и жизнь своего ребенка. Завершение подростковых беременностей абортами также имеет свои риски, в том числе, снижение фертильности в период взрослой жизни. Следовательно, важным для подростков является безопасное сексуальное поведение, прежде всего, более позднее начало половой жизни и использование современных методов барьерной и гормональной контрацепции для профилактики ИППП и беременности.

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области, плохой осведомленностью о средствах и методах контрацепции и недостаточным их применением приводит к росту числа беременностей среди подростков и, как следствие, к увеличению числа абортов, неблагоприятных исходов родов и ухудшению репродуктивного здоровья подростков.

Возросшая после начала перестройки в нашей стране и снятия информационных барьеров сексуальная активность подростков привела к значительному увеличению такого явления, как юное материнство. «Вынужденное подростковое материнство», характерное в течение длительного времени для различных стран мира (до 15 миллионов

ежегодно), стало типичным и для России: в целом каждый 10-й ребенок рождается у матери до 20 лет.

Многие российские исследователи указывают на то, что **сексуальное партнерство в молодежной среде имеет свои особенности:**

- сексуальный дебют с малознакомым недавно встреченным партнером на стадии влюбленности (у 42% девушек и 68% юношей);
- случайный секс или сексуальные отношения помимо постоянного партнерства без предохранения от не планируемой беременности;
- терпимость к внебрачным половым отношениям;
- промискуитет (53,5% девочек-подростков к 19 годам успевают сменить от трех до шести партнеров).

Медико-социальными факторами сохранения высокого уровня не планируемых беременностей среди подростков и молодежи являются:

- нежеланный секс (изнасилование и сексуальные домогательства, неуважение личной неприкосновенности, попустительство рискованных ситуаций);
- двойной стандарт (суровое осуждение молодых женщин, но не молодых мужчин);
- недостаток медико-санитарного просвещения, консультативных услуг по вопросам репродуктивного здоровья и поведения;
- неэффективное использование противозачаточных средств;
- отсутствие понимания обществом значения эффективного планирования времени и числа желанных беременностей.

Основными причинами подобного положения дел молодежь считает безответственное отношение партнеров к сексуальным отношениям (61%) и низкий уровень сексуальной культуры (36%). При этом, 45% девушек и 40% юношей отметили отсутствие необходимой информации и слабую роль службы планирования семьи.

У юных матерей чаще отмечаются:

- задержка внутриутробного развития плода;
- преждевременные роды;
- низкая оценка по шкале Апгар;
- низкая масса тела новорожденного;
- смертность детей при рождении.

У потомства, рожденного от юных отцов, чаще выявляются:

- врожденные пороки развития элементов нервной трубки (spina bifida, микроцефалия, менингоцеле);
- врожденные пороки развития эктодермы (омфалоцеле, гастрошизис).

Вызывает озабоченность большая доля аборт на сроках 22-27 недель беременности среди подростков. Частота осложнений после абортов среди подростков в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. По данным Минздравсоцразвития России за 2005-2007 гг.

после прерывания беременности на сроке до 28 недель умерло 250 женщин, в том числе – 10 погибших были в возрасте до 19 лет.

Аборт в юном возрасте приводит к нежелательным медицинским, социальным, психологическим и экономическим последствиям. Изучение причин, по которым несовершеннолетние обращаются с просьбой о производстве аборта, позволило установить причинно-следственную зависимость частоты этой операции от возраста, репродуктивного анамнеза и социально-экономических условий. Так, незамужние нерожавшие девушки-подростки делают аборт, чтобы отсрочить рождение ребенка; молодые женщины, уже имеющие ребенка, прибегают к нему как способу избежать еще одних родов. Настроенность на прерывание беременности усиливается неблагоприятными социальными факторами. У части молодых девушек существует установка на аборт как на легкую и безобидную операцию. Более того, 13% девушек, однажды сделавших аборт, в скором времени приходят вновь на подобную операцию.

Показатель использования методов и средств контрацепции в России намного ниже, чем в странах Западной Европы и США, особенно, при первом сексуальном контакте. Согласно данным исследования, проведенного проектом «Здоровая Россия» в 2005 году, только 44% респондентов в возрасте 15-24 года использовали какие-либо методы и средства контрацепции при первом половом контакте. Отличия также в структуре используемых методов контрацепции.

Но последние исследования показывают, что и в России предпочтения подростков меняются – они чаще стали использовать современные методы контрацепции, растет число подростков, применяющих гормональную контрацепцию, и особенно – использующих презервативы. Возможно, это происходит под влиянием угрозы распространения ИППП, в т.ч. ВИЧ/СПИДа. Следует отметить, что, так как гормональные противозачаточные таблетки должны назначаться только врачом, который учитывает все особенности организма подростка, перенесенные заболевания, противопоказания к данному методу контрацепции, то доступность консультирования для подростков – особо важна.

Отмеченные негативные тенденции в репродуктивном здоровье подростков и молодежи ухудшают демографическую ситуацию в России. Здоровье современных девочек характеризуется:

- нарастанием частоты генетических и врожденных заболеваний репродуктивной системы;
- отставанием физического и психологического развития от возрастных нормативов;
- нарушением формирования репродуктивной системы;
- увеличением доли полиорганных заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением;
- ростом социально-значимых болезней и отклонений в психическом здоровье.

Основные закономерности репродуктивного поведения девочек-подростков:

- ранее начало половой жизни;
- наличие многих половых партнеров;
- высокий риск ИППП;
- недостаточное сексуальное образование;
- страх перед родителями и врачом;
- использование советов друзей в выборе метода контрацепции;
- неправильное использование контрацепции;
- использование малоэффективных методов контрацепции.

За последние годы в России отмечено некоторое снижение числа аборт у девочек. За период 2006-2010 гг. общее число искусственных абортов снизилось у девочек 15-17 лет на 57%: с 37150 до 16089 абортов в год или с 11,7 до 7,2 на 1000 девочек 15-17 лет. Но, несмотря на постоянное снижение числа абортов, доля абортов среди подростков 15-17 лет среди абортов, проведенных женщинам всех возрастных групп остается стабильной, около 2,8%. В возрасте до 14 лет 4,2% абортов происходят среди девочек, у которых уже была беременность один или более раз, а среди подростков 15-19 лет - 47,2%.

2.2 Инфекции, передающиеся половым путем

Дополнительные источники информации по теме:

- Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения. Институт здоровья семьи, 2009
- Кишкун А.А. «Современная клиническая лабораторная диагностика», 2009.
- Руководство по контрацепции под руководством проф. Прилепской В.Н., 2006

В последнее время отмечается увеличение заболеваемости ИППП среди подростков: с 1993 до 2002 года отмечено значительное (в 2,5 раза) увеличение числа больных сифилисом подростков; причем заболеваемость девочек 15-17 лет сифилисом в 2,7 раза выше, чем у мальчиков того же возраста.

Сексуально активные подростки составляют группу риска, которая крайне нуждается в информации об ИППП и в обучении безопасному поведению, - девочки-подростки подвергаются большему, чем взрослые женщины риску инфицирования из-за низкого социального статуса, связанного с определенным образом жизни. Кроме того, женщины часто не имеют клинических признаков хламидиоза, гонореи и других ИППП. Современные подростки более поражены микст-инфекциями, что увеличивает восприимчивость организма к ВИЧ-инфекции. Сексуальное насилие и проституция, недостаток знаний (включая сексуальное образование), неспособность убедить старшего по возрасту сексуального партнера пользоваться презервативами и договориться относительно сексуального выбора, ограничения в доступе к медицинскому

обслуживанию – все это способствует тому, что молодые девочки-подростки составляют группу особенно высокого риска по ИППП.

Проблемы, затрудняющие борьбу с ИППП:

- сомнения пациентов в конфиденциальности медицинской помощи. Это препятствует привлечению сексуального партнера пациента для обследования и лечения;
- высокая распространенность ИППП среди молодежи, включая подростков, а также представителей других групп риска, редко обращающихся за медицинской помощью;
- широко распространенное предубеждение о постыдности заболеваний, обусловленных возбудителями ИППП;
- самолечение в связи со свободным доступом антимикробных и противовирусных препаратов в аптечной сети;
- оказание лечебно-диагностической помощи медицинскими работниками, не имеющими соответствующих знаний по ИППП;
- возможность бессимптомного течения некоторых ИППП, что, с одной стороны, способствует распространению ИППП, с другой стороны, скрывает реальную статистику и затрудняет планирование профилактических программ;
- сложность организации и высокая стоимость проведения популяционных исследований, позволяющих установить реальную заболеваемость ИППП;
- отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения ряда ИППП, базирующихся на принципах доказательной медицины.

Особо следует отметить значение проблемы конфиденциальности оказания помощи подросткам, включая консультирование. Подростки обращаются в медицинские учреждения только в критических, с их точки зрения, ситуациях: например, сифилис представляется им чем-то необыкновенно страшным, возникает необходимость в родительской помощи, совете старших, и именно поэтому обращаемость в государственные медицинские учреждения в таких случаях достаточно высока. Иной подход подростков к трихомониазу и прочим ИППП – у них наблюдается стремление справиться самостоятельно (используя справочную литературу и опыт старших товарищей). Подросток уверен, что, в крайнем случае, всегда можно обратиться за помощью в платный кабинет и о его проблемах не узнают родители.

Предотвращение ИППП предполагает информирование подростков заблаговременно, до их сексуального дебюта. Им необходимо предоставить доказательства преимуществ отсрочки начала сексуальной активности и необходимости использования барьерных методов контрацепции после начала сексуальной жизни. Очень важно, чтобы каждый молодой человек осознал, что, только соблюдая правила безопасного сексуального поведения, он защитит себя от инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

2.3 Употребление спиртных напитков и наркотиков

По данным современных опросов каждый пятый подросток употребляет крепкие спиртные напитки (что приравнено к 60 граммам абсолютного алкоголя/ 150 г водки /1 литру крепкого пива) 1-2 раза в месяц. Самое тревожное состоит в том, что укрепившееся в обществе снисходительное отношение к потреблению спиртного и навязчивая повсеместная реклама пива, крепких и «поп» спиртных напитков привели к значительному увеличению потребления алкоголя женщинами и молодежью. По данным специальных исследований, почти половина москвичей моложе 13 лет успели попробовать алкоголь, включая и пиво. Примечательно, что девочки пьют наравне с мальчиками. Самая опасная для подростков - легкая степень алкогольного опьянения, когда наступает беспричинное веселье, возбуждение, кажущая легкость, приподнятость настроения. Подросток делается многословным, легко заводит знакомства, снижается самоконтроль, что приводит к совершению опрометчивых поступков. Реальная действительность и взаимоотношения между людьми оцениваются подростками неадекватно. Под действием алкогольного и/или наркотического опьянения у подростков растет сексуальная активность, а значит, и увеличивается число половых партнеров, при этом они очень редко пользуются презервативами.

Характеристики потребления подростками наркотических средств:

- приобщение подростков к наркотикам происходит в основном в возрасте с 11 до 16 лет включительно;
- из числа пробовавших наркотические вещества лишь 10% приобрели этот опыт в 11-12 лет, треть в 13-14 лет, и более 40% в 15-16 лет;
- 16% школьников России хоть раз употребляли наркотики, 8% – являются группой риска наркозависимости и 3,1% - наркозависимыми;
- подавляющее большинство пробовавших наркотики употребляют их чаще двух раз в месяц.

Потребление наркотиков и сексуальное поведение девочек-подростков:

- установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых усилиях;
- безответственное отношение к себе и выбору сексуального партнера;
- при употреблении героина беременность часто может быть обнаружена лишь в поздней стадии. Это связано с тем, что менструации на фоне приема наркотиков становятся нерегулярными, а иногда и вовсе отсутствуют;
- употребление наркотиков и токсических веществ во время беременности может вызвать, прямо или косвенно, аномалии развития плода и уменьшение массы тела новорожденного.

2.4 Курение

Именно курение является одной из основных причин увеличения частоты бесплодия у молодых женщин, имеющих ограниченный овариальный резерв, рака шейки

матки, привычных потерь беременностей в репродуктивном возрасте вследствие усиленного тромбообразования.

Доказана связь между курением матери во время беременности и такими осложнениями, как:

- низкое приращение плаценты;
- преждевременная отслойка плаценты;
- преждевременное излитие околоплодных вод;
- преждевременные роды;
- задержка внутриутробного роста плода;
- синдром внезапной смерти младенца.

2.5 Знания и навыки

Недостаток адекватного возрасту и полу просвещения по вопросам гендерных взаимоотношений, семьи и деторождения на фоне давления все возрастающего информационного потока и быстро меняющегося образа жизни стало одной из причин ухудшения репродуктивного здоровья подростков.

Продолжаются дискуссии по вопросу обучения школьников вопросам укрепления репродуктивного здоровья. Обсуждается, как утверждение традиционных нравственных ценностей должно сочетаться с половым воспитанием. Проблема полового воспитания остается актуальной из-за сложности и многозначности имеющихся трактовок самого понятия и достаточно тонкой и деликатной с точки зрения ее нравственной окраски. Половое воспитание в школе следует рассматривать как часть гендерного образования, представляющего собой совокупность подходов, направленных на то, чтобы помочь детям чувствовать себя в школе комфортно и справиться с проблемой социализации, важной составной частью которой является самоидентификация ребенка как мальчика или девочки. Сложность проблемы полового воспитания в школе вызвана тем, что, с одной стороны, существует путаница в определении понятий «половое» и «сексуальное», с другой стороны, низким уровнем готовности общества и школы к ее решению. Одно, соответственно, вытекает из другого.

Целесообразно изначально уточнить сущность понятия «половое воспитание» с целью предотвращения его искажения и тенденциозных трактовок. Пол с педагогической точки зрения – биосоциальное свойство человека. Биологическое - потому что обусловлено генными структурами, а социальное - в связи с его проявлением в поведении человека, являющегося результатами формирования пола в соответствии с воспитанием и влиянием окружающей среды, значительной частью которой является социум.

Половое воспитание ребенка осуществляется в процессе его поло-ролевой социализации, являющейся неотъемлемой частью общего процесса социализации и включающей в себя три компонента: развитие представлений о себе, как о представителе определенного пола (мальчик и девочка), возникновение поло-ролевых предпочтений и ценностных ориентации, а также форм поведения, соответствующих своему полу.

Обобщив существующие трактовки понятия «половое воспитание», данный феномен можно рассматривать как комплекс воспитательных и просветительских воздействий на ребенка, направленных на овладение им нормами поведения, свойственными представителям его пола. Иными словами, половое воспитание с педагогической (а не с бытательской!) точки зрения определяется как особая часть нравственного воспитания, специфическим предметом которого является воспитание отношений человека одного пола к представителям другого пола, и связанных с этим сложных и тончайших навыков поведения и самоконтроля. Задача полового воспитания – способствовать гармоничному развитию подрастающего поколения, полноценному формированию полового поведения, содействовать укреплению физиологических и нравственных основ брака и семьи.

Таким образом, проблемы полового воспитания нельзя сводить только к сфере сексуальных отношений. Задачи полового воспитания охватывают весь круг проблем пола, половых различий и полового поведения. Сексуальное просвещение представляет собой неотъемлемый, но не единственный компонент полового воспитания.

Согласно позиции Департамента молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки Российской Федерации: «Проблема полового воспитания школьников решается образовательными учреждениями в интеграции с нравственным и гигиеническим воспитанием, как в системе многих учебных предметов, так и во внеурочное время. Вопросы пола являются по своей сути междисциплинарными, их изучение опирается на биолого-медицинские, социокультурные и психолого-педагогические исследования. Указанная проблема нигде не выступает в качестве самостоятельной учебной темы. Во всех случаях она интегрирована в другие более широкие разделы, рассматривающие вопросы здоровья и здорового образа жизни, в связи с чем, **отдельных программ для школьников и специалистов образовательных учреждений, а также учебников по половому (сексуальному) воспитанию (просвещению) не существует**».

Во многих субъектах Российской Федерации половое воспитание реализуется в рамках образовательных программ по Биологии и по Основам безопасности жизнедеятельности (ОБЖ).

В соответствии с письмом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27.04.2007 №03-898 «О методических рекомендациях по курсу «Основы безопасности жизнедеятельности» в рамках учебного предмета ОБЖ в 10-11 классах рассматриваются вопросы репродуктивного здоровья (в том числе: нравственность и здоровье, правовые аспекты взаимоотношений полов, репродуктивное здоровье и социально-демографические процессы в России, функции семьи и здоровье человека, основы семейного права в Российской Федерации); факторы, разрушающие здоровье человека (в том числе: вредные привычки и их влияние на здоровье человека; ранние половые связи и их последствия для здоровья; меры профилактики факторов, разрушающих здоровье).

2.6 Права подростков

В соответствии со статьями Всеобщей декларации прав человека, неотъемлемой частью которой является Конвенция о правах ребенка, подростки имеют право на «...активное участие в своем собственном развитии, выражении своих убеждений...», также как и на «...свободный самостоятельный доступ к получению и передаче интересующей их информации...». В сферу их интересов оправдано попадают вопросы сексуальных и социальных взаимоотношений между мужчиной и женщиной, сексуальной морали, опасности беременности и ее исходов. Наравне с этим, современные подростки имеют право не только на получение квалифицированной медико-консультативной помощи, но и доступ к наиболее эффективным мерам профилактики наступления нежелательной беременности и защиты от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем. Подростки имеют право добиваться того, чтобы их точку зрения учитывали в процессе рассмотрения проблем, касающихся самых различных сторон их жизни.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, подростки имеют право на выбор метода контрацепции и должны иметь доступ ко всему многообразию методов. При этом должно быть учтено, что подростки могут не иметь достаточного количества денег на покупку контрацептивов, и будут пытаться скрыть свою сексуальную активность от родителей и взрослых. При обращении подростков за помощью следует придерживаться правил доброжелательного и доверительного общения с ними и соблюдать полную конфиденциальность разговора.

По российскому законодательству права несовершеннолетних в области охраны здоровья включают:

- право на диспансерное наблюдение;
- медико-социальную помощь и питание на льготных условиях;
- санитарно-гигиеническое образование, обучение и труд в соответствующих условиях;
- бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности;
- получение информации о состоянии здоровья в доступной форме.

Подросток в возрасте 15 лет и старше имеет право на консультирование, медицинский осмотр и медицинскую помощь по контрацепции и репродуктивному здоровью, без осведомления или согласия своих родителей. Подростки в возрасте 14 лет и младше могут консультироваться с врачом, однако оказание помощи не может осуществляться без согласия и присутствия родителей, или законного представителя.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (статья 31) определяют, что «каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их

последствиях и результатах проведенного лечения». Статья 19: «граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах».

В соответствие со статьей 61 «...содержание медицинской карты ребенка относится к врачебной тайне. Ее содержание может быть передано кому бы то ни было только с согласия пациента, то есть с согласия ребенка старше 15 лет и с согласия его родителей или иных законных представителей, если ребенку не исполнилось 15 лет». Согласно части второй статьи 24 «Основ...» больные наркоманией в возрасте старше 16 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с законодательством. Наркологическая помощь несовершеннолетним, больным наркоманией, в возрасте до 16 лет оказывается без их согласия, но с согласия или по просьбе их родителей или законных представителей. ВИЧ-инфицированные имеют право на сохранение врачебной тайны в возрасте старше 18 лет, т.е. о несовершеннолетних медицинские работники имеют право передавать информацию родителям или другим законным представителям ребёнка. «Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, ...дают их законные представители...» в соответствии со статьями 32, 33, 34 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей граждан.

В 2001 г. введён в действие Федеральный закон об ограничении курения табака (ФЗ № 87 от 10.07.2001). Статья 4 запрещает розничную продажу табачных изделий лицам, не достигшим 18 лет на территории Российской Федерации. Статья 6 запрещает курение табака на рабочих местах, в городском транспорте и на воздушном транспорте, в закрытых сооружениях, организациях здравоохранения, образовательных организациях и организациях культуры, помещениях, занимаемых органами государственной власти. Нарушение влечет за собой привлечение к административной ответственности в соответствии с законодательством.

3 КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Дополнительные источники информации по теме:

- Руководство для участника обучения по теме: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения», ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова», Фонд «Здоровая Россия»

- Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи. Издание первое, Москва, 2006 (Руководство разработано в рамках проекта «Мать и дитя», проводимого «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в 16 регионах Российской Федерации в 2003-2006 гг.)

3.1 Образовательные и воспитательные программы

Первичная профилактика беременностей, аборт и ИППП среди подростков заключается в реализации программ, направленных на формирование их безопасного поведения. Профилактические программы должны включать элементы полового воспитания детей и подростков в рамках образовательных программ (см. выше п.2.5), обеспечение свободного доступа к соответствующей информации, включая консультирование, бесплатное и свободное предоставление подросткам средств индивидуальной защиты. Поскольку роль семьи в половом воспитании, привитии ребенку безопасных навыков незаменима, то родители, безусловно, должны сами владеть необходимыми знаниями в данной области и использовать их при воспитании детей.

Образовательные и воспитательные программы укрепления репродуктивного здоровья подростков включают следующие компоненты:

- соответствующее возрасту половое образование, формирование убежденности в ценности семьи и родительства во взрослой жизни, и с этой целью - важности сохранения и укрепления своего репродуктивного здоровья;
- формирование безопасного сексуального поведения подростков, основанного на осознанном выборе отсрочки начала половой жизни, а при ее начале - ценности нравственных отношений с партнером, любви, его единственности, на использовании латексных (женских и мужских) и гормональных презервативов как проявление заботы о партнере и о себе;
- информирование подростков (в соответствующей их возрасту форме) о возможных механизмах передачи инфекционных заболеваний, их симптомах, а так же о способах профилактики заражения;
- привитие навыков физической культуры, здорового питания;
- отказ от наркотиков, алкоголя и других психостимулирующих веществ;
- отказ от курения.

3.2 Консультирование

Консультирование подростка – это процесс взаимного общения, в ходе которого медицинский работник помогает подростку оценить его репродуктивное здоровье и принять наиболее удачное, информированное, добровольное и взвешенное решение по выявленным проблемам. Консультирование предполагает обмен информацией, обдумывание и обсуждение на основе взаимного доверия и уважения между консультантом и подростком.

Общие задачи консультирования:

- передать достаточную информацию;
- помочь проанализировать ситуацию;
- совместно проанализировать проблему;
- совместно произвести поиск путей решения проблемы;
- совместно осуществить анализ последствий предполагаемых поступков подростка;
- убедить подростка изменить поведение или пересмотреть свое отношение к проблеме;
- совместно определить варианты желательных изменений ситуации;
- способствовать оптимальному решению проблемы
- и, по возможности, убедить в будущем продолжать консультации.

Консультирование подростков - это весьма деликатный вопрос, поскольку затрагивается их интимная жизнь. Поэтому медперсоналу необходимо быть предельно вежливым и отзывчивым к проблемам пациента.

Условия и поведение медперсонала при консультировании:

- обсуждать вопросы, касающиеся только здоровья подростков;
- помогать ему быть ответственным за свое здоровье;
- оценивать информацию с точки зрения подростка;
- быть корректными, уважительными, доброжелательными и тактичными ;
- не давать личной оценки подростка, не осуждать их стиль и образ жизни.
- объяснять все, используя доступный язык, прямо и четко формулировать мысль;
- для лучшего запоминания подростком информации некоторые моменты повторения во время беседы необходимы и оправданы.
- дать подростку возможность свободно задавать вопросы;
- создать конфиденциальную обстановку;
- проводить консультирование партнеров отдельно;
- консультировать подростков отдельно от родителей;
- очень важно, чтобы никто не прерывал процесс консультирования внезапными визитами, вопросами или телефонными звонками.

Консультирование подростков по репродуктивному здоровью охватывает весь спектр проблем: по здоровому образу жизни, обоснованию отказа от рискованного

поведения, профилактике ИППП/ВИЧ, профилактике беременностей в подростковом возрасте и предоставляет ответ на волнующие и актуальные именно для консультируемого подростка проблемы. Поэтому, нельзя подходить к консультированию формально и однобоко – например, при после-абортном консультировании обсуждать исключительно вопросы контрацепции. В примерном плане консультирования подростков должны содержаться и затрагиваться все выше указанные темы, но их доля и подробность обсуждения должны варьироваться в соответствии с оценкой консультантом ситуации, в которой находится подросток на данный момент (включая оценку риска его поведения).

Задачи консультирования по профилактике ИППП и ВИЧ:

- предоставить подробное описание симптомов и осложнений ИППП/ВИЧ;
- обучить подростка профилактике ИППП/ВИЧ;
- объяснить, при желании подростка, как правильно пользоваться презервативами, и как их можно получить/приобрести;
- оценить риск заражения подростка;
- оценить наличие у подростка симптомов ИППП и ВИЧ;
- при наличии высокого риска или симптомов – провести до-тестовое консультирование и направить на лабораторное обследование на ИППП/ВИЧ и/или на лечение подростка с ИППП/ВИЧ (с выдачей направления в конкретное подразделение);
- также, при наличии высокого риска или симптомов, - убедить в необходимости обследования партнёра, объяснять важность лечения партнера, чтобы избежать повторного инфицирования;

К **группе риска** относят соматически и гинекологически здоровых подростков из неполных семей, с вредными привычками (курение, употребление алкоголя, наркотиков), имеющих более одного полового партнера, не использующих или нерегулярно использующих барьерные методы контрацепции.

Дополнительные источники информации по теме:

-Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья – Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи под ред. О.В. Шараповой - М.-2007

Консультирование подростков по профилактике беременностей и абортов

Врач акушер-гинеколог должен быть подготовленным к обсуждению проблем контрацепции и разъяснению, как пациентам, так и своим коллегам, что контрацепция – путь к здоровью женщины и ее потомства. Этим он способствует выполнению основного права современных женщин – права на свободный выбор числа детей и методов профилактики непланируемой беременности.

Консультирование подростков по профилактике беременности значительно отличается от обычного медицинского приема. Консультация занимает значительно больше времени ввиду необходимости слушать и отвечать на вопросы, убедительно информировать об опасности аборта и ранней беременности, тщательно взвешивать «за» и «против» того или иного метода контрацепции.

В первую очередь, подростки должны быть информированы о том, что воздержание в юношеском возрасте является лучшим средством защиты репродуктивного здоровья. Оно ни в коей мере не оказывает отрицательного влияния на сексуальные возможности в будущем. При желании подростка использовать контрацепцию, нужно обязательно удостовериться, что подросток понимает суть предлагаемого метода, как его использовать, его побочные эффекты, а также возможность защиты от ИППП/ВИЧ. Необходимо предлагать подросткам те возможности в плане охраны репродуктивного здоровья, которые они могут себе позволить материально. Частью консультирования по профилактике ранней беременности и аборта должна становиться информация об экстренной контрацепции. Возможно, после таких консультаций некоторые подростки примут решение иметь при себе таблетки для экстренной контрацепции. Во время бесед с подростками не нужно исключать информацию о ВИЧ. Зачастую, одним из препятствий по использованию контрацепции подростками, является неумение начать разговор с партнером, например об использовании презерватива. В этой связи необходимо обсудить с подростком и посоветовать ему, как можно договариваться с партнером об использовании презерватива и о защите от ИППП/ВИЧ. Разговор с подростками на тему контрацепции в доверительной и конфиденциальной обстановке помогает им высказать свои проблемы и сомнения, получить советы, как легче преодолеть возникшую сложную ситуацию.

В связи с недоверием миру взрослых (включая медицинских работников), большинство подростков не уверены в конфиденциальности информации, которую они сообщают консультанту. Одним из вариантов решения этого вопроса является размещение на видном месте официального извещения с правилами соблюдения конфиденциальности. Другим вариантом, может быть информирование подростка на начальном этапе консультирования о гарантиях соблюдения конфиденциальности. Ведение записей во время приема подростка нежелательно. Это действие, во-первых, отвлекает внимание подростка, во-вторых, у подростка возникнет подозрение, что все сказанное им не будет сохранено в тайне. В идеальной ситуации у подростка должна быть возможность приходить на консультацию без обязательного уведомления кого-либо из посторонних о том, что он находится там именно с этой целью.

Продолжительность одного консультирования и периодичность зависят от целесообразности его проведения, однако, подростку, как правило, требуется несколько дней для осмысления того, что он узнал в процессе первой консультации. Желательно, во время текущей консультации назначать время для повторного приема подростка.

Дополнительные источники информации по теме:

- Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи и пути их решения. Е.В.Уварова, ФГУ НЦАГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий.

- Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи под ред. О.В. Шараповой - М.-2007.

- Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения – руководство ФГУ НЦ АГиП им. ак. В.И.Кулакова – М.- 2008.

3.3 Риск аборта

Хотя рождение ребенка до достижения взрослого возраста нежелательно, процедура аборта также отличается серьезными рисками, о которых необходимо информировать девочек-подростков в процессе консультирования.

Осложнения после аборта

Ранние

- Травма шейки матки
- Перфорация матки
- Гематометра
- Маточное кровотечение

Поздние

- Воспалительные процессы (эндометрит, аднексит, параметрит)
- Несостоятельность шейки матки
- Плацентарный полип

Отдаленные последствия аборта

- Нарушения ритма и характера менструаций;
- Хронический эндомиометрит;
- Полипы эндометрия;
- Эндометриоз и миома матки;
- Эктопическая беременность;
- Невынашивание последующих беременностей;
- Гиперпролактинемия;
- Невротические реакции;
- Бесплодие;
- Эндокринно-обменные нарушения;
- Доброкачественные заболевания молочных желез.

Дополнительные источники информации по теме:

- «Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи и пути их решения» Профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.ак.В.И.Кулакова.

- Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья – Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи под ред. О.В. Шараповой - М.-2007.

- Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения – руководство ФГУ НЦ АГиП им. ак. В.И.Кулакова – М.- 2008.

3.4 Контрацепция

Главные характеристики, по которым оценивают контрацептивные методы, – сочетание эффективности и безопасности. Естественно, идеальных методов контрацепции не существует, но возможен индивидуальный подбор, применяя который, можно добиться лучшего сочетания этих характеристик. С учетом состояния здоровья выделены четыре категории пациентов:

1. Состояние, при котором нет ограничений для использования конкретного метода контрацепции;
2. Состояние, при котором преимущество от использования метода в целом превосходит потенциальный и/или доказанный риск;
3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущество от использования метода;
4. Состояние, при котором существует неприемлемый риск для здоровья во время использования данного метода контрацепции.

Следующий перечень методов контрацепции, представленных в «Медицинских критериях» 2004 года выпуска:

- **КОК** – комбинированные оральные контрацептивы, в т.ч. в пролонгированном режиме
- **КИК\КП\ВК** – длительного действия комбинированные гормональные контрацептивы (гормональные рилизинг-системы)
 - имплантационные (Норплант, Импланон)
 - внутриматочные (Мирена)
 - внутривлагалищные (Нова-Ринг)
 - накожные (Евра)
- **КПР** – контрацептивы прогестагенового ряда
- **ЕК** – экстренная (посткоитальная) контрацепция
 - **ТНК** - таблетки неотложной контрацепции,
- **ВМС-Cu** – медьсодержащие внутриматочные спирали
- **ВМС-Э** – гормонсодержащие внутриматочные спирали
- **Барьерные** методы контрацепции (**механические и химические**)

- **МОФ** – методы отслеживания фертильности
- **МЛА** – метод лактационной аменореи
- **ППА** – прерванный половой акт
- **Стерилизация**

Далее рассматривается каждый метод контрацепции применительно к подростковой и молодежной среде.

Презервативы, относящиеся к **барьерным методам** контрацепции, имеют ряд важных преимуществ перед другими методами и средствами контрацепции. Барьерные методы являются единственными высоконадежными средствами защиты от инфекций, передаваемых половым путем. Кроме того, механические контрацептивы оказались эффективной мерой профилактики рака шейки матки, в развитии которого доказана роль вирусов папилломы человека. Достоинства барьерной контрацепции позволили рекомендовать ее в качестве обязательной меры безопасности при половых контактах со случайными партнерами или при наличии нескольких партнеров. В этой связи необходимо отметить преимущество использования презервативов в сочетании с любым другим высокоэффективным средством контрацепции (т.к. возможны случаи нарушения целостности презервативов). Одним из вариантов подобного сочетания является так называемый «двойной голландский» способ защиты сексуальных партнеров, который заключается в одновременном использовании презервативов и комбинированных оральных контрацептивов (КОК), что обеспечивает надежное предохранение женщины от нежелательной беременности и обоих партнеров от инфекций, передаваемых половым путем.

Спермициды только частично обеспечивают защиту от ИППП и воспалительных заболеваний органов малого таза, и доказано, что только презервативы предохраняют от ВИЧ-инфекции. Спермициды не следует использовать без презерватива, если первичная цель состоит в том, чтобы предотвратить ИППП.

Женские презервативы, влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки почти не используются подростками, так как требуют определенного навыка и обращения к врачу в целях индивидуального подбора и обучения правилам их применения.

МОФ – методы отслеживания фертильности и периодическое воздержание, как метод контрацепции, основан на определении естественных признаков и симптомов фертильной фазы менструального цикла (календарный метод, метод оценки шеечной слизи, симптотермальный метод). Для девочек-подростков эти методы могут быть рекомендованы только в сочетании с другими, т.к. менструальный цикл у них часто подвержен колебаниям.

Прерванное половое сношение относится к традиционным методам контрацепции, достоинством которого является лёгкость применения. Приемлем, если мужчина может контролировать наступление эякуляции, но эффективность метода – менее 70%.

ВМС обеспечивают женщине высокую контрацептивную надежность. Однако их использование у подростков ограничено риском возникновения воспалительных заболеваний внутренних половых органов, дисменореи, высокой возможностью экспульсий ВМС. Кроме того, девочки-подростки редко имеют устойчивые, регулярные отношения с сексуальным партнером, так что в таком случае риски превышают пользу. Допустимо введение ВМС сроком до 5 лет юным женщинам, имевшим роды или аборт в анамнезе, живущим регулярной половой жизнью с постоянным партнером не менее одного года и не имеющим воспалительных заболеваний влагалища и внутренних половых органов.

Гормональная контрацепция. Гормональные препараты можно рекомендовать использовать и как экстренную меру предупреждения беременности, и как постоянный высоконадежный способ контрацепции.

Экстренная (посткоитальная, «аварийная», «пожарная») контрацепция показана при изнасиловании и при незащищенном половом акте. Ее целесообразно использовать в случаях неправильного расчета фертильного периода, неудачного исхода прерванного сексуального акта, экспульсии ВМС, наличия сомнений в целостности, либо при смещении барьерного средства контрацепции. Женщины должны знать, что у них есть возможность экстренной контрацепции. На сегодняшний день свод практических рекомендаций ВОЗ по применению средств контрацепции (2005) содержит информацию о том, что чем раньше после незащищенного полового акта применяется левоноргестрел или метод Юзпе, тем больше их эффективность. Любые схемы и методы ЭК можно применять только в эксклюзивных ситуациях.

В отношении использования **ВМС** с целью экстренной контрацепции существуют следующие рекомендации: медьсодержащая ВМС может применяться в целях экстренной контрацепции и является средством выбора для женщины, желающей пользоваться ВМС в будущем в качестве постоянного метода. ВМС рекомендуется вводить в течение 7 дней после незащищенного полового контакта. Не рекомендуется применение ВМС молодым нерожавшим женщинам, при наличии большого числа половых партнеров; при наличии воспалительных заболеваний гениталий.

Информирование пациентов, и в первую очередь, подростков, о том, что для подбора средства экстренной контрацепции лучше обратиться к врачу, оказывается важным моментом в убеждении необходимости подбора метода регулярного предохранения от зачатия. Осмотр, дополненный необходимым обследованием, позволяет объективно оценить состояние девочки-подростки с учетом ее здоровья и результатов применения экстренной контрацепции.

В этой связи использование постоянной гормональной контрацепции, **КОК**, девушками, выбравшими или вовлеченными в активную сексуальную жизнь, но не желающими иметь беременность в ближайшие годы, должно восприниматься не как избыточная и неоправданная нагрузка на организм, а как необходимая медицинская и социальная мера сохранения репродуктивного здоровья подростка. Важно понимать, что

любой из современных КОК эффективно подавляет овуляцию и может быть использован для защиты от беременности, в том числе сексуально активными подростками. ВОЗ рекомендует расценивать гормональную контрацепцию как необходимую и наиболее приемлемую меру защиты от беременности у сексуально активных подростков и молодых женщин, откладывающих рождение детей. Девочек-подростков и молодых здоровых женщин следует относить к 1-й категории пользователей комбинированных гормональных контрацептивов. Большинство нарушений менструального цикла являются дополнительным показанием к использованию КОК.

Использование КОК позволяет иметь хорошее самочувствие вне зависимости от дней менструального цикла. У подростков, принимающих КОК, регулируется ритм менструаций, ослабляются или исчезают проявления предменструального синдрома и дисменореи, прекращаются овуляторные боли, уменьшается объем менструальной кровопотери, и, что не менее значимо для подростка, уменьшаются проявления юношеской гиперандрогении. Наиболее приемлемой мерой постоянной гормональной контрацепции у начинающих сексуально активных подростков Всемирной организацией здравоохранения и Международной ассоциацией детских и подростковых гинекологов признаны комбинированные оральные контрацептивы, содержащие минимальные дозы женских половых гормонов. Особенностью организма подростков являются, как правило, умеренная эстрогенная насыщенность, высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней и относительный дефицит прогестерона. Поэтому, подросткам более обосновано назначение в лечебных целях КОК с низким содержанием этинилэстрадиола и выраженными гестагенными свойствами. Преобладание ановуляторных или неполноценных овуляторных циклов с менархе до 14 лет не означает невозможности наступления беременности, которая у сексуально активной девочки-подростка чаще всего заканчивается абортом. Наличие трех регулярных менструаций свидетельствует о степени зрелости гипоталамо-гипофизарной оси, достаточной для обеспечения воспроизводства (ВОЗ, 1997). КОК могут назначаться без перерывов так долго, как существует потребность в защите от беременности. В процессе приема КОК в яичниках продолжают физиологические процессы созревания фолликулов с сохранением генетически наиболее полноценных яйцеклеток до момента отмены препарата. Благодаря этому, применение КОК предотвращает риск потери беременности на ранних сроках и рождения детей с генетическими дефектами и врожденными пороками развития. Подростками, которые ведут подвижный образ жизни, высоко оценивается возможность программирования сроков менструации за счет уменьшения или исключения 7-дневных перерывов, что ни в коем случае не вредит их здоровью.

В основе действия **имплантационных и внутриматочных рилизинг-систем** лежат прогестагены: левоноргестрел, этоноргестрел, то есть это - гестагенный метод. В основе внутривлагалищных и накожных рилизинг-систем - эстроген-гестагеновые вещества, то есть это комбинированный метод контрацепции.

Имплантационные релизинг-системы. Суть метода в том, что подкожно вводятся небольшие (меньше головки спички) капсулы из инертного пластика, содержащие высвобождающийся в кровь прогестин. Вживление имплантата осуществляется прошедшим специальную подготовку врачом посредством выполнения небольшой хирургической операции, в результате которой имплантат помещается под кожу верхней трети плеча.

Норплант – это препарат, состоящий из 6 капсул, которые вводятся на 5 лет. Частые побочные реакции – ациклические кровянистые выделения, трудность удаления, косметический дефект, что служит причиной отказа от применения системы у многих женщин.

Внутриматочная релизинг-система – левоноргестрел-релизинг система создавалась с целью совместить контрацептивные и терапевтические свойства гормональных средств с достоинствами внутриматочных средств.

Для внутриматочных релизинг систем характерно:

- высокая эффективность (Индекс Перля – 0,03)
- длительный срок применения
- отсутствие метаболического эффекта
- лечебные свойства
- приемлемость

Влагалищная релизинг-система (НоваРинг) - представляет собой гибкое кольцо, помещаемое во влагалище. Из внутренней части кольца непрерывно высвобождаются 2 гормона – прогестин и эстроген. Высвобождаемые гормоны всасываются через стенки влагалища и попадают в кровоток. Кольцо помещается во влагалище сроком на 3 недели с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение. Основной механизм действия заключается в блокировании овуляции. Достаточно высокая приемлемость НоваРинга определяется отсутствием необходимости ежедневного контроля за применением, неинвазивностью метода и достаточно легким введением и извлечением НоваРинга самой женщиной.

Накожная (трансдермальная) релизинг-система (EVRA) - контрацептивная система представляет собой тонкий кусочек гибкого пластика в форме квадрата, прикрепляемый к коже. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь (напрямую через кожу) два гормона – прогестин и эстроген. Замена пластыря производится еженедельно в течение трех недель с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение. Таким образом, в течение месяца используется последовательно три контрацептивных пластыря, которые сменяются еженедельно. Места аппликации: живот, ягодицы, верхняя часть руки, туловище, за исключением молочных желез.

Метод лактационной аменореи неактуален для подростков.

Важно, помнить, что, с одной стороны, выбор всегда остается за пациентом, а с другой, – любая контрацепция у сексуально активных подростков лучше аборта, риска развития осложненной беременности, а также рождения детей в подростковом периоде.

Дополнительные источники информации по теме:

- Медицинские критерии приемлемости гормональной контрацепции, д.м.н. Роговская С.И., ФГБУ НЦАГиП им. В.И.Кулакова

- Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодежи, Е.В.Уварова, ФГБУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова

- Руководство по контрацепции под ред. Прилепской В.Н., 2006

- Гинекология: Национальное руководство под ред. Кулакова В.И., 2007г

3.5 Инфекции, передающиеся половым путем, и вирус иммунодефицита человека

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) – это самые распространенные в мире инфекции среди всех инфекционных заболеваний. Впервые понятие «болезни, передающиеся половым путем» появилось в документах ВОЗ в 1982 г. Известны не менее 20 возбудителей, передающихся половым путем, и определяющих развитие как классических венерических болезней (сифилис, гонорея, мягкий шанкр, венерическая гранулема, паховая лимфогранулема), так и ИППП с преимущественным поражением половых органов (хламидиоз, трихомониаз, герпес и папилломавирусные инфекции, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, контагиозный моллюск, шигеллез) и ИППП с преимущественным поражением других органов и систем (ВИЧ/СПИД, гепатит В, цитомегалия, лямблиоз, амебиаз).

Сифилис. Приобретенный сифилис подразделяется на ранний и поздний. Ранний сифилис имеет три стадии: первичный, вторичный и ранний латентный. Лечение осуществляет дерматовенеролог.

Мягкий шанкр. Инфекция проявляется в виде одной и более болезненных язв в области наружных половых органов, паховым лимфаденитом. Диагноз ставится на основе типичной клинической картины и дифференциальной диагностики. Лечение осуществляет дерматовенеролог.

Паховая гранулема. Данная инфекция проявляется как болезненные, прогрессирующие язвенные повреждения в области наружных половых органов, паховой области при отсутствующей лимфаденопатии. Язвы богато васкуляризованы и кровоточат даже при легком прикосновении. Лечение осуществляет дерматовенеролог.

Генитальный герпес. Генитальный герпес клинически проявляется множественными пузырьками и волдырями, часто болезненными, зудящими, с ощущениями жжения. Когда пузырьки лопаются, то образуются болезненные язвочки, которые богато васкуляризованы и кровоточат при малейшем прикосновении. Мать может передать своему ребенку генитальный герпес во время родов, который вызывает у

ребенка язвочки на коже и вокруг рта. В редких случаях герпес может вызвать серьезные поражения головного мозга, слепоту, задержку умственного развития и даже смерть. Пока не существует известного способа лечения генитального герпеса, но возможно симптоматическое лечение с помощью ацикловира или его аналогов. Лечение следует начинать сразу же после появления внешних симптомов заболевания. Лечение помогает предотвратить появление новых пузырьков, уменьшает продолжительность боли, укорачивает время исчезновения внешних проявлений и концентрацию вирусов. Однако подобное лечение не является этиотропным.

Гонорея. Гонорея протекает часто бессимптомно в виде цервицита. У некоторых женщин могут быть выделения из влагалища, боли в животе или жжение при мочеиспускании. Если не лечить гонорею, то инфекция может распространиться вверх по репродуктивному тракту (матка, фаллопиевы трубы или яичники) и стать причиной развития воспалительного заболевания органов таза (ВЗОТ). При беременности гонорея может привести к невынашиванию беременности, преждевременному разрыву плодных оболочек и преждевременным родам. Во время родов новорожденный может заразиться от матери гонореей (глаза, суставы и реже может - развиться сепсис). Лечение осуществляет дерматовенеролог.

Хламидиоз. Хламидиоз проявляется в виде цервицитов и обычно протекает малосимптомно. У некоторых женщин могут быть выделения из влагалища, жжение при мочеиспускании и боли внизу живота. Если не лечить хламидиоз, то могут развиваться воспалительные заболевания тазовых органов. При воспалении фаллопиевых труб может развиваться внематочная беременность или бесплодие. Хламидиоз во время беременности может привести к невынашиванию беременности, преждевременному разрыву плодных оболочек и преждевременным родам. Новорожденный может заразиться хламидиозом от матери. У ребенка может развиваться инфекция глаз или воспаление легких.

Генитальные бородавки. Генитальные бородавки (кондиломы) вызываются вирусом папилломы человека (ВПЧ). Кондиломы безболезненны, часто располагаются на наружных половых органах (вульве), во влагалище и перианальной области и не ведут к серьезным осложнениям, за исключением тех случаев, когда они вызывают обструкцию. Это может стать большой проблемой, особенно для беременных женщин. Некоторые типы ВПЧ (серотипы 16, 18, 31 и 45) могут привести к развитию инвазивного рака шейки матки. Поэтому рекомендуется обследовать шейку матки у всех женщин с ИППП (независимо от того, излечились ли они от ИППП или нет), регулярно (один раз в год или раз в два года) брать мазок с шейки матки на атипические клетки. Лечение осуществляет дерматовенеролог.

Бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит не относятся к заболеваниям, передаваемым половым путем, и приводятся в данном КРИ для учета необходимости дифференциальной диагностики ИППП. Бактериальный вагиноз возникает вследствие замещения нормальной микрофлоры влагалища условно-патогенными микроорганизмами, таких как гарднерелла и микоплазма. Выделения из

влагалища имеют запах сырой рыбы. Существуют доказательства того, бактериальный вагиноз влияет на увеличение осложнений беременности и родов, таких как преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды и рождение детей с дефицитом массы тела.

Кандидоз. Кандидоз - это заболевание, вызываемое дрожжевым грибком. Симптомы заболевания проявляются в виде зуда, раздражения вульвы, а также в виде творожистых выделений с неприятным запахом. При клиническом осмотре можно обнаружить покраснение и отек вульвы или следы от расчесов. Вульво-вагинальный кандидоз обычно не передается половым путем. Если у женщины имеются рецидивирующие кандидозы, то рекомендуется обследование на сахарный диабет и другие заболевания.

Вирус иммунодефицита человека. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – это инфекция, которая медленно разрушает иммунитет организма, в результате чего снижается его сопротивляемость и организм начинает страдать от ряда тяжелых заболеваний. Вирус иммунодефицита человека проникает внутрь оболочки лейкоцитов и их разрушает. Синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД) - состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся падением числа CD4+ лимфоцитов, множественными оппортунистическими инфекциями, неинфекционными и опухолевыми заболеваниями. ВИЧ передается при прямом контакте слизистых оболочек или крови с биологическими жидкостями, содержащими вирус, например, с кровью, спермой, секретом влагалища или с грудным молоком. ВИЧ-инфекция не передается через слюну и слезы, а также бытовым путём. Передача ВИЧ может происходить при анальном, вагинальном или оральном сексе, переливании крови, использовании зараженных игл и шприцев; прежде всего – при инъекционном введении наркотиков (ведущий путь заражения в России). Может быть передача вируса от матери ребёнку во время родов или при грудном вскармливании. СПИД является терминальной стадией ВИЧ-инфекции.

Выявление ИППП и ВИЧ

Если у пациента обнаруживаются признаки или симптомы ИППП, необходимо направить пациента к дерматовенерологу. Воспалительные процессы влагалища могут быть вызваны условно-патогенными микроорганизмами. Наиболее распространенными инфекциями репродуктивного тракта, не передающимися половым путем, являются бактериальный вагиноз и кандидоз (также известный как дрожжевая инфекция или молочница). Вызываемые такими инфекциями влагалищные выделения могут быть схожи по своему характеру с выделениями, появляющимися в результате заражения некоторыми ИППП (например, хламидиоз).

ИППП относятся к числу социально значимых заболеваний, так как их последствиями являются не только хронические воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, но и бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки и гепатоцеллюлярная карцинома, неонатальные и младенческие инфекции.

К врачу надо обращаться не только при появлении первых симптомов заболевания (которые появляются через 2-4 недели), но и тогда когда у человека есть причины думать, что он мог заразиться. В организме антитела к ВИЧ появляются не ранее чем через 3 месяца после «опасной» ситуации.

Обследование и лечение ИППП и ВИЧ/СПИДа можно пройти в районных кожно-венерологических диспансерах, специализированных отделениях больниц, клиник, институтов, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, подростковых и молодежных центрах (имеющих соответствующую лицензию).

Факторы риска по заражению подростков ИППП:

- молодой возраст;
- отсутствие брака и обязательств;
- много половых партнеров;
- не используются презервативы;
- половой контакт с человеком, который страдает ИППП;
- ИППП в анамнезе;
- использование психотропных препаратов, алкоголя.

Скрининг на ИППП необходимо проводить у всех подростков, живущих половой жизнью. Обследование на герпес, гонорею, хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз, кандидоз проводится при первом визите, в дальнейшем – по мере необходимости, но не реже одного раза в год.

Обследование на хронические вирусные гепатиты (особенно гепатит С) проводят при первом визите, в дальнейшем – по мере необходимости, но не реже одного раза в год. Обследование на ВИЧ-инфекцию важно как для девушек, так и для юношей. Обследование проводится при первом визите, затем по показаниям, но не реже одного раза в год.

Лабораторная диагностика ИППП.

При определении плана обследования подростка на любые инфекции врачу следует иметь четкую информацию о чувствительности и специфичности тест-систем, используемых в лаборатории, куда направляется подросток.

Методы лабораторной диагностики инфекций, имеющих половой путь передачи и/или поражающих репродуктивные органы, включают:

- **Микроскопическое исследование окрашенного или нативного препарата** используется как скрининговое обследование при диагностике заболеваний мочеполовых путей, при подозрении на гонорею, для диагностики бактериального вагиноза. Исследование нативного препарата наиболее информативно для диагностики трихомониаза.

- **Культуральное** исследование - культивирование на искусственных питательных средах с целью выделения и идентификации возбудителей воспалительных заболеваний женских и мужских половых органов с постановкой антибиотикочувствительности выделенных микроорганизмов. Методика определения

возбудителя с помощью бактериологического посева характеризуется наиболее высокой специфичностью. Этот метод целесообразно использовать для диагностики гонококковой инфекции и уrogenитального трихомониаза.

- Наиболее чувствительным методом выявления инфекций является **молекулярно-биологическая** технология амплификации нуклеиновых кислот (МАНК): полимеразная цепная реакция (ПЦР). С помощью этого метода определяются РНК и ДНК микроорганизмов. Молекулярно-биологический метод целесообразно использовать для идентификации хламидий, вируса простого герпеса, ВПЧ, а также некоторых условно-патогенных микроорганизмов (микоплазмы, уреаплазмы).

- **Иммуноферментный анализ** с определением циркулирующих **антител** эффективно используется при скрининге на сифилис, вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекцию. Иммуноферментный анализ проводится и для определения антигенов возбудителей, например для диагностики вирусного гепатита В. В настоящее время используется определение авидности специфических антител к возбудителям различных инфекционных заболеваний. Высокая авидность специфических IgG антител позволяет исключить недавнее первичное инфицирование. Наиболее широко применяется определение авидности антител Ig G при токсоплазмозе и ЦМВ-инфекции.

- В настоящее время доступны **быстрые (экспресс-) тесты** для предварительной диагностики ВИЧ-инфекции, гонореи, хламидийной инфекции и сифилиса. Показатели их специфичности значительно ниже, чем стандартных методов обследования. Главным их преимуществом является возможность получения результата через 15 минут после проведения обследования. Использование быстрых тестов на ВИЧ очень важно, например, для установления ВИЧ-статуса у женщины, поступившей необследованной в роды, для проведения экстренных мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Чувствительность качественных быстрых тестов на ВИЧ достигает 100%, специфичность — 99%.

Принципы ведения подростков с ИППП и обследование их половых партнеров.

Необходимо осуществлять ведение подростка с ИППП в учреждении, имеющем соответствующую лицензию, с привлечением дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов-андрологов. Задача - провести адекватное обследование и консультирование, обследовать половых партнеров больного, назначить лечение, убедиться в разрешении клинических симптомов и/или элиминации возбудителей бактериальных ИППП. Если пациент постоянно подвергается риску заражения ИППП, ему рекомендуют стремиться к безопасному половому поведению и один раз в три месяца обследоваться на гонорею, хламидийную инфекцию, сифилис и ВИЧ-инфекцию.

Уведомление половых партнеров - один из методов вторичной профилактики ИППП, с помощью которого выявляют, консультируют, обследуют и проводят лечение половых партнеров. Это не только оправдано для предупреждения распространения ИППП, но и снижает риск повторного заражения самого пациента.

4 СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, АБОРТОВ И ИППП СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Дополнительные источники информации по теме:

- Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи. Издание первое, Москва, 2006 (Настоящее руководство разработано в рамках проекта «Мать и дитя», проводимого «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в 16 регионах Российской Федерации в 2003-2006 гг.)

- Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, учебный семинар, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2002.

- Репродуктивное поведение и здоровье населения (медико-социальные аспекты) Кулигина М.В., Васильева Т.П., Кулигин О.В., Коновалов О.Е., Богатова И.К., Шевелева А.А., Иваново, 2008, С. 238.

- Презентация от USAID «ИППП/ВИЧ»

Для достижения **целей**, решаемых в контексте настоящего КРИ, целесообразно внедрить элементы многоэтапной системы профилактической деятельности и решить **шесть задач с подзадачами**:

1. Подготовка и повышение квалификации персонала по консультированию подростков
2. Повышение уровня знаний подростков
 - Работа со средствами массовой информации
 - Проведение образовательных лекций в школах
 - Разработка и распространение информационных материалов для подростков
 - Подготовка информационных стендов
 - Проведение тематических акций для подростков
 - Создание телефона доверия
3. Развитие коммуникаций, работа с обществом
4. Реорганизация приема для подростков
 - Организация для подростков точек «низкопорогового доступа» на принципах КДМ
 - Обязательное оформление эпикриза с направлением подростка из детской поликлиники в КДМ
 - Осмотр подростков акушером-гинекологом во время профилактических осмотров в школах
 - Обязательное после-родовое консультирование подростков по контрацепции
5. Введение обязательного консультирования по репродуктивному здоровью подростков

6. Усиление работы с подростками из группы риска

Воздействия от решения каждой из этих задач оказываются на подростков, находящихся в различных ситуациях в течение своего взросления:

- подростки, не начавшие половую жизнь,
- подростки, начавшие половую жизнь,
- подростки из группы риска,
- беременные девочки-подростки,
- девочки-подростки до и после аборта,
- юные матери

Система, представленная в таком общем виде требует конкретизации. Один возможный вариант построения системы представлен на Схеме 2, где описаны элементы интегрированной системы профилактики беременностей, абортов и ИППП среди подростков, и ее реализация в Костромской области на базе Центра планирования семьи и репродукции.

То, как будет реализована каждая задача, будет зависеть от уровня и ресурсов ЛПУ и конкретного местного сообщества. Однако, принципы «Клиники, дружественной к молодежи», описанные ниже, возможно применить практически в любом учреждении.

4.1 Первая задача: подготовка и повышение квалификации персонала по консультированию подростков

Для широкого обучения и тренинга медицинских и социальных работников и психологов консультированию подростков необходимо сначала подготовить тренеров. Будущие тренеры должны пройти тематический тренинг по обучению и выработке навыков консультирования подростков по вопросам репродуктивного здоровья

Для ЛПУ, участвующих в реализации проекта «Улучшения помощи мамам и малышам», проект представил возможность обучить тренеров на базе программы, разработанной Фондом «Здоровая Россия» и ФГБУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Минздравсоцразвития России: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения». План и материалы тренинга описаны в седьмой главе, «Необходимые ресурсы» приведены в шестой главе.

Обученным тренерам необходимо разработать план тренинга для сотрудников на уровне субъекта федерации и/или ЛПУ. Тренинги возможно организовать разными способами – одновременно на семинарах, на ежемесячных/еженедельных занятиях, различной продолжительности в зависимости от потребностей и возможностей. Но чрезвычайно важно выполнить всю программу и включить в план тренинга отработку практики консультирования.

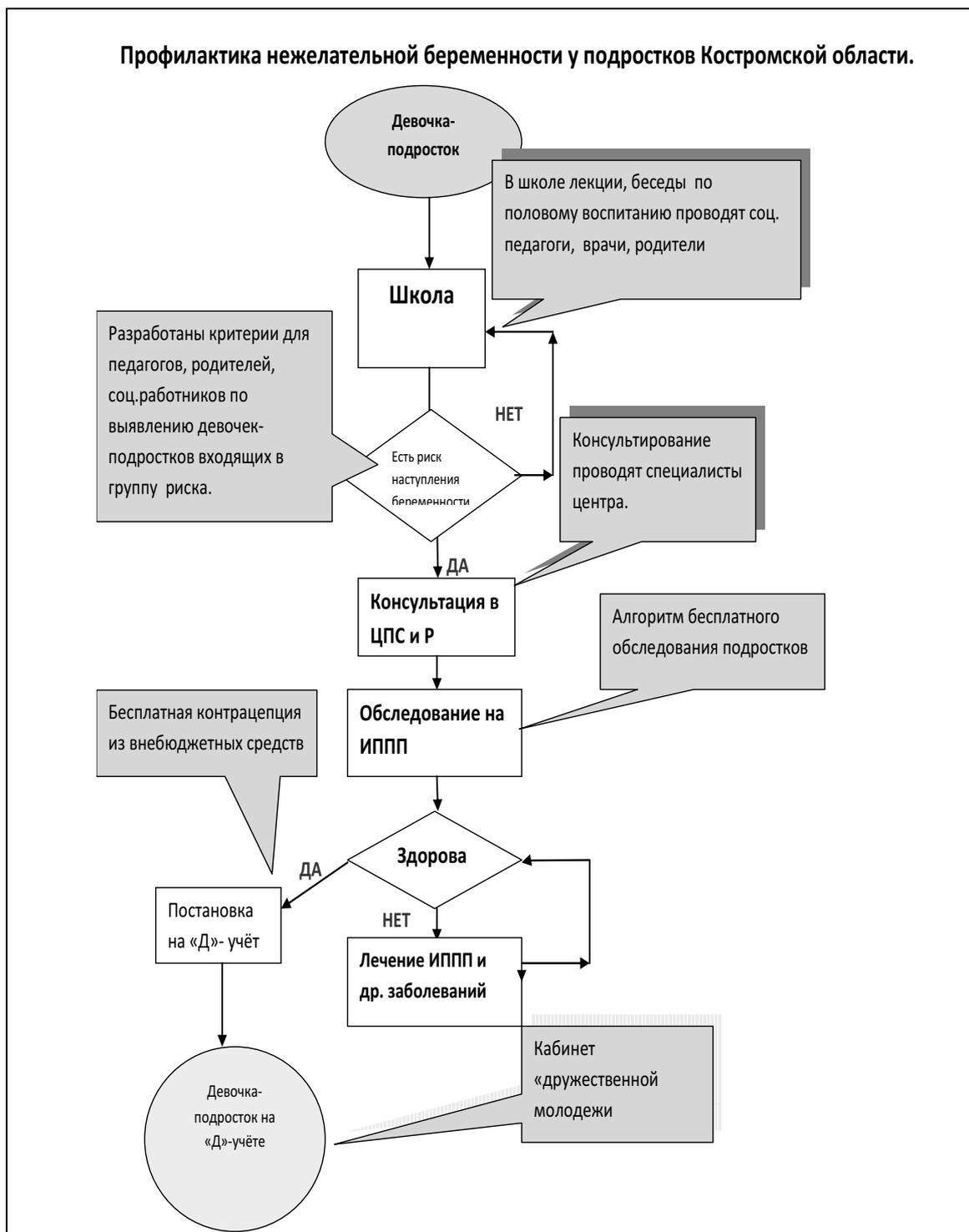


Схема 2. Построение системы профилактики беременности, аборт и ИППП среди подростков в Костромской области.

Навыки консультирования необходимо отрабатывать не только у специалистов, но и у среднего медицинского персонала, который будет принимать участие в предоставлении консультационных услуг.

Для укрепления репродуктивного здоровья всей молодежи, для обеспечения консультирования, осмотра и лечения юношей (а не только девушек) целесообразно

привлечь к работе уролога-андролога, но такого специалиста в многих ЛПУ, заинтересованных в организации КДМ, нет. Для этого возможно дополнительно подготовить и привлекать к работе хирургов, терапевтов, педиатров и подростковых врачей.

Для охвата медперсонала всего региона целесообразно проводить выездные межрайонные тренинги. План выездных семинаров согласовывается с главным акушером-гинекологом области и утверждается органом управления здравоохранением.

Одним из важных этапов в реализации программы по репродуктивному здоровью является непосредственное участие молодежи. С этой целью, при КДМ могут работать Клубы волонтеров. В роли волонтеров выступают ученики школ, Домов-интернатов, Детских домов, студенты колледжей и вузов города. Они занимаются общественно-полезной деятельностью: ведут семинары, кружки и секции при КДМ, участвуют в акциях, организуемых КДМ, и т.д. Очень важно обучить и этих волонтеров-подростков консультированию своих сверстников. Клубы волонтеров позволяют привлекать молодежных лидеров к разработке и реализации программ. Рекомендуется проведение «Школ добровольцев», работающих в области пропаганды здорового образа жизни.

Так, в Центр репродуктивного здоровья г. Тула к волонтерской работе привлечены студенты медицинского ВУЗа, которые участвуют в подготовке и проведении бесед, консультаций; являясь активными пользователями Интернета, помогают в создании видеотеки. В Центр репродуктивного здоровья г. Тамбов заключён договор с двумя профильными ВУЗами для проведения студентами консультаций подростков по семейно-родительским, семейно-брачным отношениям. Во время проведения встреч с подростками студенты дают информацию о возможности получить консультации гинеколога, уролога и других специалистов. Волонтеры принимают участие в проведении праздничных мероприятий: День семьи, День матери, День Петра и Февроньи и др., работают в ЗАГСе.

В ходе тренингов основное внимание должно сосредотачиваться на приобретении волонтерами-лидерами практических умений по передаче своим сверстникам информации, связанной с охраной репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

Последовательность действий:

- Формирование команды тренеров;
- Участие тренеров в тренинге для тренеров;
- Определение списков ЛПУ и специалистов, нуждающихся в тренинге;
- Разработка тренерами плана тренинга для ЛПУ или региона;
- Подготовка и издание необходимых материалов тренинга;
- Проведение тренинга;
- Обеспечить в КДМ консультирование уролога/дерматовенеролога для работы с юношами, провести их тренинг навыкам консультирования;
- Формирование клуба волонтеров;

- Планирование мероприятий для тренинга волонтеров;
- Проведение регулярных мероприятий для тренинга волонтеров.

Возможные микроиндикаторы:

- Число медработников, прошедших тренинг по консультированию по вопросам репродуктивного здоровья;
- Доля медработников, прошедших тренинг по консультированию по вопросам репродуктивного здоровья от числа вовлеченных в работу с подростками;
- Средние оценки медработников за тест, проводившийся после тренинга;
- Наличие уролога-андролога в КДМ;
- Количество волонтеров в КДМ;
- Число мероприятий, проведенных с участием волонтеров.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приказ ДЗ Костромской области № 26а от 22.03.2010г «О проведении обучающих семинаров» (Приложение 10.49)

- Руководство для участника обучения по теме: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения», ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Росмедтехнологии», Фонд «Здоровая Россия» (Приложение 10.1)

- Слайды для тренеров курса «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения», фонд «Здоровая Россия» (Приложение 10.46)

- Презентация: «методология консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора методов контрацепции», Уварова Е.В. (Приложение 10.48)

- Пример программы обучения (Приложения 10-57)

4.2 Вторая задача: Повышение уровня знаний подростков

Для эффективного повышения уровня знаний подростков (а также родителей и сообщества в целом) по проблеме репродуктивного здоровья требует сочетания разных путей и средств передачи информации, которые могут привлечь внимание и вызвать интерес различных групп, включая школьников, учащихся лицеев, организованных и неорганизованных подростков. В контексте данного Проекта средствам массовой информации отводится значительная роль в деле информирования подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья и формирования ответственного отношения к будущим отцовству и материнству.

1. Работа со средствами массовой информации

Средства массовой информации могут и должны сыграть роль не только «возмутителя спокойствия», но и придать общественной дискуссии рациональный и

квалифицированный характер. В рамках социально ориентированных информационных кампаний молодежь не только узнает, как сохранить и укрепить здоровье, но и побуждается к этому, через продвижение определенных моделей поведения и полезных привычек путем их «встраивания» в привлекательный, стильный, престижный образ жизни. Для этих целей с успехом может использоваться, так называемый, развлекательно-образовательный подход. Упрощённо его можно представить следующим образом: человек, наблюдая за интересными ему людьми (бизнеса, политики, актерами), подражая им, выстраивает модель своего собственного поведения. Глянцевые журналы, издаваемые в регионах, отражают многие аспекты жизни известных людей, но, также, могут и пропагандировать здоровый образ жизни, семейные ценности на их примере.

Перед киносеансами, особенно молодёжными, целесообразна демонстрация роликов социальной видео-рекламы, раздача буклетов на различные темы, касающиеся здоровья (одновременно с продажей билетов), проведение радио- и телепередач для молодёжи с интерактивным обсуждением, например, в форме игры с привлечением специалистов разных дисциплин.

Подростково-молодежная аудитория является одним из основных пользователей сети Интернет. Это огромное информационное поле, которое можно широко использовать для формирования навыков здорового образа жизни.

Важно изменить направленность в публикациях СМИ в сторону расширения информации о репродуктивном здоровье и о последствиях нерационального репродуктивного поведения. Примером такой работы являются статьи в местных изданиях (газетах), с которыми могут сотрудничать врачи Центров репродуктивного здоровья, КДМ, женских консультаций и городских поликлиник.

Уровень работы СМИ будет зависеть от выполнения поставленных задач:

- Газеты – для районных команд;
- «Глянцевые» журналы – для областной команды;
- Ролики социальной видеорекламы – для всех;
- Радио- и телепередачи – для областной команды;
- Интернет – для областной команды;

В зависимости от возможностей местных газет, телевидения и т.д. и собственных ресурсов, ЛПУ может подготовить материалы для прямой публикации в СМИ, такие как краткие видеоролики или статьи. Также можно познакомиться и находиться в постоянной связи с местными журналистами, которые заинтересованы в новостях о здоровье, и об акциях для подростков.

Так, в Тамбовской области заключены договоры о взаимодействии органов управления здравоохранением, образованием и средств массовой информации. В рамках этого сотрудничества организованы циклы радиопередач; регулярно освещаются темы здорового образа жизни, льгот молодым семьям, правовых, духовных аспектов в

муниципальных печатных изданиях; на местном телевидении создана программа «Здравствуйте, доктор», где в прямом эфире у зрителей есть возможность задать вопросы врачу и получить информацию о возможности получения тех или иных медицинских услуг. Финансирование осуществляется за счёт муниципалитета. В Тульской области муниципальные СМИ получают дотации от бюджета на социальную рекламу. Для проявления заинтересованности коммерческих СМИ в Туле был организован круглый стол на тему профилактики абортов с участием представителей департамента здравоохранения, молодёжной политики, местных СМИ и представителей Православной Церкви. Инициатором мероприятия являлся департамент здравоохранения.

Существуют большие возможности для создания веб-сайтов с целью передачи информации, что, однако, требует подготовленности и определенного уровня технической грамотности. Сегодня существует множество фирм, которые способствуют созданию веб-страниц других организаций.

Последовательность действий:

- Установить контакты со СМИ, узнать о заинтересованности и возможностях публикации информации;
- Составить план действий совместно со СМИ;
- Подготовить статьи, ролики и другие материалы для публикации;
- Подготовить и разослать пресс-релизы о запланированных акциях, событиях;
- Собирать все опубликованные статьи в архиве;
- Сделать подборку статей для публикаций, договориться с рядом журналов, газет и д.т., передать материалы для публикации.

Результат: чтение статей среди подростков и родителей составил ___ процент(ов).

Микроиндикатор:

- Число статей и передач в СМИ за отчетный период, позволяющих подросткам 14-17 лет включительно получить необходимую информацию по вопросам здорового образа жизни (Индикаторы **Я-А-04-4**).

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- «Кто подумает о репродуктивном здоровье школьника», Наталья Мирская, <http://zdd.1september.ru/2005/03/11.htm>

- «Подростковая контрацепция», В.Ф. Коколин «Практика педиатра», октябрь 2008, с. 12-16

- Примеры хороших веб-сайтов, с информацией о репродуктивном здоровье подростков:

- <http://teen-info.ru/>, подготовлен Консультативно-диагностическим центром "Ювента" в Санкт-Петербурге,

➤ <http://www.zdoroviedevochki.ru/>, от Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова

- Как пример веб-сайта КДМ, который дает информацию о службах и предоставленной помощи, можно рассматривать сайт Ювенты: <http://juventa-spb.info/>

2. Проведение образовательных лекций в школах.

Школы являются хорошей базой для просветительской работы по охране репродуктивного здоровья детей и подростков с предполагаемым привлечением врачей и учителей к этой работе. Как было отмечено в п. 2.5. вопросы репродуктивного здоровья, включая половое воспитание, встроены в школьные программы и преподаются учителями в рамках соответствующих предметов. Но вопрос обучения самих учителей преподаванию этих вопросов остается на повестке дня.

Для обучения медперсонала, медицинских сотрудников образовательных учреждений, педагогов, социальных работников, родителей необходимы соответствующие программы и, желательно приобретение видеоматериалов по соответствующим темам (и видеоаппаратуры). Целесообразно открытие видео-лектория с подобранной целевой видео-картотекой, которой также могут пользоваться педагоги.

Проведение просветительской работы с молодёжью и подростками возможно через демонстрацию тематических видеороликов и видеоклипов на проекторах, установленных в холлах КДМ, Молодежных Центров, Молодежных консультаций. Однако предпочтение нужно отдать лекциям, предназначенным педагогам и родителям.

Необходимо донести до всех учителей информацию о том, что ни школьный педагог, ни психолог, ни любой иной работник школы не имеют права выяснять «сексуальный опыт» учащихся. Они не вправе выяснять, вступали ли дети в сексуальные отношения и т.п. Это абсолютно неприемлемо в любом виде и в любой форме, является грубым незаконным вмешательством в жизнь семьи и личную жизнь несовершеннолетнего без согласия его родителей (законных представителей). Ни о каком учете степени «компетентности» учащихся в данных вопросах в государственной школе не может быть речи. Никаких занятий, связанных с любым учетом такой «компетентности» нет в учебном плане школы, и проведение даже одного такого занятия (например, в форме классного часа) без полного и информированного согласия семьи противоправно, нарушает права семьи, является незаконным вторжением в частную жизнь. Именно поэтому в школе возможно только полностью позитивное и обезличенное (не адресованное к конкретному учащемуся) просвещение по данному вопросу в форме приобщения к общезначимым, исторически сложившимся традиционным духовно-нравственным ценностям в области межличностных отношений полов и семейной жизни.

Цель профилактики заболеваемости ВИЧ и ИППП, наркомании, курения в среде учащихся должна заключаться в преподавании специалистами-педагогами знаний, необходимых детям во взрослой жизни, в том числе необходимых для предупреждения раннего начала половой жизни, заболеваний половой сферы, т.е. в нравственном воспитании учащихся с учетом приоритетных прав семьи, родителей (законных

представителей) на воспитание детей и на основе традиционных духовно-нравственных ценностей народов России.

Специально подготовленные медработники (при условии приглашения со стороны руководства школы и родителей) могут читать лекции школьникам по укреплению репродуктивного здоровья, здорового образа жизни, общей гигиены, физиологии женского и мужского организма при проведении регулярных ежегодных медицинских осмотров (или не в связи с осмотрами). Темы о профилактике раннего начала половой жизни, профилактике абортотв и ИППП нужно адресовать педагогам и родителям.

Последовательность действий:

- Определить целевые аудитории для проведения лекций;
- Включить, в том числе, в работу школьных психологов и социальных педагогов;
- Разработать план лекций по темам и датам;
- Написать или выбрать и отредактировать тексты лекций, согласовать их уполномоченными лицами;
- Приобрести или обеспечить оборудованием;
- Подготовить материалы, включая видео, слайды;
- Утвердить план в департаменте образования;
- Для чтения лекций школьникам - получить информированное согласие родителей;
- Читать цикл лекций регулярно, по плану.

Результат: охват подростков лекциями составил ___ процентов

Возможные микроиндикаторы:

- Число учебных заведений, где были проведены лекции и семинары персоналом ЛПУ по вопросам профилактики беременности и ИППП для подростков 14-18 лет за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-1**)
- Число лекций, проведенных в учебных заведениях по вопросам профилактики беременности и ИППП для подростков 14-17 лет за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-10**)

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Цикл лекций для подростков от Центра планирования семьи и репродукции Костромской области.

- Репродуктивная система – иллюстрации

- Материалы обучения по репродуктивному здоровью

3. Разработка и распространение информационных материалов для подростков

Информационные материалы могут выполнять четыре функции:

- Повышение общего знания читателя;
- Информированность читателя о продукте;
- Привлечение пациентов в клинику;
- Информированность участника о мероприятии.

Существует множество подготовленных материалов для подростков, в том числе фармацевтическими компаниями. РОО «Взгляд в будущее», информационный партнер ЮНИСЕФ в Санкт-Петербурге, специализируется на подготовке информационных материалов о здоровье в привлекательной для подростков форме. Материалы доступны на сайте <http://www.vvb.spb.ru/>, возможен также заказ материалов. На этом сайте есть также видеоролики, есть возможность заказать свои.

Необходимо тщательно оценить правильность, полноценность и приемлемость информации, содержащейся в материалах. Если целью подготовленных материалов является привлечение клиентов в клинику, необходимо обязательно включить достоверную контактную информацию и часы работы.

Последовательность действий:

- Выбор тем для разработки памяток, на основе знаний подростков и ваших приоритетов
- Собрать и просмотреть подготовленные материалы из разных источников, определить, насколько они соответствуют вашим нуждам
- Подготовить новые научно-обоснованные материалы, желательно с комментариями подростков-волонтеров и экспертов
- Для каждого материала подготовить план раздачи или предоставления информации: например, в школах
- Распечатать/размножить необходимое количество материалов
- Распространить памятки среди целевой группы

Результат: охват подростков памятками составил ___ процентов

Возможные микроиндикаторы:

- Число распространенных материалов по вопросам профилактики нежеланной беременности и ИППП для подростков 14-17 лет включительно за отчетный период (**Индикатор Я-А-04-2**)
- Число подростков, которые пришли на прием, опираясь на информацию в памятке
- Число разработанных памяток

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- О тебе: изменения. Буклет для девочек 12 -13 лет – отредактированный вариант

- О тебе: изменения. Буклет для мальчиков 12 -13 лет отредактированный вариант
- Советы молодоженам, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области.

- ИППП/ВИЧ – брошюра.

- «Как изменяется твоё тело» – брошюра для школьников

- «Начни с начала» – буклет

- Брошюра о гормональных контрацептивах: «О некоторых важных проблемах вслух – для женщин».

- Противозачаточное средство на крайний случай – брошюра.

4. Подготовка информационных стендов

Наглядная информация, размещённая на стендах в женской консультации или другом месте нахождения КДМ должна содержать материалы:

- побуждающие женщину к сохранению беременности;
- о профилактике ИППП/ВИЧ;
- о последствиях аборта;
- о различных методах контрацепции.

Материал (см. ниже) о методах контрацепции, подготовленный Фондом «Здоровая Россия», возможно изготовить самостоятельно без использования типографских технологий. Плакаты «Внутриутробное развитие человека» могут быть использованы для иллюстрации во время до-абортного консультирования и попыток убедить женщину сохранить беременность. Изготовление стендов также можно поручить торговым организациям с базовой рекламой их товара и необходимым для ЛПУ текстом. Интересным решением является установка в вестибюле ЛПУ «сундучка пожеланий», куда в письменной анонимной форме подростки могут положить свои вопросы и пожелания. Возможно, организация целого «уголка пациента», украшенного сказочными персонажами и игрушками.

Последовательность действий:

- Выбор тем для разработки плакатов и других материалов
- Сбор и просмотр подготовленных материалов из разных источников, определение, насколько они соответствуют вашим нуждам;
- Дизайн стендов;
- Размещение стендов и плакатов в удобном и хорошо видимом месте в ЛПУ.

Результат: наличие наглядной информации для посетителей ЛПУ

Микроиндикаторы:

- Наличие стенда с материалами по вопросам профилактики беременности и ИППП для подростков 14-17 лет включительно в Центре репродуктивного здоровья в отчетном периоде (Индикатор **Я-А-04-3**).

- Наличие плакатов по профилактике ИППП, размещенных в зонах ожидания приема в пилотном ЛПУ в отчетный период (Индикатор **Я-А-04-7**).

Рекомендуем разместить на стенде:

- Плакат «Знаете ли вы все имеющиеся возможности для планирования семьи?»,
USAID, Johns Hopkins Center for Communication Programs, ВОЗ.

- ВМС, Фонд «Здоровая Россия»

- Комбинированные оральные контрацептивы, Фонд «Здоровая Россия»

- Метод лактационной аменореи, Фонд «Здоровая Россия»

- Презерватив, Фонд «Здоровая Россия»

- Консультирование по вопросам планирования семьи после аборта, Фонд
«Здоровая Россия»

- Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая
Россия»

Для выше перечисленных материалов, желательно увеличить имеющийся размер
этих материалов (формат А4) для лучшей визуализации при использовании их на стендах.

- Внутриутробное развитие человека (плакат)

- Внутриутробное развитие человека (файл для типографии).

- ИППП/ВИЧ – брошюра (увеличить до размера стенда)

- Полезная информация по венерическим заболеваниям

- Репродуктивная система – иллюстрации

- Полезную информацию можно получить на сайте РОО «Взгляд в будущее»
<http://www.vvb.spb.ru/>

5. Проведение тематических акций для подростков

Целесообразным является обращение работников ЛПУ в Комитет по делам
молодёжи, который может инициировать и проводить специальные пропагандистские и
информационные мероприятия:

- проведение семинаров, тренингов, круглых столов по вопросам сохранения репродуктивного здоровья и пропаганде здорового образа жизни;
- тематические дискотеки, посвященные здоровому образу жизни, профилактике ВИЧ/СПИДа, наркомании и т.д. с проведением конкурсов на площадках ночных клубов;
- массовые акции на городских площадках в День города, День молодежи и др., загородные детские летние лагеря с участием творческих коллективов, команд КВН;

- участие в конференциях различного уровня по проблемам социально-демографической ситуации, пропаганды здорового образа жизни, формирования ответственного отношения молодежи к собственному здоровью;
- литературные конкурсы (сказки, рассказы, стихи, комиксы) для привлечения внимания к охране репродуктивного здоровья и популяризации здорового образа жизни среди молодежи.

КДМ могут проводить работу по организации и проведению массовых мероприятий, которые связаны с днями, обозначенными ВОЗ:

- День борьбы с наркотиками - 1 марта;
- Всемирный День борьбы с туберкулезом - 24 марта;
- Всемирный День здоровья - 7 апреля;
- Всемирный День борьбы с курением - 31 мая;
- День защиты детей - 1 июня;
- День отказа от курения - 3-й четверг ноября;
- Всемирный День борьбы со СПИДом - 1 декабря;
- Международный день инвалидов - 3 декабря.

Последовательность действий:

- установить взаимодействие с различными организациями для планирования и подготовки акций;
- составить программу акций и связанных с ними мероприятий;
- составить график мероприятий;
- определить специалистов, которые будут участвовать;
- подготовить необходимые материалы;
- проводить акции.

Результат: участие подростков в акциях составило ___ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- число проведенных акций
- число подростков, принимавших в них участие
- число подростков, принимавших в них участие и пришедших затем на прием

6. Создание телефона доверия

В интересах обеспечения непрерывной возможности консультации целесообразно ввести возможность консультирования по телефону или электронной почте (e-mail) для разрешения небольших проблем (например, вопросы, возникающие при использовании

противозачаточных таблеток). Целесообразна организация «телефона доверия», по которому подросток смог бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста.

Телефон доверия можно организовать на базе стационарного телефона ЛПУ, Центра репродуктивного здоровья с выделением вечернего времени работы, после окончания основного приема пациентов. Возможно использование мобильной связи, с оплатой из внебюджетных средств.

Последовательность действий:

- Разработать план и часы работы телефона доверия;
- Подготовить тексты и сценарии для сотрудников, отвечающих на вопросы;
- Найти помещение и выделить линию телефона;
- Выделить необходимый персонал;
- Подготовить и распределить информационный материал о работе телефона доверия;
- Открыть линию.

Результат: охват подростков, получивших ответы на вопросы, составил ____ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- Число звонков в телефон доверия по типам

4.3 Третья задача: Развитие коммуникаций, работа с местным сообществом

Отечественный и международный опыт свидетельствует о том, что программы охраны репродуктивного здоровья молодежи успешны там, где проводятся целенаправленные интенсивные мероприятия, выходящие за рамки системы здравоохранения и вовлекающие различные структуры общества. Для этого, важно принимать региональные нормативные акты по вопросам репродуктивного здоровья, которые определяют межведомственные взаимодействия. В качестве примера, можно назвать Закон Ивановской области «О правах и гарантиях граждан по созданию семьи и сохранению ее здоровья», который действовал на территории Ивановской области с 1999 по 2010 г.

Общественные группы, заинтересованные в здоровье молодежи, могут быть включены в состав команды по профилактике беременностей и ИППП среди подростков, с планированием совместной деятельности. Они способствуют повышению уровня информированности общества по вопросам охраны здоровья подростков.

КДМ сотрудничает с учреждениями образования, социальной защиты, правоохранительными органами, центрами досуга и др., включая:

Школы. Для налаживания контакта с учителями необходимо включить педагогов в состав команды; провести среди них анкетирование; обеспечить необходимой литературой по репродуктивному здоровью; привлекать в проведение молодежных акций, дискотек и форумов, бесед и лекций с подростками по репродуктивному здоровью. При возможности консультирования, КДМ проводит активную работу со школьными психологами, социальными педагогами, родителями, участвует в изучении уровня информированности школьных психологов и социальных педагогов по вопросам репродуктивного здоровья подростков и молодежи, спектра проблем, с которыми они сталкиваются в этой сфере, а также их готовности к корректровке поведения подростков и их родителей.

Разработка методических материалов в помощь школьным психологам и социальным работникам для проведения просветительской работы среди подростков и их родителей по вопросам репродуктивного здоровья целесообразна Центрами медицинской профилактики, которые функционируют во многих регионах. В школах предпочтительнее проводить лекции и беседы по вопросам личной гигиены, здорового образа жизни, особенностях подросткового периода, о том, что волнует мальчиков, что волнует девочек.

Родители. Поскольку роль семьи в половом воспитании, привитии ребенку различных навыков незаменима, то родители, безусловно, должны сами владеть необходимыми знаниями в данной области. Очень важно образовывать родителей, а также получить их поддержку при проведении мероприятий в школах. Для этого рекомендуются выступления на родительских собраниях в школах, гимназиях и училищах, организация работы с советами родителей школ. На родительских собраниях необходимо познакомить родителей с проблемой репродуктивного здоровья подростков в регионе, области, школе, классе. Целесообразно провести беседу с родителями на тему: «Практические рекомендации по половому воспитанию вашего ребенка».

Департамент образования региона или города. Примером взаимодействия с департаментом образования является обращение представителя администрации ЛПУ к начальнику отдела образования администрации городского округа, в котором представлены темы и план лекций для общеобразовательных учреждений города на учебный год, с указанием ответственного лектора. На основе данного обращения начальником отдела образования администрации округа издается приказ о проведении тематических лекций. Для составления обращения к начальнику отдела образования, предварительно рассылаются официальные письма во все учебные учреждения района. В письмах содержится приглашение школьников и студентов посетить Молодежный Центр или КДМ, с указанием времени работы врачей, телефоны записи в видеолекторий. Лидер команды лично встречается с директорами школ и учителями, знакомит их с существующими проблемами в области, разрабатывает план совместной работы.

Составленные планы совместной работы с учебными учреждениями, затем утверждаются Департаментом образования. Было бы целесообразно сотрудничать с Департаментом для разработки программы полового образования для учеников средней школы.

Департамент молодежной политики и спорта может быть заинтересован в сотрудничестве в общественных акциях и мероприятиях, посвящённых здоровому образу жизни и, в том числе, репродуктивному здоровью подростков, совместно с волонтерами.

Высшие и средние учебные заведения, лицеи. В данных учреждениях обучаются студенты, многих из которых можно отнести к группе риска. Эти молодые люди, приезжая на учебу, лишаются родительского контроля, имеют массу свободного времени и деньги на проживание, получают доступ к спиртным напиткам, сигаретам, наркотикам. В данных учебных заведениях необходимо ввести занятия по вопросам здорового образа жизни и репродуктивного здоровья. Можно проводить мероприятия и раздавать материалы в общежитиях. Также можно использовать ресурсы профильных ВУЗов, прежде всего педагогических и медицинских, для привлечения большего числа молодежи к движению за здоровый образ жизни, особенно с помощью групп волонтеров.

Церковь. Поскольку вопросы репродуктивного здоровья затрагивают не только физическое, психическое, но и социальное благополучие, актуальным является решение задач по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений. В связи с этим необходимо развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата, профилактики семейного неблагополучия, социальной реабилитации семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В реализации комплекса мер по дальнейшему снижению числа аборт, повышению обязательств родителей по обеспечению надлежащего уровня жизни и развития ребенка эффективным является взаимодействие ЛПУ с представителями духовенства.

В качестве примера можно привести письмо Центра планирования семьи и репродукции Костромской области Архиепископу Костромскому и Галичскому, с просьбой разрешить и дать благословение на посещение служителем Епархии Центра планирования семьи и репродукции для совместного проведения мероприятий по профилактике абортов. Представители Православной Церкви активно предлагают помощь в работе с молодежью: проведение ознакомительных бесед для учащихся 9-11 классов «О семейных ценностях», семинарских занятий и лекций для учащихся колледжей и техникумов на предмет «Основы православной культуры». Это взаимодействие осуществляется в рамках областной целевой программы. При каждой женской консультации Епархией созданы кабинеты духовно-нравственного воспитания, где в добровольном порядке осуществляются беседы с беременными женщинами – с

теми, кто сохраняет беременность и с теми, кто обратился за прерыванием беременности.

Последовательность действий:

- Определить полезные для сотрудничества группы в сообществе;
- Установить контакт с данными группами, организовать встречи для обсуждения возможности сотрудничества;
- Заключить договоры о сотрудничестве;
- Включить членов данных групп в команду улучшения;
- Составить совместные планы действий;

Результат: Поддержка цели «Профилактика нежеланных беременностей, аборт и ИППП среди подростков» в сообществе.

Возможные микроиндикаторы:

- Число договоров/писем с группами в сообществе;
- Процент опрошенного населения, поддерживающего образование/информирование о репродуктивном здоровье для подростков.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приказ об утверждении тематики лекции на 2010 год в общеобразовательных учреждениях г. Шарья, 13 мая 2010 г.

- Половое воспитание подростков в семье - рекомендации родителям

- Письмо от ЦРЗ в Епархию.

- Результаты рабочей встречи от 6 сентября 2010 г с представителями Православной церкви

- Анкета для педагогов, соцработников по выявлению девочек-подростков высокого риска раннего начала половой жизни.

- Анкета изучения поведения, связанного с риском для здоровья среди молодежи

- Текст лекций для выступлений на родительском собрании, для бесед с родителями в материалах команд по "репродуктивному здоровью подростков"

4.4 Четвертая задача: Реорганизация приема для подростков

1. Организация для подростков точек «низкопорогового доступа» на принципах КДМ

Важный путь укрепления репродуктивного здоровья и обеспечения благоприятных условий для социализации подростков и молодежи - создание **Клиник, дружественных к молодёжи (КДМ)**, или кабинетов КДМ в составе женской

консультации, детской поликлиники или на базе школы. Или возможно внедрение принципов и функций КДМ в работу существующих учреждений или подразделений.

Такой подход возможно использовать при выполнении приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации о создании медико-социальных кабинетов для подростков и молодежи.

Клиниками, дружественными к молодежи, можно назвать учреждения или подразделения в учреждениях, в которых оказывается высококвалифицированная комплексная медико-психолого-социальная помощь по проблемам укрепления здоровья подростков и молодежи на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия, с пониманием их проблем и совместным поиском путей улучшения жизненной ситуации и здоровья. В задачи КДМ входит: обучение здоровому образу жизни и ответственному поведению по отношению к своему репродуктивному здоровью, обучение подростков вопросам профилактики беременности, инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ-инфекции.

Преимущества КДМ:

- КДМ оказывают более широкий спектр услуг (не только медицинскую, но и психологическую и социальную помощь);
- в деятельности КДМ преобладает профилактическая направленность
- в КДМ применяется «модель сотрудничества» - решение принимается с участием обратившегося.

Характеристика основных принципов КДМ:

Доступность – подростки и молодые люди имеют реальную возможность получения необходимых услуг: простота процедуры обращения, выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи или приемлемость ее цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую необходимую информацию, получение помощи, начиная с момента обращения.

Доброжелательность – максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, основанное на понимании и принятии особенностей подростков, уважении, терпимости, соблюдении конфиденциальности и поддержке в выражении собственного мнения. Сотрудникам необходимо понимать и принимать стиль жизни молодежи.

Доверие – складывается из доброжелательного отношения персонала, соблюдения принципа конфиденциальности и уважения подростков как личностей.

Добровольность – мотивация молодого человека к самостоятельному осознанному обращению к врачу не только в связи с заболеванием, но и с профилактической целью, а также проявление доброй воли в выборе услуг и следовании рекомендациям сотрудника КДМ. Важнейший критерий добровольности – число повторных посещений учреждения по собственной инициативе.

КДМ предназначены для юношей и девушек от 15 до 24 лет, которые хотят получить помощь либо консультацию по вопросам репродуктивного здоровья, т.е. помощь оказывается и здоровым и больным.

Важной частью работы КДМ являются образовательные программы:

- «ровесник - ровеснику» (по принципу «равный – равному»), которые содействуют распространению знаний о здоровом образе жизни и необходимых для этого жизненных навыках;
- «молодежь о молодежи» - образовательные программы для специалистов, работающих с молодежью (педагогов, медицинских и социальных работников).

КДМ тесно сотрудничает с учреждениями образования, социальной защиты, правоохранительными органами, центрами досуга, и др.

Идея создания КДМ не является чем-то новым для нашей страны. Прототипами КДМ можно назвать подростковые кабинеты, существующие во взрослых поликлиниках. КДМ возможно организовать на базе городской поликлиники, диагностического центра или любой другой организации. В принципе, минимальным условием для открытия центра является наличие специалистов: акушера-гинеколога, уролога-андролога, дерматовенеролога и психолога, оборудованных в соответствии с нормативными требованиями и учебной комнаты. Социальные работники так же могут оказать существенную помощь. Однако, в отсутствие выше перечисленного, эти функции может выполнять кабинет в составе женской консультации, детской поликлиники или на базе школы. Для осуществления просветительской работы среди подростков необходимо привлечение уролога (возможно хирурга) для юношей. В тех ЛПУ, где отсутствуют подобные специалисты, лекции для мальчиков должны проводить педиатры.

Последовательность действий:

- вовлекать подростков в планирование работы службы, чтобы понять, чего они хотят и в чем нуждаются;
- выделить отдельный вход и/или комнату для подростков в учреждении здравоохранения, чтобы они не беспокоились о том, что их могут увидеть взрослые члены семьи;
- обслуживать подростков в те часы, когда они могут прийти;
- организовать персонал и их часы работы;
- создать центр для подростков, где существуют разнообразные занятия и услуги, привлекательные для молодых людей
- обеспечить наличие информационных материалов, перечисленных выше, организовать доступ к ним в кабинете, учитывающем особенности подростков;

Результат: Услуги клиники/кабинета доступны ___ процент(ам) подростков.

Индикаторы и возможные микроиндикаторы

- Число точек "низкопорогового доступа" для подростков на территории района (**Индикатор А-01**);
- Число визитов девочек-подростков в клинику на данной неделе;
- Число визитов юношей в клинику на данной неделе;
- Число девочек-подростков до 17 лет включительно, обратившихся в учреждение с "низкопороговым доступом" в пилотных ЛПУ за отчетный месяц впервые в отчетном году (**Индикатор А-02-1**);
- Число юношей до 17 лет включительно, обратившихся в учреждение с "низкопороговым доступом" в пилотных ЛПУ за отчетный месяц впервые в отчетном году (**Индикатор А-02-2**);

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора, ЮНИСЕФ, 2002. (Приложение 10.9)

- Клиники, дружественные к молодежи: руководство для врачей и организаторов здравоохранения, СПбМАПО и ЮНИСЕФ, 2006.

- Приказ №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПСиР Костромской области» о создании специализированного приема по охране репродуктивного здоровья подростков.

2. Обязательное оформление эпикриза с направлением подростка из детской поликлиники в КДМ

Поскольку обычно легче организовать КДМ на базе Центров планирования семьи или женской консультации, чем на базе детской поликлиники, полезно иметь стандартную форму для направления подростка, который прошел первый осмотр в детской поликлинике, в КДМ. Вследствие этого будет налажена связь между детской поликлиникой и ЛПУ взрослой сети.

Последовательность действий:

- печать и распространение необходимого число бланков эпикриза по установленной форме;
- ознакомление персонала детской поликлиники с работой КДМ и оформлением эпикриза;
- вклеивание в карту в КДМ.

Результат: Услуги клиники/кабинета доступны ___ процентам подростков, прошедшим осмотр в детской поликлинике.

Возможные микроиндикаторы:

- Число подростков, направленных с эпикризом из детской поликлиники в КДМ на данной неделе;
- Число врачей в детской поликлинике, заполняющих эпикризы.

3. Осмотр подростков акушером-гинекологом во время профилактических осмотров в школах

Согласно Приказу МЗиСР №808-н (2009г.), определен порядок оказания медицинской помощи детям с гинекологической патологией, в т.ч. проведение диспансерных (профилактических) осмотров девочек при рождении, а также в возрасте 9-12 месяцев, 3, 7, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики нарушений становления репродуктивной функции. Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами или врачами-педиатрами в составе выездных бригад.

По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы диспансерного наблюдения:

- 1 диспансерная группа – девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы;
- 2 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;
- 3 диспансерная группа - девочки с гинекологическими заболеваниями;
- 4 диспансерная группа - девочки с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе, эндокринной патологии.

Девочка, достигшая возраста 18 лет, передается под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения. Желательно при проведении профосмотров раздать информационные материалы с темами, интересующими детей. При возникновении вопросов или необходимости лечения можно пригласить ученика в клинику. Для этого консультант выдает подростку направление на прием к врачу и приглашает с родителями на консультацию, для углубленного обследования. По возможности, также желательно организовать консультирование мальчиков по репродуктивному здоровью. Для организации данных процессов необходимо консультироваться с Департаментом образования, сотрудниками школ и родителями, как описано в задаче выше.

Последовательность действий:

- Консультации с отделением ЛПУ при проведении осмотров;
- Консультации со школами;
- Выделение обученных гинекологов для проведения осмотров в школах;
- Составление плана осмотров;
- Одобрение плана осмотров департаментом образования;
- Проведение осмотров.

Результат: охват девушек-подростков профилактическими осмотрами и консультированием гинекологом составляет ____ процент(ов).

Микроиндикатор:

- Доля девочек-подростков 14-17 лет включительно, осмотренных в общеобразовательных школах района с обсуждением вопросов профилактики беременности и ИППП, от числа девочек-подростков 14-17 лет, обучающихся в общеобразовательных школах района за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-11**);
- Число детей, обратившихся в КДМ, на основе направления после осмотра в школе.

4.5 Пятая задача: Введение обязательного консультирования по репродуктивному здоровью для подростков

Для реализации данной задачи, после обучения всего персонала КДМ, необходимо сначала проанализировать в команде КДМ поток пациентов в клинике с помощью флоу-чарта. Для проведения этой дискуссии важно включить в состав команды персонал, работающий в регистратуре и ответственный за направление пациентов внутри ЖК, поликлиники и КДМ. Необходимо обсудить вопрос обеспечения консультирования по репродуктивному здоровью подростков, и девушек и юношей, как в часы работы специализированного приема, так и вне данного времени. На основе обсуждения КДМ разработает алгоритм направления пациентов на прием и консультацию с использованием памяток и других информационных материалов. Это сокращает время приема.

Как описано в главе 4, акцент консультирования будет зависеть от личности пациента, и особенно от его уровня риска. Акцент для тех, кто еще не начал половую жизнь, будет касаться воздержания и защиты от давления других, пытающихся вовлечь в ранние половые отношения. Акцент для других, которые ведут половую жизнь, будет касаться контрацепции и профилактики от ИППП. В зависимости от возможности клиник, потоки пациентов могут быть различными в соответствии с группами риска. Для реализации алгоритма, а также измерения уровня его выполнения, целесообразно разработать специальные регистры, которые не нарушают принципов анонимности и доступности. Также полезно подготовить тексты возможных диалогов для сотрудников регистратуры и медперсонала.

Последовательность действий:

- Анализ потока пациентов;
- Разработать алгоритм направления и консультирования;
- Разработать регистры;
- Разработать инструкции для персонала;
- Внедрение и тестирование алгоритма действия.

Результат: Охват подростков консультированием по репродуктивному здоровью составляет ___ процент(ов).

Микроиндикаторы:

- Число бесед врача-гинеколога с молодыми людьми с использованием памятки по вопросам профилактики не планируемых беременностей и ИППП, за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-8**);
- Доля молодых людей, которые после проведенной с ними беседы по вопросам контрацепции и сохранению репродуктивного здоровья, выбрали барьерные методы контрацепции, за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-6**);
- Доля молодых людей, за отчетный период, которые после проведенной с ними беседы по вопросам контрацепции и сохранению репродуктивного здоровья, выбрали гормональный метод контрацепции (Индикатор **Я-А-04-5**).

Замечание: Хотя и важно для улучшения своей работы оценивать уровень употребления каждого метода контрацепции, но не правильно задавать конкретный уровень употребления того или иного метода. Подростки должны делать свободный информированный выбор методов.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приказ №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПС и Р Костромской области» о создании специализированного приема по охране репродуктивного здоровья подростков.

- Алгоритм наблюдения подростков 15-17 лет, использующих контрацепцию

- Анкета для педагогов, соц.работников по выявлению девочек-подростков высокого риска раннего начала половой жизни.

- Анкета изучения поведения, связанного с риском для здоровья среди молодежи

- Лист-вкладыш о консультировании после аборта

4.6 Шестая задача: Усиление работы с подростками из группы риска

Правильное определение группы подростков, которые уже начали сексуальную жизнь, дает КДМ возможность принимать своевременные меры по предотвращению беременностей (первых или повторных) и ИППП. Лица, имевшие опыт беременности или заражения ИППП, входят в группу наиболее высокого риска. Поэтому, приоритетным является консультирование по контрацепции после родов или аборта. Не

менее важны скрининг, диагностирование и лечение ИППП у подростков, ведущих половую жизнь. После лечения необходимо проведение консультирования по использованию презервативов для исключения повторного заражения. Выявление партнеров инфицированных лиц – дополнительная мера для определения подростков группы риска, нуждающихся в услугах КДМ.

1. Выявление подростков высокой группы риска по беременности и ИППП

КДМ ведёт работу по выявлению подростков групп высокого риска по ИППП и беременности, например, с помощью анкетирования учителей. Учителя, психологи и социальные работники, в основном, не знают о сексуальном поведении, употреблении спиртных напитков или наркотиков, но могут оценивать риск раннего начала половой жизни на основе поведения, отношений или учебных оценок ученика, или его семейных обстоятельств. После выявления представителей таких групп по результатам опросов, желательно предоставить таким подросткам информацию о возможности получения консультации соответствующих специалистов.

Последовательность действий:

- Определить перечень критериев, по которым подростков можно отнести к высокой группе риска;
- Разработать алгоритм выявления подростков высокого риска и направления их в КДМ;
- Консультироваться со школами, социальными работниками;
- Разработка и тиражирование анкет для опроса учителей;
- Проведение анкетирования среди учителей;

Так, например, в г. Галич Костромской области информация о подростках группы риска передаётся в Молодёжную консультацию из социальной службы и отдела молодежной политики и спорта.

Результат: охват консультированием в КДМ ____ процентов подростков, которые начали сексуальную жизнь.

Возможные микроиндикаторы:

- Число проанкетированных учителей и социальных работников;
- Число выявленных подростков группы высокого риска;
- Доля выявленных подростков, которые обратились к КДМ для консультирования.

2. Обеспечение бесплатной помощи для подростков из группы риска

Подростки имеют ограниченное количество денежных средств и зачастую не хотят информировать родителей о своей половой жизни. Поэтому желательно, чтобы в молодежных центрах презервативы, тесты на беременность, таблетки для

посткоитальной контрацепции и КОК можно было получить бесплатно или приобрести их по доступным для подростков ценам. При невозможности обеспечить всех бесплатной помощью, необходимо предоставить ее подросткам из группы высокого риска. Также важно обеспечить бесплатный скрининг на ИППП (для выявления трепонемы, гонококка, хламидии и трихомонады) и лечение для этих групп, и провести бесплатное обследование подростков 15-17 лет, использующих гормональную контрацепцию. В долгосрочном периоде такая бесплатная помощь будет экономически эффективной для области или города, потому что она предотвращает дорогостоящие последствия, такие как нежеланные беременности, бесплодие и плохие исходы беременности. При выявлении социально неблагополучных подростков целесообразно передать сведения о них в отдел медико-социальной помощи при детских поликлиниках.

Последовательность действий:

- Определить критерии получения бесплатной помощи в клинике
- Разработать гарантированный перечень видов медицинской помощи
- Оценить бюджет, необходимый для оказания бесплатной помощи
- Определить источник финансирования, одобрить бюджет
- Если в ЛПУ отсутствует возможность проводить необходимые анализы на ИППП, исследовать другие возможности, обеспечить исследования для подростков высокого риска
- Обеспечить наличие корзины бесплатных презервативов в КДМ
- Разработать алгоритмы определения прав пациентов на бесплатную помощь
- Разработать регистр пациентов, имеющих право на бесплатную помощь, соблюдая принцип анонимности
- Протестировать и внедрить и алгоритм

Результат: охват ___ процентов подростков высокого риска получили бесплатную контрацепцию и прошли скрининг на ИППП.

Возможные микроиндикаторы

- Число распространенных презервативов
- Число подростков, получивших бесплатную контрацепцию
- Число бесплатных таблеток, пакетов, ВМС, по типам контрацепции
- Доля выявленных подростков из группы высокого риска, которые получили бесплатную контрацепцию
- Число подростков, бесплатно обследованных на ИППП, по типам ИППП
- Доля выявленных подростков из группы высокого риска, обследованных на ИППП, по типам ИППП
- Доля подростков, обследованных бесплатно на ИППП, с положительным результатом, по типам ИППП

- Число подростков, получающих КОК и обследованных бесплатно
- Доля подростков, получающих КОК и обследованных бесплатно

3. Обязательное до- и послеабортное консультирование подростков

При **каждом** посещении подростком акушера-гинеколога целесообразно проводить обязательное консультирование по вопросам репродуктивного здоровья, включая вопросы контрацепции.

Последовательность действий:

- Включить в команду представителей тех ЛПУ, в которых могут быть проведены аборты пациентам КДМ;
- Проанализировать систему направления и консультирования подростков до и после аборта;
- Разработать алгоритм до и послеабортного направления и консультирования подростков;
- Разработать необходимые регистры и выписки, соблюдая принцип анонимности;
- Собрать и подготовить необходимые материалы для консультирования;
- Разработать сценарии и тексты для регистратуры и медперсонала;
- Внедрить и тестировать алгоритмы действия.

Результат: охват подростков консультированием до и после аборта составил ___ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- Доля девочек-подростков 14-17 лет, обратившихся в клинику для прерывания нежеланной беременности и получивших консультирование до процедуры по алгоритму;
- Доля девочек-подростков 14-17 лет, которым был сделан аборт и проведено постабортное консультирование по контрацепции по алгоритму, от числа искусственных прерываний беременности на любом сроке среди девочек до 17 лет.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- ВМС, Фонд «Здоровая Россия»

- Комбинированные оральные контрацептивы, Фонд «Здоровая Россия»

- Метод лактационной аменореи, Фонд «Здоровая Россия»

- Презерватив, Фонд «Здоровая Россия»

- Психологическое доабортное консультирование: Методические рекомендации,

Министерство Спорта, туризма и молодежной политики Российской Федерации
Федеральное агентство по делам молодежи, Москва 2009

Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи женщинам после аборта, Проект «Мать И Дитя», Научный Центр Акушерства, Гинекологии И Перинатологии РАМН, Центральный Научно-Исследовательский Институт Организации И Информатизации Здравоохранения МЗ РФ 2003

- Консультирование по вопросам планирования семьи после аборта, Фонд «Здоровая Россия»

- Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая Россия»

- Лист-вкладыш о консультировании после аборта

4. Обязательное после-родовое консультирование подростков по контрацепции

Вопросы послеродовой контрацепции необходимо обсуждать до наступления родов. Целесообразней это делать в рамках «Школы будущих родителей», причём, выделить для этой темы отдельное занятие. Желательно акцентировать внимание будущей юной мамы на методе лактационной аменореи, тем самым, побуждая её к полноценному грудному вскармливанию ребёнка. Однако, пациентка также должна получить подробную информацию обо всех возможных методах предохранения от не планируемой беременности с учётом особенностей её организма в послеродовом периоде. Если консультирование не проводилось на этапе женской консультации, необходимо предусмотреть предоставление этой информации в отделении патологии беременных и/или послеродовом отделении родильного дома. Очень важно информировать будущую маму о необходимости визита к акушеру-гинекологу амбулаторного приёма после родов. Поскольку эти пациенты входят в группу риска по возникновению последующей беременности, алгоритм их ведения должен быть соответствующим.

Действия по этой под-задаче еще не протестированы в ЛПУ, принимающих участие в проекте, и требуют разработки.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая Россия»

5 ИНДИКАТОРЫ

Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов

5.1 Список проектных индикаторов

В четвертой главе, выше, был предложен ряд «микроиндикаторов», по которым ЛПУ или регион, внедряя описанные новации, может оценивать успешность протестированных действий. Ниже представлены те «проектные» индикаторы, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» измеряет и оценивает эффективность и прогресс внедрения КРИ в целом. Здесь (и выше, в микроиндикатора) приводится код индикатора, под которым он значится на веб-портале проекта www.healthquality.ru, название индикатора, уровень сбора и ответственность за размещение на веб-портал проекта, и частота сбора. Также дано краткое описание значения индикатора. Во многих случаях, индикатор вычисляется из двух или более абсолютных индикаторов, которые необходимо собирать отдельно – например, из числителя и знаменателя. В таких ситуациях, каждый элемент первого индикатора получает свой код для заполнения. Для ясности, коды и названия проектных индикаторов приведены здесь в жирном зеленом шрифте, а коды и названия элементов – в черном, обычном шрифте.

Код	Название / описание	Уровень	Частота сбора
А-01-1	Число точек "низкопорогового доступа" для подростков на территории области по состоянию на конец отчетного квартала. Точка "низкопорогового доступа" или КДМ - это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах Добровольности, Доступности, Доверия и Доброжелательности.	Область, при согласовании с экспертом проекта	Ежеквартально
А-02-1	Число девушек до 17 лет включительно, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году Подсчитывается общее количество пациентов клиники, после внедрения данного КРИ в текущем календарном году. Повторные визиты одного клиента не считаются. Команде ЛПУ важно определить рамки той клиники, где подсчитывается число клиентов, чтобы появилась возможность сравнивать число обращений подростков до и после создания КДМ. Смотрите ниже пример регистра, который позволяет легко подсчитывать этот индикатор. Поскольку число обращения сильно зависит от времени года, рекомендуется проводить сравнение с данным месяцем предыдущего года для оценки прогресса.	ЛПУ	Ежемесячно

Код	Название / описание	Уровень	Частота сбора
А-02-2	<p>Число юношей до 17 лет включительно, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году</p> <p>Подсчитывается общее число пациентов клиники после внедрения данного КРИ в текущем календарном году. Повторные визиты одного пациента не считаются. Команде ЛПУ важно определить рамки той клиники, где подсчитывается число пациентов, чтобы появилась возможность сравнивать число обращений подростков до и после создания КДМ. Смотрите ниже пример регистра, который позволяет легко подсчитывать этот индикатор. Поскольку число обращений сильно зависит от времени года, рекомендуется проводить сравнение с данным месяцем предыдущего года для оценки прогресса.</p>	ЛПУ	Ежемесячно
А-03-1	<p>Число девушек до 17 лет включительно, прошедших обследование на ИППП за отчетный месяц впервые в отчетном году</p> <p>Подсчитывается общее число девушек, прошедших обследование на ИППП в текущем календарном году. Повторные обследования одного пациента не считаются. Включены лабораторные и микроскопические обследования, проведенные в лаборатории данной клиники, и направление пациента на анализ (крови и т.д.) для исследования. Включены все виды ИППП, которые требуют лабораторной диагностики: сифилис, герпес, трихомониаз, гонорея, хламидиоз, ВПЧ, ВИЧ. Смотрите схему 7 для примера регистра, который легко позволяет подсчитывать этот индикатор.</p>	ЛПУ	Ежемесячно
А-03-2	<p>Число юношей до 17 лет включительно, прошедших обследование на ИППП за отчетный месяц впервые в отчетном году</p> <p>Подсчитывается общее число юношей, прошедших обследование на ИППП в текущем календарном году. Повторные обследования одного пациента не считаются. Включены лабораторные и микроскопические обследования, проведенные в лаборатории данной клиники, и направление пациента на анализ (крови и т.д.) для исследования. Включены все виды ИППП, которые требуют лабораторной диагностики: сифилис, герпес, трихомониаз, гонорея, хламидиоз, ВПЧ, ВИЧ. Смотрите ниже пример регистра, который легко позволяет подсчитывать этот индикатор.</p>	ЛПУ	Ежемесячно
А-04	<p>Число родов у девушек до 17 лет включительно в субъекте Российской Федерации за отчетный год</p>	Область, МИАЦ	Ежегодно

Код	Название / описание	Уровень	Частота сбора
А-04-2	Коэффициент рождаемости у девочек до 17 лет включительно в субъекте Российской Федерации за отчетный год Родившиеся живыми на 1000 девочек в возрасте 15-17 лет в начале отчетного года Формула: (Индикатор А-04*1000)/Индикатор Ю-А-04	Считается автоматически	Ежегодно
Ю-А-04	Число девушек в возрасте 15-17 лет в субъекте РФ в начале отчетного года	Область, МИАЦ	Ежегодно
А-05-3	Число искусственных прерываний беременности среди девушек до 17 лет включительно в субъекте РФ за отчетный год К искусственным прерываниям беременности относятся: медицинский аборт (легальный), аборт по медицинским показаниям, другие виды аборта (криминальный), аборт неуточненный (внебольничный), аборт по социальным показаниям. Методы искусственного прерывания беременности включают: медикаментозный аборт, мини-аборт (вакуум-аспирация), хирургический аборт, искусственные роды. Включает девочек до 17 лет включительно.	Область, МИАЦ	Ежегодно
А-05-4	Уровень искусственных прерываний беременностей на 1000 девочек до 17 лет включительно в субъекте РФ за отчетный год Формула: (Индикатор А-05-3*1000)/Индикатор Ю-А-04	Считается автоматически	Ежегодно
А-05-5	Число искусственных прерываний беременностей у первобеременных среди девочек до 17 лет включительно в субъекте РФ за отчетный год К искусственным прерываниям беременности относятся: медицинский аборт (легальный), аборт по медицинским показаниям, другие виды аборта (криминальный), аборт неуточненный (внебольничный), аборт по социальным показаниям. Методы искусственного прерывания беременности включают: медикаментозный аборт, мини-аборт (вакуум-аспирация), хирургический аборт, искусственные роды. Включаются аборты у первобеременных девочек до 17 лет.	Область, МИАЦ	Ежегодно
А-05-6	Число искусственных прерываний беременностей у повторнобеременных среди девочек до 17 лет включительно в субъекте РФ за отчетный год Формула: Индикатор А-05-4 – Индикатор А-05-5	Считается автоматически	Ежегодно

5.2 Полезные инструменты

Проект предлагает электронный формат для размещения индикаторов на веб-портале, но каждому ЛПУ необходимо организовать наличие формы для сбора индикаторов в бумажном виде в постоянной папке или журнале или в файле формата EXCEL. При отсутствии этого, становится невозможным подтверждение значения индикаторов или исследование результатов деятельности и причин «сбоев».

Ниже приведены инструменты, которые могут способствовать сбору индикаторов и микроиндикаторов, перечисленных выше. В **Табл. 1, 2 и 3** приведены формы регистра/журнала пациентов, в **Табл.4-8** приводится форма экспертного аудита по вопросам консультирования по репродуктивному здоровью и до- и послеабортного консультирования.

Таблица 1. Пример формы регистра пациентов

№№	Дата	Номер карты	Имя	Пол Ж/М	Возраст	Первый визит (X)	Повторный визит (X)	Дата предыдущего визита (из карты)	Откуда направлен? / Как узнал о нас?	Бесплатное обслуживание? (X)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
..										

Таблица 2. Ежемесячный отчет по данным регистра (подсчет «вручную» индикаторов на основе регистра)

Индикатор	Как подсчитывать?	Первый визит	Повторный визит (первый в этом году)	Сумма
<p>А-02-1. Число девочек до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году</p>	<p>1. Выделите (розовым цветом) строки регистра, в которых отмечен визит девушки (столбец 5) и в возрасте 17 лет или меньше (столбец 6). 2. Подсчитайте число розовых строк, для которых этот визит был первым (столбец 7). Запишите цифру в столбец «первый визит» 3. По данным столбцов 8 и 9, выделите кругом те розовые строки, для которых этот визит был повторным, а предыдущий визит был в прошлом году. Подсчитайте число кругов. Запишите цифру в столбец «Повторный визит» (но первый в этом году) 4. Суммировать данные 2 столбцов</p>			
<p>А-02-2 Число юношей до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году</p>	<p>1. Выделите (синим цветом) строки регистра, в которых клиент мужского пола (столбец 5) и в возрасте 17 лет или меньше (столбец 6). 2. Подсчитайте число синих строк, для которых этот визит был первым (столбец 7). Запишите цифру в столбец «первый визит» 3. По данным столбцов 8 и 9, выделите кругом те синие строки, для которых этот визит был повторным, а предыдущий визит был в прошлом календарном году. Подсчитайте число кругов. Запишите цифру в столбец «Повторный визит» (но первый в этом году) 4. Суммировать данные двух столбцов</p>			

Таблица 4. Аудит документации в женской консультации

ЛПУ _____ Эксперт _____ Дата аудита _____

№№	Номер карты	Дата последнего визита	Возраст	Был визит в отчетном периоде? (да/нет)	Если (5) = «да», состояла ли под наблюдением по беременности в отчетном периоде? (да/нет) Если (5) = «нет», пишите «нн»	Если (6) = «нет», получила ли консультацию врача по репродуктивному здоровью? (да/нет) Укажите, также, если у женщины есть уже ВМС. Если (6) = «да» или «нн», пишите «нн»	Если (7) = «да», показано ли назначение контрацепции? (да/нет) Если нет, укажите причину (бесплодие, отсутствие половой жизни...)	Если (8) = «да», назначена ли контрацепция в отчетном периоде? (да/нет) Если (8) = «да» или «нн», пишите «нн»	Если (9) = «да», вид контрацепции Г=гормональные таблетки, ВМС, П=презервативы, Др=другое (и напишите) Если (9) = «нет», НП или «нн», пишите «нн»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
...									

Информация по картам женщин до 49 лет за период 12 месяцев до визита.

Не нужно выбирать карты женщин, которые на данный момент находятся под наблюдением по беременности.

В списке должно быть не менее 20 женщин, которые за весь отчетный год не находились под наблюдением по беременности. При отсутствии информации по любому пункту в медицинской карте, отмечайте «нет»

Таблица 5. Отчет по аудиту документации в женской консультации

ЛПУ _____ Эксперт _____ Дата аудита _____ Период аудита _____

Информация по картам женщин до 49 лет за период 12 месяцев до визита.

Число женщин, которые не были беременными в отчетном году визита (столбец 6=нет)	Получила ли консультирование врача по репродуктивному здоровью? (из столбца 7)	Показано ли назначение контрацепции ? (из столбца 8)	Назначена ли контрацепция за отчетный период? (из столбца 9)	вид назначенной контрацепции (отметить, если одной пациентке назначено более одного вида) (из столбца 10)
_____ да _____ нет из числа «нет», но есть ВМС _____ _____ нн _____ всего	_____ да _____ нет _____ нн _____ всего	_____ да _____ нет _____ нп _____ нн _____ всего	_____ Г _____ ВМС _____ П _____ др _____ нн _____ всего	

Общие замечания о документации: _____

Общие замечания о результатах: _____

Аудит до- и постабортного консультирования проводится по медицинским картам женщин, которым были проведены аборт. **Собрать для аудита:** медицинские карты 10 последних медикаментозных и мини-абортов, медицинские карты 10 последних хирургических абортов, регистр до- и постабортного консультирования, если есть. Использовать отдельную таблицу для каждого места проведения.

Таблица 6. Аудит документации по до- и постабортному консультированию - по контрацепции

ЛПУ _____, включая ЖК _____.

Отделения _____

Эксперт _____ Дата аудита _____

Место проведения аборта _____ Источник данных (мед. карта ЖК, мед. карта стационара, регистр, и т.д.) _____

Номер мед. карты	Срок беременности (неделя)	Место направления женщины на аборт	Вид аборта М=медикаментозный В=вакуум-аспирации D+C= выскабливание И= интраамнионитической инфузии КС= малое кесарево сечение	Консультирование до аборта о целесообразности прерывания беременности? (да/нет/не ясно)	Консультация до аборта о контрацепции?	Консультирование о контрацепции сразу после аборта (во время данного визита)? (да/нет/не ясно)	Женщина пришла на визит в ЛПУ, в которое получила направление после аборта? (да/нет/не ясно)	Если 8=да, то была ли проведена консультация о контрацепции? (да/нет/не ясно)	Если 8=да, то была ли проведена реабилитация гормональной контрацепции? (да/нет/не ясно)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										

Таблица 7. Отчет об аудите до- и постабортного консультирования в ЛПУ, где был произведен аборт

ЛПУ _____, включая ЖК _____ Отделение _____

Эксперт _____ Дата аудита _____ Период аудита _____

Место направления женщины на аборт - Укажите название и тип (ЖК, стационар) [4]	Место проведения аборта - Укажите название и тип (ЖК, стационар)	Число проведенных абортов	Консультирование до аборта о сохранении беременности? Укажите число [6]	Консультирование до аборта о контрацепции? Укажите число [7]	Консультирование о контрацепции сразу после аборта (во время данного визита?) Укажите число [8]	Женщина пришла на визит в ЛПУ, в которое получила направление после аборта? Укажите число [9]
			Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___
			Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___
			Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___

Таблица 8. Отчет об аудите постабортного консультирования в ЛПУ, куда была направлена женщина после проведения аборта

ЛПУ _____, включая ЖК _____ Отделение _____

Эксперт _____ Дата аудита _____ Период аудита _____

Место направления женщины на аборт - укажите название и тип (ЖК, стационар и т.д.) [3]	Число женщин, которые пришли на визит в ЛПУ по направлению после аборта [8]	Была ли проведена консультация о контрацепции во время данного визита? Укажите число [9]	Была ли проведена реабилитация гормональной контрацепции во время данного визита? Укажите число [10]
		Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___
		Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___
		Да ___ Нет ___ Не ясно ___	Да ___ Нет ___ Не ясно ___

Укажите ваши источники данных [2] _____
 Замечания о процессе проведения аудита: _____
 Общие замечания о результатах: _____

6 НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ

В этой главе указаны необходимые ресурсы для внедрения мер, описанных в КРИ, для ЛПУ разных уровней. Важно отметить, что рекомендованные задачи подразумевают определенные финансовые вложения, которые в дальнейшем могут сократить общие расходы. Для выполнения предложенных задач на уровне районов значимых дополнительных ресурсов не требуется.

6.1 Персонал:

Минимальным условием для открытия КДМ является наличие кабинетов: акушера-гинеколога, уролога-androлога, дерматовенеролога и психолога, оборудованных в соответствии с нормативными требованиями, учебной комнаты. Однако, в отсутствие выше перечисленного, эти функции может выполнять кабинет в составе женской консультации, детской поликлиники. Для осуществления просветительской работы среди подростков необходимо привлечение уролога. В тех ЛПУ, где отсутствуют подобные специалисты, лекции для мальчиков могут проводить педиатры.

- Для создания клиники, дружественной к молодежи, на уровне областного или городского Центра планирования семьи, рекомендован следующий состав персонала: акушер-гинеколог, прошедший тематическое усовершенствование по гинекологии детского возраста, уролог-androлог, педиатр, юрист, представитель молодежной организации, социальный работник.
- Для создания клиники, дружественной к молодежи, на уровне женской консультации рекомендован такой состав персонала: врач акушер-гинеколог, социальный работник, юрист, психолог.
- Для создания клиники, дружественной к молодежи, на уровне Центральной районной больницы, рекомендован такой состав персонала: врач акушер-гинеколог, дерматовенеролог, психолог, представители молодежной организации.

6.2 Оборудование:

Для проведения просветительской работы с молодежью и подростками, обеспечения обучения персонала, медицинских сотрудников образовательных учреждений, педагогов, социальных работников, необходимо приобретение видеоаппаратуры и видеоматериалов на соответствующие темы. Целесообразно открытие видеолектория, с подобранной целевой видеокартотекой. Возможна демонстрация тематических видеороликов и видеоклипов на установленном проекторе в коридорах КДМ, Молодежных Центрах, Молодежных консультациях.

Целесообразна организация «телефона доверия», по которому подросток смог бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста. Так, например, в Городском центре планирования семьи и репродукции г. Тула телефон доверия создан на базовой линии, по городскому номеру, для чего

выделено определенное время. На вопросы абонентов отвечают врачи, находящиеся в это время в ЛПУ. В молодежной консультации г.Шарья Костромской области подобная услуга организована на базе мобильного телефона, также работающего в определённые часы.

Интересным решением является установка в вестибюле ЛПУ «сундучка пожеланий», куда в письменной анонимной форме подростки могут положить свои вопросы и пожелания. Все, что страшно или «неудобно» спросить у врача при личном посещении дети таким простым способом задают вопросы и могут затрагивать интересующие их проблемы. «Сундучок пожеланий» можно сделать самостоятельно из подручных средств. Например, сундучок пожеланий в молодежной консультации г.Шарья сделан из бересты. Рядом сидят, вырезанные из дерева, фигурки лесных «Мани и Вани», так зовут постоянных пациентов молодежной консультации. Забавные, веселые «лесные» пациенты встречают подростков на пороге. Страх перед посещением кабинета врача, у дверей которого сидят эти пациенты, пропадает даже у самых младших подростков. Возможно, организация целого «уголка пациента», украшенного сказочными персонажами и игрушками.

6.3 Материалы

Разработка и раздача памяток

Важным моментом при работе с подростками является использование наглядного материала в виде брошюр, памяток, листовок, которые вручаются слушателям по окончании лекций, и при консультировании по вопросам репродуктивного здоровья. Материалы в письменной форме необходимы для того, чтобы пациенту было проще запомнить то, что он услышал. Кроме того, получение «в руки» наглядного материала является ещё и психологическим аспектом в процессе усвоения информации. Однако, важно не перегружать информацией аудиторию, и целесообразно вручать не более одной – двух брошюр на тему, о которой шла речь.

Возможно обращение за спонсорской помощью к фармацевтическим компаниям, выпускающим контрацептивные препараты, а также, к фирмам, торгующим, например, одеждой для беременных, гигиеническими средствами с одновременным размещением их рекламы (в зависимости от темы памятки). Проект помог с тиражированием наглядного материала командам. Представители Православной Церкви активно предлагают свою помощь в предоставлении и тиражировании наглядного материала.

Для определения количества необходимых памяток и плакатов, надо учитывать следующие факторы: число подростков, число комнат, площади помещений, необходимо учитывать, памятки и плакаты, которые можно взять для демонстрации в школы, техникумы, общежитии.

В библиотеке веб-портала www.healthquality.ru, под ключевыми словами «Приложения к КРИ по профилактике беременностей, абортов и ИППП среди подростков» находится ряд материалов, которые могут быть адаптированы к вашим условиям.

6.4 Обучение персонала:

На базе материалов, разработанных Фондом «Здоровая Россия» и ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова», проект «Улучшение помощи мамам и малышам» проводил курс тренинга для тренеров «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения». Общая продолжительность данного курса составляет 25 часов. Возможно продуктивное проведение этого курса в течение от трех до пяти дней. Желательно собрать 12-16 участников, чтобы получить 6-8 пар для отработки навыков консультирования. Поскольку данный курс требует значительных ресурсов, очень важно выбрать участников, которые:

- Имели опыт и навыки преподавания;
- Имели хорошие коммуникативные навыки;
- Действительно заинтересованы в вопросах репродуктивного здоровья;
- Согласились заранее быть членом команды выездных тренеров для своего региона.

Цели данного курса тренинга:

1. Приобретение адекватных сегодняшнему уровню развития медицины и здравоохранения знаний и навыков эффективного консультирования клиентов/пациентов акушерско-гинекологической службы по вопросам охраны репродуктивного здоровья семьи и планирования деторождения.
2. С помощью данных доказательной медицины помочь участникам тренинга понять, что современные контрацептивы безопасны и эффективны.

Задачи курса тренинга:

1. Повысить уровень знаний акушеров-гинекологов об основных принципах, структуре и видах деятельности и перспективах развития службы охраны репродуктивного здоровья в Российской Федерации.
2. Провести обучение и оценить готовность акушеров-гинекологов к обеспечению высокого качества консультирования клиентов женских консультаций по вопросам репродуктивного поведения, регуляции деторождения, профилактики абортов и их последствий для репродуктивного здоровья.

3. Создать сеть поддержки среди врачей для предоставления эффективных способов контрацепции, альтернативных абортам.

Возможный план тренинга для 5-ти дневного курса представлен в **Табл. 9. На сайте www.healthquality.ru** представлено текстовое руководство для участника подобного курса и слайды для тренеров.

Так, например, после проведения тренинга тренеров в г. Иваново, врачи Костромского ЦПС взяли на себя координирующую роль по передаче знаний в другие районы – Буйский, Мантуровский, Галичский. Были проведены выездные семинары. В отделе образования города издан приказ о проведении лекций для родителей и подростков в образовательных учреждениях города, подготовлен цикл лекций и проведен тематический тренинг с родителями и учителями. Врачи МУЗ «Шарьинская ЦРБ имени В.Ф.Каверина» Костромской области после обучения на тренинге организовали учебу с фельдшерами школ по репродуктивному здоровью подростков, провели тренинг врачей по вопросам репродуктивного здоровья в г. Галич.

Табл.9 Программа пятидневного курса тренинга «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения».

<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
Первый день	
11:20-11:50	Кофе-пауза
12:00-14:00	Открытие, знакомство, ожидания, анкетирование, обзор программы тренинга. Цели и задачи. Стартовое упражнение тренинга – знакомство в парах.
14:00-15:00	Обед
15:00-17:30	1.Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года. Показатели репродуктивного здоровья женщины, репродуктивные потери, контрацепция, аборты и их последствия. 2.Организация и принципы работы службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья. 3.Упражнение – таблица «можно – нельзя». 4.Просмотр и обсуждение видеофрагмента. 5 .Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Второй день	
09:00-11:10	1.Стартовое упражнение дня – пожелания. 2.Анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы женщины. Современные представления о регуляции менструального цикла и овуляции. 3.Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи. Пути их решения. 4.Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004г.)

<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
11:10-11:30	Кофе-пауза
11:30-14:00	1.Комбинированная оральная контрацепция. 2.Пролонгированная контрацепция. 3.Контрацептивные рилизинг – системы. 4.Экстренная контрацепция. 5.Внутриматочные методы контрацепции
14:00-15:00	Обед
15:00-18:00	1.Контрацепция после прерывания беременности в первом и во втором триместрах беременности. 2.Контрацепция после родов. 3.Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодёжи. 4.Контрацепция у женщин в перименопаузе. 5.Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Третий день	
09:00-11:10	1.Стартовое упражнение дня – пожелания. 2.Контрацепция в программах профилактики, лечения и реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями. 3.Барьерные методы контрацепции. 4.Планирование семьи и контрацепция у женщин, живущих с ВИЧ.
11:10-11:30	Кофе-пауза
11:30-14:00	1.Основы доказательной медицины.
14:00-15:00	Обед
15:00-18:00	1.Семинар «Методология консультирования по вопросам репродуктивного здоровья». 2. Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Четвертый день	
<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
09:00-11:10	Продолжение семинара. Упражнение «Улыбка». Упражнение «Испорченный телефон».
11:10-11:30	Кофе-пауза
11:30-14:00	Продолжение семинара. Отработка навыков подстройки. Ролевая игра.
14:00-15:00	Обед
15:00-18:00	Дополнения к таблице «можно – нельзя». Составление предварительной инструкции. Упражнение «Цепочка ассоциаций». Упражнение «Политкорректность». Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Пятый день	
09:00-10:50	1.Стартовое упражнение дня – пожелания. 2.Продолжение семинара. Работа с возражениями. Упражнение «Выход из контакта». Составление окончательной инструкции.
10:50-11:10	Кофе-пауза
11:10-12:40	Итоговое анкетирование. Упражнение «Прогулки по выставке» (коллажирование). Самоанализ и прогноз на будущее.

7 ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ КРИ

№ №	Шаг	Ответст- венность	Задачи	Сроки
1	<i>Решение по продвижению «Профилактики беременности и ИППП среди подростков»</i>	Областная команда улучшения	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать базовые данные: 7 индикаторов на областном уровне (разделы 2.3, глава 5) за последние 3 года; другие данные по реп. здоровью подростков • Обсудить вопрос в команде и принять решение 	Подготовка к первой встрече (ориентации) областной команды
2	<i>Выбор ЛПУ для создания «Клиник, дружественных к молодежи»</i>	Областная команда улучшения	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотреть возможности и способности персонала ЛПУ связываться с подростковым населением высокого риска в разных городах и районах области. • Проанализировать потоки подростков с помощью флюо-чарта 	На первой встрече (ориентации) областной команды
3	<i>Определение состава областной рабочей группы для реализации этой цели</i>	Областная команда улучшения	<p>В рабочую группу входят (как минимум)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Куратор области • Главный акушер-гинеколог области • Соответствующий представитель городского департамента здравоохранения • Представитель городского и/или областного Центра планирования семьи • Лидеры команд всех участвующих ЛПУ • Представитель существующих клиник для молодежи, если есть • Представитель областного и городского департаментов образования • Представитель департаментов молодежной политики и спорта, если есть. • Представители клубов или организаций для молодежи на городском или областном уровне • Представители крупных ВУЗов • Представитель православной церкви 	На первой встрече областной команды; до 2-х недель после первой встречи

4	Выбрать группу тренеров для консультирования подростков по репродуктивному здоровью	Областная команда, Команды улучшения выбранных ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотреть возможность выделения времени персонала на выездные тренинги • Распределить ответственность по проведению тренингов в разных районах области • Обеспечить приказом участие выбранных тренеров в организованном тренинге 	На первой встрече областной команды; до двух недель после первой встречи
5	Тренинг для тренеров	Эксперт по репродуктивному здоровью подростков Группа тренеров		В течение первых шести недель работы над этой целью
6	Составить план тренинга	Группа тренеров	<ul style="list-style-type: none"> • Определить программу тренинга, число дней, часов и т.д. • Определить рациональные места для проведения тренинга (удобство для слушателей) • Областной приказ: с указанием сроков, ЛПУ, специалистов/участников и ответственных тренеров 	Во время тренинга для тренеров и до двух недель после тренинга
7	Выполнить план тренинга	Группа тренеров		По плану
8	Определить состав команды (или под-команды) ЛПУ по этой цели	Главврач ЛПУ, лидер команды ЛПУ	<p>В команду входят (как минимум):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лидер, на уровне зам. главврача • Врач акушер-гинеколог • Мед.сестра/фельдшер СУЗ • Мед.сестра гинекологического отделения • Участковый врач-педиатр • Социальный педагог • Представитель молодежной организации (комитет по делам молодежи) • Представитель общественных организаций (волонтеры) • Представитель школ, ВУЗов • Представитель церкви 	При подготовке к первой встрече (ориентации) команды ЛПУ

9	Сбор базовых данных	ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> Собрать базовые данные по индикаторам А-02, А-03 с начала предыдущего года Собрать другую информацию о пациентах, оказании услуг, связанных с репродуктивным здоровьем, подростковым населением Подготовиться к описанию системы оказания помощи подросткам 	<p>При подготовке к первой встрече (ориентации) команды ЛПУ</p>
10	Первая встреча (семинар ориентации) команды ЛПУ	Команда ЛПУ по реп. здоровье	<ul style="list-style-type: none"> Анализ системы оказания помощи подросткам Подготовить план действий 	<p>В течение первых 6 недель после ориентации областной команды</p>
11	Начало выполнения первых действий плана, сбор данных для оценки успеха	Команда ЛПУ по реп. здоровье	<p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> Подготовка приказа о КДМ Определение состава группы волонтеров Сбор и подготовка образовательных материалов Координация со школами, подготовка плана лекций и осмотров (в зависимости от времени учебного года) Анкетирование знаний подростков и педагогов, определение групп риска Проанализировать возможности и способы реорганизации приема Подготовить бюджет Сбор индикаторов и микроиндикаторов 	<p>В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ</p>
12	Ознакомительный визит в КДМ-наставник в своей/другой области	Члены областной рабочей группы, команд ЛПУ;		<p>В течение первых 8 недель после ориентации областной команды</p>

13	Вторая встреча команды ЛПУ	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<ul style="list-style-type: none"> Обсуждение плана работы, первые результаты тестирования внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки Принять решение о корректировке плана действий на основе первых результатов Размещение итогов встреч на веб-портале 	Первый месяц после ориентации команды ЛПУ
14	Продолжение тестирования действий по плану работы	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> Тренинг персонала обученными тренерами Подготовить тексты и регистры Реорганизовать помещение для клиники Разработать алгоритм оказания помощи подросткам Тиражирование образовательных материалов Сбор индикаторов 	В течение месяца после второй встречи областной команды
15	Третья встреча команды ЛПУ	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<ul style="list-style-type: none"> Обсуждение плана работы, первые результаты тестирования попыток внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки Принять решение о корректировке плана действий на основании первых результатов 	Два месяца после ориентации команды ЛПУ
16	Продолжение тестирования действий по плану работы	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> Внедрение бесплатной помощи для групп риска Начало цикла лекций в школах и клинике Начало работы со СМИ Начало работы «телефона доверия» Начало раздачи материалов Продолжать анализировать поток пациентов-подростков и вносить изменения для оптимизации действий Сбор индикаторов 	В течение месяца после третьей встречи областной команды

17	<i>Анализ данных; подготовка презентации о прогрессе и предварительных результатах работы</i>	Команда ЛПУ по реп. здоровью	Подготовка презентации результатов командами ЛПУ	В течение месяца после третьей встречи областной команды
18	<i>Четвертая встреча команды ЛПУ, с участием главврача и руководства ЛПУ</i>	Команда ЛПУ по реп. здоровью, Главврач ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Презентация первых результатов главному врачу, руководству, коллегам • Обсуждение результатов и принятие решения о необходимой поддержке, изменении рабочего плана • Размещение итогов встреч и презентации на веб-портале 	Три месяца после ориентации команды ЛПУ
19	<i>Обучающая сессия по «Профилактике беременности, абортотв и ИПШ среди подростков»</i>	Члены команд областей и ЛПУ по этой цели	<ul style="list-style-type: none"> • Собираются представители всех команд, которые занимаются одним вопросом • Представители команд участвующих ЛПУ и клинические эксперты по данному вопросу тоже принимают участие. • Презентации областных рабочих групп и команд ЛПУ • Обсуждение, подведение общих итогов 	5-6 месяцев после начала работы в сотрудничестве (коллаборативе)
20	<i>Встреча областной команды и рабочей группы по этой цели</i>	Областная команда и рабочая группа	<ul style="list-style-type: none"> • Презентации областной рабочей группы и команды ЛПУ • Определение необходимости для поддержки и совместной деятельности • Подведение итогов • Составление планов дальнейшей работы 	Желательно, ежеквартально и после обучающих сессий
21	<i>Продолжение работы по плану</i>	Команды ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Тестирование изменений • Сбор индикаторов и размещение их на портале 	Постоянное. Вероятно, требуется минимум год работы для устойчивого создания КДМ

22	Встречи команды ЛПУ	Команда ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение плана работы, результаты тестирования внедрения, индикаторы и необходимые корректировки • Принять решение о корректировке плана действий на базе результатов • Размещение итогов встреч на веб-портале 	<p>Ежемесячно в течение первого года работы.</p> <p>После этого команда может принять решение встречаться реже.</p>
----	----------------------------	-------------	---	---

8 ТИПИЧНЫЕ БАРЬЕРЫ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

8.1 Устранимые барьеры

Недостаточная информированность подростков

На примере опыта работы Костромской области: В рамках Проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» в Костромской области согласно приказа №65 от 10.12.2009 г. «О совершенствовании медицинской помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в Центре планирования семьи и репродукции Костромской области» был создан специализированный прием по охране репродуктивного здоровья подростков. Для приема был выделен отдельный кабинет, в котором постоянный прием ведет врач. Было выделено удобное для подростков вечернее время работы кабинета и отдельный день для анонимного приема. Деятельность консультативного кабинета осуществляется без предварительной записи. Обслуживаемый контингент - это лица в возрасте 12-17 полных лет (как девочек так и мальчиков-подростков), вне зависимости от наличия удостоверения личности, наличия документа о регистрации по месту жительства или наличия полиса ОМС. Лекции, подготовленные командой, вошли в сборник лекций «Воспитание позитивного демографического поведения учащихся общеобразовательных учреждений Костромской области», утвержденный ученым советом Института повышения квалификации работников образования г.Костромы; наглядная агитация (плакаты, брошюры, проспекты о вредных последствиях аборта, ИППП); обеспечение информационным материалом (памяткой) всех подростков при обращении; активная помощь Представителей Церкви в работе с молодежью (совместные акции, митинги, беседы в общежитиях, лекции в образовательных учреждениях);

Недостаток бесплатных обследований на ИППП и контрацептивов для подростков

На примере опыта работы Костромской области: Разработан гарантированный перечень видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета, выделяемых на здравоохранение и предусмотренных в соответствии с диагнозами и причинами обращения в государственное учреждение Центр планирования семьи и репродукции Костромской области на 2010 год. Данный перечень утвержден главным врачом и согласован с главным акушером-гинекологом области. В соответствии с данным перечнем по каждому диагнозу и причине обращения установлен объем бесплатной медицинской помощи. Во время консультирования после прерывания беременности и по вопросам контрацепции девочке-подростку бесплатно выдается упаковка контрацептивов. Приказом главного врача ЦПС утвержден алгоритм наблюдения подростков 15-17 лет, использующих контрацепцию (см. Приложение №1 к приказу №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед. помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ЦПС Костромской области».) В г. Шарья Костромской

области бесплатное обследование подростков на ИППП производится за счёт внебюджетных средств.

Недостаток печатной продукции

На примере опыта работы Костромской области: Примером такой работы являются статьи в местных изданиях (газетах), с которыми сотрудничают врачи ЦПС и городских поликлиник. Уровень активности СМИ будет зависеть от выполнения поставленных задач:

- Газеты – для районных команд;
- «Глянцевые» журналы – для областной команды;
- Ролики социальной видеорекламы – для всех;
- Радио- и телепередачи – для областной команды;
- Интернет – для областной команды;

Использовать помощь миссионерского духовно-просветительного центра (помощь листовками, памятками, буклетами).

Отсутствие тарифов ОМС на услугу консультирования

При поддержке Департамента здравоохранения области обратиться в территориальный ФОМС для тарификации данного вида услуг.

8.2 Условно неустранимые барьеры

Недостаток полового воспитания в большинстве российских семей

На примере опыта работы Костромской области: Активнее привлекать подростков к участию в различных мероприятиях, проходимых как в масштабах Российской Федерации, так и в родном городе. Например, в Костромской области все члены команды участвовали в акции «Подари мне жизнь» (неделя против аборта 9-15 июля 2010). Участие команды в акции было обосновано приказом Департамента здравоохранения Костромской области №282 от 29.06.2010 г. Проводилась массовая пропаганда Акции «Подари мне жизнь»: на площади Ивана Сусанина и на улицах Костромы проводилась раздача населению памяток и плакатов; на молодежном Форуме «Патриот-2010» прочитана лекция «О вреде аборта». Проводилась конференция «Репродуктивные потери Костромской области» в областном Доме народного творчества с приглашением куратора области из Ивановского НИИ материнства и детства. Проведена выставка художественных работ «Репродуктивное здоровье» в областном Доме народного творчества г. Кострома. В молодежном развлекательном центре г. Кострома была проведена молодежная дискотека «Сохрани мне жизнь» (речевки, раздача памяток, плакатов, работа с ди-джеем). В Детском доме г. Кострома проведена дискуссия о подготовке к семейной жизни, о создании волонтерского движения «Молодежь против аборта». «Акция против абортов» была проведена в г. Шарья Костромской области с участием врача акушера-гинеколога, специалиста отдела

молодежной политики и спорта администрации г.Шарьи, волонтеров из отдела молодежной политики и спорта и представителей Православной Церкви.

Недостаток специалистов, работающих в сфере полового воспитания подростков

На примере работы Проекта в Костромской области: С целью распространения знаний среди специалистов по вопросам полового воспитания подростков, была сформирована команда тренеров, которые прошли обучение на тематических тренингах по вопросам консультирования подростков. С целью передачи полученной информации, проводились выездные межрайонные тренинги. На таких тренингах присутствовали главные врачи, акушеры-гинекологи районов, акушерки, медицинские сотрудники общеобразовательных учреждений, педагоги, социальные работники, психологи. План выездных семинаров был согласован с главным акушером-гинекологом области и утвержден Департаментом здравоохранения.

Недостаточная подготовка или отсутствие подготовки учителей по вопросам полового воспитания

На примере работы Проекта в Костромской области: Для налаживания контакта с учителями необходимо, прежде всего, включить их в состав команды; провести среди них анкетирование для выявления социально-неблагополучных детей-подростков; привлекать к проведению молодежных акций, дискотек и форумов, бесед и лекций с подростками по репродуктивному здоровью.

Недостаток понимания между представителями Церкви и образовательными учреждениями в вопросах полового воспитания

На примере работы Проекта в Костромской области: За отправную точку в данном вопросе предлагается использовать письмо ЦПС г.Костромы к Архиепископу (статья представлена на сайте проекта www.healthquality.ru). Представители Церкви г.Шарьи активно предлагают помощь в работе с молодежью: ознакомительная беседа для учащихся 9-11 классов «О семейных ценностях» (тезисы беседы желательно согласовать с начальником управления образования); предлагает свою помощь матушка Инна, которая ведет предмет «Основы православной культуры» в педагогическом колледже и в политехническом техникуме; предлагает свою помощь отец Димитрий, у которого есть опыт работы со студентами аграрного техникума; на основе анализа мнения родителей о необходимости духовно-нравственного воспитания подростков, будет подготовлен план совместных выходов в школы. При поддержке администрации решено провести презентацию в каждой школе города Шарьи. 6 сентября 2010 г. проведена рабочая встреча команды с представителями Православной Церкви по вопросам: как Православная Церковь относится к планированию рождения детей и как совместно работать? Результатом рабочей встречи явилось согласие Православной Церкви на

совместную с медработниками деятельность по борьбе против абортов. Есть общие цели, есть желание совместно работать и вместе развиваться.

Отсутствие четкого алгоритма взаимодействия со школами

На примере работы Проекта в Костромской области: Примером взаимодействия с Департаментом образования области является обращение представителя администрации ЛПУ к начальнику отдела образования администрации городского округа, в котором представлены темы и план лекций для общеобразовательных учреждений города на учебный год с указанием ответственного лектора. На основе данного обращения начальником отдела образования администрации округа издается приказ о проведении тематических лекций («Об утверждении тематики лекций нагод» см. в материалах команд по репродуктивному здоровью ЦРБ г.Шарья на сайте проекта). Для составления обращения к начальнику отдела образования, предварительно рассылаются официальные письма во все учебные учреждения района. В письмах содержится приглашение школьников и студентов посетить Молодежный Центр или Центр планирования семьи, с указанием времени работы врачей, телефоны записи в видеолекторий. Лидер команды лично встречается с директорами школ и учителями, знакомит их с существующими проблемами в области, разрабатывает план совместной работы. Составленные планы совместной работы с учебными учреждениями, затем утверждаются Департаментом образования.

9 ЛИТЕРАТУРА И МАТЕРИАЛЫ

Проект рекомендует следующую литературу и материалы, которые являются источниками данного КРИ. Перечисленные материалы и литература находятся на библиотеке веб-портала www.healthquality.ru под ключевыми словами «Приложение к КРИ по профилактике беременностей, абортов и ИППП среди подростков».

1. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, учебный семинар, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2002.
2. Репродуктивное поведение и здоровье населения (медико-социальные аспекты) Кулигина М.В., Васильева Т.П., Кулигин О.В., Коновалов О.Е., Богатова И.К., Шевелева А.А., Иваново, 2008, С. 238.
3. Презентация от USAID «ИППП/ВИЧ»
4. Кишкун А.А. «Современная клиническая лабораторная диагностика», 2009.
5. Руководство по контрацепции под руководством проф.Прилепской В.Н., 2006
6. «Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи и пути их решения» Профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий.
7. Медицинские критерии приемлемости гормональной контрацепции, д.м.н. Роговская С.И., ФГУ «НЦАГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
8. Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодежи, профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий
9. Взросление. Репродуктивное здоровье и здоровый образ жизни. Под редакцией И.И. Гребешевой
10. Красная нить. Советы и рекомендации – методы работы по профилактике ВИЧ/СПИДа и половому воспитанию среди подростков.
11. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи. Москва.2007
12. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения.2009 год
13. Понкин И.В. Половое воспитание школьников в России. Институт государственно-конфессиональных отношений и права. Москва, 2008.
14. Руководство для участника обучения по теме: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения» ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Росмедтехнологии», Фонд «Здоровая Россия»
15. Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи. Издание первое, Москва, 2006 (Настоящее руководство разработано в рамках проекта «Мать и дитя», проводимого «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в 16 регионах Российской Федерации в 2003-2006 гг.)
16. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, учебный семинар, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2002.
17. Презентация от USAID «ИППП/ВИЧ» и Сопроводительный текст к презентации

18. «Инфекции, передаваемые половым путем». Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения, Институт здоровья семьи, 2009.
19. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья – Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи под ред. О.В. Шараповой - М.-2007.
20. Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора, ЮНИСЕФ, 2002.
21. Клиники, дружественные к молодежи: руководство для врачей и организаторов здравоохранения, СПбМАПО и ЮНИСЕФ, 2006
22. Приказ №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПСиР Костромской области» о создании специализированного приема по охране репродуктивного здоровья подростков.
23. Цикл лекций для подростков Центра планирования семьи и репродукции Костромской области.
24. Методические рекомендации по профилактике искусственного прерывания беременности в подростковой среде, Вялицын Геннадий Владимирович, МУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.»
25. Анализ тест-карт для выявления репродуктивной установки подростков, Вялицын Геннадий Владимирович, МУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.»
26. О тебе: изменения. Буклет для девочек 12 -13 лет
27. О тебе: изменения. Буклет для мальчиков 12 -13 лет
28. Советы молодоженам, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области.
29. ВМС, Фонд «Здоровая Россия»
30. Комбинированные оральные контрацептивы, Фонд «Здоровая Россия»
31. Метод лактационной аменореи, Фонд «Здоровая Россия»
32. Презерватив, Фонд «Здоровая Россия»
33. Консультирование по вопросам планирования семьи после аборта, Фонд «Здоровая Россия»
34. Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая Россия»
35. Внутриутробное развитие человека (плакат)
36. Внутриутробное развитие человека (файл для типографии).
37. ИППП/ВИЧ – брошюра.
38. Репродуктивная система – иллюстрации (наглядные материалы для лекции)
39. Приказ об утверждении тематики лекции на 2010 год в общеобразовательных учреждениях г. Шарья, 13 мая 2010 г.
40. Половое воспитание подростков в семье – рекомендации родителям
41. План профилактических осмотров девочек образовательных учреждений г.Шарья
42. Письмо от ЦПС в Епархию.
43. Результаты рабочей встречи от 6 сентября 2010 г с представителями Православной Церкви.
44. Анкета для педагогов, соц.работников по выявлению девочек-подростков высокого риска раннего начала половой жизни.
45. Анкета изучения поведения, связанного с риском для здоровья среди молодежи
46. Лист-вкладыш о консультировании после аборта

47. Результаты занятия по цели «Профилактика беременностей и ИППП среди подростков» в ЦРБ Шарьи, Костромской области
48. Результаты занятия по цели «Профилактика беременностей и ИППП среди подростков» в Центре планирования семьи и репродукции Костромской области
49. Результаты занятия по цели «Профилактика беременностей и ИППП среди подростков» в Тамбовской городской поликлинике № 5.
50. Форма аудита по консультированию по репродуктивному здоровью
51. Форма аудита по консультированию до и после аборта.
52. Как изменяется твоё тело – брошюра для школьников
53. Начни с начала – буклет
54. Брошюра о гормональных контрацептивах: «О некоторых важных проблемах вслух – для женщин».
55. Противозачаточное средство на крайний случай – брошюра.
56. Слайды для тренеров курса «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения», фонд «Здоровая Россия».
57. Форма эпикриза на девушку-подростка
58. Презентация «Методология консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора методов контрацепции», д.м.н., профессор, Уварова Е.В.
59. Приказ ДЗ Костромской области № 26а от 22.03.2010г «О проведении обучающих семинаров»
60. Текст лекций для выступлений на родительском собрании, для бесед с родителями в материалах команд по "репродуктивному здоровью подростков"
61. Закон Ивановской области по репродуктивному здоровью, «О правах и гарантиях граждан по созданию семьи и сохранению ее здоровья» Принят Законодательным Собранием 10 декабря 1998 года, с изменениями от 22 апреля 1999 года.
62. Презентация ГБ Галича, окт 2010 г.
63. Презентация ЦРБ Шарьи, окт 2010 г.
64. Презентация Центра планирования семьи и репродукции Костромской области о программе тренинга по репродуктивному здоровью в Костромской области, окт 2010 г.
65. Презентация Центра планирования семьи и репродукции Костромской области о своей работе окт 2010 г.
66. Опрос по консультированию до- и после- аборта
67. Материалы обучения по репродуктивному здоровью
68. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Фонд ООН в области народонаселения, Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи, Москва 2007.
69. Анкета для слушателей курса по репродуктивному здоровью в школе
70. График цикла лекции в школах
71. План лекций для студентов колледжа от Центра Планирования Семьи
72. Бебнева Тамара Николаевна, «Экстренная контрацепция у подростков и молодежи. Основы консультирования» Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2008, №2, 13-18.

73. Плакат «Знаете ли вы все имеющиеся возможности для планирования семьи?», USAID, Johns Hopkins Center for Communication Programs, ВОЗ.
74. Справочная таблица медицинских критериев приемлемости методов контрацепции ВОЗ.
75. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции, Второе издание, ВОЗ, 2004
76. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции, Обновление ВОЗ, 2008
77. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции, Третье издание, ВОЗ 2004
78. Психологическое доабортное консультирование: Методические рекомендации, Министерство Sports, туризма и молодежной политики Российской Федерации Федеральное агентство по делам молодежи, Москва 2009
79. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи женщинам после аборта, Проект «Мать И Дитя», Научный Центр Акушерства, Гинекологии И Перинатологии РАМН, Центральный Научно-Исследовательский Институт Организации и Информатизации Здравоохранения МЗ РФ 2003 г.



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ACKNOWLEDGEMENTS

This change package was prepared for the USAID Health Care Improvement Project (HCI), which is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The HCI Project is managed by University Research Co., LLC (URC) under the terms of Contract No. GHN-I-00-07-00003.

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Настоящий Комплекс рекомендуемых изменений подготовлен в рамках Проекта по улучшению здравоохранения, который осуществляется при поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию и выполняется Университетской исследовательской компанией (URC) по контракту № GHN-I-00-07-00003.

Подписано в печать 01.11.2011 г.

Печать офсетная

Формат 60*90/16 - 1

Заказ № 2412

Тираж: 120 экз.

Типография «Sunprint»

119334, Москва, Ленинский пр-т., д.37А

(495) 626-42-43

www.sunprint.ru