

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
ім. П.Л.Шупика

ГОРБЕНКО ОЛЕКСАНДР ВІТАЛІЙОВИЧ

УДК 616-058:[612.63:616-084]:0018

**ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕБАЖАНОЇ ВАГІТНОСТІ  
В УКРАЇНІ**

14.02.03 – соціальна медицина

**АВТОРЕФЕРАТ**  
дисертації на здобуття наукового  
ступеня кандидата медичних наук

Київ – 2010

Дисертація є рукописом

Робота виконана в Державній Установі „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, Державна Установа „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, директор.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Степаненко Алла Василівна**, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

доктор медичних наук, професор **Шкіряк-Нижник Зореслава Антонівна**, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України

Захист відбудеться „\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2010 р., о \_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія №46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.

Автореферат розісланий „\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2010 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради  
кандидат медичних наук, доцент

В.І. Бугро

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність дослідження.** В Декларації тисячоліття, яку було прийнято на Самміті Організації Об'єднаних Націй (ООН) в жовтні 2000 року, представники 189 країн світу одноголосно підтримали ідею щодо покращення ситуації з охороною материнства та зниження рівня материнської смертності на три чверті за період 1990-2015 рр. (ООН, 1995). Уряди багатьох країн світу віднесли питання охорони репродуктивного здоров'я населення до кола стратегічних питань національної безпеки.

Небажана вагітність становить істотну небезпеку для здоров'я жінок фертильного віку. Як правило, вона закінчується абортom, який, в свою чергу, має ранні та пізні ускладнення, віддалені наслідки, пов'язані з перебігом наступних вагітностей та пологів, народженням ослаблених дітей, їх захворюваністю та смертністю. Таким чином, запобігання небажаній вагітності є водночас запобіганням аборту з усіма зазначеними наслідками.

У рамках Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001-2005” протягом останніх років в Україні був здійснений комплекс заходів, що сприяв позитивним змінам у сфері репродуктивного здоров'я. Створено службу планування сім'ї, збільшилась обізнаність населення щодо здорового способу життя, безпечної статевої поведінки, відповідального батьківства, методів попередження небажаній вагітності, підвищився рівень використання сучасних засобів контрацепції (Гойда Н.Г., 2004; Жилка Н.Я., 2003, 2004). Разом з тим, за рівнем материнської смертності, абортів та їх ранніх і віддалених ускладнень, обсягами використання засобів попередження небажаної вагітності Україна наразі значно поступається не тільки країнам Західної Європи та США, але й країнам Східної Європи (Польща, Румунія, Болгарія, Словаччина, Чехія), що вимагає розробки та подальшого впровадження комплексу заходів, спрямованих на поліпшення репродуктивного здоров'я населення (USAID, 2007; ВООЗ, 2006; Камінський В.В., 2006). Саме на це спрямована Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”. У соціально-медичній сфері пріоритетними напрямками реалізації програми є попередження небажаної вагітності та абортів шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення та забезпечення сучасними засобами запобігання небажаній вагітності (МОЗ України, 2006). Першочергового значення набуває методологічне забезпечення вище зазначених заходів (Жилка Н.Я. 2005; Слабкий Г.О., 2007).

В науковій літературі недостатньо висвітлені питання використання сучасних засобів попередження небажаної вагітності в Україні, шляхів забезпечення цими засобами різних категорій населення, впровадження стратегій підвищення рівня обізнаності населення щодо можливостей планування сім'ї. В Україні не розроблялись і не впроваджувались моделі забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності, як і моделі побудови суспільних комунікацій з метою модифікації/ зміни детермінант репродуктивної поведінки. Питання застосування екстрених засобів попередження небажаної вагітності не висвітлювалось взагалі, в той час як ці засоби є популярними серед жінок фертильного віку.

У зв'язку з вищезазначеним, актуальність дослідження обумовлюється необхідністю розробки та впровадження моделей забезпечення населення сучасними засобами попередження небажаної вагітності та формування соціально бажаних детермінант репродуктивної поведінки жіночого населення України шляхом залучення суспільних комунікацій. Ці моделі повинні координувати зусилля не тільки служби планування сім'ї, але і недержавних організацій, ЗМІ, благодійних фондів, фармацевтичного сектору, системи освіти, культури.

Наведене і обумовило необхідність обґрунтування системи профілактики небажаної вагітності в Україні, а також актуальність дослідження, визначило його мету та завдання.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.** Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідницької роботи „Науково-методичне забезпечення моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації” на 2005-2011 роки”, № держреєстрації 0103U000861, яка виконується в ДУ „Українському інституті стратегічних досліджень МОЗ України” в 2007-2011 роках.

Дослідження здійснювалось у відповідності до Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”, затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1849.

**Мета дослідження** – науково обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну систему забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності.

**Завдання дослідження**, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Аналіз рівня абортів в Україні та країнах Європи серед різних категорій жінок.
2. Аналіз використання сучасних засобів планової та екстреної контрацепції в Україні.
3. Характеристику фізичної, фінансової, регуляторної та інформаційної доступностей засобів попередження небажаної вагітності для різних категорій населення.
4. Співставлення рівнів використання планових і екстрених засобів попередження небажаної вагітності та рівня абортів в Україні, порівняння одержаних даних з даними країн Європи.
5. Порівняльну характеристику використання методів попередження небажаної вагітності в Україні та інших країнах світу за статистичними даними.
6. Розробку моделі суспільних комунікацій в попередженні небажаної вагітності та охороні репродуктивного здоров'я.
7. Обґрунтування та розробку функціонально-організаційної моделі забезпечення засобами попередження небажаної вагітності.

**Об'єкт дослідження:** система попередження небажаної вагітності в Україні.

**Предмет дослідження:** заклади та підрозділи системи охорони здоров'я, які займаються плануванням сім'ї; жінки фертильного віку, які обслуговуються цими закладами; медичні та фармацевтичні працівники; рівні використання засобів/ методів попередження небажаної вагітності в Україні; профільний фармацевтичний ринок; статистичні звіти територіальних органів охорони здоров'я.

**За одиницю спостереження** приймався кожний випадок досліджуваного явища (застосування жінкою фертильного віку (15-49 років) певного виду регулювання народжуваності – народження бажаної дитини, аборт, використання екстрених або планових засобів попередження небажаної вагітності). Дослідженням охоплено період 2003-2007 рр.

**Базою дослідження** стали: для соціологічних досліджень м. Київ, Вінницька, Кіровоградська та Рівненська області; для проведення аналізу використання засобів попередження небажаної вагітності – всі адміністративно-територіальні одиниці України. Запропоновані моделі були впроваджені в Донецькій, Луганській, Закарпатській, Одеській та Житомирській областях України.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи дослідження:** системного підходу, статистичний, соціологічний, бібліосемантичний, епідеміологічний, описового моделювання, графічний.

Формування бази даних та їх аналіз проводився за допомогою пакетів прикладних ліцензованих комп'ютерних програм Microsoft Excel.

**Наукова новизна** дослідження полягає в тому, що вперше в Україні на основі комплексного медико-соціологічного дослідження здійснено:

1. Ретроспективний аналіз використання сучасних засобів/ методів попередження небажаної вагітності за період 2003-2007 рр. та проведено порівняльну характеристику використання методів/ засобів попередження небажаної вагітності в Україні та країнах Європейського регіону та США.

2. Системний аналіз фізичної, фінансової, регуляторної та інформаційної доступності екстрених та планових засобів попередження небажаної вагітності.

3. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності.

4. Визначення місця та ролі суспільних комунікацій в попередженні небажаної вагітності.

**Теоретичне значення** дослідження полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо попередження небажаної вагітності в Україні.

**Практичне значення** дослідження полягає в тому, що його результати стали підставою для:

- Впровадження якісно нової функціонально-організаційної системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності;
- Удосконалення навчально-методичних засад використання сучасних засобів попередження небажаної вагітності.

Матеріали дослідження використані:

– *на державному рівні* в пропозиціях до Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1849;

– *на галузевому рівні* при виданні трьох галузевих нововведень:

- Алгоритм організації медичної допомоги жінкам після абортів (реєстр. № 162/25/06);
  - Модель співставлення частоти застосування екстреної та планової контрацепції в популяціях жінок фертильного віку (реєстр. № 257/31/09);
  - Модель прийняття рішення щодо використання засобів екстреної контрацепції після незахищеного статевих контакту (реєстр. № 258/31/09);
- двох інформаційних листів:

- Алгоритм організації медичної допомоги жінкам після абортів, №251-2005 р.;
- Інформаційне забезпечення екстреної контрацепції в Україні, №3-2007 р.;

клініко-організаційного керівництва:

- Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортів (клініко-організаційне керівництво, затверджене Наказом МОЗ України від 25.07.2006 р. №518).

**Особистий внесок автора.** Автором особисто визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи дослідження, проведено аналіз наукової літератури, здійснено збір та вкопювання первинної документації, розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження, статистично опрацьовано матеріали дослідження та проведено їх науковий аналіз, узагальнені отримані результати, сформульовані висновки та практичні рекомендації.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення дисертації доповідались та були обговорені на з'їздах, конференціях:

– *на міжнародному рівні:* Міжнародний конгрес „Новини року в акушерстві та гінекології”, м. Тернопіль, 11-12 листопада 2005 року; Міжнародна науково-практична конференція „Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005”, м. Полтава, 16-20 травня 2005 року; Міжнародна науково-практична конференція „Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005”, м. Полтава, 7-9 листопада 2005 року; Міжнародна науково-практична конференція „Здоровий розвиток – заради майбутніх поколінь. Сучасний погляд на питання контрацепції та вагінальних інфекцій”, м. Київ, 26 жовтня 2007 року;

– *на державному рівні:* II Пленум сімейних лікарів України, м. Харків, 24-26 жовтня 2005 року; Всеукраїнський науково-практичний семінар-нарада головних лікарів лікувально-профілактичних закладів „Актуальні проблеми управління галуззю охорони здоров'я в Україні”; АР Крим, м.Алушта, 9-10 жовтня 2008 року; IV З'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, м. Житомир, 23-25 жовтня 2008 року;

– *на регіональному рівні:* I регіональна науково-практична конференція „Актуальні проблеми реабілітації репродуктивного здоров'я молоді: соціальні та медичні аспекти”, м. Святогірськ, 13-14 лютого 2004 року.

**Публікації.** Матеріали дисертації знайшли відображення в монографії, 11 статтях у наукових виданнях, рекомендованих ВАК України (6 – одноосібно), 12 – в інших виданнях, 1 клініко-організаційному керівництві, 1 навчальному посібнику, 1 методичних рекомендаціях та 2 інформаційних листах.

**Обсяг та структура роботи.** Дисертація викладена на 240 сторінках машинописного тексту (власного тексту 166 с.), складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми дослідження та 4 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, ілюстрована 39 рисунками та 34 таблицями, містить 20 додатків. Список використаної літератури містить 269 джерел, в тому числі 137 англомовних.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Програма, обсяги, матеріали та методи дослідження.** Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми (Рис.1), складеної з використанням системного підходу.

Як видно з рис. 1, дослідження складалося із шести основних етапів, кожен із яких, у свою чергу, включав конкретні задачі з їх переходом до наступного етапу. Така багаторівнева структуризація задач дослідження забезпечувала його системність, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі, логічно ставали основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

Перший етап дослідження присвячений аналізу та оцінці досвіду функціонування систем планування сім'ї в економічно розвинутих країнах, а також в країнах СНД та Україні з проблеми рівня абортів, їх впливу на стан репродуктивного здоров'я жінок та забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності. Виконання поставленого завдання здійснювалося за допомогою структурно-логічного аналізу та історико-інформаційного методу.

Другий етап програми включав вибір напрямку дослідження, формування мети та завдань, обґрунтування його методів та обсягу.

Одним із головних було обрано статистичний метод. Аналізу підлягала статистична інформація від управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та інформація щодо роздрібної реалізації засобів попередження небажаної вагітності в динаміці п'яти років (2003-2007 рр.). У проведеному дослідженні застосовувалось два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження та пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру та спрямованості цих зв'язків та залежностей між даними). При обробці статистичного матеріалу використовувався критерій узгодженості  $\lambda$  Пірсона.

Враховуючи, що тільки статистичні дані не можуть забезпечити всебічною об'єктивною інформацією, для досягнення мети були проведені соціологічні дослідження серед міських та сільських жінок фертильного віку, провізорів та акушерів-гінекологів амбулаторно-поліклінічної ланки, для чого були розроблені спеціальні анкети. Анкети розроблялися із дотриманням сучасних біоетичних принципів, у відповідності до вимог соціологічних досліджень із забезпеченням конфіденційної інформації про респондентів та їх правом в будь-який час відмовитись від опитування, а також можливістю при мінімальній кількості питань одержати необхідну інформацію. Анкети прорецензовані і затверджені на засіданні Вченої Ради ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, а також погоджені рішенням етичної комісії інституту.

На третьому етапі дослідження була проведена оцінка рівня абортів та смертності жінок, пов'язаної з абортами в Україні за період 2003-2007 рр. Одержані дані були співставлені з даними інших країн світу.

На четвертому етапі проводилося вивчення та аналіз застосування екстрених засобів/методів попередження небажаної вагітності в Україні, проводився аналіз регіональних особливостей застосування цих засобів/методів та впливу використання екстрених засобів/методів попередження небажаної вагітності на рівень абортів в Україні.

Дослідження п'ятого етапу були пов'язані з вивченням використання планових засобів/методів попередження небажаної вагітності, їх доступності: фізичної, фінансової (цінової), регуляторної та інформаційної. Вивчалось питання впливу використання планових засобів/методів попередження небажаної вагітності на рівень абортів в розрізі регіонів. Проведене співставлення рівнів використання екстрених та планових засобів/методів попередження небажаної вагітності, розраховані відповідні коефіцієнти співвідношення (КС) для України в цілому та для кожної з її адміністративно-територіальних одиниць. Нами розроблена модель співвідношення рівнів застосування екстрених та планових засобів/методів попередження небажаної вагітності.

Шостий етап виконання роботи полягав в узагальненні результатів п'яти етапів дослідження та розробці функціонально-організаційних моделей забезпечення споживачів засобами попередження небажаної вагітності та побудови суспільних комунікацій в охороні репродуктивного здоров'я населення України, які стали складовими функціонально-організаційної системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності.

З метою визначення прийнятності обґрунтованих заходів на шостому етапі було проведено соціологічне дослідження із залученням експертної групи. Експертна міжсекторальна група створювалася з урахуванням міжнародних вимог до створення таких груп.

З використанням системного підходу та аналізу було науково обґрунтовано пропозиції щодо забезпечення жінок фертильного віку засобами/методами попередження небажаної вагітності.

<b>I етап</b>	<b>Вивчення досвіду країн світу з питань рівня абортів, їх впливу на стан репродуктивного здоров'я жінок та забезпечення засобами попередження небажаної вагітності та стану даного питання в Україні</b>		
	Наукова література		Всього джерел: 245, з них іноземних - 137
<b>II етап</b>	<b>Вибір напрямку дослідження, формування програми, мети, завдань, обґрунтування методів та обсягу дослідження</b>		
	Аналіз методів вивчення застосування методів/ засобів попередження небажаної вагітності		Обґрунтування методик вивчення використання методів/ засобів попередження небажаної вагітності
	Наукова та методична література (245 одиниць)		Дані статистики МОЗ України за 2003-2007 рр
<b>III етап</b>	<b>Аналіз абортів як медико-соціальної проблеми</b>		
	Аналіз рівня абортів в Україні		Річні статистичні звіти регіональних управлінь охорони здоров'я за 2003-2007 рр. (ф. 13)
	Аналіз показників смертності жінок, що пов'язана з абортами		Річні статистичні звіти регіональних управлінь охорони здоров'я за 2003-2007 рр. (ф. 106/О)
	Вивчення рівня абортів в інших країнах		Аналіз наукової зарубіжної літератури – 32 джерела
<b>IV етап</b>	<b>Вивчення та характеристика застосування екстрених методів/ засобів попередження небажаної вагітності</b>		
	Характеристика застосування екстрених засобів попередження небажаної вагітності в Україні		Статистичні звіти роздрібної реалізації екстрених засобів попередження небажаної вагітності за 2003-2007 рр.
	Порівняльний аналіз застосування екстрених засобів попередження небажаної вагітності в Україні та країнах світу		Статистичні звіти роздрібної реалізації екстрених засобів попередження небажаної вагітності за 2003-2007 рр. та дані наукової зарубіжної літератури (17 джерел)
<b>V етап</b>	<b>Вивчення ролі планових методів/ засобів попередження небажаної вагітності у збереженні репродуктивного здоров'я жінок</b>		
	Визначення рівня застосування планових засобів попередження небажаної вагітності в Україні	Порівняльна характеристика застосування планових засобів попередження небажаної вагітності в Україні та інших країнах	Аналіз доступності планових засобів попередження небажаної вагітності для різних категорій жінок фертильного віку
	Статистичні звіти роздрібної реалізації планових засобів попередження небажаної вагітності за 2003-2007 рр.	Статистичні звіти роздрібної реалізації планових засобів попередження небажаної вагітності за 2003-2007 рр. та дані наукової зарубіжної літератури (23 джерела)	Статистичні звіти роздрібної реалізації планових засобів попередження небажаної вагітності за 2003-2007 рр., аналіз анкет соціологічного опитування 85 міських жінок фертильного віку, 574 сільських жінок фертильного віку, 535 лікарів акушерів-гінекологів, 648 провізорів „першого столу”
<b>VI етап</b>	<b>Наукове обґрунтування функціонально-організаційної системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності та її оцінка</b>		
	Обґрунтування функціонально- організаційної моделі забезпечення засобами попередження небажаної вагітності		Статистичні звіти, аналіз анкет соціологічного опитування 685 міських жінок фертильного віку, 574 сільських жінок фертильного віку, 648 провізорів „першого столу”
	Обґрунтування функціонально-організаційної моделі побудови суспільних комунікацій у охороні репродуктивного здоров'я населення		Статистичні звіти, аналіз анкет соціологічного опитування 535 лікарів акушерів-гінекологів, 648 провізорів „першого столу”
	Оцінка запропонованої функціонально-організаційної системи		Анкети соціологічного опитування 25 експертів
<b>Інноваційні процеси</b>			
<b>На Національному рівні:</b> Надання пропозицій до проекту Державної Програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”.	<b>На галузевому рівні:</b> Видання трьох галузевих нововведень, двох інформаційних листів та одного клініко-організаційного керівництва	1 монографія, 11 статей у наукових виданнях, рекомендованих ВАК України (6 – одноосібно), 12 – в інших виданнях, 1 клініко-організаційне керівництво, 1 методичні рекомендації, 1 <i>інноваційний посібник</i>	
<b>Методи забезпечення дослідження</b>			
Бібліосемантичний	I – VI етапи	Статистичний	III – VI етапи
Системного підходу	I – VI етапи	Соціологічний	IV – VI етапи
Графічний	III – VI етапи	Описового моделювання	IV – VI етапи
	Епідеміологічний	III – V етапи	

Рис. 1. Програма, обсяг, матеріали та методи наукового дослідження



**Результати дослідження.** В ході дослідження встановлено, що в Україні, незважаючи на тенденцію до зниження, аборт залишається одним з провідних методів регулювання народжуваності серед жіночого населення, що разом із порівняно низьким використанням сучасних методів попередження небажаної вагітності становить істотну проблему в охороні репродуктивного здоров'я (табл.1).

Таблиця 1

## Динаміка абортів в Україні за 2003-2007 рр.

Число абортів в Україні	2003	2004	2005	2006	2007
Абсолютне число	292 616	264 074	242 343	229 618	210 454
Зміна показника в % у порівнянні з попереднім роком	-9,5%	-9,8%	-8,2%	-5,3%	-8,3%
На 1000 жінок фертильного віку	23,4	21,1	19,5	18,6	17,2
Зміна показника в % у порівнянні з попереднім роком	-9,3%	-9,8%	-7,6%	-4,6%	-7,5%
На 100 народжених живими	71,6	61,8	56,9	49,9	44,8
Зміна показника в % у порівнянні з попереднім роком	-13,5%	-13,7%	-8,0%	-12,3%	-10,2%

Найбільша кількість абортів припадає на категорію жінок, які мають дітей (рис. 2).

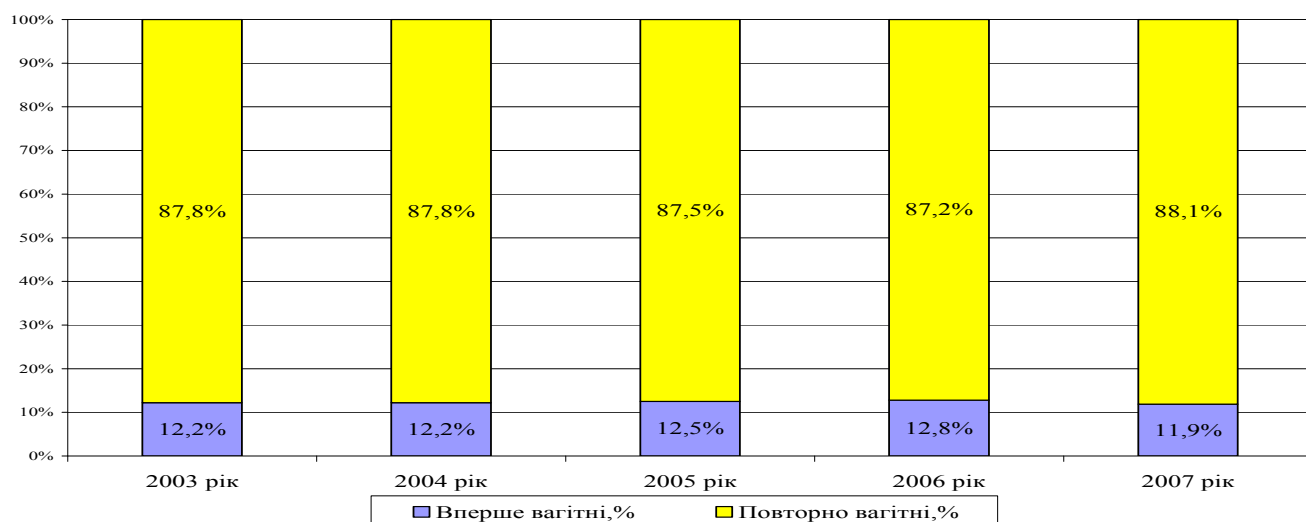


Рис. 2. Аборти серед вперше та повторно вагітних в Україні (2003-2007 рр.), %

Аборти призводять до ускладнень, які можуть стати причинами материнської смертності. В ході дослідження було встановлено, що за п'ять років (2003-2007 рр.) в Україні було зареєстровано 349 випадків материнської смертності, серед яких 34 випадки були пов'язані з абортom та його ускладненнями (9,7%). Слід відмітити, що питома вага смертності жінок, пов'язаної з абортами, в структурі загальних материнських втрат протягом 2003-2007 рр. в Україні мала нестабільну динаміку (рис. 3). Питома вага випадків смертності жінок, пов'язаної з абортами в структурі материнської смертності була найвищою в 2005 році (16,0%). Найменшим цей показник був в 2007 році – 4,7%, в той час як кількість випадків материнської смертності в цьому році була найбільшою і склала 85 випадків.

Дослідження показало, що в Україні, як і в ряді країн світу, високої поширеності набули режими екстреної контрацепції (ЕК). Поширеність застосування таблеток ЕК, що містять левоноргестрел (ЛНГ-ТЕК) серед жінок фертильного віку визначалася нами як число реалізованих протягом року упаковок ЛНГ-ТЕК (розрахованих на одне застосування) на 1000 жінок фертильного віку.

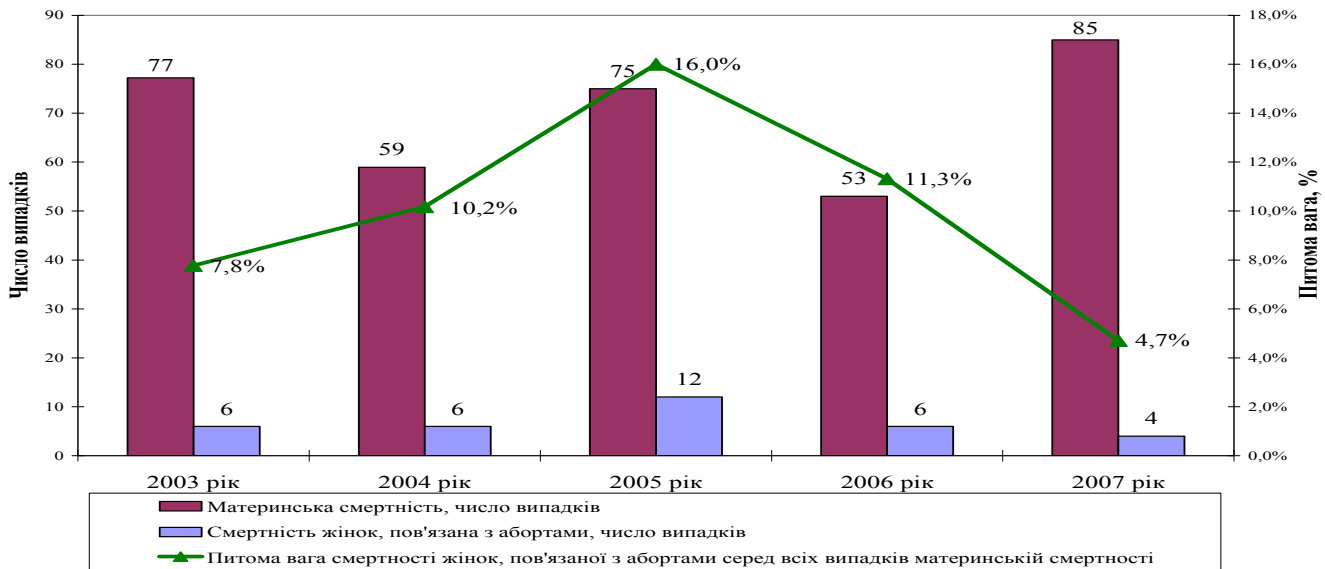


Рис. 3. Материнська смертність та смертність жінок, пов'язана з абортами в Україні (2003-2007 рр.)

Протягом 2003-2007 рр. в Україні абсолютне число жінок фертильного віку зменшилося на 2,2%, в той час як поширеність застосування ЛНГ-ТЕК жінками фертильного віку збільшилася на 76,8%, або у 1,77 рази. Середньорічний приріст роздрібної реалізації упаковок ЛНГ-ТЕК за період 2003-2007 рр. склав 17,64%. Це свідчить про значну актуалізацію даного методу планування сім'ї для жінок фертильного віку. Динаміка поширеності застосування ЕК на 1000 жінок фертильного віку та приріст цього показника кожного наступного року по відношенню до попереднього представлена на рис. 4.

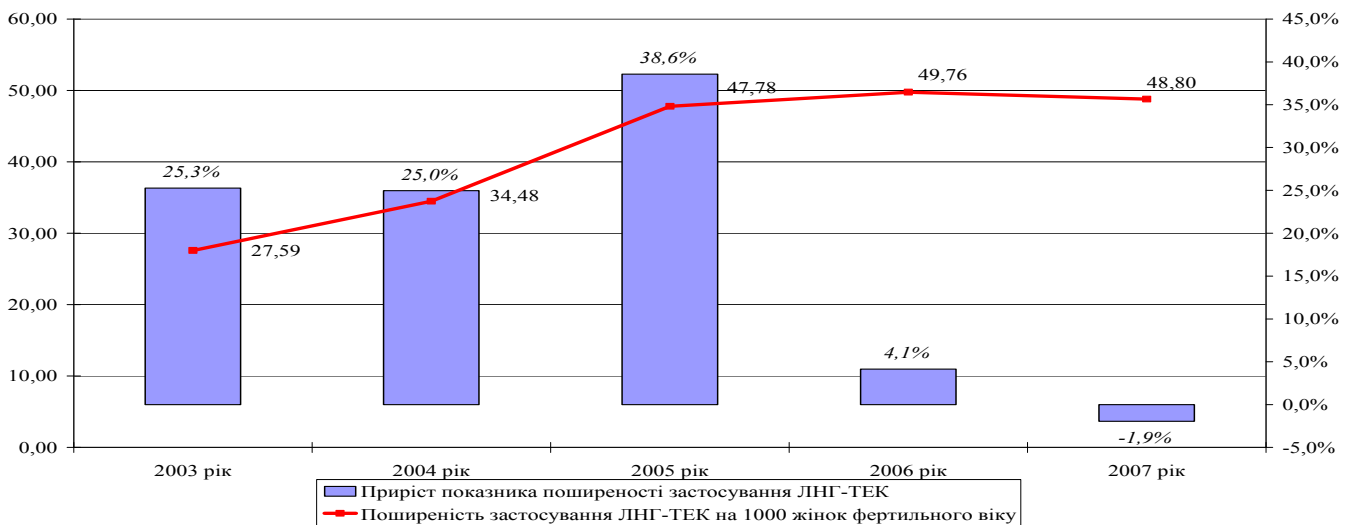


Рис. 4. Динаміка поширеності застосування екстреної контрацепції на 1000 жінок фертильного віку (2003-2007 рр.)

Нами вивчалася фізична, фінансова (цінова), регуляторна та інформаційна доступності засобів ЕК для українських споживачів протягом 2003-2006 рр. Слід зазначити, що протягом цього часу ЛНГ-ТЕК реалізовувалися виключно через аптечну мережу України (комерційний сектор).

Фізична доступність Постинору в аптечній мережі визначалася за наступними характеристиками: 1) часткою роздрібних пунктів серед усіх роздрібних пунктів, де Постинор наявний в продажу (індекс наявності) – ІН; 2) часткою роздрібних пунктів серед усіх роздрібних пунктів, де Постинор хоча б один раз протягом певного періоду часу (тиждень, місяць, квартал) був реалізований споживачам (індекс пенетрації) – ІП; 3) ступенем віддаленості розташування

аптечних установ (або зручністю для візиту проміжних та кінцевих споживачів). ІН та ІІ для засобів ЕК протягом 2003-2006 рр. були близькими один до одного і знаходилися в межах відповідно 68,3-92,4% та 71,6-97,3% (аптеки в різних областях України). На нашу думку, це пов'язано зі швидким обігом препарату в аптечній мережі України та значним попитом на нього.

За даними аналізу соціологічного опитування жінок, у 11,09±1,57% випадків засоби ЕК були придбані з аптек та аптечних пунктів безпосередньо в закладах охорони здоров'я або неподалік від них, що може свідчити про придбання ЛНГ-ТЕК за призначеннями лікарів. У 60,73±2,44% випадків ЛНГ-ТЕК були придбані споживачами в окремо розташованих великих аптеках і в 28,18±2,25% в інших аптечних закладах, в тому числі тих, що працюють цілодобово. В ході медико-соціологічного дослідження, провізори/ фармацевти аптечних установ, які працювали в цілодобовому режимі, відмітили попит на ЛНГ-ТЕК в нічні та ранкові години, що підтверджує сильний вплив фактору часу на поведінку проміжних та кінцевих споживачів засобів ЕК.

Для оцінки цінової доступності ЛНГ-ТЕК на основі даних Світового банку і Мінекономіки України протягом 2004-2006 рр. проводився розподіл за квантилями середньорічних доходів на душу населення. Виділено 5 квантилей з усередненим показником річного доходу від найменшого річного доходу (Q1) до найбільшого (Q5). Для України міжнародними експертами був встановлений граничний рівень 2% від доходу на придбання населенням контрацептивних засобів.

За нашими розрахунками, відповідно до цього підходу, цінова доступність ЛНГ-ТЕК для українських споживачів була достатньо високою, оскільки їх вартість на один випадок застосування ЕК не перевищувала 2% сукупного річного доходу для різних категорій (Q1-Q5). Дослідженням встановлено, що протягом трьох років (2004-2006 рр.) роздрібна ціна на засоби ЕК в аптечній мережі України була підвищена на 90,4%, або у 1,9 рази, середньорічний приріст ціни становив 19,9%. Використання засобів ЕК не оцінювалось за цикловим фактором, як це має місце для засобів планової контрацепції (ПК), оскільки застосування засобів ЕК має виключно спорадичний, а не системний характер.

Регуляторна доступність визначалася на прикладі препарату Постинор, порядком його відпуску споживачам у аптечних закладах відповідно до регуляторних засад. В Україні засоби ЕК (Постинор, ТЕК №2 по 750 мкг ЛНГ та Ескапел, ТЕК №1 по 1500 мкг ЛНГ, виробник „Ріхтер Геден Нрт.", Угорщина) зареєстровані як засоби, що повинні відпускатись з аптечних установ тільки за рецептом лікаря (Наказ МОЗ України від 19.03.2007 року №127 – реєстраційне посвідчення №UA/6112/01/01, Наказ МОЗ України від 20.07.2006 року №499 – реєстраційне посвідчення №UA/4769/01/01).

Ключовим чинником реалізації Постинору, на думку 63,60±2,41% аптечних працівників, був самостійний попит з боку споживачів, в той час як ці ж респонденти відмітили, що при покупці комбінованих пероральних контрацептивів (КПК) цей чинник мав місце в 48,52±2,50% (в середньому для всієї групи КПК). Лише (15,40±1,80%) респондентів відзначили чинник лікарських призначень Постинору. Слід зазначити, що 21,00±2,04% аптечних працівників рекомендували Постинор споживачам, що не характерне для групи КПК, оскільки ці лікарські засоби споживачі отримують виключно за рекомендаціями лікаря (в середньому 42,37±2,62%) або самостійно, для продовження періоду застосування КПК. Це підтверджується наведеними вище результатами аналізу щодо розподілу аптечних установ м. Києва за трьома категоріями розташування, коли тільки у 11,1±1,57% випадків ЛНГ-ТЕК придбалися споживачами в аптечних установах, які були розташовані в закладах охорони здоров'я або неподалік від них (фактор лікарських призначень).

Інформаційна доступність була визначена нами протягом 2004-2006 рр. шляхом вивчення рівнів поінформованості жінок та їх обізнаності стосовно представлених на ринку України гормональних контрацептивних засобів. Було встановлено, що про наявність засобу ЕК знали  $10,66 \pm 1,54\%$  міських жінок,  $1,31 \pm 0,57\%$  опитаних застосовували засіб ЕК принаймні одного разу протягом останніх трьох місяців до опитування. Серед опитаних сільських жінок обізнаність/ поінформованість щодо засобів ЕК підтвердили  $11,67 \pm 1,61\%$  і  $1,05 \pm 0,51\%$  застосовували засіб ЕК принаймні одного разу протягом останніх трьох місяців до опитування. Таким чином, як для міських, так і для сільських жінок характерними були низькі рівні поінформованості/ обізнаності стосовно засобів ЕК, що є вкрай небезпечним з огляду на відсутність шансів попередження небажаної вагітності та вибору штучного абортів як методу регулювання народжуваності.

Співставлення показників рівня використання засобів ЕК та рівня абортів серед жінок фертильного віку має важливе практичне значення. Коефіцієнт співвідношення (КС) визначався як співвідношення показника поширеності застосування ЕК до рівня абортів на 1000 жінок фертильного віку (табл. 2).

Таблиця 2

**Співвідношення рівнів використання екстреної контрацепції  
та абортів в Україні (2003-2007 рр.)**

	2003	2004	2005	2006	2007
Реалізовано упаковок ЛНГ-ТЕК	345 339	430 738	593 211	614 322	597 128
На 1000 жінок фертильного віку	27,59	34,48	47,78	49,76	48,80
Аборти, абсолютна кількість	292 616	264 074	242 343	229 618	210 454
На 1000 жінок фертильного віку	23,40	21,10	19,50	18,60	17,20
Коефіцієнт співвідношення (КС) ЕК(ЛНГ-ТЕК)/ аборти	1,18	1,63	2,45	2,68	2,84

За п'ять років (2003-2007 рр.) середнє значення КС числа реалізованих упаковок ЛНГ-ТЕК та числа абортів в Україні склало 2,16. Слід вважати сприятливим якомога більший КС, що свідчить про широке застосування засобів ЕК з метою попередження небажаної вагітності. У цьому разі поведінковий стереотип споживачів полягає у застосуванні ТЕК з метою запобігання небажаної вагітності та абортів.

При оцінці взаємозв'язку між рівнем застосування ЕК та рівнем абортів серед жінок фертильного віку ранговий коефіцієнт Спірмена ( $\rho$ ) склав  $-0,90 \pm 0,25$  ( $p < 0,05$ ). Отже, можна стверджувати про вірогідність отриманих результатів, які свідчать про наявність сильного зворотного зв'язку, тобто збільшення рівня застосування засобів ЕК жінками фертильного віку суттєвим чином впливає на зменшення рівня абортів.

Нами встановлено, що протягом п'яти років (2003-2007 рр.) динаміка застосування засобів/ методів ПК на 1000 жінок фертильного віку в Україні склала  $-0,19\%$ . Це пояснюється взаємно протилежною динамікою застосування засобів гормональної контрацепції (ГК) та внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК) за період 2003-2007 рр. Середньорічний приріст показника застосування засобів ГК складав  $9,73\%$ , в той час як показник застосування ВМК знижувався щороку в середньому на  $8,01\%$ . В 2007 році в Україні застосування засобів ГК в 1,42 рази перевищувало застосування ВМК на 1000 жінок фертильного віку.

Отримані в ході нашого дослідження дані були співставлені з даними офіційної статистики, які визначали рівні застосування засобів ГК жінками фертильного віку протягом 2003-2007. Як видно з рис. 5, мають місце значні відмінності в даних офіційної статистики та нашого дослідження.

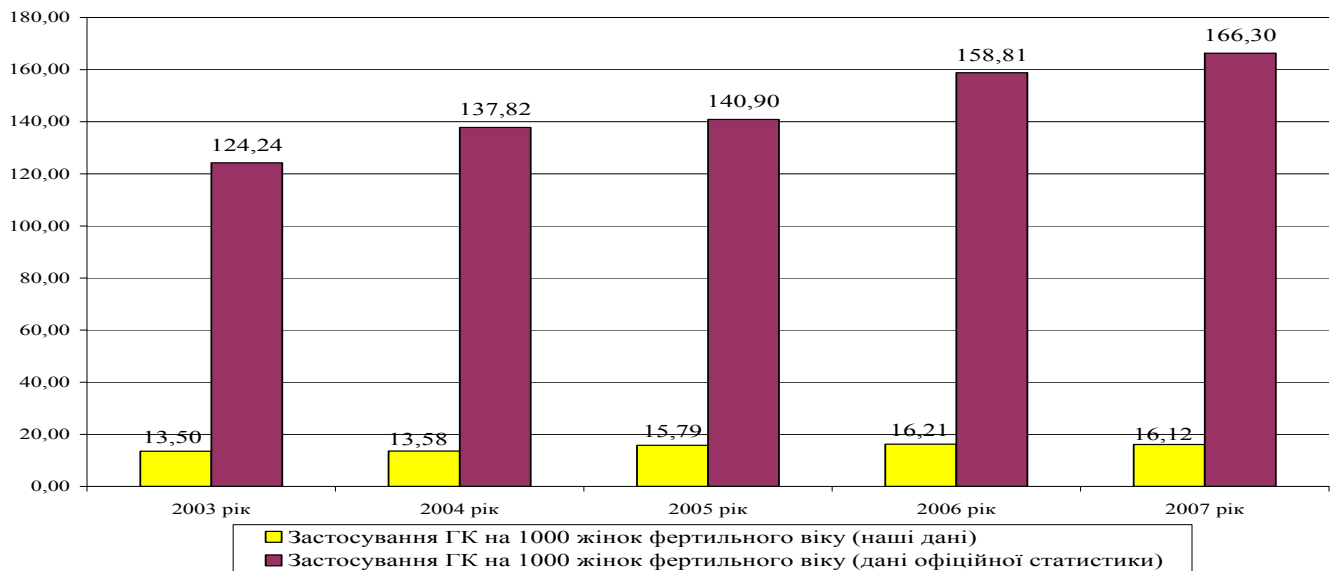


Рис. 5. Застосування гормональної контрацепції на 1000 жінок фертильного віку за даними офіційної статистики та дисертаційного дослідження

Невідповідність отриманих нами даних даним офіційної статистики щодо рівнів застосування засобів ГК жінками фертильного віку в Україні протягом 2003-2007 рр. може, на нашу думку, бути пояснена наступним. По-перше, реєстраційна форма призначення засобів попередження небажаної вагітності фіксує тільки кожен новий випадок призначення засобів ГК фахівцями амбулаторно-поліклінічних закладів без урахування циклового фактору застосування (жінка може застосовувати засіб ГК як 1 місяць, так і 12 місяців). По-друге, не реєструється реальне застосування жінками засобів ГК, оскільки навіть після призначення лікаря жінка в силу багатьох факторів може відмовитися від застосування цих засобів. По-третє, не фіксуються випадки самопризначення та тривалого і повторного застосування жінками засобів ГК. Отримані в ході нашого дослідження дані ґрунтуються на фактах реального придбання та використання жінкою засобів ГК із урахуванням циклового фактору застосування, який для КПК, протизаплідних таблеток прогестинового ряду (ПТП), вагінального кільця та нашкірного пластиру становить 13 циклів застосування на рік, для чисто прогестинових ін'єкційних контрацептивів (ЧПК) та комбінованих ін'єкційних контрацептивів (КІК) – 4 цикли застосування на рік, для ВМК – 0,2-0,29 цикли застосування на рік (тобто 1 ВМК встановлюється залежно від типу на 3,5-5 років).

Протягом 2003-2007 рр. нами вивчалася фізична, цінова, регуляторна та інформаційна доступності засобів ПК, а саме КПК, ПТП, КІК, ЧПК, вагінального кільця, нашкірного пластиру та ВМК.

Фізична доступність засобів ПК характеризувалася з урахуванням віддаленості розташування аптечних установ, що мало особливе значення для жителів сільської місцевості, де аптечних пунктів або не було взагалі, або в них були відсутні засоби ПК. При опитуванні нами жінок фертильного віку, які протягом 2005-2007 рр. звертались до жіночих консультацій Рівненської, Кіровоградської та Вінницької областей відповідно 56,80±2,48%, 63,71±2,40% та 61,00±2,44% респонденток вказали на відсутність контрацептивних засобів та неможливість отримання консультації щодо їх застосування. Це пов'язано з віддаленістю закладів охорони здоров'я та аптечних установ від населених пунктів, де проживають респонденти, та необхідністю їздити в районний центр для отримання консультацій та придбання засобів ПК.

Слід зазначити, що за даними соціологічного опитування, питома вага аптечної мережі України як джерела постачання КПК та ПТП для жінок фертильного віку в сільській місцевості та місті склала відповідно  $98,10 \pm 0,68\%$  та  $99,40 \pm 0,39\%$ , ЧПК –  $5,65 \pm 1,15\%$  та  $27,90 \pm 2,23\%$ , ВМК –  $2,40 \pm 0,76\%$  та  $15,80 \pm 1,82\%$ . При порівнянні цих показників з результатами більш ранніх (1999-2003 рр.) експертних досліджень, які проводились в Україні, відповідно до яких питома вага аптечної мережі в постачанні КПК становила в середньому  $41,0\%$ , ВМК –  $3,8\%$ , можна зробити висновок, що заклади охорони здоров'я перестали бути джерелом постачання КПК для споживачів, залишаючись таким переважно для ВМК. Це, по-перше, може бути пов'язано з тим, що за період 2004-2007 рр. фактично повністю було припинене гуманітарне постачання КПК центрів та кабінетів планування сім'ї, жіночих консультацій та інших закладів охорони здоров'я. По-друге, за період 2003-2007 рр. закупівель КПК за державні кошти не здійснювалось, що виключало наявність запасів КПК в закладах охорони здоров'я. По-третє, у означений період і по сьогодні в Україні не існувало механізмів пільгового забезпечення КПК та постачання контрацептивними засобами на засадах соціального маркетингу. Виключення становили деякі КПК та інші засоби ПК, які в 2006-2007 рр. надавалися закладам охорони здоров'я фармацевтичними компаніями-виробниками в якості безкоштовних зразків для клінічної апробації (Ярина, EVRA, Марвелон).

Із урахуванням циклового фактору застосування засобів ПК, нами були розраховані сукупні частки витрат від середньорічного доходу за квантилями Q1-Q5 на придбання населенням різних засобів ПК в аптечному секторі України в 2006 році. Ці частки для кожного з засобів ПК зведені в табл. 3.

Таблиця 3

**Сукупні частки витрат від середньорічного доходу за квантилями Q1-Q5 на придбання населенням різних засобів ПК в аптечному секторі України в 2006 році**

			Квантилі середньорічного доходу				
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Середньорічний дохід на одного громадянина України в 2006 році - <b>9847,50 грн***</b>			4327,8 грн і нижче	6554,9 грн	8574,9 грн	11185,7 грн	18599,2 грн і вище
Назва засобу ПК	Ціна за цикл/ упаковку, грн**	Вартість застосування на рік, грн**					
Триквілар	26,22	340,86	7,88%	5,20%	3,98%	3,05%	1,83%
Мікрогінон	24,72	321,36	7,43%	4,90%	3,75%	2,87%	1,73%
Ліндинет-20*	23,52	305,76	7,06%	4,66%	3,57%	2,73%	1,64%
Нон-Овлон	23,10	300,30	6,94%	4,58%	3,50%	2,68%	1,61%
Мінізистон	22,87	297,31	6,87%	4,54%	3,47%	2,66%	1,60%
Силест	22,84	296,92	6,86%	4,53%	3,46%	2,65%	1,60%
Тризистон	21,27	276,51	6,39%	4,22%	3,22%	2,47%	1,49%
Новінет*	17,53	227,89	5,27%	3,48%	2,66%	2,04%	1,23%
Мірена	1104,84	220,97	5,11%	3,37%	2,58%	1,98%	1,19%
Регулон*	15,93	207,09	4,79%	3,16%	2,42%	1,85%	1,11%
Депо-Провера	32,94	131,76	3,04%	2,01%	1,54%	1,18%	<b>0,71%</b>
Три-Регол*	9,34	121,42	2,81%	1,85%	1,42%	<b>1,09%</b>	<b>0,65%</b>
Овідон	8,30	107,90	2,49%	1,65%	1,26%	<b>0,96%</b>	<b>0,58%</b>
Ригевідон*	8,03	104,39	2,41%	1,59%	1,22%	<b>0,93%</b>	<b>0,56%</b>
Овосепт	5,96	77,48	1,79%	1,18%	<b>0,90%</b>	<b>0,69%</b>	<b>0,42%</b>
Cu-ВМК (Т-тип)	12,73	3,64	<b>0,08%</b>	<b>0,06%</b>	<b>0,04%</b>	<b>0,03%</b>	<b>0,02%</b>

\* – упаковка на один цикл; \*\* – роздрібна ціна станом на 31.10.2006 р. (електронна база „Лекарственные средства” [www.pharmabase.com.ua](http://www.pharmabase.com.ua)); \*\*\* – за даними Держкомстату України, 2006 р. (<http://www.ukrstat.gov.ua/>)

Відповідно до результатів аналізу купівельної спроможності за квинтилями середньорічного доходу, більшість засобів ПК для систематичного застосування, які представлені в аптечному секторі України та повинні придбатися споживачами виключно за повну вартість, є практично недоступними з точки зору ціни. З огляду на практично повну відсутність будь-яких механізмів безоплатного та пільгового забезпечення споживачів засобами ПК, низька цінова доступність може виступати провідним фактором невикористання цих засобів споживачами.

Для українських споживачів, які проживали у містах і які відносились до всіх груп за квинтилями середньорічного доходу (Q1-Q5), доступними були Су-ВМК (Т-типу) та найдешевший КПК (Овосепт). Для споживачів, які відносились до груп за квинтилями Q2-Q5, доступними були три КПК (Овідон, Ригевідон та Три-Регол), які були недоступними для групи за квинтилем Q1. Для споживачів, які відносились до груп за квинтилями середньорічного доходу Q3-Q5 окрім вище зазначених засобів ПК доступним був ЧПК (Депо-Провера). Для споживачів, які відносились до груп за квинтилями Q4-Q5, разом із вище зазначеними засобами ПК доступними були КПК (Регулон) та ЛНГ-ВМК (Мірена). Для групи споживачів із найвищим рівнем середньорічних доходів, які відносились до групи за квинтилем Q5, окрім всіх вказаних засобів ПК доступними були 8 КПК (Новінет, Тризистон, Силест, Мінізистон, Нон-Овлон, Ліндинет-20, Мікрогінон і Триквілар).

Для українських споживачів, які проживали в сільській місцевості та відносились до всіх груп за квинтилями середньорічного доходу (Q1-Q5), доступним був тільки Су-ВМК (Т-типу). Жоден з інших засобів ПК (КПК, ЧПК, ПТП, ЛНГ-ВМК) для сільських жителів, які відносились до груп за квинтилями середньорічного доходу Q1-Q2, за ціною був недоступним. Для споживачів, які відносились до груп за квинтилями середньорічного доходу Q3-Q5, доступним був один КПК (Овосепт). Для споживачів, які відносились до груп за квинтилями Q4-Q5, окрім Овосепта, доступними були ще три КПК (Ривевідон, Овідон і Три-Регол). Для групи споживачів із найвищим рівнем середньорічних доходів, які відносились до квинтиля Q5, окрім всіх вказаних засобів ПК доступним був ЧПК (Депо-Провера). Як вже зазначалось, для жителів сільської місцевості дуже важливу роль відіграє фактор територіальної доступності, тому навіть за наявності відповідних грошових коштів засоби ПК можуть не придбатися, якщо аптечна установа або заклад охорони здоров'я знаходиться на великій відстані від населеного пункту (районний центр або інший населений пункт) або у наявній аптечній установі відсутні засоби ПК.

Ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена між рівнем обізнаності/ поінформованості та застосування засобів ГК серед жінок, що живуть в містах, становив  $0,83 \pm 0,13$  ( $p < 0,05$ ), що свідчить про наявність сильного прямого кореляційного зв'язку. Ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена між рівнем обізнаності/ поінформованості та застосування засобів ГК серед жінок, що живуть в сільській місцевості, становив  $0,94 \pm 0,09$  ( $p < 0,05$ ), що свідчить про наявність сильного прямого кореляційного зв'язку.

Надання медичних та інформаційних послуг споживачам, пов'язаних з плануванням сім'ї, з боку спеціалістів охорони здоров'я оцінювалося як фактор інформаційної та фізичної доступності засобів ПК. Методом соціологічного дослідження було проведено опитування практикуючих лікарів акушерів-гінекологів, які працювали в амбулаторній ланці медичної допомоги (жіночі консультації, центри здоров'я жінки, центри/ кабінети планування сім'ї, гінекологічні кабінети поліклінік). За результатами опитування,  $78,13 \pm 2,07\%$  практикуючих лікарів акушерів-гінекологів консультували своїх пацієнток та їх партнерів з питань планування сім'ї. На думку респондентів,  $38,50 \pm 2,43\%$  їх призначень серед всіх призначень засобів ГК припадало на лікувальні режими без урахування репродуктивних планів пацієнток, і як приклади наводилися застосування монофазних

КПК для лікування дисфункціональних маткових кровотеч, гіперпластичних процесів ендометрію, аменореї, полікістозу яєчників та іншої патології жіночої репродуктивної сфери. З цією метою також застосовувались ЛНГ-ВМК. Відповідно, за всіх інших випадків засоби ГК призначалися лікарями як з метою попередження небажаної вагітності, так і з метою лікування та профілактики різних видів гінекологічної патології (ця частина респондентів зазначала, що засоби ГК призначалися пацієнткам з урахуванням репродуктивних планів, але для лікування гінекологічної патології).

На основі одержаних даних, нами розроблена функціонально-організаційна модель забезпечення споживачів засобами попередження небажаної вагітності, в основу якої покладений принцип комбінованого забезпечення різних категорій населення засобами попередження небажаної вагітності. Цей принцип передбачає функціонування одразу декількох механізмів забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності (рис. 6). В запропонованій моделі такими механізмами є соціально-маркетинговий, який представлений безоплатним та пільговим (частково субсидованим) забезпеченням окремих категорій населення засобами попередження небажаної вагітності, та повнооплатний механізм, який передбачає придбання споживачами різних засобів попередження небажаної вагітності в аптечних установах за повну вартість. Модель визначає виділення з категорії всіх споживачів засобів попередження небажаної вагітності категорію споживачів з особливими потребами, яка в свою чергу розподілена на три категорії споживачів: А, В та С. Всі інші споживачі, не віднесені до категорій А, В або С, віднесені до категорії D.

До категорії А були віднесені споживачі з особливими контрацептивними потребами, які повинні безкоштовно отримувати всі необхідні засоби попередження небажаної вагітності відповідно до медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції та результатів критично оцінених тем з питань контрацепції, одержаних Центром науково-доказової медицини на базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л.Шупика та міжнародним центром доказової медицини Державного університету Східного Теннесі. Всі засоби/ методи попередження небажаної вагітності для категорії А включено до мінімального пакету доступних контрацептивів (МПДК).

До категорії В віднесені жінки репродуктивного віку з особливими потребами у засобах попередження небажаної вагітності, які повинні забезпечуватись цими засобами на пільгових умовах з відшкодуванням 50% їх вартості. Всі засоби/ методи попередження небажаної вагітності для категорії В включено до оптимального пакету доступних контрацептивів (ОПДК).

До категорії С (підкатегорія С-1) віднесені дівчата-підлітки та молоді жінки віком від 13 до 25 років (учениці старших класів шкіл та студентки ВУЗів I-IV рівнів акредитації, працюючі молоді жінки, інші жінки цього віку, не віднесені до категорій А або В). Всі засоби/ методи попередження небажаної вагітності для категорії В включено до ОПДК (за умов відшкодування 30% їх вартості), або до загального пакету контрацептивів – ЗПК (якщо вони придбаються за власні кошти).

Споживачі категорії D забезпечуються засобами попередження небажаної вагітності за рахунок повнооплатного механізму – придбання їх за повну вартість в аптеках, що повністю або частково мають в асортименті ЗПК.

Слід зазначити, що всі вказані вище підкатегорії жінок репродуктивного віку можуть дублюватись, тобто можливі випадки коли жінка належить до двох та більше підкатегорій. Тому, за рекомендаціями міжнародних експертів (JSI USAID, DELIVER, PSP-One) вводиться поняття бажаного рівня охоплення кожної з вибраних підкатегорій засобами попередження небажаної



вагітності, що ґрунтується на емпірично розрахованій потребі кожної з підкатегорій та допускає, що жінки репродуктивного віку, які не увійшли до однієї підкатегорії, будуть враховані у іншій.

В запропонованій моделі всі функції координації та розподілу коштів, закупівлі засобів попередження небажаної вагітності, їх регіонального розподілу, логістики, категоризації аптечних установ за МПДК та ОПДК, аналізу звітної документації та повернення коштів за пільговий відпуск засобів попередження небажаної вагітності для категорій А, В та С, роботи з базами даних, статистики, – здійснює єдиний координаційний центр. Досвід роботи організацій подібного типу в Україні та за її межами вже існує (Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ, Регіональні логістичні центри в США, філії Глобального Фонду протидії ВІЛ (СНІДу), малярії та туберкульозу, та інші).

В табл. 4 представлені розподіл та джерела фінансування для забезпечення десяти підкатегорій жінок репродуктивного віку засобами попередження небажаної вагітності, в рамках запропонованої моделі.

Слід зазначити, що в рамках Державної Програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” обсяг фінансування, передбаченого на закупівлю засобів попередження небажаної вагітності протягом 2006-2015 рр., складає 91 533 000 грн (в середньому близько 10 млн. грн. на рік), що, за нашими підрахунками, є вкрай недостатнім. Відповідно до Програми, зазначені кошти можуть бути використані на пільгове забезпечення двох з десяти запропонованих підкатегорій споживачів з особливими потребами – жінок, яким вагітність та пологи протипоказані (А-5) і молоді (С-1). При цьому річна потреба в засобах попередження цих підкатегорій споживачів буде задовольнятися лише частково.

Альтернативними джерелами фінансування для забезпечення окремих підкатегорій жінок репродуктивного віку (А-1, А-3, В-2, С-1), які відносяться до групи підвищеного ризику передачі ВІЛ-інфекції, мають стати цільові кошти Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, та кошти донорів. В лютому 2009 року Верховною Радою України був прийнятий Закон про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, яким передбачене виділення коштів у обсязі 3 651 847,7 тис. гривень, у тому числі з: державного бюджету – 2 905 938,3 тис. грн.; місцевого бюджету – 267 336,4 тис. грн. (грант Глобального фонду протидії ВІЛ (СНІДу), малярії та туберкульозу) – 478 572,9 тис. гривень.

Обов'язковим є також залучення коштів донорів, частина з яких може бути представлена у вигляді гуманітарної допомоги (головним чином, презервативи). Неодмінною умовою залучення таких коштів, які мають стати цільовими, є підписання Меморандуму про співробітництво донорів у рамках запропонованої моделі забезпечення та координація їх зусиль (функція зазначеного координаційного центру).

Слід звернути особливу увагу на виробництво засобів попередження небажаної вагітності в Україні. Мова може йти про збільшення потужностей та якості вже існуючого виробництва презервативів (м. Новояворівськ).

Розподіл джерел фінансування в запропонованій нами моделі забезпечення цільових категорій жінок репродуктивного віку виглядає наступним чином (в %): кошти Державного та місцевих бюджетів – 46,25% (з яких 5,69% - цільові кошти Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року і 40,56% – цільові кошти Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки), та кошти донорів – 53,75%.

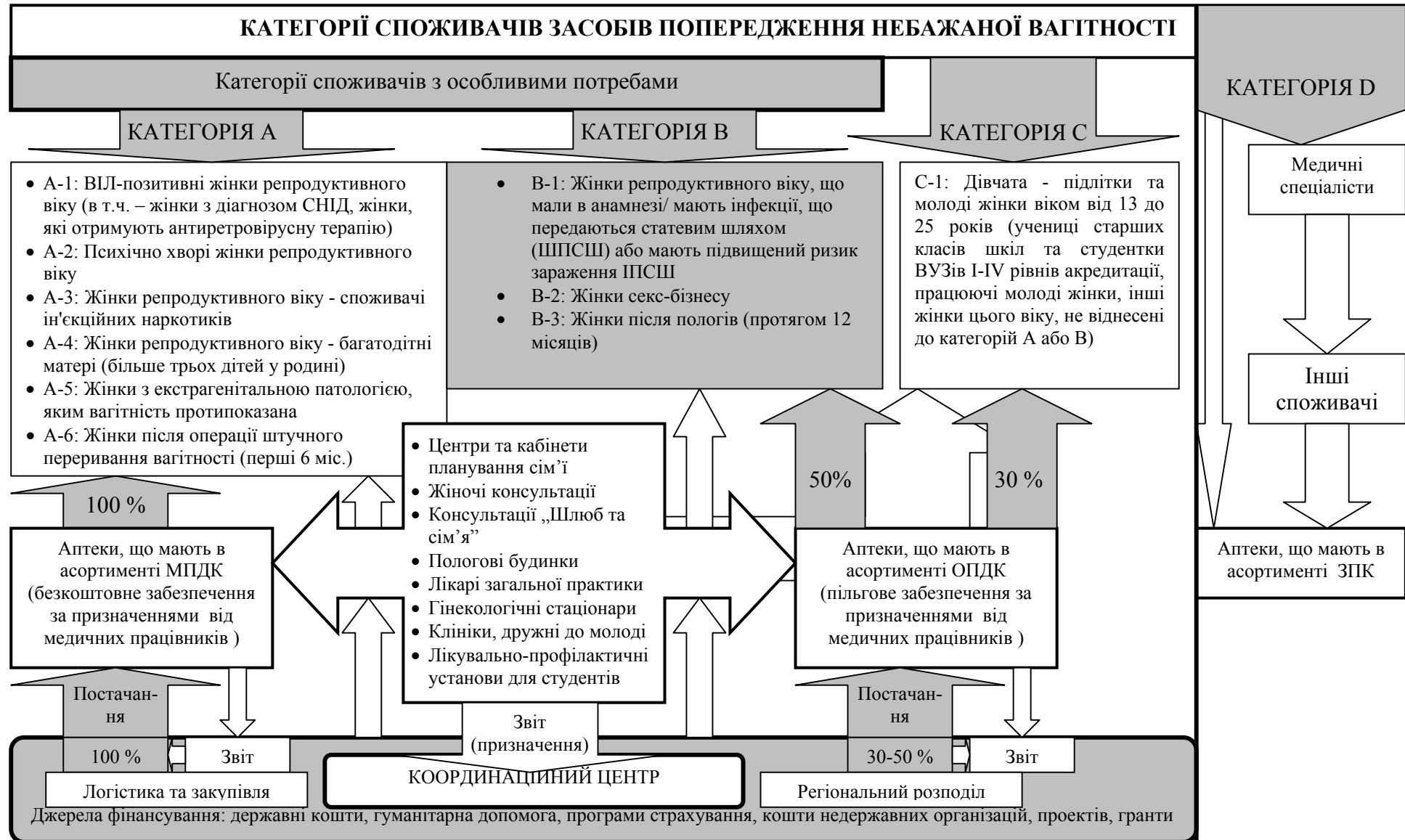


Рис.6. Функціонально-організаційна модель забезпечення споживачів засобами попередження небажаної вагітності

**Розподіл та джерела фінансування для забезпечення окремих підкатегорій жінок репродуктивного віку в рамках запропонованої моделі**

Категорія та субкатегорія			Контрацептивний пакет	Число охоплених жінок	Обсяг фінансування на рік, грн	Кошти Державного та місцевих бюджетів		Кошти донорів та страхування
						В рамках ДП "РЗН"*	В рамках ЗДП ВЛ**	
КАТЕГОРІЯ А	А-1	ВІЛ-позитивні жінки	МПДК	190 000	20 014 600	0	20 014 600	0
		Жінки з діагнозом "СНІД"						
		Жінки, які отримують антиретровірусну терапію						
	А-2	Психічно хворі жінки репродуктивного віку, в т.ч. хворі на депресивні розлади та епілепсію (без урахування неврологічної патології та наркозалежних жінок)	МПДК	29 164	3 072 136	0	0	3 072 136
	А-3	Жінки репродуктивного віку - споживачі ін'єкційних наркотиків	МПДК	215 000	25 800 000	0	25 800 000	0
	А-4	Жінки репродуктивного віку - багатодітні матері (більше трьох дітей у родині)	МПДК	168 375	17 736 570	0	0	17 736 570
А-5	Жінки репродуктивного віку, які мають екстрагенітальну патологію (окремі нозологічні форми: цукровий діабет, активний ревматизм, ревматоїдний артрит, хронічні ревматичні хвороби серця, гострий та хронічний гломерулонефрит, уроджені аномалії системи кровообігу, гіпертензія), що може у наступному значно ускладнити вагітність та пологи (вагітність протипоказана)	МПДК	121 453	6 141 878	1 305 500	0	4 836 378	
А-6	Жінки після операції штучного переривання вагітності на період перших 6 місяців	МПДК	210 454	11 084 612	0	0	11 084 612	
КАТЕГОРІЯ В	В-1	Жінки репродуктивного віку, що мали в анамнезі/ мають інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) або мають підвищений ризик зараження ІПСШ	ОПДК	197 645	23 717 400	0	0	23 717 400
	В-2	Жінки секс-бізнесу	ОПДК	190 000	28 689 050	0	22 800 000	5 889 050
	В-3	Жінки після пологів (протягом 12 місяців)	ОПДК	470 167	31 113 301	0	0	31 113 301
КАТЕГОРІЯ С	С-1	Дівчата - підлітки та молоді жінки віком від 13 до 25 років (учениці старших класів шкіл та студентки ВУЗів I-IV рівнів акредитації, працюючі молоді жінки, інші жінки цього віку, не віднесені до категорій А або В)	ОПДК/ ЗПК	2 218 272	88 076 470	13 235 000	35 000 000	39 841 470
<b>ВСЬОГО, грн</b>					<b>255 446 017</b>	<b>14 540 500</b>	<b>103 614 600</b>	<b>137 290 917</b>

Ефективна діяльність у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї вимагає чіткого усвідомлення необхідності змін поведінки споживачів, медичних та фармацевтичних працівників. Такі зміни можуть бути пов'язані з формуванням нових моделей поведінки, отриманням знань, набуттям необхідних навичок, розвитком поглядів та переконань, спрямованих загалом на поліпшення репродуктивного та сексуального здоров'я. У зв'язку з вище зазначеним, нами пропонується матриця для визначення належності споживачів до різних поведінкових категорій по відношенню до використання методів регулювання народжуваності (Рис. 7). Матриця визначає чотири поведінкові категорії.

Рівень обізнаності (поінформованості)	Високий	КАТЕГОРІЯ 3	КАТЕГОРІЯ 4
	Низький	КАТЕГОРІЯ 1	КАТЕГОРІЯ 2
		Низький	Високий
		Рівень мотивації (потреби у використанні)	

Рис. 7. Матриця для визначення належності споживачів до різних поведінкових категорій по відношенню до використання методів регулювання фертильності (авторська)

Як видно з рис.7, найбільш вразливою є друга поведінкова категорія споживачів, яка має високі потреби у використанні засобів попередження небажаної вагітності та низький рівень обізнаності щодо існування та власне використання цих засобів. Друга поведінкова категорія є диференційованою, оскільки до неї належать підлітки та молодь, жінки, які часто використовують метод ЕК та жінки, які часто вдаються до штучних абортів. Таким чином, ця категорія споживачів характеризується соціально небажаними детермінантами репродуктивної поведінки і вимагає першочергового застосування відповідної інформаційно-комунікативної моделі для підвищення рівня обізнаності/ поінформованості щодо методів регулювання народжуваності. Така модель представлена нижче на рис. 8. Конкретизовані інформаційний та навчально-комунікативний блоки в комплексі заходів „Інформація-Навчання-Комунікація”, що визначають зміст, формат та форми обміну і подачі інформації як для цільових груп проміжних та кінцевих споживачів, так і для цільових груп спеціалістів.

Запропоновані інновації, викладені вище, були оцінені незалежними експертами (табл. 5).

Таблиця 5

**Експертна оцінка запропонованих інновацій щодо профілактики небажаної вагітності (%)**

№	Елемент системи	Так	Ні
1	Модель співвідношення питомої ваги застосування засобів ЕК та ПК в популяції жінок фертильного віку	94,4	5,6
2	Матриця для визначення належності споживачів до різних поведінкових категорій по відношенню до використання методів регулювання народжуваності	98,2	1,8
3	Покрокове підвищення рівня обізнаності/ поінформованості підлітків та молоді щодо використання засобів попередження небажаної вагітності	100,0	0,0
4	Розподіл жінок за цільовими групами використання засобів попередження небажаної вагітності	98,2	1,8
5	Модель цінової доступності засобів попередження небажаної вагітності залежно від середньорічного доходу різних категорій населення за квінтилями (Q1-Q5)	100,0	0,0
6	Функціонально-організаційна модель забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності	96,4	3,6
7	Функціонально-організаційна модель побудови суспільних комунікацій в охороні репродуктивного здоров'я	96,4	3,6
8	Оцінка інновацій в цілому	98,2	1,8

Експерти позитивно оцінили обгрунтовану модель забезпечення засобами попередження небажаної вагітності.

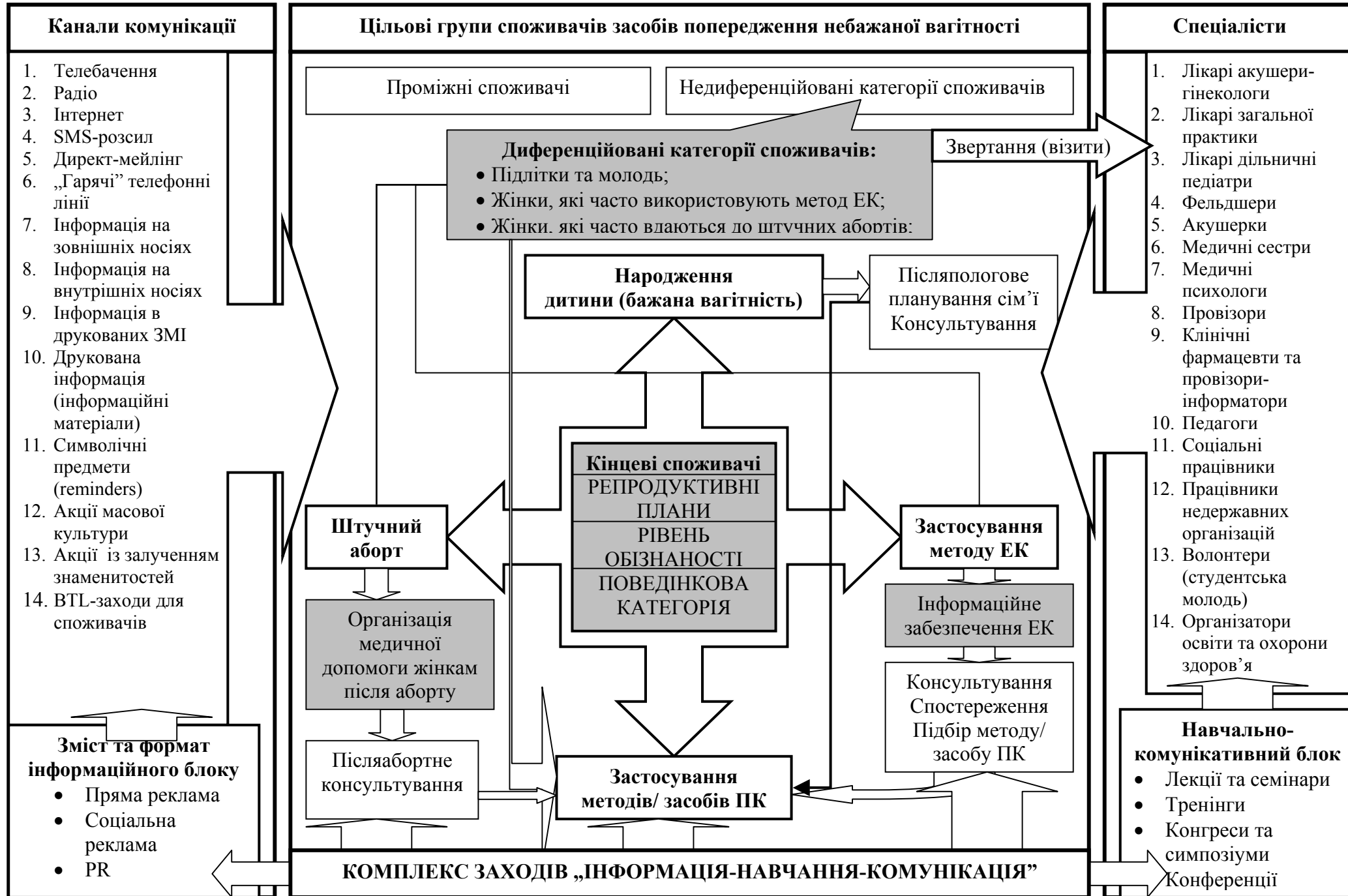


Рис. 8. Функціонально-організаційна модель побудови суспільних комунікацій в охороні репродуктивного здоров'я населення

## ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням в Україні встановлена невідповідність міжнародним вимогам поширеності застосування сучасних засобів попередження небажаної вагітності серед жінок фертильного віку, яка є причиною одного з найвищих в Європі рівня абортів з високою частотою їх ускладнень та пов'язаними з цим випадками материнської смертності; це потребувало наукового обґрунтування та розробки функціонально-організаційної системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності, що довела свою медичну та соціальну ефективність.

1. Встановлено, що, незважаючи на зниження рівня абортів в Україні на 6,2 за період 2003-2007 рр., цей рівень залишався одним з найвищих в Європі і склав 17,2 на 1000 жінок фертильного віку за найбільшої поширеності в Одеській (24,9), Кіровоградській (24,5) і Чернігівській (22,3) областях, з питомою вагою абортів у 88,1% серед повторно вагітних та 4,7% материнської смертності, пов'язаної з абортами та їх ускладненнями серед всіх причин материнської смертності.

2. Показано, що рівень застосування засобів екстреного попередження небажаної вагітності виріс у 1,77 рази за період з 2003 по 2007 р. і склав 48,8 на 1000 жінок фертильного віку з коливаннями на адміністративних територіях України від 19,3 (Миколаївська область) до 220,3 (м.Севастополь), при високій фізичній (засоби екстреної контрацепції були наявні в 94,5% аптек), високій фінансовій (вартість засобів не перевищувала 2% середньорічного доходу населення) та низькій інформаційній доступності (були обізнаними  $10,66 \pm 1,54\%$  респондентів).

3. Виявлено низький рівень використання засобів планового попередження небажаної вагітності (27,5 на 1000 жінок фертильного віку) з тенденціями до зниження цього показника за період з 2003 по 2007 р., при високій фізичній (у 99,4% випадків аптеки були джерелом отримання засобів планової контрацепції), низькій фінансовій (усереднена вартість річного застосування засобів планової контрацепції становила 5,1% від середньорічного доходу населення при встановленому граничному рівні не більше 2%) та низькій інформаційній доступності (були обізнаними щодо різних засобів від  $2,34 \pm 0,76\%$  до  $10,66 \pm 1,54\%$  респондентів).

4. Аналіз рівнів застосування екстрених та планових методів попередження небажаної вагітності показав, що їх співвідношення в Україні становило 0,97, в той час як в більшості країн Європи цей показник не перевищував 0,05; коефіцієнт співвідношення рівня застосування засобів гормональної контрацепції та рівня абортів в країнах Європи склав до 47,3, а в Україні – 1,21, що підтверджує домінування абортів як методу регулювання народжуваності серед жінок фертильного віку в Україні.

5. Доведено необхідність формування якісно нової системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності, в основу якої покладено моделі побудови суспільних комунікацій в охороні репродуктивного здоров'я, та забезпечення споживачів засобами попередження небажаної вагітності, які поєднані між собою і надають системі нових якостей з профілактики небажаної вагітності та абортів в Україні.

6. Розроблено модель побудови суспільних комунікацій в попередженні небажаної вагітності та охороні репродуктивного здоров'я населення, складовими якої є цільові групи споживачів та спеціалістів, інформаційний, навчальний блоки та канали комунікації.

7. Показано, що центральним елементом функціонально-організаційної моделі забезпечення споживачів засобами попередження небажаної вагітності є розподіл населення з

виділенням чотирьох категорій, обґрунтуванням шляхів забезпечення їх контрацептивами та визначенням джерел фінансування.

8. Розраховано, що запропонована система дозволить скоротити рівень абортів в Україні до 20% через забезпечення споживачів з особливими потребами в контрацепції засобами попередження небажаної вагітності за рахунок зміни підходів до логістики, фінансування, розподілу, призначення та інформування населення.

9. Впровадження окремих елементів запропонованої системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності, яка відповідає міжнародним вимогам, призвело до зниження рівня абортів на 5,4 на 1000 жінок фертильного віку, що дозволяє рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України.

### Список робіт за темою дисертації

#### *Монографії:*

1. Екстрена контрацепція [монографія] / Слабкий Г.О., Горбенко О.В. // Донецьк: Східний видавничий дім, 2008. – 251 с.

#### *У періодичних фахових виданнях, затверджених ВАК України:*

1. Горбенко О.В. Контрацепція як проблема репродуктивного здоров'я: ситуаційний аналіз / Горбенко О.В. // Здоров'я жінки. – 2005. – №2 (22). – С.174–180.

2. Горбенко О.В. До питання забезпечення населення України засобами контрацепції / Горбенко О.В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №4. – С. 27–30.

3. Горбенко О.В. Аспекти прихильності сучасної молоді до контрацепції / Горбенко О.В. // Медико-соціальні аспекти сім'ї. – Донецьк; Альматео, 2006. – С. 112–114.

4. Горбенко О.В. Інформаційно-комунікативні перешкоди у використанні контрацепції та шляхи їх подолання в Україні (за даними наукової літератури) / Горбенко О.В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №4. – С.32–35.

5. Горбенко О.В. Методичні підходи до визначення потреби населення у забезпеченні сучасними засобами контрацепції / Горбенко О.В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С.45–48.

6. Горбенко О.В. Ефективність використання засобів планування сім'ї / Горбенко О.В. // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – №2(6). – С.136-142.

7. Жилка Н.Я. Контрацепція и холистическое понятие сексуального здоров'я / Жилка Н.Я., Матыцина Л.А., Горбенко А.В. // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №2 (22). – С. 153–156.

8. Матюха Л.Ф. Планирование семьи и гормональная контрацепция – новый взгляд на изученные вопросы. Роль семейного врача / Матюха Л.Ф., Горбенко А.В. // Семейная медицина. – 2005. – №1. – С.21–29.

9. Слабкий Г.О. Шляхи вдосконалення медичної допомоги жінкам у післяабортному періоді / Слабкий Г.О., Горбенко О.В. // Здоров'я жінки. – 2006. – №3 (27). – С. 138 – 144.

10. Слабкий Г.О. Обґрунтування засад екстреної контрацепції / Слабкий Г.О., Горбенко О.В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – №4. – С. 57–62.

11. Слабкий Г. О. Суспільні комунікації у збереженні репродуктивного здоров'я населення України / Слабкий Г.О., Горбенко О.В. // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – №3-4 (7-8). – С.145-150.

*Клініко - організаційні керівництва:*

1. Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортom [Клініко - організаційне керівництво] / Жилка Н.Я., Камінський В.В., Слабкий Г.О., Горбенко О.В. [та ін.] // Під ред. Жилки Н.Я. – К.: Ферзь, 2006. – 76 с.

*Навчальні посібники:*

1. Репродуктивне здоров'я чоловіків [Навч. Посіб.] (Бібліотека сімейного лікаря) / Матюха Л.Ф., Хімюн Л.В., Банніков В.І., Горбенко О.В. [та ін.] // К.: Благодійний Фонд „Здоров'я жінки і планування сім'ї, Асоціація сімейних лікарів м. Києва та Київської області, 2004. – 87 с.

*У інших наукових виданнях:*

1. Горбенко А. К вопросу о гормональной реабилитации после искусственного аборта / Горбенко О.В. // Сб. Науч. ст. „Вопросы здравоохранения Донбасса”. – Донецк. – 2005. – Вып. 10 – С. 91–93.
2. Горбенко О. В. Планова, екстрена контрацепція та рівень абортів серед жінок фертильного віку в Україні у порівнянні з деякими країнами Європи та новими незалежними державами / Горбенко О.В. [Матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару-наради головних лікарів лікувально-профілактичних закладів „Актуальні проблеми управління галуззю охорони здоров'я в Україні”; АР Крим, м.Алушта, 9-10 жовтня 2008 року] // Алушта. – 2008. – С. 99-108.
3. Горбенко О. В. Планування сім'ї в практиці сімейного лікаря / Горбенко О.В., Слабкий Г.О. [Матеріали II Пленуму сімейних лікарів; м.Харків, 24-26 жовтня 2005 року] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спеціальний випуск. – с.83.
4. Жилка Н.Я. Загальні рекомендації щодо поліпшення організації надання медичної допомоги жінкам після абортy / Жилка Н.Я., Слабкий Г.О., Горбенко О.В. // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – №1 – С. 72–80.
5. Слабкий Г.О. Застосування засобів / методів планової контрацепції в Україні / Слабкий Г.О., Горбенко О.В. [Матеріали IV З'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я; М.Житомир, 23-25 жовтня 2008 року] // Відп. Ред. Г.О.Слабкий . – Київ-Житомир. – 2008. – Т.1. – С. 158-161.
6. Слабкий Г.А. К вопросу консультирования женщин, которые перенесли процедуру аборта с осложнениями / Слабкий Г.А., Горбенко А.В. [Матеріали науково-практичної конференції „Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005”] // 16-20 травня 2005 р. – Полтава: ПолтНТУ ім. Ю. Кондратенка, 2005. – Т.7. – С. 73–75.
7. Слабкий Г.О. Політичні аспекти використання контрацептивів в Україні / Слабкий Г.О., Горбенко О.В. [Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції „Наукові дослідження – теорія та експеримент-2005”] // Медичні науки / 12. Теоретична організація охорони здоров'я (1). – Полтава. – 2005. – С. 73–75.

*Методичні рекомендації:*

1. Лукашук-Федик С.В. Проблеми сексуальної та репродуктивної поведінки молоді [Методичні вказівки для самостійної роботи та самоконтролю знань з дисциплін ПСРПМ] / Лукашук-Федик С.В., Горбенко О.В., Захарчук І.В.// Тернопіль: СМТ „Тайп”, 2006. – 104 с.

*Галузеві нововведення:*

1. Алгоритм організації медичної допомоги жінкам після абортy (реєстр. № 162/25/06);



2. Модель співставлення частоти застосування екстреної та планової контрацепції в популяціях жінок фертильного віку (реєстр. № 257/31/09);
3. Модель прийняття рішення щодо використання засобів екстреної контрацепції після незахищеного статевого контакту (реєстр. № 258/31/09);

*Інформаційні листи:*

1. Інформаційний лист МОЗ України №251-2005 „Алгоритм організації медичної допомоги жінкам після абортів” / Слабкий Г.О., Камінський В.В., Жилка Н.Я., Горбенко О.В., Свиридова В.В. [та ін.] // Протокол №10 від 20.12.2005 р. – К.: Укрмедпатентінформ, 2005.
2. Інформаційний лист МОЗ України №3-2007 „Інформаційне забезпечення екстреної контрацепції в Україні” / Жилка Н.Я., Слабкий Г.О., Горбенко О.В., Валієв О.А. [та ін.] // Протокол №1 від 05.01.2007 р. – К.: Укрмедпатентінформ, 2007.

### АНОТАЦІЯ

**Горбенко О.В.** Обґрунтування системи профілактики небажаної вагітності в Україні. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ, 2009.

Дисертація присвячена вивченню поширеності застосування різних методів регуляції народжуваності жінками репродуктивного віку в Україні, обґрунтуванню та розробці якісно нової функціонально-організаційної системи забезпечення населення інформацією, засобами та послугами з попередження небажаної вагітності та визначенню ролі суспільних комунікацій в охороні репродуктивного здоров'я.

Штучне переривання вагітності, поряд із застосуванням екстрених засобів попередження небажаної вагітності, виступають провідними детермінантами репродуктивної поведінки жінок. Досліджено фізичну, в тому числі територіальну, фінансову (цінову), регуляторну та інформаційну доступності засобів попередження небажаної вагітності, в ході чого була визначена відсутність механізмів закупівлі, розподілу та пільгового забезпечення окремих категорій споживачів засобами попередження небажаної вагітності. Обґрунтована якісно нова функціонально-організаційна модель забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності. Особливостями запропонованої моделі стали диференціація різних категорій споживачів за контрацептивними потребами, визначення мінімального, оптимального та загального пакетів доступних контрацептивів із відповідними обсягами та механізмами відшкодування коштів, використання підходів доказової медицини щодо призначення контрацептивних методів/ засобів окремим категоріям жінок репродуктивного віку відповідно до їх потреб та медичних критеріїв прийнятності ВООЗ, врахування циклового фактору, інтеграція з Державною програмою „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року”. Дані, одержані в результаті дослідження, знайшли своє втілення на державному, галузевому та регіональному рівнях.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, небажана вагітність, детермінанта, забезпечення, контрацепція, суспільні комунікації.

### АННОТАЦИЯ

**Горбенко А.В.** Обоснование системы профилактики нежеланной беременности в Украине. – Рукопись.

Диссертация на получение научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика, Киев, 2009.

Диссертация посвящена изучению распространенности применения разных методов регулирования рождаемости среди женщин репродуктивного возраста в Украине, обоснованию и разработке качественно новой функционально-организационной системы обеспечения населения информацией, средствами и услугами по предупреждению нежеланной беременности и определению роли общественных коммуникаций в охране репродуктивного здоровья.

Установлена более высокая, по сравнению с другими странами, распространенность аборт как метода регуляции рождаемости среди женщин репродуктивного возраста. Осложнения абортов за период 2003-2007 гг. стали причиной 9,7% всех случаев материнской смертности в Украине. Искусственное прерывание беременности наряду с использованием экстренных средств предупреждения нежеланной беременности, выступают ведущими детерминантами репродуктивного поведения женщин репродуктивного возраста. Исследование показало, что коэффициент соотношения уровней использования экстренных и плановых средств предупреждения нежеланной беременности на 1000 женщин репродуктивного возраста в 2007 году составил 1,78, что говорит о приоритете экстренных методов над плановыми. За пять лет (2003-2007 гг.) динамика применения плановых средств предупреждения нежеланной беременности на 1000 женщин репродуктивного возраста составила -0,19%, что объясняется взаимно противоположной динамикой применения группы гормональных средств и внутриматочных средств. Проведен анализ уровня абортов, уровней использования экстренных, плановых средств предупреждения нежеланной беременности и соотношений между ними во всех административно-территориальных единицах Украины.

Были исследованы физическая, в том числе территориальная, финансовая (ценовая), регуляторная и информационная доступности средств предупреждения нежеланной беременности, в результате чего было установлено, что коммерческий механизм обеспечения потребителей этими средствами, осуществляемый через аптечную сеть Украины, является основополагающим и предусматривает приобретение контрацептивных средств только за их полную стоимость. Ряд средств предупреждения нежеланной беременности оказались недоступными для всех категорий населения с точки зрения цены при условии регулярного их применения на протяжении года. Информационная доступность определялась информированностью в отношении отдельных средств предупреждения нежеланной беременности и имела выраженную прямую корреляцию с уровнями использования этих средств. Было отмечено отсутствие скоординированных механизмов закупок, распределения и льготного обеспечения отдельных категорий населения средствами предупреждения нежеланной беременности, недостаточное функционирование системы общественных коммуникаций в системе планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья.

Разработана и обоснована качественно новая функционально-организационная модель обеспечения населения средствами предупреждения нежеланной беременности. Особенности предложенной модели стали дифференциация потребителей услуг и средств предупреждения нежеланной беременности в соответствии с их контрацептивными потребностями по четырем категориям, каждая из которых имеет свои подкатегории. Определены перечни средств предупреждения нежеланной беременности, входящих в минимальный, оптимальный и общий пакет доступных контрацептивов, объемы и механизмы возмещения денежных средств для льготного обеспечения соответствующих категорий потребителей. В предложенной модели

использованы подходы доказательной медицины в отношении назначения методов/ средств предупреждения нежеланной беременности отдельным категориям женщин репродуктивного возраста в соответствии с их индивидуальными потребностями, цикловым фактором применения и медицинскими критериями приемлемости ВОЗ. Модель предусматривает оптимизацию Государственной программы «Репродуктивное здоровье нации на период до 2015 года» в части обеспечения населения средствами предупреждения нежеланной беременности.

Для информационного сопровождения предложенной модели обеспечения населения средствами предупреждения нежеланной беременности, была разработана функционально-организационная модель построения общественных коммуникаций в охране репродуктивного здоровья.

Данные, полученные в результате исследования, нашли применение на государственном, отраслевом и региональном уровнях.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, нежеланная беременность, детерминанта, обеспечение, контрацепция, общественные коммуникации.

### SUMMARY

**Gorbenko O.V.** Substantiation of the system on unwanted pregnancy prophylaxis in Ukraine. – The Manuscript.

The dissertation for a scientific degree of candidate of medical sciences obtaining in specialty 14.02.03 – social medicine. – P.L.Shupik' National medical academy of postgraduate education, Kyiv, 2009.

The dissertation is devoted to studying prevalence of several fertility regulation methods among reproductive aged women in Ukraine; to substantiation, development and implementation of the new functional-organizational system for provision of information, contraceptives and service for the population aimed to prevent unwanted pregnancies, as well as to determination of a public communications' role in reproductive healthcare.

Artificial interruption of pregnancies (abortion) and usage of emergency contraceptive pills both are the most widespread determinants of reproductive behavior among ukrainian women. The common dynamics of planned contraceptive methods usage in period 2003-2007 was minimal due to antipodal trends in hormonal contraceptives' usage and usage of intrauterine devices. The physical availability, including the territorial availability, the financial (cost-) availability, the regulatory availability and the informational availability (awareness) concerning contraceptive methods/ remedies have been investigated; according to results of these investigations, the absence of mechanisms for reimbursement, distribution and contraceptive security privileges for certain categories of the population has been found. The new functional-organizational model for contraceptive provision of the population has been substantiated and developed. The distinguishing features of this model were following: the differentiation of contraceptive users by categories according to their contraceptive needs, the determination of minimal, optimal and common contraceptive package as well as proper volumes and mechanisms of their reimbursing, providing evidence based medicine approaches regarding contraceptives prescription for certain categories of reproductive aged women in accordance with their individual needs and WHO medical eligibility criteria, taking into account the cycle factor of contraceptive usage, and concordance with State Programme “Reproductive health of Nation for period to 2015”. The found data has been implemented at the state, branch and regional levels.

**Keywords:** reproductive health, unwanted pregnancy, determinant, contraceptive security, contraception, public communications.

**УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ**

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВМК	внутрішньоматковий контрацептив
ВООЗ	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ГК	гормональна контрацепція
ЕК	екстрена контрацепція
ЗПК	загальний пакет контрацептивів
ІН	індекс наявності
ІП	індекс пенетрації
ІПСШ	інфекція, що передається статевим шляхом
КІК	комбіновані ін'єкційні контрацептиви
КПК	комбіновані пероральні контрацептиви
КС	коефіцієнт співвідношення
ЛНГ	левоноргестрел (L-норгестрел)
ЛНГ-ВМК	внутрішньоматковий контрацептив, що містить левоноргестрел
ЛНГ-ТЕК	таблетки екстреної контрацепції, що містять левоноргестрел
МПДК	мінімальний пакет доступних контрацептивів
МКНК	Міжнародний Консорціум з невідкладної контрацепції
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОБЖД	основи безпеки життєдіяльності
ОПДК	оптимальний пакет доступних контрацептивів
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОТС	лікарські засоби, що відпускаються без рецепту (Over The Counter)
ПК	планова контрацепція
ПТП	протизаплідні таблетки прогестинового ряду
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТЕК	таблетки екстреної контрацепції
ЧПК	чисто прогестинові ін'єкційні контрацептиви
Сu-ВМК	внутрішньоматковий контрацептив, що містить мідь