



### ПРОГРАМА "ЗДОРОВ'Я ЖІНОК УКРАЇНИ"

вул. Павлівська 18, офіс 100, Київ, 01054, Україна  
Тел.: (+380 44) 498 2492, факс: (+380 44) 498 2493,  
e-mail: info@fprh-jsi.org.ua

### HEALTHY WOMEN OF UKRAINE PROGRAM

18, Pavlivska str., office 100, Kyiv, 01054, Ukraine  
Tel.: (+380 44) 498 2492, Fax.: (+380 44) 498 2493,  
e-mail: info@fprh-jsi.org.ua



## ПАКЕТ АРГУМЕНТІВ НА КОРИСТЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї



**USAID**  
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

ПРОГРАМА „ЗДОРОВ'Я ЖІНОК УКРАЇНИ”  
HEALTHY WOMEN OF UKRAINE PROGRAM



Благодійний Фонд  
„ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ І ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї”



# **ПАКЕТ АРГУМЕНТІВ НА КОРИСЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї**

Цей документ було розроблено завдяки щедрій підтримці американського народу з допомогою Агентства США з Міжнародного Розвитку. Відповідальність за зміст документу несе Корпорація Інститут Досліджень та Тренінгів JSI; інформація, яка представлена у документі не завжди відображає погляди Агентства США з Міжнародного Розвитку або уряду Сполучених Штатів.

This document is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of the JSI Research & Training Institute, Inc. and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

# ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	<b>2</b>
<b>СПИСОК СКОРОЧЕНЬ ТА ГЛОСАРІЙ</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Планування сім'ї як одне з прав людини в ключових положеннях міжнародних та національних нормативно-правових документів</b>	<b>5</b>
1.1. Права подружніх пар та жінок у сфері репродуктивного здоров'я, задекларовані міжнародними документами.....	<b>5</b>
1.2. Ключові рекомендації ВООЗ з питань планування сім'ї.....	<b>8</b>
1.3. Нормативно-правове забезпечення питань планування сім'ї в Україні.....	<b>11</b>
<b>2. Доцільність планування сім'ї в контексті демографічних реалій...</b>	<b>13</b>
<b>3 Статеве виховання як чинник збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Можливості зниження рівня абортів, материнської та малюкової смертності шляхом запровадження планування сім'ї</b> .....	<b>21</b>
4.1. Зменшення кількості абортів внаслідок використання контрацепції.....	<b>21</b>
4.2. Використання методів контрацепції як резерв зниження материнської та малюкової смертності.....	<b>24</b>
<b>5. Позитивний вплив контрацепції на здоров'я населення</b> .....	<b>29</b>
5.1. Планування сім'ї як запорука здорового материнства та дитинства.....	<b>29</b>
5.2. Переваги використання контрацепції для здоров'я жінки.....	<b>31</b>
5.3. Безпечність використання сучасних контрацептивів.....	<b>33</b>
<b>6. Економічна доцільність інвестицій в планування сім'ї та контрацепцію</b> .....	<b>36</b>
6.1. Міжнародний досвід.....	<b>36</b>
6.2. Дані досліджень в Україні.....	<b>39</b>
<b>7. Забезпечення послугами з питань планування сім'ї та контрацептивами</b> .....	<b>43</b>
7.1. Приклади програм та державного забезпечення в інших країнах.....	<b>43</b>
7.2. Реалізація Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”.....	<b>46</b>
7.3. Аналіз роботи обласних програм в Україні.....	<b>48</b>
<b>8. ПІДСУМКИ ТА ПОДАЛЬШІ БАЖАНІ ДІЇ</b> .....	<b>50</b>

# ВСТУП

Охорона репродуктивного здоров'я, зокрема надання послуг з планування сім'ї та відповідної інформації, не тільки вважається основним засобом збереження здоров'я жінок і чоловіків, але також відноситься до розряду фундаментальних прав людини.

Планування сім'ї – це можливість подружніх пар і індивідуумів вільно, з почуттям відповідальності вирішувати питання про кількість і час народження дітей та мати інформацію і засоби, що дозволяють зробити вибір свідомо з використанням всього діапазону безпечних і ефективних методів.

*Мета Пакету аргументів на користь планування сім'ї:* інформування на усіх рівнях осіб, які приймають рішення, щодо необхідності запровадження планування сім'ї в Україні.

Зазначений пакет аргументів призначений для: керівників та спеціалістів Адміністрації Президента, Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, Міністерства соціальної політики, Міністерства молоді та спорту, Міністерства економічного розвитку і торгівлі, Міністерства фінансів, голів та заступників обласних, міських та районних державних адміністрацій, керівників постійних комітетів/комісій з питань бюджету та охорони здоров'я, керівників та заступників департаментів/управлінь/відділів охорони здоров'я, головних спеціалістів зі спеціальності акушерство і гінекологія та загальна практика - сімейна медицина, керівників громадських організацій.

Пакет аргументів складається з вибраних доказово обґрунтованих фактів та аргументів, які підтверджують необхідність запровадження заходів з планування сім'ї в Україні.

# СПИСОК СКОРОЧЕНЬ ТА ГЛОСАРІЙ

**ВІЛ:** Вірус імунодефіциту людини; вражає клітини імунної системи людини і перешкоджає їх нормальному функціонуванню.

**ВМК:** Внутрішньоматковий контрацептив.

**ВООЗ:** Всесвітня організація охорони здоров'я.

**Гендерна рівність:** Рівність прав і можливостей чоловіків і жінок.

**ЕГП (екстрагенітальна патологія вагітних):** Група різноманітних захворювань чи станів, об'єднаних тим, що вони не є гінекологічними хворобами або класичними акушерськими ускладненнями вагітності.

**Здоров'я:** Стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад.

**ІПСШ:** Інфекції, що передаються статевим шляхом.

**КОК:** Комбіновані оральні контрацептиви.

**Контрацепція:** Застосування різноманітних методів, які запобігають настанню вагітності.

**Конфіденційність:** Принцип, згідно з яким кожна людина має право на збереження таємниці особистого життя, включаючи відомості про стан її здоров'я. Конфіденційність передбачає необхідність запобігання розголошенню персональної інформації особою, якій ця інформація стала відома при виконанні своїх професійних обов'язків.

**МС (материнська смертність):** Смерть жінки, що настала під час вагітності або протягом 42 днів після її закінчення, незалежно від термінів і локалізації вагітності, і викликана будь-якою причиною, пов'язаною з вагітністю або обтяженою нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи іншої випадкової причини.

**Малюкова смертність:** Смерть дітей віком до 1 року.

**Міжсекторна співпраця:** Взаємозв'язок між частиною або частинами різних секторів суспільства, встановлений для здійснення дій та досягнення результатів з охорони здоров'я більш ефективним, дієвим та стабільним чином, ніж це могло бути досягнуто зусиллями лише сектору охорони здоров'я.

**МІКС-2012 (мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств):** Дослідження домогосподарств, проведене в Україні у 2012 р. спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) з метою отримання важливих даних щодо становища дітей та жінок в Україні.

**Незадоволена потреба в контрацепції:** Частка сексуально активних жінок дітородного віку, які перебувають в офіційному або неофіційному шлюбі, не користуються жодним методом контрацепції і повідомили,

що більше не хочуть мати дітей або бажають відкласти народження наступної дитини.

**ООН:** Організація об'єднаних націй.

**ФН ООН:** Фонд народонаселення Організації об'єднаних націй.

**ПС (планування сім'ї):** Можливість подружніх пар і індивідуумів вільно і з почуттям відповідальності вирішувати питання про кількість і час народження дітей; мати інформацію і засоби, що дозволяють зробити вибір свідомо з використанням всього діапазону безпечних і ефективних методів.

**СНІД:** Синдром набутого імунodefіциту - стан, який виникає на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції і характеризується розвитком різних інфекційних і/або онкологічних захворювань.

**Соціальна робота:** Професійна діяльність установ, організацій, фізичних осіб, яка полягає в сприянні соціальним змінам, вирішенні проблем людських стосунків та посиленні спроможності людини покращити якість власного життя.

**Сприяння покращенню здоров'я:** Процес надання людям можливостей посилювати контроль за своїм власним здоров'ям та його чинниками і тим самим покращувати його.

**Статеве виховання:** Відповідний віку та культурним рамкам процес формування системи норм і цінностей, надання знань, розвитку навичок, пов'язаних зі статевим розвитком, побудовою взаємин, збереженням репродуктивного та сексуального здоров'я та попередженням ризиків, пов'язаних із різними аспектами сексуальності.

**Стигматизація:** Упереджене ставлення до людини, пов'язане з наявністю у неї будь-яких відмінних властивостей, ознак. Стигматизація відбувається, зокрема, внаслідок того, що члени співтовариства вважають певні особливості людини (наприклад, наявність ВІЛ, інвалідність) небажаними і неприйнятними.

**Сумарний коефіцієнт народжуваності:** характеризує середню кількість дітей, народжених жінкою у гіпотетичному поколінні за все її життя, за умови збереження у кожній віковій групі існуючого рівня народжуваності. Розраховується як сума вікових коефіцієнтів народжуваності по всіх вікових інтервалах; його розмір не залежить від вікового складу населення і характеризує середній рівень народжуваності в календарному році, для якого його визначають.

**Цільова група:** Соціальна група, на яку націлено профілактичну або соціальну роботу.



# 1. ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ЯК ОДНЕ З ПРАВ ЛЮДИНИ В КЛЮЧОВИХ ПОЛОЖЕННЯХ МІЖНАРОДНИХ ТА НАЦІОНАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ

## 1.1. Права подружніх пар та жінок у сфері репродуктивного здоров'я, задекларовані міжнародними документами

Україною визнано одним з пріоритетних напрямів державної політики збереження репродуктивного здоров'я нації, та ратифіковано більшість міжнародних договорів і декларацій, що гарантують право людини на планування сім'ї.

Серед основних невід'ємних гарантованих прав жінок, подружніх пар та дитини слід зупинитися на наступних:

### право на охорону здоров'я:

- Міжнародний пакт із економічних, соціальних та культурних прав 1966 року гарантує право кожної людини на найвищий рівень фізичного та психічного здоров'я, що може бути досягнутий.
- Конвенція із прав дитини 1990 року спрямовує зусилля на зменшення малюкової та дитячої смертності.
- Декларація Міжнародної конференції з прав людини (Тегеран, 1968).
- Конференція ООН з питань народонаселення і розвитку 1994 року (Каїр), затвердила право кожного на захист репродуктивних прав і охорону репродуктивного здоров'я.
- Цілі Розвитку тисячоліття ООН (2000 рік) одним з пріоритетів зазначили зниження материнської та дитячої смертності (причому 3 із 8 цілей безпосередньо пов'язані з репродуктивним здоров'ям).
- Стратегія репродуктивного здоров'я ВООЗ 2004 року направлена на заохочення країн до застосування заходів з поліпшення послуг з репродуктивного та статевого здоров'я, у тому числі з планування сім'ї.

### право на бажану дитину (вільний вибір щодо того, мати дитину чи ні, і коли саме):

- Універсальна декларація про права людини 1968 року декларує право людини одружуватись і створювати сім'ю.
- Конвенція із прав дитини 1990 року спрямована на народження здорової дитини шляхом розвитку профілактичної медичної допомоги та послуг із питань планування сім'ї.



- Міжнародна конференція із народонаселення і розвитку 1994 року у Каїрі затвердила, що першочерговим і найголовнішим серед перелічених завдань є забезпечення того, щоб кожна дитина була бажана.
- Стратегія для всіх країн Європейського регіону ВООЗ „Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ” (1998 рік) одним із завдань визначає здоровий початок життя.

**право на усвідомлений вибір** (*право на інформацію, інформування та консультування*):

- Міжнародний пакт із економічних, соціальних та культурних прав 1966 року гарантує право на просвіту та інформацію щодо здоров'я.
- Конференція ООН з питань народонаселення і розвитку від 1994 року (Каїр) затверджує право чоловіків і жінок на одержання інформації щодо послуг з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.
- Стратегія для всіх країн європейського регіону ВООЗ „Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ” (1998 рік) одним із завдань визначає широке розповсюдження інформації щодо планування сім'ї та здорового способу життя.

**право на доступ до усього спектру безпечних та ефективних методів та засобів попередження непланованої вагітності та послуг з планування сім'ї**:

- Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок (1981 рік) спрямована на забезпечення права жінок мати доступ до адекватних медичних заходів, включаючи інформацію, консультування та послуги із планування сім'ї.
- Конвенція із прав дитини 1990 року спрямована на розвиток профілактичної медичної допомоги, консультування, освіти і послуг із питань батьківства і планування сім'ї.
- Міжнародна конференція із народонаселення і розвитку 1994 року у Каїрі зазначила, що до 2015 року, країни повинні забезпечити універсальний доступ до широкого спектру безпечних і надійних методів планування сім'ї.
- Цілі Розвитку тисячоліття ООН (2000 рік) запропонували країнам світу до 2015 року зробити універсальний доступ до послуг збереження репродуктивного здоров'я національною стратегією.

**право на відсутність дискримінації**

- Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок (1981 рік) спрямована на ліквідацію дискримінації жінок у галузі охорони





здоров'я з метою забезпечення рівного для чоловіків і жінок доступу до медичних послуг, включаючи послуги із планування сім'ї.

- Четверта всесвітня конференція ООН з прав жінок 1995 року (Пекін) наголосила на необхідності постійно гарантувати те, щоб репродуктивні права залишалися невід'ємною частиною прав людини.
- Учасники Європейської регіональної конференції „Сприяти можливості вибору: пріоритети в області народонаселення на XXI століття”, організованої ООН та ФН ООН (Женева, 2013 р.), закликали уряди країн надавати підтримку службам з охорони репродуктивного та сексуального здоров'я, передбачати прийняття добре обґрунтованих рішень і шанобливо ставитися до індивідуального вибору людини.

***Висновок: Ратифікувавши міжнародні договори та декларації, держава взяла на себе зобов'язання гарантувати кожному громадянину України дотримання права на збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.***

#### **Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. [http://www.who.int/topics/family\\_planning/ru/](http://www.who.int/topics/family_planning/ru/)
2. <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/planuv.pdf>
3. <http://www.ippf.org/en/>
4. <http://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf>
5. <http://www.un.org/ru/rights/>
6. <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/>
7. [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)
8. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf>
9. [http://www.tfh.jsi.com/Resources/Docs/rationale\\_fp\\_fsu-ru.pdf](http://www.tfh.jsi.com/Resources/Docs/rationale_fp_fsu-ru.pdf)
10. <http://www.umj.com.ua/article/38690/normativno-pravove-regulyuvannya-diyalnosti-sluzhbi-planuvannya-sim-i-ta-zberezhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya>



## 1.2. Ключові рекомендації ВООЗ з питань планування сім'ї

ВООЗ визнає планування сім'ї невід'ємним правом кожної подружньої пари на заплановане, відповідальне і свідоме народження дитини.

ВООЗ „10 фактів про здоров'я жінок”, 2011 р.: щорічно близько 14 мільйонів дівчат підліткового віку стають матерями. Щодня 1600 жінок і більше 10000 новонароджених дітей помирають від ускладнень вагітності та пологів, які можна було попередити.

ВООЗ „Стратегія в сфері репродуктивного здоров'я”, 2004р.: більше 120 мільйонів подружніх пар у країнах, що розвиваються, та країнах з перехідною економікою не задовольняють потреб в безпечній та ефективній контрацепції, незважаючи на своє виражене бажання уникати майбутніх вагітностей або встановлювати інтервали між ними. Близько 80 мільйонів жінок щорічно мають неплановану вагітність.

У 2004 році ВООЗ ухвалила першу глобальну **Стратегію в сфері репродуктивного здоров'я**.

### **ВООЗ пропонує ключові напрямки дій на рівні країни:**

- виявлення проблем, встановлення пріоритетів і стратегій за участю всіх зацікавлених сторін;
- підвищення потенціалу систем охорони здоров'я (на національному рівні) за рахунок:
  - сталих механізмів фінансування (охорона репродуктивного та сексуального здоров'я має займати центральне місце в процесах національного планування та стратегіях, бути пріоритетом в пакетах основних послуг з охорони здоров'я);
  - кадрових ресурсів (підготовка і збереження кваліфікованого персоналу в охороні здоров'я. Слід більш спиратися на фахівців середньої ланки);
  - якості надання послуг (розповсюдження кращих практик, створення системи матеріально-технічного забезпечення, стратегічне планування за участю фахівців і керівників охорони здоров'я, оцінка існуючої якості медичної допомоги та визначення оптимальних шляхів підвищення якості в рамках існуючих обмежених ресурсів, розповсюдження втручань з доведеною ефективністю);
  - доступу до послуг та їх використання (виявлення та подолання соціальних, економічних і культурних перешкод та причин невикористання послуг з планування сім'ї та сприяння належному використанню наявних послуг).



- *поліпшення інформації для встановлення пріоритетів* (зміцнення можливостей для збору і аналізу даних про стан здоров'я, функціонування служб охорони здоров'я на всіх рівнях; встановлення пріоритетів на основі надійних даних за участю зацікавлених сторін);
- *створення підтримуючих законодавчих та регуляторних механізмів* (усунення обмежень та удосконалення нормативних документів, що буде сприяти поліпшенню доступу до послуг, запровадження стандартів);
- *удосконалення системи моніторингу, оцінки та звітності* на основі конкретних планів та комплексу показників.

У 2010 році ВООЗ розроблено **Пакет заходів з планування сім'ї, безпечного аборту, здоров'я матері, новонародженого та дитини.**

У сфері планування сім'ї Пакет включає наступні компоненти:

- інтеграція планування сім'ї у послуги з репродуктивного здоров'я;
- консультування щодо поінформованого вибору методу контрацепції;
- наявність та доступність методів контрацепції;
- просвіта з питань планування сім'ї та профілактики ІПСШ (ВІЛ), раку шийки матки та раку молочної залози.

**Заходи з планування сім'ї мають потенціал (ВООЗ, 2010) зменшити рівень:**

- материнської смертності на **32%**;
- малюкової та дитячої смертності на **10%**;
- непланованої вагітності на **71%**, а саме: попередити 53 мільйони непланованих вагітностей, 22 мільйони непланованих пологів, 25 мільйонів абортів та 7 мільйонів викиднів;
- можуть попередити **80%** заражень ВІЛ статевим шляхом правильним та послідовним використанням презервативів;
- знизити вартість післяабортного лікування внаслідок небезпечного аборту до 230 мільйонів доларів щороку у разі використання сучасних методів контрацепції усіма жінками з ризиком непланованої вагітності.

**Переваги планування сім'ї (ВООЗ, 2013):**

- *Зменшення ризику, пов'язаного з вагітністю, для здоров'я жінок* (дотримання безпечних інтервалів між вагітностями, відстрочення їх у юних та попередження у жінок старшого репродуктивного віку, які піддаються підвищеному ризику виникнення проблем зі здоров'ям і смерті в результаті вагітності).
- *Зниження материнської, малюкової та дитячої смертності* (запобігання частим або несвоєчасним вагітностям і пологам, що пов'язані



з найвищими показниками материнської, малюкової та дитячої смертності).

- *Сприяння запобіганню ВІЛ/СНІДу* (використання презервативів забезпечує подвійний захист від непланованої вагітності і від ІПСШ, включаючи ВІЛ, а також зниження ризику настання небажаної вагітності у жінок з ВІЛ, що призводить до зменшення частки інфікованих дітей та сиріт).
- *Покращення добробуту та надання можливостей у поліпшенні освіти* (можливості жінкам для освіти та участі у суспільному житті, включаючи оплачувану роботу).
- *Зменшення числа вагітностей серед дівчат-підлітків* (у яких з найбільшою ймовірністю народжуються недоношені діти або діти з низькою масою тіла, що збільшує смертність новонароджених).

***Висновок: ВООЗ визначає планування сім'ї пріоритетним напрямком сфери громадського здоров'я, розробляє керівні принципи та рекомендації, що допомагають країнам поліпшити систему надання послуг та забезпечити використання безпечних методів контрацепції відповідно до стандартів якості, що базуються на засадах доказової медицини.***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/ru/>
2. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_RHR\\_04.8\\_rus.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_rus.pdf?ua=1)
3. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\\_RHR\\_07.7\\_rus.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_rus.pdf?ua=1)
4. [http://plana.org.ua/books/posibnyk\\_2012.pdf](http://plana.org.ua/books/posibnyk_2012.pdf)
5. <http://www.who.int/features/factfiles/women/ru/>
6. [http://www.who.int/features/factfiles/maternal\\_health/maternal\\_health\\_facts/ru/](http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/ru/)
7. [https://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb\\_russian\\_2008.pdf](https://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb_russian_2008.pdf)



### 1.3. Нормативно-правове забезпечення питань планування сім'ї в Україні

Національне законодавство України відповідає вимогам міжнародних документів та забезпечує реалізацію права населення на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

Основний документ держави - **Конституція України**, містить цілу низку положень, що безпосередньо стосуються забезпечення охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї (ст. 24 проголошує рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, у тому числі за ознаками статі, створенням умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материнством; ст. 49 проголошує право на охорону здоров'я та медичну допомогу, та закріплює обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування).

Важливе значення для захисту репродуктивних прав мають: **Цивільний кодекс України** (який закріплює право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 283), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286); **Сімейний кодекс України** (визначає шлюбний вік (ст.22) та закріплює права й обов'язки подружжя (гл. 9).

Регулювання права на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї визначено в **Основах законодавства України про охорону здоров'я** (регламентує право жінки самій вирішувати питання про материнство, гарантує відсутність будь-яких обмежень у застосуванні тих чи інших методів контрацепції).

Загалом законодавство України зорієнтоване на визнання за жінкою права вільно приймати рішення щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням.

Фундаментальним документом щодо збереження репродуктивного здоров'я стала **Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”**, усі розділи якої безпосередньо пов'язані із формуванням та збереженням репродуктивного здоров'я, а планування сім'ї виділено в окремий розділ. Вона визначає, зокрема, щорічне забезпечення за рахунок державного та місцевих бюджетів закупівлі контрацептивів для окремих категорій жінок: жінки з екстрагенітальною патологією, молодь віком 18-20 років, малозабезпечені жінки тощо.

Для реалізації норм згаданих вище законодавчих документів Міністерством охорони здоров'я розроблена низка галузевих нормативних документів, які регламентують роботу зі збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

В Україні створено **повний пакет регламентуючих документів** з питань планування сім'ї:



- Наказ МОЗ України та НАМН України від 29.11.2013 №1030/102 „Про удосконалення системи планування сім’ї та охорони репродуктивного здоров’я”, зареєстрований Мін’юстом 20.12.2013 за №2162/24694.
- Адапована **клінічна настанова**, заснована на доказах „Планування сім’ї” та **Уніфікований клінічний протокол** первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги „Планування сім’ї” (затверджено наказом МОЗ України від 21.01.2014 №59 „Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім’ї”).
- Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №417 „Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” визначає, що амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров’я населення та планування сім’ї.
- Наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177 „Про затвердження Клінічного протоколу „Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності” включає заходи щодо підвищення якості та ефективності послуг, які надаються у системі охорони здоров’я для профілактики непланованої вагітності.
- Наказ МОЗ України від 24.05.2013 №423 „Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення” визначає порядок проведення після-абортного консультування з питань планування сім’ї.
- **Навчальні посібники** „Сучасні аспекти планування сім’ї”, 2012 та „Методи контрацепції відповідно до періодів життя (післяпологовий та післяабортний періоди)”, 2013.

***Висновок: В Україні існує законодавче підґрунтя для забезпечення збереження репродуктивного здоров’я населення та надання послуг з планування сім’ї, що відповідає нормам міжнародного законодавства. Розроблені нормативні документи, що забезпечують організацію надання послуг на всіх рівнях медичної допомоги і спрямовані не лише на вирішення проблем, а й на їх попередження.***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. <http://www.moz.gov.ua/>
2. <http://zakon1.rada.gov.ua/>

## 2. ДОЦІЛЬНІСТЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї В КОНТЕКСТІ ДЕМОГРАФІЧНИХ РЕАЛІЙ



Демографічна криза в Україні виражається у поєднанні депопуляції (тобто скорочення чисельності населення внаслідок перевищення числа смертей над числом народжень) із незадовільним станом здоров'я населення та низькою тривалістю життя.

На межі тисячоліть, у 2000-2001 роках, Україна вирізнялась найнижчим у Європі рівнем народжуваності та одним із найнижчих – тривалості життя. З початку поточного сторіччя в Україні з'явилися ознаки стабілізації, а згодом – і певного поліпшення демографічної ситуації: припинилось падіння народжуваності й розпочалось її зростання, став підвищуватись рівень шлюбності і знижуватися частота розлучень, поступово стала зменшуватись інтенсивність депопуляції; з 2008 року з'явилась тенденція підвищення тривалості життя.

У цілому за період незалежності чисельність постійного населення України скоротилась на 6,4 млн. осіб, і зрештою на початок 2014 р. постійне населення становило 45,2 млн. осіб (наявне – 45,4 млн.). Провідним (а з 2005 р. і єдиним) фактором зменшення чисельності населення в Україні є депопуляція.

Україна належить до країн з доволі високим рівнем постаріння, зокрема, за часткою осіб віком 60 років і старше у населенні (21,6% - на початок 2014 р.), вона входить до тридцяти найстаріших країн світу.

Сумарний коефіцієнт народжуваності в Україні після десятирічного періоду падіння (у 2001 р. становив 1,09 дитини на жінку), з 2002 р. став підвищуватись і з того часу зріс до 1,5 дитини на жінку (у 2013 р.), що ненабагато нижче середнього рівня за даним країн ЄС (1,58 дитини) (рис.2.1).

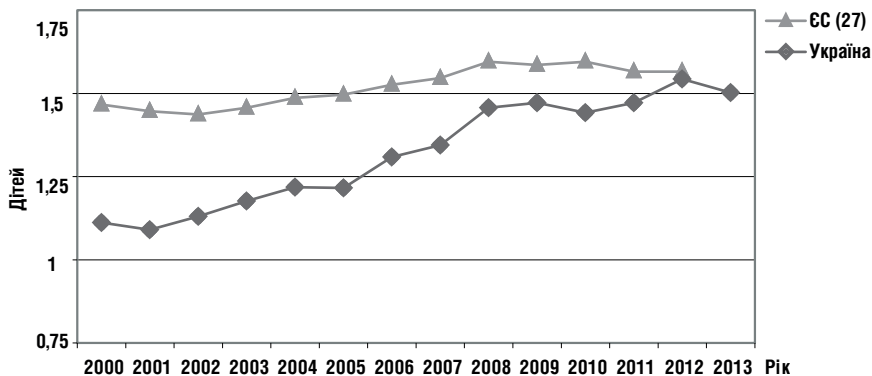


Рис.2.1. Сумарний коефіцієнт народжуваності в Україні та ЄС у 2000-2013 рр\*.

\*Примітка: останні дані за сукупністю країн ЄС доступні за 2012 р.



Серед значущих змін у народжуваності періоду незалежності в Україні слід відзначити такі дві тенденції: збільшення середнього віку матері при народженні дитини та зростання частки малюків, народжених матерями, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі. Підвищення рівня народжуваності в Україні протягом останнього десятиріччя супроводжувалося також певним зменшенням частки дітей від перших пологів та збільшенням – частки дітей від других і третіх пологів у складі новонароджених. У цілому ж результати низки соціально-демографічних досліджень останніх років підтверджують переважаючу орієнтацію населення репродуктивного віку в Україні на дводітну сім'ю.

Для сучасного світу характерним є зменшення кількості дітей у сім'ї під впливом зрушень у системі цінностей, поширення індивідуалізованого способу життя. Це зумовило необхідність планування сім'ї, що спрямоване на збереження репродуктивного здоров'я жінки і забезпечення народження бажаних дітей. Методам контрацепції у даному процесі відведено роль інструмента планування сім'ї, що дає змогу зменшити частоту абортів (*досвід розвинутих країн із низькою народжуваністю показує, що збільшення використання сучасних методів контрацепції просто витісняє аборти, при цьому не впливаючи на рівень народжуваності*) та запобігти материнській і перинатальній смертності.

Згідно з результатами соціально-демографічних опитувань, в Україні кожна п'ята особа з числа тих, хто має чіткі репродуктивні плани, зараз не бачить для себе можливості повною мірою задовольнити потребу в бажаній кількості дітей, при цьому нерідко народження дитини відкладається до створення/формування тих чи інших більш сприятливих умов (завершення освіти, набуття економічної незалежності, поліпшення житлових умов тощо). Саме *свідоме батьківство, відповідальне прийняття добровільного рішення про кількість дітей та інтервали між їх народженнями є основним принципом планування сім'ї у сучасних умовах.*

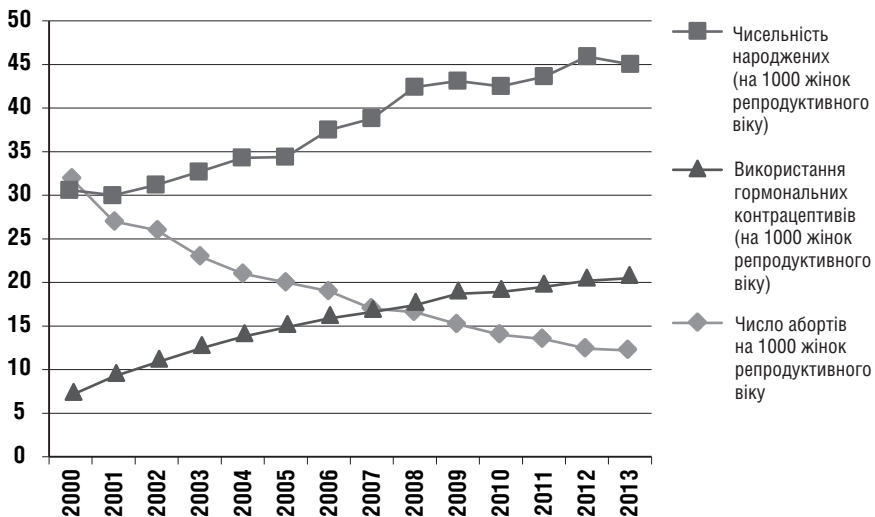
Дані по Україні і показники низки розвинутих країн з порівняно більш високим рівнем народжуваності (Велика Британія, Франція, Швеція<sup>1</sup>) демонструють, що поширення практик планування сім'ї (яке втілюється в ефективному використанні контрацепції) не лише зумовлює зменшення частоти абортів, а й нерідко супроводжується сприятливими змінами у динаміці та структурі народжуваності. Так, наприклад, у нашій країні за роки, які минули у поточному сторіччі, частота дітонародження зростала на тлі підвищення частоти використання гормональної контрацепції й зниження рівня абортів (рис.2.2).

---

<sup>1</sup> У цих країнах ще у 1970-80 -і роки не менш ніж 80% жінок у віці 15-49 років, які перебували у зареєстрованому або незареєстрованому шлюбі, користувалися тим чи іншим способом контрацепції. Наразі у низці країн Північної Європи та Північної Америки показник використання контрацепції або перевищує 80% або близький до 80%. Доволі високий показник також в іншій частині Європи (за винятком південної) і в країнах Південної Америки

---





**Рис.2.2. Народжуваність, частота абортів та використання гормональної контрацепції в Україні у 2000-2013 рр.**

У цілому рівень використання сучасних контрацептивів в Україні збільшується. Порівняння результатів медико-демографічного дослідження 2007 р. (МДОУ-2007) і мультикластерного обстеження господарств 2012р. (МІКС-2012) засвідчує, що використання сучасних контрацептивів збільшилось на 1,6 в.п. (із 38,3% до 39,9%).

Наявна певна диференціація використовуваних методів у залежності від шлюбного стану жінок: незаміжні сексуально активні жінки порівняно із заміжними частіше вживають протизаплідні таблетки (10,8% та 6,4% відповідно), а використання внутрішньоматкових контрацептивів серед заміжніх жінок становить 13,9%, а серед незаміжніх – 3,8%. При цьому як заміжні, так і сексуально-активні незаміжні жінки найчастіше використовують чоловічий презерватив як метод контрацепції (24,2% та 55% відповідно).

Попри сприятливу динаміку, рівень використання контрацепції в Україні все ще помітно нижчий, ніж у розвинутих європейських країнах, структура використовуваних методів – ще доволі архаїчна<sup>2</sup>, а відтак - і частота абортів лишається відчутно вищою. Результати, отримані у ході проведення МІКС-2012, засвідчують, що серед вагітностей, які мали місце протягом трьох років перед обстеженням, третина вагітностей четвертою дитиною і дітьми більш високих черговостей закінчилась абортom, серед вагітностей третьою дитиною – понад чверть<sup>3</sup>. Майже 3/5 жінок з двома

<sup>2</sup> Зокрема, у тому сенсі, що частка традиційних методів серед застосовуваних в Україні значно вища, ніж у розвинутих європейських країнах

<sup>3</sup> За першою та другою вагітностями відсоток штучних переривань становив 5,2% та 12,2% відповідно



дітьми та близько 1/5 матерів з трьома і більше дітьми повідомили у ході обстеження, що вони не бажають більше народжувати.

Саме у подібних випадках (а також за необхідності відкладання народження) альтернативою непланованій вагітності й, відповідно, абортів, мала б стати ефективна й безпечна контрацепція.

Статистичні дані ряду європейських країн демонструють, що в умовах низького рівня народжуваності на зміну абортам приходять контрацепція як найбільш прийнятний метод контролю дітонародження, при цьому поширення контрацепції більше не призводить до подальшого спаду народжуваності.

***Висновок: Народжуваність в Україні, після тривалого періоду падіння, надалі почала зростати і нині її рівень наблизився до середньоєвропейського, разом з тим демографічна ситуація в країні залишається несприятливою. Збільшення використання сучасних методів контрацепції витісняє аборти, при цьому не впливає негативно на рівень народжуваності.***

#### **Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні: в основі роботи фактичний матеріал з Європи, Євразії та США" (2007 р.) – Режим доступу: [http://www.tf.h.j.si.com/Resources/Docs/rationale\\_fp\\_ukraine-ukr.pdf](http://www.tf.h.j.si.com/Resources/Docs/rationale_fp_ukraine-ukr.pdf)
2. <http://www.moz.gov.ua/>
3. Новая оценка использования контрацепции в мире - Режим доступу: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0547/reprod01.php>
4. Birth Control Pills May Aid Fertility Prolonged Use May Make it Easier to Conceive Later. – Режим доступу: <http://www.webmd.com/sex/birth-control/news/20020827/birth-control-pills-may-aid-fertility>
5. Gurevich R. Myth: Birth Control Pills Cause Infertility, 2011– Режим доступу:<http://infertility.about.com/b/2011/04/26/myth-birth-control-pills-cause-infertility.htm>
6. Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку — К.: ТОВ „Основа-Принт”, 2009. — 248 с.
7. Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні. –К.: АДЕФ-Україна, 2008. – 256 с.
8. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти. – К: ВПЦ „Візаві”, 2010. – 248 с.
9. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

### 3. СТАТЄВЕ ВИХОВАННЯ ЯК ЧИННИК ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я



За спостереженнями соціологів і медиків, **вік, в якому юнаки та дівчата вперше вступають у сексуальні стосунки знижується, а кількість статевих партнерів зростає.** Здатність і бажання вести активне статеве життя у підлітків з'являються здебільшого раніше, ніж настає психологічна і соціальна зрілість. Вступаючи в сексуальні стосунки, підлітки часто не усвідомлюють, а іноді й не знають про можливі наслідки цього кроку, ранню вагітність, інфікування і важкі захворювання.

В Україні від 7 до 15% школярів вперше мали статевий контакт у віці до 15 років. Серед учнів 9-го класу досвід сексуальних стосунків був у 17% хлопчиків і дівчаток, а серед десятикласників – у 23%. Близько 30% опитаних учнів 11-го класу вже вступали в статеві контакти.

*Джерело: „Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовини серед учнівської молоді України”. Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка за підтримки представництва ЮНІСЕФ в Україні, 2011.*

Серед дівчат питома вага тих, хто не використовував презерватив, значно вища, ніж серед хлопців (33% проти 17%). Цей показник майже не змінився за останні чотири роки – кожен четвертий підліток, який має статеві стосунки, не використовує презерватив під час статевих контактів.

За результатами соціологічного дослідження „Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді” ранні статеві зв'язки також пов'язані з іншими типами ризикованої поведінки, наприклад, вживанням психоактивних речовин. Багато підлітків отримують перший сексуальний досвід у стані сп'яніння, а це означає, що вони могли не повністю усвідомлювати що відбувається; іноді можна говорити навіть про приховане або явне насильство.

**Нерідко проблеми, що виникають у сфері репродуктивного здоров'я дорослих, беруть початок у підлітковому, а інколи й дитячому віці.**

Статеве виховання має починатися з раннього дитинства відповідно до стадій психосексуального розвитку дитини. Для посилення ефективності шкільних профілактичних освітніх програм, дуже важливим є взаєморозуміння та партнерство між батьками та вчителями. Батьківську громаду необхідно інформувати про всі напрямки профілактичної освіти, в тому числі про компонент статевого виховання.

**Тісна взаємодія медичного та освітнього сектора є дуже важливою для підвищення дієвості програм статевого виховання.** З точки зору освітан статеве виховання є частиною загальної виховної роботи, що



наголошує на питаннях суспільних норм та моралі, правил поведінки, традиційних сімейних цінностей; нерідко вчителі уникають обговорення більш відвертих тем, пов'язаних із статевим розвитком, сексуальними стосунками, які, насамперед, цікавлять та непокоять підлітків. Медичні працівники, натомість, пріоритетним завданням статевого виховання вважають саме зменшення ризикованих форм поведінки оскільки стикаються і змушені реагувати вже на наслідки ранніх статевих стосунків, які нерідко бувають негативними.

Учнів необхідно залучати до програм та освітніх заходів, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я і виховання сексуальної культури ще до того, як вони можуть розпочати активне статеве життя, задля формування статевої культури, попередження таких соціально-небезпечних хвороб, як ВІЛ/СНІД, гепатит, інших захворювань, що передаються статевим шляхом.

Дієвість профілактичних програм підвищується за наявності спеціалізованих закладів до яких діти та підлітки можуть самостійно, безкоштовно і анонімно звернутися за консультацією або допомогою із питань пов'язаних із статевим розвитком, сексуальними стосунками, контрацепцією, захворюваннями статевої системи тощо.

**Клініки, дружні до молоді (КДМ) – спеціалізовані медичні заклади, створені для надання медичних, психологічних, соціальних послуг підліткам та молоді.** Основним завданням КДМ є надання допомоги підліткам і молоді через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я.

#### **Ефективність програм статевого виховання**

Результати численних міжнародних досліджень доводять, що ефективні комплексні профілактичні програми, у яких достатню увагу приділяють питанням статевого виховання для збереження репродуктивного здоров'я, допомагають молоді та підліткам:

- відтермінувати початок статевого життя або утриматися від вступу у статеві стосунки;
- зберігати вірність одному статевому партнеру;
- відповідально ставитися до планування сім'ї;
- використовувати засоби захисту від ІПСШ, ВІЛ, а також непланованої вагітності.

Впровадження профілактичних програм, які коректно розглядають всі ключові питання статевого виховання:

- не призводять до раннього вступу у статеві стосунки, не збільшують кількість статевих контактів та статевих партнерів;
- не суперечать національно-культурним традиціям, а навпаки, формують та закріплюють у молоді відповідні цим традиціям загально-визнані ціннісні орієнтири та норми поведінки, що дозволяють зберегти здоров'я.



*Аналіз економічної ефективності програм статевого виховання доводить, що правильно організована профілактична робота впливає на зміну поведінки і призводить до позитивних результатів та є економічно виправданою (ЮНЕСКО, 2011). Убезпечуючи молодь від інфікування ІПСШ, ВІЛ, випадків ранньої вагітності, статево виховання допомагає заощадити кошти на подальше лікування та уникнути репродуктивних втрат.*

У 2010 році ЮНЕСКО ініціювала та провела детальний аналіз економічної ефективності програм статевого виховання в рамках шкільної освіти на прикладі 6 країн з низьким, середнім та високим рівнем економічного розвитку в різних регіонах світу. Приклад Естонії може бути найбільш показовим для України через схожість освітньої та медичної системи наших країн.

Приклад Естонії (2001-2009 р.) Декілька експертних опитувань, аналіз статевої поведінки підлітків та порівняння показників репродуктивного здоров'я підлітків та молоді, а також аналіз витрат на лікування, дозволили зробити висновок, що профілактичні програми статевого виховання в Естонії є економічно вигідними, за умови, що призводять до зниження інфікування на ВІЛ щонайменше на 4%.

Внаслідок впровадження комплексної програми статевого виховання на базі шкільної освіти та розвитку відповідних сервісних служб, за 9 років в цій країні вдалося досягнути переконливих результатів, а саме:


- зниження рівня абортів серед підлітків на 45%;
- зниження інфікування ІПСШ на 62%;
- зменшення нових випадків інфікування на ВІЛ у віковій групі з 15-19 років на 96%.

Для досягнення універсального доступу до профілактичних програм та підвищення їх ефективності **необхідно**:

- забезпечити реалізацію комплексних профілактичних програм для підлітків і молоді на всіх етапах загальної освіти, початкової, середньої та вищої професійної освіти;
- включити в комплексні профілактичні програми питання, пов'язані з збереженням репродуктивного здоров'я, профілактикою ВІЛ та інших ІПСШ, а також плануванням сім'ї;
- забезпечити стабільне державне фінансування для розробки та повноцінної реалізації профілактичних освітніх програм в національних масштабах;
- зміцнити систему підготовки педагогічних кадрів для реалізації профілактичної освіти шляхом включення відповідного компонента в

тематику і зміст програм навчання студентів педагогічних коледжів та вузів, курсів підвищення кваліфікації педагогічних працівників;

- стандартизувати систему моніторингу та оцінки ефективності освітніх програм серед підлітків та молоді, що дозволяє оцінювати їх внесок у збереження репродуктивного здоров'я.



***Висновок: Статеве виховання, що починається з раннього дитинства, продовжується на базі загальнообов'язкової шкільної освіти та підкріплене системою медичних, соціальних та психологічних послуг для підлітків та молоді, призводить до зміцнення репродуктивного здоров'я та збереження репродуктивного потенціалу у дорослому віці. За умови дотримання критеріїв ефективності освітніх профілактичних програм, вони є не лише дієвими, але й економічно вигідними.***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Международное техническое руководство по половому просвещению. Часть I, ЮНЕСКО, 2010
2. Обучение, поддержка и защита учащихся и работников образования, живущих с ВИЧ или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции: практические рекомендации по реализации политики в отношении ВИЧ-инфекции в системе образования в странах Восточной Европы и Центральной Азии / Л.А. Глазырина, А.И. Загайнова, Т.А. Епоян ; под ред. А.И. Загайновой. – М., 2011. – 56 с.
3. Повышение эффективности профилактических программ для подростков и молодежи в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Бюро ЮНЕСКО в Москве, 2011
4. Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Обзор нормативной базы и существующей практики. ЮНЕСКО, Москва
5. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України:2011/О.М. Балакірева (кер. авт. кол.; Т.В. Бондар, Ю.П. Галіч та ін. Український інститут соціальних досліджень ім. О.Яременка.-К.: ТОВ ВПК «ОБНОВА», 2011.- С. 88
6. Ставлення та погляди батьків щодо статевого виховання своїх дітей за результатами глибоких інтерв'ю з батьками дітей від 6 років. Благодійний фонд «Здоров'я жінки та планування сім'ї», ГО «Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка», 2011
7. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: моногр. / О. М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ/ Укр. ін-т соц.дослід. ім. О. Яременка. – К. : К.І.С., 2011
8. Статеве виховання: сім'я і школа. Як налагодити партнерство. Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї», Київ, 2012
9. School-based Sexuality Education Programmes. A Cost and Cost-Effectiveness Analysis in Six Countries. Executive summary, UNESCO, 2011
10. Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. WHO Regional Office for Europe, Federal Center for Health Education, BZgA, Cologne, 2010

## 4. МОЖЛИВОСТІ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ АБОРТІВ, МАТЕРИНСЬКОЇ ТА МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ ШЛЯХОМ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

### 4.1. Зменшення кількості абортів внаслідок використання контрацепції



*Рівень штучного переривання вагітності в Україні поступово знижується, проте ще залишається високим.*

Рівень штучного переривання вагітності в Україні за останні роки прогресивно зменшується (дані державної статистики): з 13,9 на 1000 жінок фертильного віку у 2010 році до 12,2 - у 2013 році, та відповідно з 33,4 на 100 народжених живими в 2010 до 27,76 – у 2013 році.

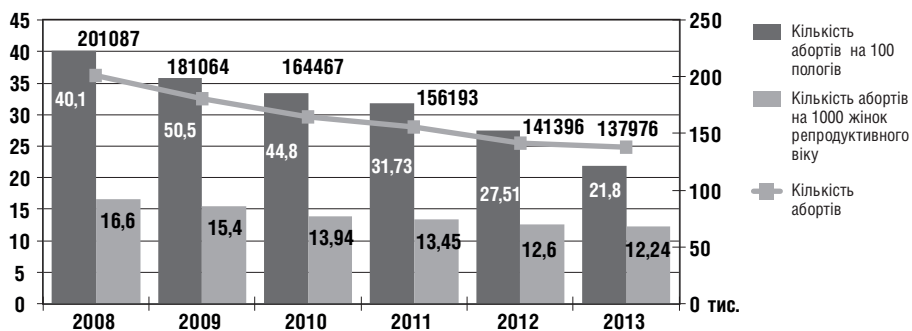


Рис 4.1. Рівень абортів в Україні

Незважаючи на значне зниження показника, рівень штучного переривання вагітності в Україні все ще значно перевищує відповідні показники провідних європейських країн.

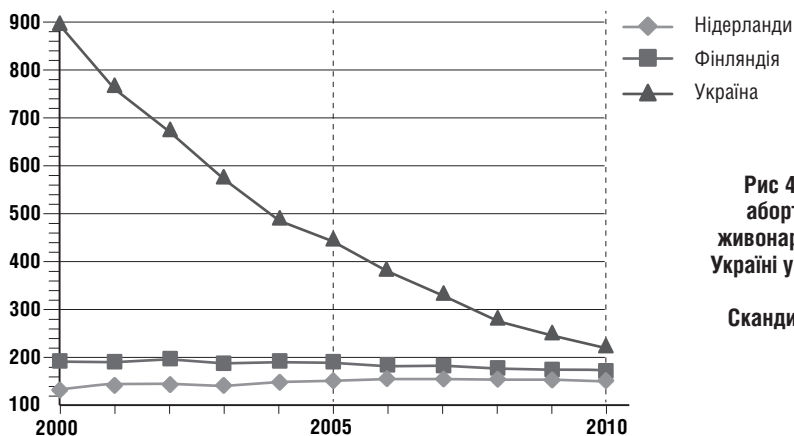


Рис 4.2. Частота абортів на 1000 живонароджених в Україні у порівнянні з деякими Скандинавськими країнами

За даними МІКС-2012 закінчилися абортами 13,8% вагітностей, що мали місце протягом трьох років, які передували обстеженню. Практично чверть респонденток в Україні (23,1%) мала досвід абортів, з них 58,2% повідомили про одиничний аборт, 37,4% було зроблено аборт 2-3 рази, і ще менше 5% українських жінок вказали, що їм було здійснено аборт 4 і більше рази.

**Існує пряма залежність зменшення рівня абортів від збільшення рівня використання контрацептивів.**

За даними Європейського бюро ВООЗ (2007р.), в країнах Східної Європи рівень штучного переривання вагітності різко знижується, що співвідноситься з істотним збільшенням рівня використання засобів контрацепції. В огляді 2007 року, Вірменія, Азербайджан і Грузія мали найвищі показники абортів в Європейському регіоні, а рівень використання сучасних контрацептивів був найнижчим в цих країнах.

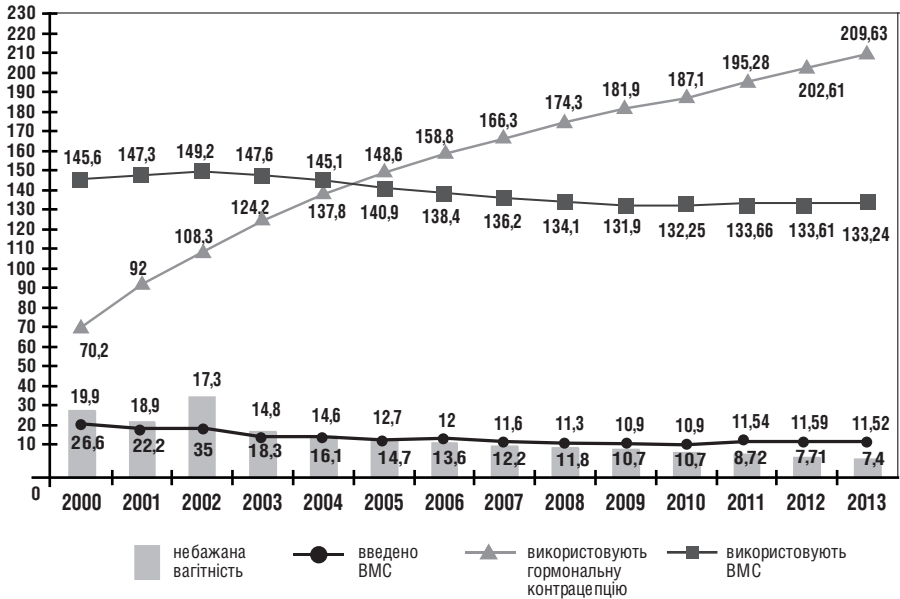
Тенденції зменшення абортів внаслідок збільшення застосування контрацептивів були виявлені після проведення аналізу в різні проміжки часу впродовж 1990-х років у 12 країнах східної Європи та центральної Азії. (Westoff et al, 2005). Спостерігалось збільшення використання сучасних контрацептивів по кожній країні впродовж минулого десятиріччя, що співпадало із стабільним зменшенням рівня абортів.



Подібні тенденції спостерігаються і в Україні. Так за статистичними даними МОЗ спостерігається стійка тенденція до зниження рівня небажаної вагітності (з 7,71 на 1000 жінок фертильного віку у 2012 році до 7,40 – у 2013 році) у порівнянні з зростанням використання засобів



**контрацепції** (станом на кінець 2012 року користувалися гормональною контрацепцією 202,61 на 1000 жінок фертильного віку, а в 2013 – 209,63 при майже стабільних показниках використання ВМК).



**Рис 4.4. Рівень небажаної вагітності та показники використання контрацептивів в Україні**

Згідно з даними МІКС-2012, кожна друга жінка віком 15-49 років (53,6%) користувалася тим чи іншим методом запобігання вагітності у своєму житті. 52% жінок віком 15-49 років використовує той чи інший метод контрацепції у даний час.

***Висновок: Використання сучасних контрацептивів забезпечує суттєве зниження рівня абортів***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. [http://www.who.int/features/factfiles/maternal\\_health/maternal\\_health\\_facts/ru/index7.html](http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/ru/index7.html)
2. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region>
3. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3310607.html>
4. <http://data.euro.who.int/hfad/b/>
5. [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/children\\_24102.html](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/children_24102.html)

## 4.2. Використання методів контрацепції як резерв зниження материнської та малюкової смертності

ВООЗ „10 фактів про материнське здоров'я”, 2014р.: у 2013 році від ускладнень під час вагітності та пологів у світі померло близько 289 тисяч жінок (щодня близько 800 жінок помирають від попереджуваних причин, пов'язаних з вагітністю та пологами).



Непланована вагітність супроводжується підвищеним ризиком не своєчасного звернення за антенатальною допомогою, перинатальної та материнської захворюваності та смертності, зростанням частоти передчасних пологів та народженням малюків з меншою масою тіла тощо. Вагітності, що виникають у юному або у старшому репродуктивному віці, чи настають дуже часто, несуть додатковий ризик для здоров'я матерів та немовлят.

Вагітність може стати серйозною проблемою, якщо остання трапилась під час захворювання або його лікування із застосуванням небезпечних для плода ліків, в період порушення здорового способу життя (неповноцінного харчування, вживання алкоголю чи наркотиків, паління тощо).

За даними ВООЗ жінки, які мають більше чотирьох дітей, піддаються підвищеному ризику материнської смерті.

Показник материнської смертності (МС) за роки незалежності України знизився більш як у 3 рази. Якщо на початку 90-х років цей показник становив 39,7–32,4, то починаючи з 1996 р. він набув стабільної тенденції до зниження і у 2006 р. становив 15,2 відповідно. Упродовж останніх п'яти років цей показник коливався від 15,2 у 2006 р. до 25,2 у 2009 р., від 22,4 у 2010 р. до 16,5 у 2011 р. та у 2013 р. становив 11,5.

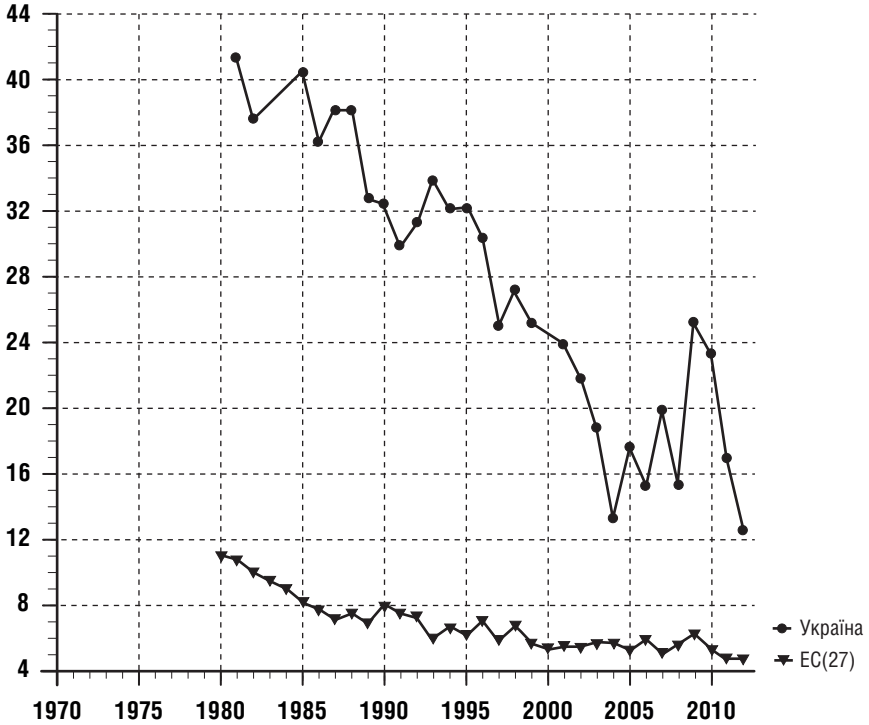


Рис. 4.5. Динаміка рівня материнської смертності в Україні (на 100 тис. народжених живими)

Різке збільшення показника МС у 2009–2010 рр. до 25,9–22,4 відповідно було обумовлено епідемічним зростанням захворюваності вагітних

на грип H1N1, внаслідок чого в нозологічній структурі МС 2009 – 2010 рр. частка екстрагенітальної патології збільшилася до 59,5%.

**Незважаючи на позитивну динаміку рівень МС в Україні ще перевищує середній показник по країнах Євросоюзу (4,75 – 2012р.).**



**4.6. Динаміка рівня материнської смертності в Україні та ЄС (27)  
(на 100 тис. народжених живими)**

Джерело Європейська база даних здоров'я для всіх ВООЗ

Структура МС в Україні відрізняється тим, що екстрагенітальна патологія (далі – ЕГП) займає в ній одне з перших місць протягом останніх років та складає третину усіх випадків. Тому саме увага до цієї вразливої групи жінок має стати подальшим резервом для зниження рівня материнської смертності в Україні.

■ ЕГП ■ Інші причини

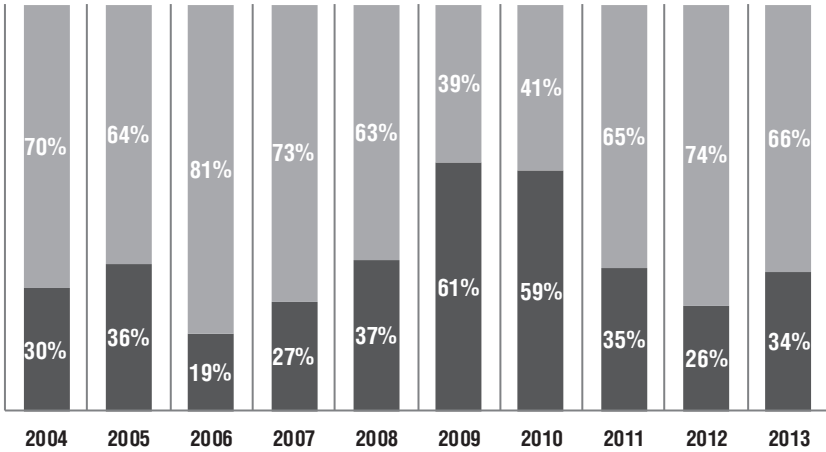


Рис. 4.7. Екстрагенітальна патологія у структурі причин материнської смертності в Україні.

Проведене ВООЗ (2014) дослідження причин більш ніж 60 000 випадків материнської смерті в 115 країнах показало, що вже наявні захворювання (діабет, ВІЛ, ожиріння тощо), які ускладнюються вагітністю, призводять до 28% випадків смерті.

**Резервом зниження материнської смертності є використання методів контрацепції для уникнення непланованих вагітностей.** Зниження рівня абортів є важливим резервом зниження рівня материнської смертності.

Зростання використання сучасних засобів контрацепції та вдосконалення медичних послуг з надання штучного переривання вагітності призвело до скорочення кількості випадків материнської смертності внаслідок аборту. Смертність внаслідок аборту складала 10% в структурі материнської смертності в Україні у 2009 році. Станом на 2012 рік, цей показник зменшився до 3%.

Збільшення використання жінками фертильного віку сучасних контрацептивів зумовило зниження рівня непланованої вагітності. Так, за 5 останніх років рівень застосування гормональних засобів контрацепції збільшився на 32,4 (з 177,27 в 2008р. до 209,63 на 1 тис. жінок фертильного віку у 2013 р.). Однак при позитивній динаміці використання сучасних методів контрацепції охоплення ними жінок фертильного віку все ще залишається низьким.

Згідно з даними МІКС-2012, в Україні незадоволена потреба у контрацепції наразі становить 4,9%: серед них 3,1% не змогли задоволь-



нити свою потребу в контрацепції для планування термінів народження дитини, а 1,8% – для обмеження кількості народження дітей. Показник незадоволеної потреби в контрацепції у сільській місцевості становить 5,7%, а у містах – 3,7%.

Покращення доступності та якості послуг з планування сім'ї, обізнаності населення щодо переваг та безпеки контрацепції, забезпечення доступності сучасних контрацептивних засобів в першу чергу для вразливих груп, може слугувати подальшим резервом зниження материнської смертності.

***Профілактика підліткової вагітності є одним з суттєвих факторів збереження репродуктивного здоров'я.***

ВООЗ „10 фактів про здоров'я жінок”, 2011р.: щорічно близько 14 мільйонів дівчат підліткового віку стають матерями.

Для матері-підлітка існує більша загроза ускладнень вагітності – викиднів, передчасних пологів, анемії, ніж для жінок, старших за 20 років. Ризик смерті при народженні дитини удвічі вищий серед 15-19-літніх порівняно із 20-24-літніми (ФНОО, 1997 рік).

За даними ВООЗ, у вагітних дівчат підліткового віку з найбільшою ймовірністю народжуються недоношені діти або діти з низькою масою тіла. За даними А.Cowden и E.Funkhouser (2001 р.) уникнення підліткової вагітності дозволило б зменшити смертність немовлят на 4-8%.

***Заходи з планування сім'ї дозволяють запобігти частим вагітностям і пологам***, які можуть бути небезпечними як для матері, організм якої ще не відновився, так і для дитини. Базуючись на даних опитування населення у 35 країнах, з 2001 по 2005 рік було визначено, що смертність дітей до 5 років знижувалась по мірі збільшення інтервалу між пологами (ORC Macro, 2007). Збільшення інтервалу між пологами призводить до меншого ризику народження недоношених (Fuentes-Afflick, 2000).

***Малюкова смертність***, яка в Україні є визначальною у формуванні смертності дітей до 5 років, перевищує аналогічні рівні країн Євросоюзу у 1,5–2 рази. Смертність дітей віком до 1 року є одним із найчутливіших показників соціально-економічного розвитку суспільства в цілому, характеризуючи рівень доходів населення, безпеку життєдіяльності, рівень освіти і культури, ефективність профілактики, доступність і якість медичної допомоги тощо.

Упродовж останніх шести років в Україні утримувалася позитивна динаміка рівня малюкової смертності: з 11,0 на 1000 народжених живими у 2007 р. до 9,0 – 2011р. та 7,7 у 2013р., що нижче національного прогнозу на 2015р. (9,3), проте ще значно вище передбаченого Цілями Тисячоліття до 2015р – 4,4. В Україні існують великі резерви поліпшення та збереження здоров'я матерів та дітей.

***Висновок: Застосування методів планування сім'ї є важливим резервом зниження материнської, малюкової та дитячої смертності. Особливу увагу слід зосереджувати на забезпеченні потреб в засобах контрацепції вразливих груп населення (жінки з екстрагенітальною патологією, вагітність при якій загрожує життю, молодь, ВІЛ-позитивні тощо).***



**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Інформаційний бюлетень ВООЗ №348 «Материнська смертність», 2014 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>
2. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/ru/>
3. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-infographic.pdf?ua=1>
4. <http://www.worldbank.org/ru/news/press-release/2014/05/06/united-nations-agencies-report-steady-progress-saving-mothers-lives>
5. <http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2014/may/20140506mmr/>
6. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, 2014 [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)
7. [http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html)

## 5. ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ КОНТРАЦЕПЦІЇ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

### 5.1. Планування сім'ї як запорука здорового материнства та дитинства

Важливим фактором для здоров'я як матері, так і дитини є збільшення інтервалу між пологами. Діти, народжені через 3 роки після попередніх пологів, мають краще здоров'я при народженні і в них більше шансів пережити всі етапи раннього віку і дитинства аж до 5 років. Збільшення інтервалу між пологами призводить до меншого ризику народження недоношених і/або дітей із малою вагою.



Жінки, які народжують дітей в інтервалі від 27 до 32 місяців порівняно із жінками, які народжують в інтервалі від 9 до 14 місяців мають більше шансів уникнути анемії, кровотечі в третьому триместрі та пережити самі пологи (Conde-Agudelo and Belizan, 2000).

Не менш важливим фактором для здоров'я матері і дитини є можливість відтермінування вагітності жінками, які мають хронічні захворювання (епілепсія, цукровий діабет, захворювання серцево-судинної системи), оскільки ці стани несуть небезпеку під час перебігу вагітності та під час пологів, а також формування вад розвитку дитини. В той же час заплановане зачаття після вдалого лікування або в період найменшої активності хвороби суттєво зменшує вказані ризики. Застосування гормональних контрацептивів може навіть поліпшити перебіг майбутніх вагітностей шляхом зміцнення загального здоров'я і мінімізації репродуктивної онкології, запальних захворювань органів малого тазу та позаматкової вагітності.


Планування сім'ї знижує ризик настання непланованої вагітності у жінок з ВІЛ-інфекцією, що призводить до народження меншої кількості інфікованих дітей та дітей-сиріт.

***Планування сім'ї - можливість уникнути проблем здоров'я та соціальних проблем, пов'язаних з підлітковою вагітністю та вагітністю в старшому репродуктивному віці.***

За даними статистичного бюро ООН в класифікації „С” й рекомендацій ВООЗ, оптимальним віком материнства є період після 20 років. На тлі зниження загальних показників фертильності жінок в усьому світі, частота вагітності в підлітковому періоді продовжує збільшуватись. У відповідності з періодизацією пубертатного періоду до „юних вагітних” належать дівчата від 10 до 18 років, однак частіше зустрічається вагітність у віці 17-18 років. Щорічно в світі пологи відбуваються у 15 мільйонів підлітків, що складає 2,0-4,5% від загальної кількості пологів. За даними переважної більшості досліджень вагітність та пологи в підлітковому віці перебігають з більшою кількістю ускладнень (від 46,8 до 84,6%) порівняно

з жінками більш старшого віку. Ризик перинатальних ускладнень при пологах у віці від 13 до 15 років зростає в 4 рази в порівнянні з пологами у віці 20-24 роки, а у віці 16-17 років - в 2 рази.

Інша проблема – це вагітність у старшому репродуктивному віці. По мірі зростання віку вагітності, значно зростає ризик для здоров'я: ризик викидня, народження мертвої дитини, смерть новонародженого, гестаційний діабет, гіпертонія, викликана вагітністю, прееклампсія. Дослідження демонструють, що пологи у жінок після 40 років у 2,68 рази більш ризиковані, ніж ті, які відбуваються у групі жінок молодших за віком.



***Висновок: Планування сім'ї є запорукою здорового потомства і материнства завдяки можливості регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків, стану їх здоров'я та інших факторів.***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні: В основі роботи фактичний матеріал з Європи, Євразії та США Т. Дж. Боссерт, Д. М. Баузер, А. М. Кенней, Л.М. Стан, 2007
2. Lee P. Shulman The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives American Journal of Obstetrics & Gynecology - October 2011 (Vol. 205, Issue 4, Supplement, Pages S9-S13, DOI: 10.1016/j.ajog.2011.06.057)
3. Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions Cynthia H. Chuang, Diana L. Velott, Carol S. Weisman Maternal and Child Health Journal, 2009, Volume: 14, Issue 5, 713-719
4. Сучасні аспекти планування сім'ї. Навчальний посібник // Київ, 2013. – 300 с.
5. ЗБІРНИК КРИТИЧНО-ОЦІНЕНИХ ТЕМ (КОТ) З ПИТАНЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ Видання друге, доповнене Київ 2010
6. N. Farber Adolescent Pregnancy: Policy and Prevention Services. / N. Farber.-2009.- 282p.
7. Avery L.. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? / Avery L., Lazdane G. //The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.- 2008. Vol. 13, No.-P. 58-70
8. Xi-Kuan Chen. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations/Xi-Kuan Chen, Shi Wu Wen,N. Fleming,Q.Yang,M.Walker. // Journal of Clinical Epidemiology.-2008.- Vol. 61.-P. 688-694



## 5.2. Переваги використання контрацепції для здоров'я жінки

*Застосування сучасних контрацептивних засобів сприяє покращенню якості життя жінки, збереженню її репродуктивного та загального здоров'я.*

Застосування надійних зворотних (протизаплідна дія яких припиняється скоро після відміни) методів контрацепції дозволяє жінці перебувати в стані психологічного комфорту завдяки відсутності побоювань щодо непланованої вагітності.

Більшість сучасних протизаплідних засобів мають так звані не-контрацептивні властивості, що дозволяють здоровим жінкам більш легко переживати певні фізіологічні особливості. Зокрема комбіновані гормональні контрацептиви (КОК) зменшують біль пов'язаний з менструаціями, кількість крові, що втрачається з менструаціями, зменшують прояви передменструального синдрому. Деякі види цих препаратів покращують стан шкіри та волосся завдяки протидії підвищеним рівням чоловічих статевих гормонів у жінки.

Завдяки існуванню різних форм (таблетки, пластир, вагінальне кільце, імплант) та режимів (з перервами на менструальноподібну реакцію та без них) застосування сучасних гормональних контрацептивів лікар може порекомендувати кожній жінці той препарат, який найбільше відповідає її способу життя та фізіологічним особливостям.

*Сучасним протизаплідним засобом, зокрема комбінованим гормональним контрацептивом, властива велика кількість не-контрацептивних переваг, які сприяють збереженню репродуктивного та загального здоров'я жінки.*

Великою кількістю досліджень доведено, що застосування КОК забезпечує захисний ефект щодо розвитку раку яєчників та матки навіть через десять років після припинення прийому цих препаратів. Сучасні методи контрацепції не лише дозволяють контролювати вагітність, але й надають цілий ряд переваг для здоров'я жінки, які характеризуються деяким не протизаплідним зиском здоров'ю жінок. Використання оральної контрацепції на 12% знижує ризик виникнення будь-якого виду раку (Hannaford et al/ 2007). ВМК знижує ризик раку ендометрію (Hatcher et al. 2004).

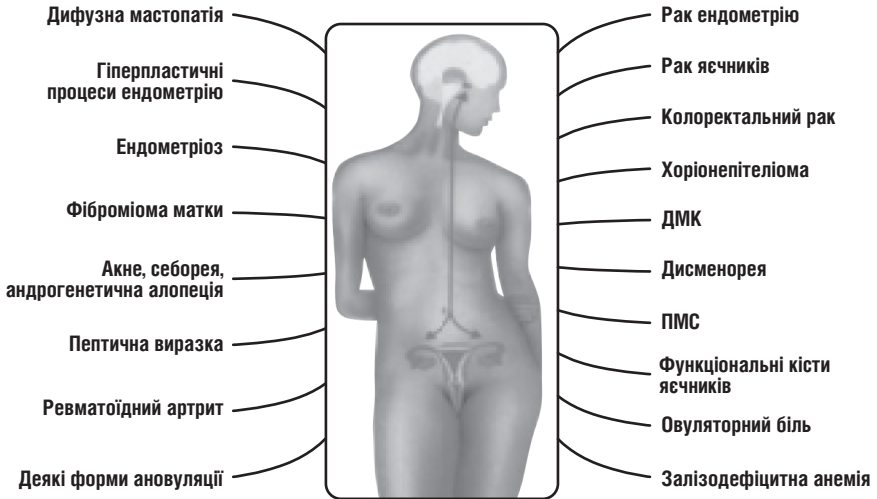
КОК знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників, запобігають позаматковій вагітності. Саме цю групу препаратів широко використовують для лікування багатьох гінекологічних захворювань: аномальні маткові кровотечі, ендометріоз, функціональні кісти яєчників.

Інші непротизаплідні переваги для здоров'я жінок від застосування пероральних контрацептивів включають зменшення ризику раку товстої кишки та ревматоїдного артрити.



Застосування таких методів контрацепції як, наприклад, презервативи запобігає поширенню як серед жінок, так і серед чоловіків ВІЛ/СНІДу та інфекції, що передаються статевим шляхом.

**Окрім високої контрацептивної ефективності гормональні контрацептиви сприяють збереженню та покращенню стану здоров'я жінки шляхом профілактики та зменшення проявів багатьох захворювань**



**Рис. 5.1. Неконтрацептивні властивості гормональних контрацептивів.**

***Висновок: Застосування сучасних контрацептивів має позитивний вплив на репродуктивне і загальне здоров'я жінки та на якість її життя.***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні: В основі роботи фактичний матеріал з Європи, Євразії та США Т. Дж. Боссерт, Д. М. Баузер, А. М. Кенней, Л.М. Стан 2007
2. Lee P. Shulman The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives American Journal of Obstetrics & Gynecology - October 2011 (Vol. 205, Issue 4, Supplement, Pages S9-S13, DOI: 10.1016/j.ajog.2011.06.057)
3. ЗБІРНИК КРИТИЧНО-ОЦІНЕНИХ ТЕМ (КОТ) З ПИТАНЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ. Видання друге, доповнене Київ 2010
4. Сучасні аспекти планування сім'ї . Навчальний посібник// Київ, 2013. – 300 с.
5. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. Geneva: WHO, 2009
6. [http://www.who.int/reproductive\\_health/publications/mec/family\\_planning/9789241563888/en/index.html](http://www.who.int/reproductive_health/publications/mec/family_planning/9789241563888/en/index.html)
7. Jennifer M. Gierisch Oral Contraceptive Use and Risk of Breast, Cervical, Colorectal, and Endometrial Cancers: A Systematic Review Cancer Epidemiol Biomarkers Prev November 2013 22; 1931

### 5.3. Безпечність використання сучасних контрацептивів


*Сучасні контрацептивні засоби є високо ефективними та безпечними.*

До найбільш популярних засобів контрацепції належать комбіновані гормональні контрацептиви. До переваг цього виду контрацепції також належить те що, методи не пов'язані зі статевим актом безпосередньо; пацієнтка будь-коли може самостійно припинити застосування методу; у разі відсутності протипоказань термін використання низько-дозованих комбінованих гормональних контрацептивів необмежений; їх можуть використовувати як жінки, які народжували, так і жінки які не народжували дітей; в більшості випадків початок використання комбінованих гормональних контрацептивів не потребує специфічного обстеження. В переважній більшості випадків сучасні контрацептивні засоби є цілком безпечними для здоров'я користувачів.



Контрацептиви відносяться до найбільш широко досліджених препаратів у світі. Такі дослідження проводяться для досягнення високого їх ступеня безпеки і якості, щоб держава, політики, медики, жінки і чоловіки могли переконатися у тому, що переваги від застосування контрацептивів набагато переважають ризики.

Було визначено, що ризик смерті від вагітності і пологів у 20 разів перевищує ризик смерті від застосування гормонального контрацептиву молодою здоровою жінкою і у 1000 разів перевищує ризик смерті від внутрішньоматкового засобу. Ризик смерті від застосування презервативу і/або сперміцидів взагалі дорівнює нулю.



Низький ризик

Шанси померти від використання контрацептивів у порівнянні з іншими ризиками (дані США)	Один випадок на:
Керування автомобілем	5 900
Вагітність та пологи	10 000
Гра в футбол	25 000
Використання оральних контрацептивів – жінками репродуктивного віку, що не палять – жінками до 35, які не палять	66 700 200 000
Вазектомія	1 000 000
Використання ВМК	10 000 000
Використання бар'єрних методів	–

**Рис 5.2** Оцінка безпечності використання контрацептивів

(Джерело: Хетчер, Технології контрацепції, 18 видання, 2004 р, таблиця 9-3)

Доведена відсутність негативного впливу гормональних та внутрішньоматкових контрацептивів на можливість завагітніти в майбутньому та на перебіг вагітності. Дослідження показали відсутність значимого зв'язку гормональних контрацептивів з підвищеним ризиком розвитку онкологічної патології, підвищенням маси тіла, головним болем, депресією тощо.

**Безпечність сучасних контрацептивних засобів (як гормональних так і негормональних) завдячує чітко регламентованим критеріям прийнятності їх використання для різних верств населення та якісній системі консультування з питань планування сім'ї. Дотримання критеріїв прийнятності використання контрацептивних засобів дозволяє зробити ризики пов'язані з їх застосуванням мінімальними.**

Протягом десятиліть гормональні контрацептиви були і залишаються предметом численних досліджень, які проводились не лише в стінах лабораторій, а й шляхом спостереження за десятками тисяч жінок, які їх приймали. Завдяки цьому ми маємо в своєму розпорядженні достатньо змістовну і точну інформацію про їх позитивні ефекти і про пов'язані з ними ризики.

Для зручності лікарів ВООЗ узагальнила наявну наукову інформацію про контрацепцію в документ під назвою „Медичні критерії прийнятності для використання методів контрацепції”. Завдяки цьому документу лікарі всіх країн світу чітко знають, кому можна безперешкодно рекомендувати певний метод контрацепції, а кому він за певних умов тимчасово чи постійно протипоказаний.

**Гормональні контрацептиви є одним з найбільш вивчених видів лікарських засобів, завдяки чому їх побічні ефекти є передбачуваними та попереджуваними, а грамотне консультування населення з питань планування сім'ї дозволяє майже повністю виключити можливість будь-яких шкідливих впливів сучасних контрацептивних засобів.**

Правильне консультування жінок дозволяє попереджати і ефективно вирішувати питання більшості очікуваних побічних ефектів гормональних контрацептивів (кровомазання, затримка рідини, головні болі і т.ін.).

Необхідно усвідомлювати, що незважаючи на підвищений відносний ризик тромбозів на тлі комбінованої гормональної контрацепції порівняно з відсутністю їх використання, абсолютний ризик для жінок репродуктивного віку вкрай низький. Крім того, за даними досліджень ризик летальних результатів внаслідок венозної тромбоемболії на фоні прийому комбінованої гормональної контрацепції також низький: при відносному ризику 2 ймовірність смерті від тромбозу збільшується на один випадок на 100 000, що набагато менше, ніж вірогідність смерті від інших причин.

Таким чином, доведені дослідженнями переваги сучасних комбінованих гормональних контрацептивів перевищують ризики, пов'язані з їх використанням, зокрема венозною тромбоемболією.

Аналогічна ситуація має місце в контексті питання зв'язку запальних захворювань органів малого тазу та використання внутрішньоматкових контрацептивів. Дослідження довели, що при дотриманні правил обстеження перед введенням спіралі та моногамних стосунках після її встановлення ризик запальних захворювань органів малого тазу не є підвищеним.

***Висновок: Сучасні контрацептивні засоби є цілком безпечними для здоров'я користувачів. Гормональні контрацептиви є одним з найбільш вивчених видів лікарських засобів, завдяки чому їх побічні ефекти є передбачуваними та попереджуваними, а кваліфіковане консультування населення з питань планування сім'ї дозволяє майже повністю виключити можливість будь-яких шкідливих впливів від сучасних контрацептивних засобів.***



#### **Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні: В основі роботи фактичний матеріал з Європи, Євразії та США Т. Дж. Боссерт, Д. М. Баузер, А. М. Кенней, Л.М. Стан 2007
2. Lee P. Shulman The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives American Journal of Obstetrics & Gynecology - October 2011 (Vol. 205, Issue 4, Supplement, Pages S9-S13, DOI: 10.1016/j.ajog.2011.06.057)
3. ЗБІРНИК КРИТИЧНО-ОЦІНЕНИХ ТЕМ (КОТ) З ПИТАНЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ Видання друге, доповнене, Київ 2010
4. Сучасні аспекти планування сім'ї. Навчальний посібник// Київ, 2013. – 300 с.
5. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. Geneva: WHO, 2009
6. [http://www.who.int/reproductive\\_health/publications/mec/family\\_planning/9789241563888/en/index.html](http://www.who.int/reproductive_health/publications/mec/family_planning/9789241563888/en/index.html)
7. Bitzer J et al. Statement on combined hormonal contraceptives containing third or fourth-generation progestogens or cyproterone acetate, and the associated risk of thromboembolism Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2013;0:1–4

## 6. ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ІНВЕСТИЦІЙ В ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА КОНТРАЦЕПЦІЮ

### 6.1. Міжнародний досвід

***Дані досліджень із інших країн, у тому числі і в Україні свідчать, що планування сім'ї є рентабельним втручанням – особливо, якщо порівнювати із абортами.***

Основоположний звіт Світового банку 1993 року, „Інвестування в здоров'я”, містив рекомендації урядам країн витратити свої ресурси на комплекс з п'яти основоположних медичних послуг, які характеризувалися високим рівнем рентабельності. Однією із цих послуг є планування сім'ї, тому що „може врятувати життя 850 000 дітей, які щорічно гинуть і ліквідувати 100 000 материнських смертей щорічно” (Світовий банк, Інвестування в здоров'я, 1993). У звіті також акцентується увага на те, що інвестиції в планування сім'ї можуть попередити 3% тягаря хвороб в усіх країнах світу.

У Румунії стратегічна оцінка ВООЗ підготувала рекомендації про те, що підвищення доступу до контрацепції і зменшення ціни сучасних контрацептивів відносно абортів може вплинути на ставлення до контрацепції, призвівши, таким чином, до збільшення використання сучасних методів контрацепції. Рекомендації ґрунтуються на висновках про те, що надмірна вартість контрацептивів грає рішучу роль для жінок, які віддавали перевагу аборту над контрацепцією. Вартість пероральних контрацептивів для жінок складала приблизно \$2 долари США на місяць а невідкладна контрацепція - \$4 долари США. На основі цих рекомендацій 2004 року МОЗ Румунії подвоїло ціну на аборти у державних медичних закладах з \$2 доларів США до \$4 доларів США. Паралельно жінкам, які робили аборт, роздавали безкоштовні контрацептиви. Зменшення витрат для жінок також могло призвести до зменшення витрат цілої системи, про що часто забувають, але сюди входять витрати на утримання персоналу, приміщень, обладнання, медикаменти і витратні матеріали, знеболювальні засоби у разі виникнення ускладнень, час тривалості самої процедури і взагалі час перебування в стаціонарі, включаючи постійні витрати. Якщо включити дані витрати, то реальна вартість абортів в Румунії виявилася у межах від \$5-15 доларів США у державних закладах і \$12-33 доларів США у приватних клініках.

У доповіді інституту Гуттмахера (Guttmacher) 2012 „Оцінка витрат та вигоди інвестування в забезпечення засобами контрацепції” чітко представлені аргументи щодо необхідності 100%-го фінансування про-



грам забезпечення населення засобами контрацепції для країн, що розвиваються:

- 291 000 жінок у країнах, що розвиваються щорічно вмирає від пов'язаних з вагітністю ускладнень. Більш ніж одна третина цих жінок не хотіли завагітніти;
- приблизно одна третина смертності новонароджених і одна четверта дитячої смертності пов'язана з небажаною вагітністю;
- 215 000 смертей, пов'язаних з вагітністю, можна запобігти: 79 000 від небезпечних абортів та 136 000 у зв'язку з вагітністю та ускладненнями пологів;
- запровадження доступного планування сім'ї в кожній країні, що розвиваються, знизить витрати на здоров'я матерів та новонароджених на \$11,3 млрд. доларів на рік;
- дослідження показують, що кожен долар, інвестований у контрацептиви заощадить витрати на охорону здоров'я між **\$1,70 та \$4,00 доларами**;
- всього **соціально-економічні заощадження з кожного долара, витраченого на планування сім'ї становлять \$31 долар**.



Дослідження також показують, що здоров'я населення - один з найвірніших і потужних двигунів економічного зростання. Вищевказані аргументи доводять, що інвестиції в ПС збільшують тривалість життя населення. Відповідно до одного з досліджень, збільшення тривалості життя всього на один рік призводить до зростання ВВП на душу населення приблизно на 4 відсотки.

Дослідження, проведене в Сполучених Штатах, підтвердило, що материнство в підлітковому віці зменшує шанси того, що дівчинка отримає атестат зрілості, на 10 відсотків, скорочує річний дохід молодої дорослої жінки на \$1000-2400 доларів США і зменшує тривалість навчання в школі.

***Висновок: Планування сім'ї є рентабельним втручанням. Планування сім'ї – це практика, яка дозволяє досягти значної економії коштів як в окремих домогосподарствах, так і на національному рівні. В свою чергу, ігнорування права на планування сім'ї призводить до бідності, маргіналізації, погіршення стану здоров'я та гендерної нерівності в суспільствах.***

#### **Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. World Bank. 1993. World Development Report, Investing in Health
2. Johnson, Brooke R., Mihai Horga, and Peter Fajans. 2004. A Strategic Assessment of Abortion and Contraception in Romania. Reproductive Health Matters; 12(24 Supplement): 184-194
3. Доповідь Народонаселення світу 2012. «За власним вибором, а не випадково: планування сім'ї, права людини та розвиток»

4. UNFPA - Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012, Guttmacher Institute, 2012 <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4461>
5. Policy Project (2005). Application of the Allocate Model in Ukraine. Washington, DC. Policy Project
6. The Ukraine Willingness and Ability to Pay Survey for Contraceptive Services (WAPS) 2013-UNFPA
7. Health Policy Initiative (Constella Futures and USAID), unpublished data, 2007
8. <http://ucdc.gov.ua/uk/diyalnist-centru/profilaktyka/ipssh>
9. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20131017\\_1\\_rk.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20131017_1_rk.html)
10. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20130726\\_i.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130726_i.html)





## 6.2. Дані досліджень в Україні

**Сумарний економічний зиск інвестицій в забезпечення населення засобами контрацепції можна поділити на три складові:**

- 1) витрати на засоби контрацепції та на аборт і лікування пов'язаних з ним ускладнень;
- 2) інші витрати на охорону здоров'я, яких можна уникнути завдяки контрацепції;
- 3) соціально-економічні переваги ПС.

Дослідження в Україні та інших країнах довели, що надання послуг з контрацепції більш рентабельне, ніж покладання на штучний аборт для контролю вагітності. Проведені розрахунки витрат показали, що якби ті, хто використовує традиційні методи і аборти перейшли на сучасні методи контрацепції, то вдалося б заощадити коштів мінімум на \$3,38 мільйонів доларів США.

Щорічні мінімальні витрати на контрацептиви на користувача в Україні, знаходяться на рівні \$85 доларів США по пероральних контрацептивах, \$5 доларів США по ВМК, \$36 доларів США по презервативах, і \$32,61 доларів США по сперміцидах (дані компанії SMD). Дослідження ФНООН, щодо бажання і здатності платити за засоби контрацепції у 2013 році, виявило, що середні річні витрати, які жінки здійснюють на придбання пероральних контрацептивів, становлять \$98 доларів США, презервативів, \$48 доларів США, та \$25 доларів США на ВМК включаючи введення засобу.

Якщо б українка обрала контрацепцію як форму планування сім'ї, вона б витратила 1-15% своєї місячної зарплати на комплект пероральних контрацептивів (Muscato, 2003), або суму у межах 1-33% щорічного доходу на різні бренди пероральних контрацептивів, що доступні в Україні (Hudgins, 2004). Згідно з даними дослідження, яке вивчало бажання і здатність платити за контрацептиви, деякі торгові марки пероральних контрацептивів дороговартісні - \$19,4 доларів США, чи ВМК „Мірена” – вартість біля 2,5 тис грн., були б недоступні більше, ніж 70% населення. Для порівняння, дані з США показують, що в середньому жінка витрачає на пероральні контрацептиви біля 0,5% своєї місячної зарплати.

Дослідження ФНООН в Україні щодо бажання і здатності платити за контрацептиви в 2013 році виявило, що:

*“більше 90% респондентів, які на разі користувалися пероральними контрацептивами, ВМК, або презервативами, відчували, що їхній метод контрацепції виявився недорогим або доступним. Однак серед тих, хто не використовував цих конкретних контрацептивів, спостерігався більший відсоток тих, хто вважав ці методи занадто дорогими. Одна третина всіх потенційних користувачів оральних контрацептивів назвали ціну 50 гривень, як максимум, що вони готові платити за один місячний цикл*



оральних контрацептивів. 22% вважають ціну 110 гривень, як максимум, а 19% готові платити не більше 90 гривень за місячний цикл оральних контрацептивів.

Результати фокус груп в Україні показали різницю у витратах на аборт: деякі жінки заплатили лише \$16,90 доларів США, а от інші заплатили \$120 доларів США (сюди входять лише витрати, яких клієнти зазнали безпосередньо, без державних витрат). Результати фокус груп показали, що ціна варіюється для різних пацієнтів і груп населення, і більш менш може порівнюватися, а то і бути меншою за витрати на контрацепцію (проект USAID "Разом до здоров'я", 2006 рік). Загалом жінки, з якими проводились дослідження, сказали, що грошові витрати – це лише один фактор, що зумовлює високий рівень абортів і низький рівень застосування контрацептивів.



Дослідження про витрати на здійснення абортів, проведене Ініціативою Хелс Полісі у 2007 році у двох областях України показало, що витрати держави на аборт коливалися від \$9 і \$23 доларів на процедуру, в залежності від місця здійснення процедури (обласний чи районний стаціонар) і прийому, який застосовувався (вакуумна аспірація чи дилатація і кюретаж). Якщо ці цифри, а саме державні витрати поєднати із даними фокус груп (вище) про те, скільки жінки заплатили за аборт, то можна буде зробити висновок, що сукупна вартість абортів (із державних коштів і з власних коштів клієнта) буде коливатися від \$16 до \$83 доларів. На даний час середня вартість абортів, якщо врахувати медикаментозний набагато вища від \$30 до \$150 доларів.

**Інші витрати на охорону здоров'я, яких можна уникнути завдяки контрацепції:**

**Лікування безпліддя.** В Україні майже кожна п'ята пара із 15 млн. пар - безплідна. Середньоринкові ціни в приватних клініках за одну спробу і подальший супровід вагітності коливаються від 30 тисяч до 60 тисяч гривень. Щорічно держава фінансує від 500 до 700 циклів штучного запліднення в рік. На ці цілі виділяються близько п'яти мільйонів гривень на рік. Це складає лише 7,5% від усіх пацієнтів, яким надані послуги в 30 центрах по лікуванню непліддя в Україні і навіть не покриває усіх витрат. Частину вартості препаратів (8-15 тисяч грн.) сплачують самі пацієнти додатково. Сумарні мінімальні витрати біля 60 млн. грн.

**ВІЛ інфекція.** У структурі шляхів передачі ВІЛ, частка статевого шляху передачі серед осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на кінець 2013 р. складає 54,2%. Згідно з проектом Закону України „Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки” щорічно тільки з державного бюджету передбачається виділяти 1,2 мільярда гривень. Отже половину цих витрат 0,5 мільярда гривень (не враховуючи коштів донорів та пацієнтів) можна було б попередити забезпеченням населення презерва-

тивами. Також необхідно врахувати інші соціальні виплати з державного бюджету на ВІЛ-позитивних.

*Лікування ІПСШ.* За даними МОЗ в Україні щорічно реєструється близько 400 тисяч нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу. Офіційна статистика відображає, за різними оцінками, від 30% до 40% реальної кількості випадків ІПСШ. Тобто це реально біля 1 мільйона випадків. Вартість лікування неускладненого випадку: лабораторне обстеження – 500 -1300 гривень + медикаменти від 500 грн. до 1500 + плата лікарю від 300 грн. = сумарна мінімальна вартість від 1300 грн. Загальні мінімальні витрати, яких можна було б уникнути використовуючи презервативи - біля 1,3 мільярда гривень.

*Гепатити В та особливо С.* Вакцини проти гепатиту В існують, а от проти гепатиту С, на жаль, у світі досі не вдалося створити вакцини через надзвичайну мінливість вірусу. Середня вартість лікування гепатиту С від 150 тис. гривень. Використання препаратів нового покоління з набагато більш високою ефективністю - так звана потрійна терапія - обійдеться в 400 тис. грн. в рік. ВООЗ оцінює Україну як країну з середнім рівнем поширення вірусного гепатиту С. За її даними, у нас інфіковано близько 3% громадян, що становить приблизно 1,2 млн. осіб.

Ризик інфікування гепатитом С статевим шляхом становить біля 5%, що складає 60 тисяч випадків. Мінімальна вартість лікування (150 тисяч грн. x 60 тисяч) становитиме біля 9 мільярдів гривень. (На 2014 рік на лікарські засоби для боротьби з гепатитами, МОЗ передбачено всього 372 млн. грн. державних коштів).



***Висновки: Ефекти інвестицій в планування сім'ї, які проявляються на рівні однієї людини або одного домашнього господарства, - зміцнення здоров'я, скорочення смертності, збільшення інвестицій в людський капітал, більш активна участь у праці і зростання доходів і накопичень - поступово позначаються і на більш високому рівні, тобто на рівні даної громади і цілої країни. Наявні дані з України та інших країн свідчать, що планування сім'ї і контрацепція дозволяють економити значні кошти, тобто виступають рентабельним втручанням. Інвестиції в планування сім'ї та забезпечення засобами контрацепції в Україні дали б змогу заощадити більше 10 мільярдів гривень витрат на охорону здоров'я.***

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. World Bank. 1993. World Development Report, Investing in Health
2. Johnson, Brooke R., Mihai Horga, and Peter Fajans. 2004. A Strategic Assessment of Abortion and Contraception in Romania. Reproductive Health Matters; 12(24 Supplement): 184-194

3. Доповідь Народонаселення світу 2012. «За власним вибором, а не випадково: планування сім'ї, права людини та розвиток»
4. UNFPA - Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012, Guttmacher Institute, 2012 <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4461>
5. Policy Project (2005). Application of the Allocate Model in Ukraine. Washington, DC. Policy Project
6. The Ukraine Willingness and Ability to Pay Survey for Contraceptive Services (WAPS) 2013-UNFPA
7. Health Policy Initiative (Constella Futures and USAID), unpublished data, 2007
8. <http://ucdc.gov.ua/uk/diyalnist-centru/profilaktyka/ipssh>
9. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20131017\\_1\\_rk.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20131017_1_rk.html)
10. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20130726\\_i.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130726_i.html)



## 7. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСЛУГАМИ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА КОНТРАЦЕПТИВАМИ

### 7.1. Приклади програм та державного забезпечення в інших країнах

Уряди більшості країн підтримують планування сім'ї і доступні контрацептиви.

Уряди більшості країн, розуміючи необхідність та важливість збереження репродуктивного потенціалу населення, забезпечення прав людини та зменшення невідворотних збитків, у тому числі за рахунок збереження життя і здоров'я працездатного населення, інвестують в майбутнє країни, збільшуючи виділення коштів на програми репродуктивного здоров'я та планування сім'ї (Semelela, 2006 рік).

**Франція.** Вартість контрацептивів (пероральні і ВМК) відшкодовуються із державної системи соціального забезпечення. Франція перейшла до національної кампанії із поширення застосування контрацептивів ще в 2000 році, коли виявилось, що рівень абортів стабілізувався після попереднього періоду спаду. Програму назвали „Контрацепція: Твій вибір залежить цілком від тебе” і побудували так, щоб пояснювати жінкам про вибір контрацептивів і допомагати їм обрати метод, який би вони застосовували весь час (Boonstra, 2000 рік).

**Німеччина.** Німеччина характеризується комплексною політикою медичного страхування, яка забезпечує універсальний доступ до широкого спектру медичних послуг, включаючи ліки за рецептом і послуги із планування сім'ї. Деякі послуги із планування сім'ї є обов'язковими для надання згідно з законодавством. Соціальний кодекс визначає медичне страхування, яке вимагається законодавством, із чітко прописаними правами на медичний огляд і рецепти на засоби контролю народжуваності (Busse, 2004 і Центр репродуктивних прав, 1995).

**Велика Британія.** Послуги із планування сім'ї надаються безкоштовно сімейними лікарями і мережею клінік із планування сім'ї. Контрацептиви для деяких груп населення повністю відшкодовуються Національною службою охорони здоров'я.

**Італія.** Італійська система охорони здоров'я базується на послугах національної галузі охорони здоров'я, яка забезпечує повне безкоштовне покриття у місці надання медичних послуг. Контрацептиви розповсюджуються у мережі державних і приватних аптек (ВООЗ, 2007 рік).

**Румунія.** Послуги із планування сім'ї включені у мінімальний комплект системи державного соціального страхування, який надається безкоштовно всім верствам населення (застрахованим і незастрахованим)



державними сімейними лікарями, центрами планування сім'ї та акушерами-гінекологами. Контрацептиви закупаються державою для сільської місцевості і бідних міських кварталів, учнів шкіл, студентів і жінок із екстрасенітальною патологією.

**Швеція.** Одна із ініціатив Національного інституту громадського здоров'я зосереджена на програмах статевого і репродуктивного здоров'я. За всі послуги населення платить мінімум коштів; хоча деякі послуги, такі як наприклад ВМК, взагалі безкоштовні (Glenngard et al., 2005; Oddens, 1993).

**США.** Послуги із планування сім'ї і методи контрацепції надаються за ціною залежно від спроможності кожного громадянина заплатити за них у клініках з планування сім'ї, що фінансуються із федерального бюджету. Державна програма медичного страхування для бідних, Medicaid (МедікЕйд) у багатьох штатах повністю покриває послуги із планування сім'ї, включаючи методи контрацепції. Багато приватних страхових компаній покривають чималий відсоток витрат на контрацепцію своїм клієнтам. (Alan Guttmacher Institute, 2005 and Benson Gold, 1999). Держава на різних рівнях закупає контрацептиви для малозабезпечених верств населення (Hatcher et al., 2004).

### **Аналіз досвіду роботи програм та рекомендації.**

Прошло майже 50 років з того часу, коли стала доступною сучасна контрацепція та була створена перша програма з планування сім'ї.

Досвід роботи програм - безсумнівний доказ того, що планування сім'ї покращує рівень життя жінок та дітей, зберігає здоров'я матерів, зменшуючи кількість вагітностей високого ризику та небезпечних абортів, покращує якість життя дітей (C.d'Arcangues, 2013).

Для отримання переваг планування сім'ї потрібно чітко розуміння та задоволення потреб громади. Тому слід зосередитися на:

**цільових групах** - спочатку більшість програм була спрямована на незаміжніх жінок після того як вони народили першу дитину, с часом стало зрозуміло, що потрібно приділити увагу ризикованим групам (наприклад, підліткам, бідним, ВІЛ-позитивним жінкам);

**послугах** - доведено, що там, де жінка має вільний доступ до послуг з планування сім'ї і їх використання більше. Якщо контрацептиви використовуються з метою отримання переваг для здоров'я жінок, вони мають надаватися як один з елементів цілісного пакету послуг для жіночого здоров'я;

**мережі** – необхідна варіабельність можливих точок доступу щоб досягти різні сегменти населення з різним стилем життя. Було виявлено, що контрацепція недостатньо доступна для жінок, які звернулися за іншими видами послуг, що змушує інтегрувати послуги з планування сім'ї в загальну мережу;



**надавачах послуг** - доведено, що акушерки та медсестри надають послуги з контрацепції так само кваліфіковано, як і лікарі, проте в деяких країнах досі надання послуг з планування сім'ї - прерогатива лікарів;

**методах контрацепції** - контрацепція має відповідати періодам життя жінки, соціальному статусу, релігійним переконанням тощо. Доведено, що збільшення можливості вибору методів веде до збільшення використання контрацепції;

**фінансуванні** - частина програм мала змішаний бюджет (державний та недержавний, міжнародні фонди), з часом міжнародні кошти спрямовуються на інші потреби, країни розробляють власні програми. Все частіше країни виділяють в бюджеті окрему статтю видатків на планування сім'ї та фінансують потреби свого населення, розуміючи переваги та необхідність контрацепції;

**політиці** - ВООЗ розроблено трьох етапний Стратегічний підхід до посилення заходів та програм в галузі сексуального та репродуктивного здоров'я, який наголошує на стратегічній спрямованості та важливості моніторингу індикаторів роботи програм.

***Висновки: Уряди більшості країн світу підтримують доступ до планування сім'ї і контрацепції, усвідомлюючи переваги для здоров'я нації, рентабельність і забезпечення прав громадян. Особливе значення має державна підтримка справедливого доступу до послуг з планування сім'ї та забезпечення контрацептивними засобами особливих груп населення (малозабезпечених, підлітків, жінок з екстрагенітальною патологією тощо)***



**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/237199/Entre-Nous-79-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/237199/Entre-Nous-79-Eng.pdf?ua=1)
2. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\\_RHR\\_07.7\\_rus.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_rus.pdf?ua=1)
3. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/69530/E74558R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/69530/E74558R.pdf?ua=1)

## 7.2. Реалізація Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”

Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року за №1849 та **має на меті**: поліпшення репродуктивного здоров'я населення як важливої складової загального здоров'я та забезпечення соціально-економічного розвитку країни.

Містить **5 основних розділів**:

- Створення умов безпечного материнства.
- Формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді.
- Удосконалення системи планування сім'ї.
- Збереження репродуктивного здоров'я населення.
- Забезпечення ефективного управління виконанням Програми.

Чітка спрямованість, конкретизація заходів у рамках певних завдань, міжсекторальний підхід співвиконавців, профілактична орієнтація на поліпшення громадського здоров'я, масштабність перетворень медичної галузі у сфері материнства і дитинства, досяжні очікувані результати з розбивкою по роках, гнучкість щодо перегляду певних заходів відповідно до реальної ситуації в країні, різні джерела фінансування дозволяють оцінити дану програму як успішну щодо реалізації в нашій країні.

Для кількісного виміру очікуваних результатів визначені **показники** Державної програми з відповідними змінами по роках. Нижче в таблиці наведені ключові показники у розрізі базових на початок Державної програми, досягнутих, очікуваних після завершення Державної програми:

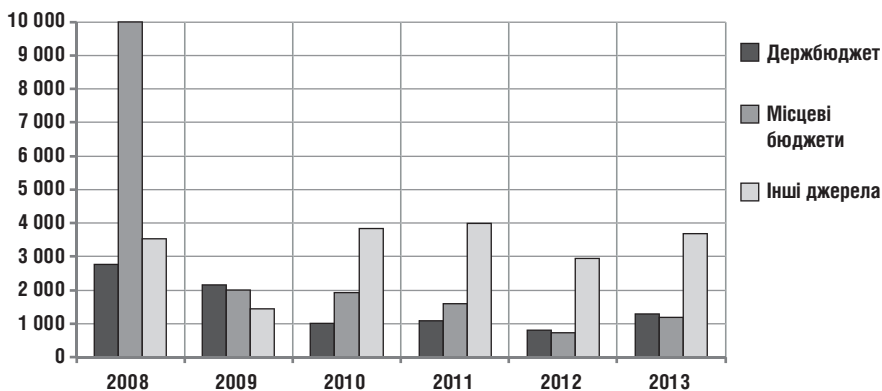
Завдання програми, показники та їх визначення	2005 базові	2013 досягнуті	2015 очікувані
Знизити рівень материнської смертності на 20% (на 100 000 народжених живими)	17,6	11,5	14,1
Знизити рівень малюкової смертності на 20% (до року на 1000 живонароджених)	10,0	7,9	8,0
Знизити рівень штучного переривання вагітності серед підлітків 15-17 років на 20% (кількість абортів у 15-17 років на 1000 жіночого населення віком 15-17 років)	4,93	2,38	3,94
Підвищити рівень використання сучасних засобів запобігання непланованій вагітності на 20% (кількість жінок, що отримують ВМК та ГК на 1000 жінок репродуктивного віку)	289,5	342,9	347
Знизити рівень штучного переривання вагітності на 20% (кількість абортів у державних структурах на 1000 жінок репродуктивного віку)	19,5	12,24	15,6

Рис 7.1. Показники Державної програми з відповідними змінами по роках



За більшістю показників досягнуто очікуваного рівня або навіть рівня, що перевищує очікуваний. Аналіз досягнутих показників свідчить про те, що в цілому, виконання розроблених заходів сприяє поліпшенню показників здоров'я матерів та дітей, репродуктивного здоров'я населення та планування сім'ї.

**Фінансування** зазначених заходів Державної програми не було проведено в повному обсязі, проте оскільки охорона материнства та дитинства є одним з пріоритетних напрямків політики держави, кожен рік виділялося навіть в умовах обмеженого бюджету країни.



**Рис 7.2. Фінансування завдань і заходів Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”**

Протягом останніх років з державного бюджету фінансуються в основному заходи з створення умов безпечного материнства, зовсім не виділяються кошти на заходи з формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді та удосконалення системи планування сім'ї, просвітницькі заходи. Проте з державного бюджету кожного року забезпечуються контрацептивами жінки з тяжкими захворюваннями, внаслідок яких вагітність та пологи загрожують життю.

**Висновки: Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” є дієвим стратегічним механізмом реалізації політики держави з поліпшення здоров'я матерів та дітей, збереження репродуктивного здоров'я населення та планування сім'ї. Досвід її впровадження можуть бути підґрунтям для створення наступного державного програмного документу з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.**

**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Щорічні звіти МОЗ України до Кабінету Міністрів України з виконання Державної та обласних/регіональних програм з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї

### 7.3. Аналіз роботи обласних програм в Україні

В Україні 25 регіональних програм з РЗ/ПС, розроблені за технічною допомогою експертів проекту Агентства США з міжнародного розвитку „Разом до здоров'я” та його правонаступника програми „Здоров'я жінок України”, успішно реалізуються з закладеним фінансуванням за рахунок місцевих бюджетів, де передбачено понад 402 мільйони гривень на виконання заходів програм. Місцеві бюджети представлені фінансуванням з обласного бюджету, а також – бюджетів районів та міст, в яких також працюють затверджені районні/міські програми.

Робота місцевих програм довела свою ефективність, що в тому числі відображається змінами статистичних даних. Наприклад – в Київській області програма відсутня та відповідно не фінансується, в а Сумській працює та кожного року фінансуються заходи з планування сім'ї та закупаються контрацептиви для вразливих груп населення.



	Частота абортів (на 1000 жіночого населення)		Користувачі гормональної контрацепції, на кінець звітного року (на 1000 жіночого населення)	
	2008	2013	2008	2013
<b>Україна</b>	16,6	12,24	174,27	209,63
<b>Київська обл.</b>	21,28	16,48	148,1	143,99
<b>Сумська обл.</b>	8,98	6,52	251,97	308,35

Рис 7.3. Окремі значення показників Державної програми в Україні та областях.

Аналізуючи стан виконання обласних/регіональних програм, можна зробити наступні висновки.

1. Фактичний внесок обласних/регіональних програм в досягнення очікуваних результатів виконання Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” є вагомим.
2. Основний акцент у фінансуванні обласних/регіональних програм зроблений на виконання завдання 1: Створення умов безпечного материнства. Значні видатки, які значно перевищили заплановані, були направлені на забезпечення виконання заходів щодо поліпшення здоров'я матерів та дітей за Президентською ініціативою з регіоналізації перинатальної допомоги, створення перинатальних центрів, а також – реформування галузі.
3. Заходи щодо формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді, планування сім'ї не мають відповідної пріоритетності у фінансуванні.

4. Фінансування заходів з планування сім'ї, активно піднятих на початку виконання обласних програм, поступово знижується. Ідея пріоритетності планування сім'ї, яка впливає на зниження материнської та малюкової смертності, рівня абортів, незапланованої вагітності, профілактику ІПСШ/ВІЛ потребує адвокації на всіх рівнях, включаючи фінансування як інструмент виконання завдань України з питань планування сім'ї.
5. Заходи, спрямовані на охорону громадського здоров'я, збереження репродуктивного здоров'я населення включають профілактичне направлення медичної допомоги, регулярні медичні огляди як жіночого так і чоловічого населення, запобігання ІПСШ/ВІЛ, раннє виявлення онкологічних захворювань з метою їх успішного лікування потребують стабільних фінансових асигнувань, що значно перевищують заплановані, та на жаль, не покривають потреб населення.

***Висновки: Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року„ є дієвим механізмом як на національному, так і на регіональному рівні вирішення нагальних проблем у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, проте заохочення з впровадження заходів з планування сім'ї потребує подальшої адвокації на всіх рівнях, включаючи фінансування.***



**Додаткові джерела за темою та корисні посилання:**

1. Щорічні звіти МОЗ України до Кабінету Міністрів України з виконання Державної та обласних/регіональних програм з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї
2. Звіти з проведення Всеукраїнського Тижня планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я

## 8. ПІДСУМКИ ТА ПОДАЛЬШІ БАЖАНІ ДІЇ

### *Ключові підсумки*

Досвід впровадження заходів та програм з планування сім'ї засвідчує високу ефективність цього напрямку як щодо впливу на демографічну ситуацію та соціально-економічний стан населення, так і щодо збереження репродуктивного та загального здоров'я жінок, чоловіків та дітей.

Сформоване законодавче та нормативне поле України в цілому є сприятливим для розв'язання проблем репродуктивного здоров'я і планування сім'ї. Політика, яка проводиться в Україні у галузі охорони здоров'я, націлена на відповідність положенням міжнародних декларацій, конвенцій, резолюцій з питань охорони здоров'я, основним принципам ВООЗ.

За час реалізації Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” вдалося досягти позитивних тенденцій у напрямку поліпшення репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Реалізація Державної програми є дієвим механізмом досягнення Цілей тисячоліття. Уроки та висновки її реалізації сприятимуть розробленню наступної програми з репродуктивного здоров'я. Ефективна робота обласних програм, міжсекторальний підхід та відповідне фінансування дозволяють досягти позитивних зрушень на рівні регіону.

Дієвою політикою з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї є розробка та затвердження повного пакету нормативних документів з питань планування сім'ї: спільного наказу МОЗ України та НАМН України щодо удосконалення служби охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, яким встановлюється чітка система надання медичної допомоги з планування сім'ї в Україні відповідно до рівнів надання медичної допомоги; а також настанови та клінічного протоколу з планування сім'ї, які розроблені з урахуванням клієнт-орієнтованого підходу, на основі доказової медицини та рекомендацій ВООЗ. Дієвим механізмом впровадження їх вимог на місцях стане розробка локальних протоколів та чітких організаційних маршрутів пацієнтів з урахуванням умов кожного регіону.

Однією із загальноновизнаних технологій громадського здоров'я, які рекомендуються експертами ВООЗ для запровадження, є інтеграція надання послуг з планування сім'ї до первинної медико-санітарної допомоги/сімейної медицини. Інтеграція планування сім'ї в щоденну практику лікарів акушерів-гінекологів та лікарів загальної практики-сімейної медицини є одним з основних завдань служби ПС в Україні. Саме цей принцип забезпечує доступність послуг з планування сім'ї/репродуктивного здоров'я для кожного в Україні у будь-якому населеному пункті, де медична допомога представлена фахівцями первинної ланки медико-санітарної допомоги.

Для надання якісної медичної допомоги з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я необхідний достатній професійний рівень фахівців, який забезпечується за рахунок підготовки лікарів та середнього медич-



ного персоналу на до- та післядипломному рівнях, запровадженням системи безперервного професійного розвитку.

Сучасні комунікативні стратегії, які включають статеve виховання молоді, пропаганду здорового способу життя, профілактику ІПСШ/ВІЛ, запобігання непланованій вагітності, є підґрунтям для формування культури взаємовідносин чоловіка з жінкою, формування здорової сім'ї, планування народження здорової дитини.

Наявність якісних сучасних контрацептивів в аптечній мережі за прийнятною ціною в будь-якому місці проживання, без перебоїв у постачанні, сприятиме підвищенню використання контрацептивів, зменшенню рівня абортів та пов'язаних з ним ускладнень, поліпшенню здоров'я жінок і чоловіків. Особливо велике значення має забезпечення безоплатними контрацептивами вразливих груп населення.

### ***Подальші дії із забезпечення успішного впровадження заходів з планування сім'ї в Україні***

1. Продовження ефективної політики України, спрямованої на пріоритет питань охорони материнства та дитинства, шляхом розробки та подальшого ефективного впровадження та моніторингу наступної Державної програми у сфері репродуктивного здоров'я, так як без відповідної державної підтримки можливі втрати досягнутих результатів у сфері материнства та дитинства.
2. Реалізація комплексного міжсекторального підходу у вирішенні питань планування сім'ї.
3. Впровадження вимог нових нормативних документів з питань планування сім'ї на місцевому рівні.
4. Інтеграція послуг з планування сім'ї в усі спеціальності та на всіх рівнях медичної допомоги.
5. Забезпечення доступних та якісних послуг з планування сім'ї для населення.
6. Розвиток безперервної освіти медичних працівників на основі кращих світових практик у сфері РЗ/ПС та навичок з ефективного консультування з питань планування сім'ї.
7. Пріоритетне фінансування заходів з планування сім'ї на рівні кожної області.
8. Забезпечення наявності доступних за ціною сучасних контрацептивів.
9. Безоплатне забезпечення засобами сучасної контрацепції вразливих груп населення (жінок з екстрагенітальною патологією при якій вагітність загрожує життю, молоді, малозабезпеченим, ВІЛ-позитивним тощо).
10. Спрямування особливої уваги на формування репродуктивного здоров'я молоді, удосконалення системи статевого виховання.
11. Інформування та просвітницька робота з населенням щодо методів та послуг з планування сім'ї та відповідального ставлення до репродуктивного здоров'я.



# ДЛЯ НОТАТОК

---





**У СВІТІ** щодня близько **800 жінок помирають** від попереджуваних причин, пов'язаних з вагітністю та пологами (ВООЗ, 2014)

### ПРІОРИТЕТНИМ



є забезпечення потреб в засобах контрацепції вразливих груп населення (жінки з екстрагенітальною патологією, вагітність при якій загрожує життю, малозабезпечені, молодь, ВІЛ-позитивні тощо)

### В УКРАЇНІ (Державна статистика МОЗ):



- Рівень материнської смертності в 2,5 рази перевищує середній показник по Євросоюзу (відповідно 12,5 та 4,75 на 100 тисяч народжених живими у 2012р.)



- Третину усіх випадків материнської смертності (одне з перших місць протягом останніх років) займає екстрагенітальна патологія

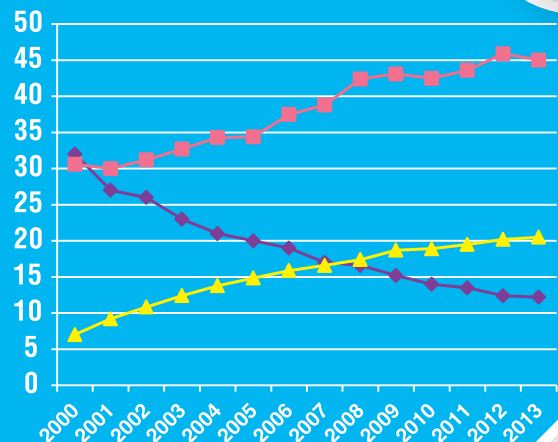


- Рівень малюкової смертності перевищує аналогічні рівні країн Євросоюзу у 1,5-2 рази

## КЛЮЧОВІ АРГУМЕНТИ НА КОРИСТЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї



Використання сучасних методів контрацепції зумовлює зменшення частоти абортів, при цьому не впливаючи негативно на **рівень народжуваності**



Народжуваність, частота абортів та використання гормональної контрацепції в Україні у 2000-2013 рр.

- Використання гормональних контрацептивів (на 1000 жінок репродуктивного віку)
- Чисельність народжених (на 1000 жінок репродуктивного віку)
- Число абортів на 1000 жінок репродуктивного віку

### ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї Є РЕНТАБЕЛЬНИМ ВТРУЧАННЯМ:



кожен долар, інвестований у контрацептиви заощадить витрати на охорону здоров'я до 4\$; а сумарні соціально-економічні заощадження складуть 31\$ з кожного витраченого на планування сім'ї долара (інститут Гуттмахера, 2012)

інвестиції в планування сім'ї та забезпечення засобами контрацепції в Україні дали б змогу заощадити більше **10 мільярдів гривень** витрат на хоруону здоров'я

### ЗАХОДИ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї МАЮТЬ ПОТЕНЦІАЛ (ВООЗ, 2010):

- знижити рівень материнської смертності на **32%**
- знижити рівень малюкової та дитячої смертності на **10%**
- знижити рівень **непланованої вагітності** на **71%**
- можуть **попередити 80%** заражень ВІЛ завдяки правильному та послідовному використанню презервативів



**USAID**  
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

ПРОГРАМА „ЗДОРОВ'Я ЖІНОК УКРАЇНИ”  
HEALTHY WOMEN OF UKRAINE PROGRAM



Благодійний Фонд  
„Здоров'я жінки і планування сім'ї”

