



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

РАЗОМ ДО ЗДОРОВ'Я  **TOGETHER FOR HEALTH**

ПРОЕКТ ПОКРАЩЕННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
Бул. Т. Шевченка, 46-в, офіс 15, Київ 01032, Україна
Тел.: (+380 44) 581-1520, факс: (+380 44) 581-1521, e-mail: info@fprh-jsi.org.ua

IMPROVING FAMILY PLANNING & REPRODUCTIVE HEALTH IN UKRAINE
46-v (46-v) T. Shevchenko Boulevard, Office 15, Kiev 01032, Ukraine
Tel.: (+380 44) 581-1520, Fax: (+380 44) 581-1521, e-mail: info@fprh-jsi.org.ua

Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні:

В основі роботи фактичний матеріал з Європи, Євразії та США

Томас Дж. Боссерт, Дайана М. Баузер
Гарвардська школа громадського здоров'я

Аста М. Кенней, Лауренціу М. Стан
Інститут досліджень та тренінгів JSI

Ентоні А. Хаджінс, консультант

Серпень 2007



РАЗОМ ДО ЗДОРОВ'Я ФІНАНСУЄТЬСЯ АГЕНСТВОМ США З МІЖНАРОДНОГО РОЗВИТКУ ТА ВПРОВАДЖУЄТЬСЯ ІНСТІТУТОМ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ТРЕНІНГІВ КОРПОРАЦІЇ ДЖОНА СНОУ У СПІВРОБІТНИЦТВІ З АКАДЕМІЄЮ СПРИЯННЯ ОСВІТИ ТА ШКОЛОЮ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ГАРВАРДСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ

TOGETHER FOR HEALTH IS FUNDED BY THE UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT AND IMPLEMENTED BY JSI RESEARCH AND TRAINING INSTITUTE INC. IN COLLABORATION WITH THE ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT AND HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні:

**В основі роботи фактичний матеріал з
Європи, Євразії та США**

**Томас Дж. Боссерт, Дайана М. Баузер
Гарвардська школа громадського здоров'я**

**Аста М. Кенней, Лауренціу М. Стан
Інститут досліджень та тренінгів JSI**

Ентоні А. Хаджінс, консультант

Серпень 2007

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 JSI Research & Training Institute, Inc. and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

Цей документ було розроблено завдяки щедрій підтримці американського народу з допомогою Агентства США з міжнародного розвитку. Відповідальність за зміст цього документу несе Корпорація Інституту дослідництва та тренінгів JSI. Інформація, яка відображена в цьому документі не завжди поділяє погляди Агентства США з міжнародного розвитку або уряду Сполучених Штатів.

Акроніми та скорочення

СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ЦПКЗ	Центр профілактики та контролю захворювань
ЄС	Європейський Союз
ЄБД ЗВ	Європейська база даних здоров'я для всіх
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
МКНР	Міжнародна конференція з народонаселення та розвитку
МФПС	Міжнародна федерація з планування сім'ї
ВМЗ	Внутрішньо матковий засіб
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
КДД	Корпорація з досліджень думки
ЗОМТ	Запалення органів малого тазу
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЗРФ	Загальний рівень фертильності
ГРН	Українська гривня (місцева валюта)
ООН	Організація об'єднаних націй
ФНОО	Фонд народонаселення при Організації об'єднаних націй
АМР	Агентство США з міжнародного розвитку
ДПН	Дослідження платоспроможності населення
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я

Вступ

Україна, як і решта європейських країн, характеризується дуже низькою народжуваністю. Родина із однією дитиною вже давно стала нормою, в результаті чого індекс загальної народжуваності (ІЗН – кількість дітей, народжених пересічною жінкою впродовж життя) становить лише 1.22 на жінку (Організація об'єднаних націй, 2007 рік). Низька народжуваність разом із еміграцією та підвищенням рівня смертності, який в свою чергу позначається на зменшенні середньої тривалості життя (Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) Європейська база даних здоров'я для всіх) (СБД ЗВ), зумовлює старіння населення і скорочення його чисельності. Кількість населення України скоротилась з 51.0 мільйона у 1995 році до 46.9 мільйонів у 2005 році і така динаміка залишається (Організація об'єднаних націй, 2007 рік).

Через економічні та суспільні наслідки демографічного спаду більшість українських політиків вважає рівень народжуваності заниженим і всіляко сприяє політиці збільшення народжуваності. Тут виникає логічне запитання, а навіщо, мовляв, державі підтримувати якісну і наявну контрацепцію шляхом поліпшення доступу до планування сім'ї? У своїй роботі ми торкнемося п'яти вагомих причин, чому слід сприяти збільшенню доступу планування сім'ї в Україні:

1. **Планування сім'ї є одним із прав людини:** Україна, як і більшість країн світу, підписала найважливіші декларації і інші міжнародні документи із прав людини, які говорять про право жінки на отримання адекватної медичної допомоги на основі інформації, консультування та послуг із планування сім'ї, право дитини на здорове і бажане народження, та право подружніх пар самостійно і свідомо вирішувати, скільки, де і коли їм народжувати дітей.
2. **Контрацепція є безпечною та не шкодить здоров'ю:** Багато досліджень впродовж багатьох років чітко демонструють безпечність методів контрацепції. До речі, було доведено, що внаслідок застосування методів контрацепції здоров'я отримало більший зиск. Адже вдалося не лише зберегти здатність жінок народжувати дітей, але навіть збільшити загальну кількість членів сім'ї, коли подружжя вирішували ще народити дітей через деякий час.
3. **Контрацепція може зменшити рівень абортів:** Хоча рівень абортів в Україні має певні тенденції до зниження дещо пішов на спад, він все одно не йде ні в яке порівняння із європейськими аналогами. Існують численні причини для скорочення кількості абортів, оскільки жінки і сім'ї отримують від цього не лише зиск для свого здоров'я, але й значну економію коштів. Досвід решти країн із низькою народжуваністю у даному регіоні показує, що збільшення використання сучасних методів контрацепції просто витісняє аборти, і в жодному разі не зменшує рівень народжуваності.
4. **Зиск від планування сім'ї перевищує витрати:** Наявні дані з України та інших країн свідчать, що планування сім'ї і контрацепція дозволяють економити значні кошти, тобто виступають рентабельним втручанням.
5. **Більшість країн підтримує планування сім'ї і доступність контрацептивів:** Через очевидні переваги контрацепції, її роль у зменшенні кількості абортів, вартості самої процедури та поваги по відношенню до прав людини більшість країн створили умови

для фінансування та застосування структур забезпечення доступу до послуг із планування сім'ї, консультування, та пов'язаних із цим товарів.

I. Права людини і планування сім'ї

За останні роки міжнародна спільнота здається дійшла консенсусу, що саме держава має гарантувати захист та розширення прав громадян і подружніх пар стосовно контролю свого репродуктивного життя та отримання доступу до інформації і послуг щодо планування сім'ї. Різноманітні міжнародні угоди як, наприклад, декларація Міжнародної конференції по народонаселенню та розвитку в Каїрі у 1994 році та Стратегія репродуктивного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я від 2004 року поставили репродуктивне здоров'я та планування сім'ї серед найважливіших міжнародних пріоритетів. Майже нещодавно світові лідери на Всесвітньому самміті 2005 року вирішили зробити універсальний доступ до репродуктивного здоров'я національною стратегією в різних країнах до 2015 року з метою виконання цілей Розвитку тисячоліття ООН, тим самим стверджуючи, що “прогрес для жінок є прогресом для всіх.” (Фонд ООН в галузі народонаселення (ФНОО), 2005 рік)

Враховуючи важливість для спільноти, що підтверджено у численних міжнародних і національних деклараціях, законах і міжнародних угодах (дивись нижче), репродуктивне здоров'я та планування сім'ї перетворились на довгострокову доктрину у багатьох країнах. Сама Україна підписала багато міжнародних угод із прав людини, включаючи Міжнародну угоду із громадянських та політичних прав, Міжнародну угоду із економічних, соціальних та культурних прав, Конвенцію із ліквідації всіх форм дискримінації проти жінок, Конвенцію про права дитини та міжнародні документи про досягнення консенсусу, починаючи від Міжнародної конференції по народонаселенню і розвитку та закінчуючи Четвертою всесвітньою конференцією щодо жінок.

A. Права подружніх пар і окремих громадян

Рішення щодо того, мати дитину чи ні і коли саме, є основоположним правом людини, визнаним всією міжнародною спільнотою. У міжнародних деклараціях і угодах чітко визначається питання репродуктивного здоров'я і доступ до методів планування сім'ї як невід'ємного права людини.

- Універсальна декларація про права людини від 1968 року визначає право людини “одружуватись і створювати сім'ю.”
- Міжнародна конференція із народонаселення і розвитку 1994 року (МКНР) у Каїрі: Розділ 7.16: ...”Всі країни повинні удатися до кроків із задоволення вимог населення в галузі планування сім'ї, і намагатися зробити це до 2015 року, країни повинні забезпечити універсальний доступ до широкого спектру безпечних і надійних методів планування сім'ї і до пов'язаних із цим послуг репродуктивного здоров'я, що не суперечать законодавству. Мета полягає в сприянні подружжям та окремим громадянам досягти своїх репродуктивних цілей і отримати повноцінну можливість скористатися правом мати бажаних дітей.”
- Європейський Союз також має ряд власних документів із забезпечення прав людини, починаючи від Європейської конвенції із захисту прав людини та основоположних свобод (1950 рік), в якій офіційно зазначається, що “чоловіки і жінки у віці вступу шлюбу мають право одружуватися і створювати сім'ю”, та Європейської соціальної

хартії (1961 рік), яка гарантує соціально-економічні права людині із конкретним наголосом на праві мати “доступні, ефективні медичні заклади для всього населення.” Європейською конвенцією із прав людини також було встановлено Європейський суд із прав людини, для того, щоб громадяни, які вважають, що їхні права не були дотримані згідно положень конвенції, могли звернутися в суд із відповідним позовом. Важливе значення права на репродуктивне здоров’я підтверджується тим, що було впроваджено декілька судових справ, серед яких особливо хочеться відзначити справу про право польської жінки на аборт, про батьківство мертвонародженої дитини в Росії, та про витрати, пов’язані із інвалідністю дитини, яка не була встановлена під час вагітності жінки у Франції (Європейський суд із прав людини, www.echr.coe.int).

В. Права жінок

Хоча права жінок зазначено у всіх деклараціях і конвенціях про права людини, їх спеціальний репродуктивний статус також знайшов відображення в деклараціях, що безпосередньо стосуються прав *жінок*. Серед цих декларацій необхідно згадати такі:

- Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації проти жінок (1981 рік): Стаття 12.1. “Держави-учасники повинні удатися до всіх можливих заходів ліквідації дискримінації проти жінок у галузі охорони здоров’я з метою забезпечення на основі рівноправ’я чоловіків і жінок доступу до медичних послуг, включаючи послуги із планування сім’ї.” Стаття 14.2. “Держави-учасники ... повинні забезпечити ... жінкам [в сільській місцевості] право ... (b) мати доступ до адекватних медичних закладів, включаючи інформацію, консультування та послуги із планування сім’ї.”
- Стратегія ВООЗ із репродуктивного здоров’я від 2004 року визначає стратегію країнам із застосування заходів для поліпшення послуг з репродуктивного та статевго здоров’я. Там про це сказано як про один із центральних аспектів репродуктивного здоров’я: “...забезпечення високоякісних послуг із планування сім’ї, включаючи допомогу у лікуванні безпліддя; ліквідацію небезпечних абортів; боротьбу з інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи (вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), інфекціями репродуктивних шляхів, раку шийки матки та решти гінекологічних захворювань; а також просування здорового способу життя.” (ВОЗ, 2004а).
- Четверта всесвітня конференція ООН з прав жінок (1995 р, пекінська конференція) знову наголосила на необхідності постійно гарантувати те, щоб репродуктивні права залишалися невід’ємною частиною прав людини.
- Інші організації, такі як Міжнародна федерація гінекології і акушерства (FIGO), визнали необхідність урахування прав жінок для забезпечення репродуктивного і статевго здоров’я. Ця організація визнає, що “здоров’ю жінки часто загрожує не брак медичної кваліфікації спеціаліста, а порушення прав жінки.”
- Цілі Розвитку Тисячоліття представляють собою дуже амбітну програму заходів із ліквідації бідності та поліпшення життя. Цю програму підписали 189 держав-учасників (Україна у тому числі) на зустрічі тисячоліття у 2000 році. Принаймні три із восьми поставлених цілей безпосередньо стосуються статевго і репродуктивного здоров’я. У жовтні 2006 року забезпечення універсального доступу до послуг репродуктивного і статевго здоров’я через первинну медико-санітарну ланку до 2015 року було підтверджене як нова мета у комплексному завданні із “поліпшення материнського здоров’я” (Міжнародна сімейна медицина, 2007 рік та Міжнародна планова федерація батьківства (IPPF), 2006 рік). Ця додаткова мета була

запропонована робочою групою із питань здоров'я материнства і дитинства проекту тисячоліття і була затверджена Генеральним секретарем Об'єднаних Націй (ООН), Кофі Аннаном, який сказав:

“Таких цілей програми тисячоліття як, зокрема, ліквідація крайньої бідності і голоду неможливо досягти без вирішення питань, пов'язаних із народонаселенням і репродуктивним здоров'ям. Це значить, що слід ще активніше лобювати дотримання права жінок і робити ще більше інвестицій в освіту і здоров'я, у тому числі репродуктивне здоров'я і планування сім'ї.”

С. Права дитини:

У багатьох документах наголошується на важливості доступу до послуг із планування сім'ї, запобігання “небажаній вагітності і/або “небажаним пологам”. Невід'ємною частиною цих документів є проста концепція про те, що всі діти повинні бути бажані. У 1994 році Міжнародна конференція по народонаселенню і розвитку (МКНР) затвердила таку програму дій, де дана концепція роз'яснюється детальніше, а саме мова йдеться про те, що:

“Першочерговим і найголовнішим серед перелічених завдань є забезпечення того, щоб кожна дитина була бажана. Друге завдання полягає в тому, щоб визнати, що діти є найважливішим ресурсом майбутнього і що без значних інвестицій в дітей батьками і суспільством неможливо буде досягти сталого економічного зростання і розвитку.”

Крім того, Конвенція із прав дитини (1990 рік) зазначає: “Держави-учасники повинні ... удатися до всіх можливих заходів із: (а) зменшення малюкової та дитячої смертності ... (д) забезпечення відповідної до - та післяпологової медичної допомоги майбутнім матерям ... (ф) розвитку профілактичної медичної допомоги, консультування, освіти і послуг із питань батьківства і планування сім'ї.”

Як зазначається в наступних сторінках, ефективно планування сім'ї є успішним втручанням, результатом якого будуть більш здорові малюки, а також зменшення дитячої та малюкової смертності.

Ніхто не намагається зменшити значення офіційних угод, де проголошуються права людини, але не слід забувати, що саме впровадження цих прав на рівні тої чи іншої країни і є гарантією їхньої реалізації. У багатьох країнах реалізації цих прав перешкоджають різні фактори у тому числі неадекватне фінансування послуг з репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, недосконалість системи охорони здоров'я та слабкість адміністративних структур, юридично-правові перешкоди, а також загальні несприятливі соціальні умови щодо гендерної рівності і репродуктивного вибору.

Ключове положення 1: У всьому світі вже дійшли консенсусу про те, що доступ до послуг із планування сім'ї, консультування та відповідних засобів є основоположним правом людини, без чого важко уявити права подружніх пар, жінок і дітей.

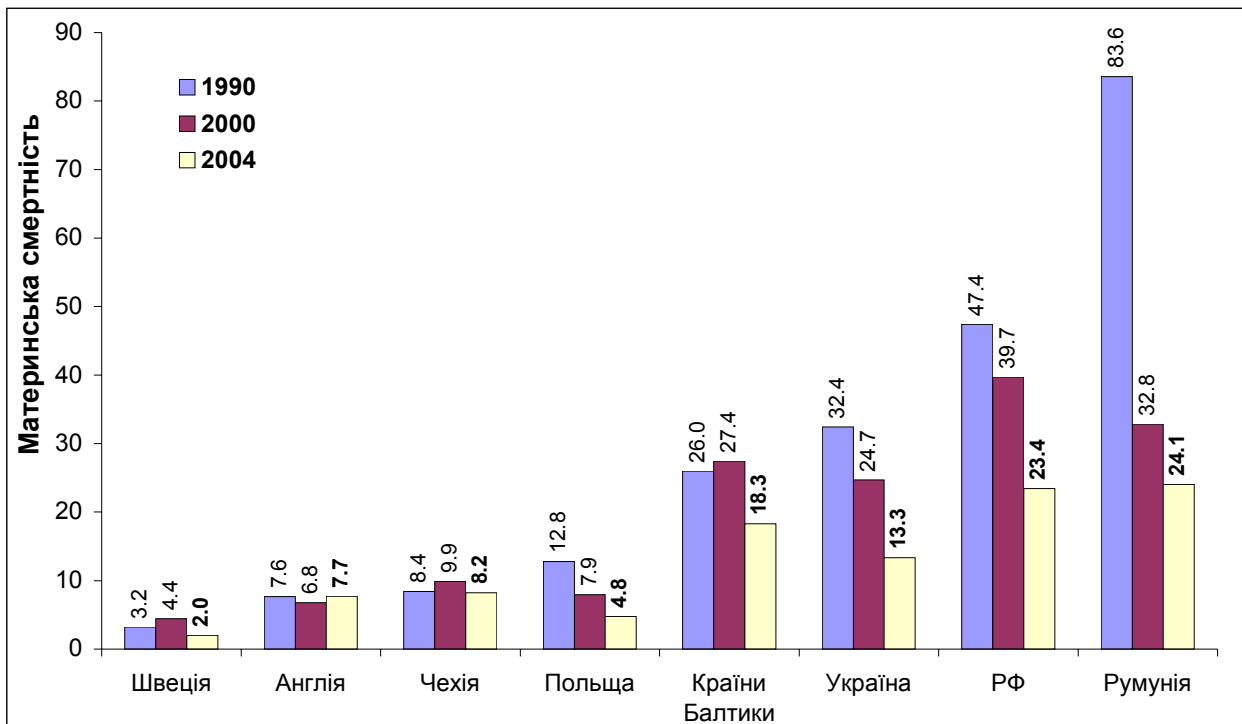
II. Планування сім'ї у розрізі охорони здоров'я

Багато із вище-загаданих декларацій пов'язують між собою планування сім'ї і здоров'я. Причина в тому, що вже давно всі знають, що планування сім'ї надає матерям і малюкам найбільшого зиску для збереження їхнього здоров'я, оскільки у жінок з'являється вибір вибирати або не вибирати вагітність у молодому, або у більш старшому віці, тим самим збільшуючи інтервал між пологами. Сучасна контрацепція як головний засіб планування сім'ї для подружніх пар вже давно зарекомендувала себе як безпечний метод. До речі, також є зиск для здоров'я, не пов'язаний із дітонародженням, який теж завдячує застосуванню контрацептивів. Зараз ми з ним ознайомимось.

Планування сім'ї є запорукою здорового потомства і материнства:

Уникнення незапланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності. Материнська смертність в Україні значно знизилась за останні 15 років із 32 на 100,000 живонароджених у 1990 році, до 25 у 2000 році, та 13 у 2004 році, що менше аніж в Росії та Румунії. Однак порівняно із рештою країн Центральної і Східної Європи такими як Польща та Чехія, не кажучи вже про Західну Європу, рівень материнської смертності досить високий (малюнок 1).

Малюнок 1. Материнська смертність (смертність матерів на 100,000 живонароджених) у деяких країнах Європи



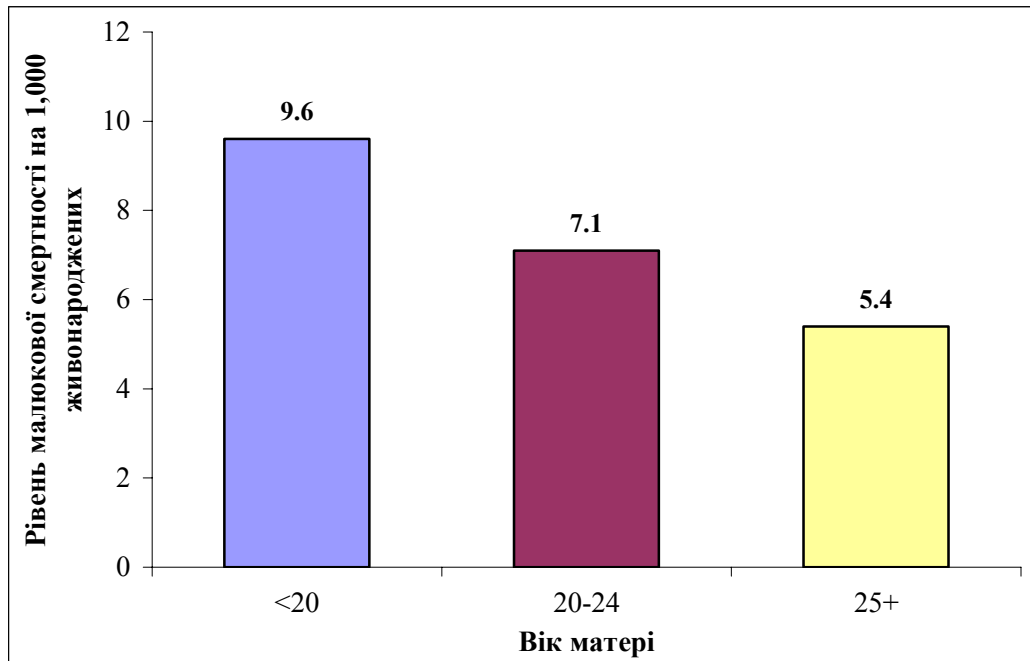
Джерело: ВООЗ /Європа, база здоров'я для всіх

Середній показник материнської смертності в країнах Балтики, а саме Естонії, Латвії та Литви

Завдяки ранній вагітності:

Затримання народження першої дитини до 20-річного віку матері має великий зиск як для самої матері, так і для дитини. Молоді матері мають великі шанси народити малюків із меншою вагою, а також не спроможтись годувати їх груддю. Рівень малюкової смертності також вищий у дітей, що народилися у молодих мам (Botting et al., 1998 рік), як видно з прикладу Англії та Уельсу див. графік 2. Ризик смерті при народженні дитини удвічі вищий серед 15-19-літніх порівняно із 20-24-літніми (ФНОО, 1997 рік). Відстрочення вагітності у підлітків також дозволить матерям вирости як фізично так і розумово, здобути освіту і краще підготуватися до витрат, пов'язаних із піклуванням за новонародженим (ВООЗ, 2004а).

Малюнок 2. Малюкова смертність за віком матері, Англія та Уельс, 1994-1996



Джерело: Botting, 1998

Питання незапланованої вагітності серед підлітків в Україні є вкрай актуальним. Дослідження, проведене Міністерством охорони здоров'я України, (МОЗ) із застосуванням співбесід з цільовою аудиторією, свідчить, що середній вік першого статевого контакту є 14 років (Центр з профілактики та контролю захворювань (ЦПКЗ), 2003 and Cromer and Seltzer, 1999). Дослідження підлітків ВООЗ дійшло висновку, що 24% 15-річних дівчаток і 47.2% 15-річних хлопчиків в Україні вже вступали в статевий контакт (ВООЗ, 2004с).

Уникнення ризикованої пізньої вагітності:

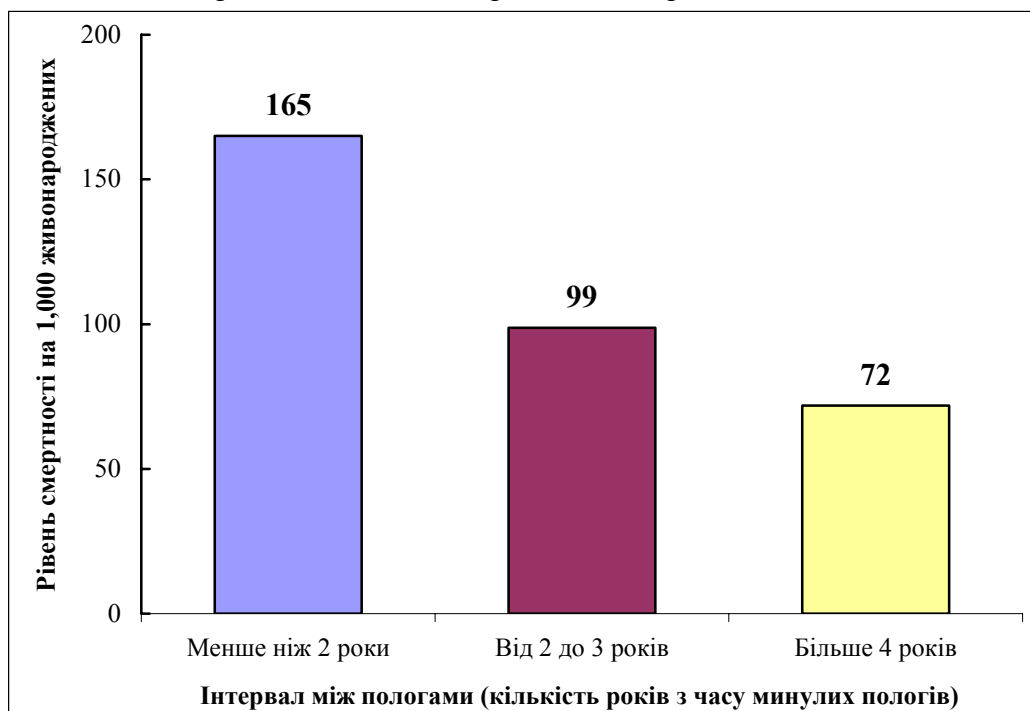
Інша проблема – це вагітність у більш зрілому віці. По мірі зростання віку вагітності, значно зростає ризик для здоров'я. Наприклад може бути ризик викидня, народження мертвої дитини, смерть новонародженого, гестаційний діабет, гіпертонія, штучно викликана вагітністю, гостра приекламписія і *placenta previa* (Hanson, 1986; Jacobsson et al., 2004). Дослідження демонструють, що пологи у жінок після 40 років у 2.68 рази більш ризиковані, аніж ті, які відбуваються у групі меншого ризику (Chen et al., 1974).

Збільшення інтервалу між пологами:

Ще одним важливим зиском для здоров'я як матері, так і дитини є збільшення інтервалу між пологами. Базуючись на опитуванні населення у 35 країнах, з 2001 по 2005 рік смертність дітей до п'яти років знижувалась по мірі збільшення інтервалу між пологами. Як видно на

малюнку 3, випадки смерті серед дітей до 5 років більш ніж у два рази вище для дітей, народжених із інтервалом менше двох років після своїх братів і сестер, порівняно із тими, що з'явилися на світ через чотири і більше років. (ORC Macro, 2007) Інші дослідження також наголошують на цьому аспекті, демонструючи що діти, народжені через три роки після своїх братів і сестер, відзначаються кращим здоров'ям при народженні і в них більше шансів пережити всі етапи раннього віку і дитинства аж до п'яти років. (Setty-Venugopal, 2002) Збільшення інтервалу між пологами призводить до меншого ризику народження недоношених (Fuentes-Afflick, 2000) і/або дітей із малою вагою (Gribble, 1993). 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.)

Малюнок 3. Смертність дітей до 5 років за інтервалом між пологами матері



Джерело: ORC Macro, 2007. в середньому на 35 країн на базі дослідження проведеного у 2001 та 2005

Запобігання надлишковій кількості вагітностей:

Коли вагітностей занадто багато, від цього ані мати, ані дитина не виграє. Більшість досліджень демонструє, що більш ніж чотири пологи підвищують ризик для здоров'я матері. Наприклад, випадіння матки і післяпологові кровотечі частіше зустрічаються серед жінок, які інтенсивно народжують (ВООЗ, 2003 рік). Інші дослідження свідчать, що малозабезпечені сім'ї з великою кількістю дітей ризикують погіршити здоров'я дітей поганим харчуванням, неспроможністю розпізнати хворобу, неадекватною увагою і доглядом, антисанітарними умовами життя і квартирними умовами, а також неспроможністю відвести дитину на прийом до лікаря (Heaton, 2005 рік).

Ключове положення 2: Застосування контрацепції покращує здоров'я матері і малюка завдяки довшим інтервалам між пологами і запобіганню вагітності серед дуже молодих жінок, жінок старшого віку, та жінок, у яких вже багато дітей.

Контрацептиви – безпечні

Контрацептиви відносяться до найбільш широко досліджених препаратів у світі. Дані дослідження проводяться для забезпечення безпеки і якості протизаплідних методів, щоб держава, політики, медики, жінки і чоловіки могли переконатися у тому, що переваги від застосування контрацептивів набагато переважають ризики.

Ризик смерті від контрацептивів дуже низький. Якщо поставити цей ризик в перспективу, цікаво буде подивитись на ризики, пов'язані із вагітністю та народженням дитини—ризики, на які жінки, подружжя та суспільство йдуть залюбки заради пологів і початку нового покоління. Із точки зору суто охорони здоров'я нам відомо, що ризик смерті від вагітності і пологів¹ у 20 разів перевищує ризик смерті від контрацептиву перорального застосування молодою здоровою жінкою і у 1000 разів перевищує ризик смерті від застосування внутрішньоматкового засобу (ВМЗ). Ризик смерті від застосування презервативу і/або сперміцидів взагалі дорівнює нулю.² (Hatcher et al., 2004).

Українські стереотипи

В Україні багато людей вважають контрацептиви шкідливими для здоров'я. Так історично склалося, але це помилкові уявлення. Наприклад, дослідження проведені в 1960-ті роки в США та Великобританії та інших країнах дійшли висновку, що контрацептиви із високим вмістом естрогену (більше 50 мкг) були пов'язані із ризиком тромбів, серцевих нападів та інсульту (Snider, 1990). Так слалося, що препарати із високою дозою довше протримались в країнах колишнього радянського союзу, аніж в країнах заходу. Сучасні таблетки, що продаються в Україні, мають вміст естрогену менше 35 мкг (Hudgins, 2004 рік). Попередні дослідження вже довели, що цей рівень є безпечним і знижує побічні ефектів. Успадковані концепції про ризик від старих препаратів із високою дозою і може пояснити небажання українських лікарів і пацієнтів використовувати пероральні контрацептиви.

Сучасні дослідження не підтримують багато розповсюджених стереотипів про пероральні контрацептиви. Було виявлено, що пероральні контрацептиви із меншою дозою (20 мкг) призводять до змін в характері менструальної кровотечі (Gallo et al., 2007a), решта досліджень продемонстрували відсутність взаємозв'язку між пероральними контрацептивами та збільшенням маси тіла (Gallo et al., 2007b). Дослідження взаємозв'язку між пероральними контрацептивами і депресією характеризуються відсутністю доказової бази через нез'ясовність впливу, пов'язаного із незапланованою вагітністю (Gardner, 1983). Ще досі залишається тривога щодо взаємозв'язку пероральних контрацептивів і раку молочної залози. Однак ретельне дослідження проведене серед більш ніж 9000 жінок показало, що взаємозв'язку не існує (Marchbanks, et al 2002). Доречі, дослідження показало сильний захисний ефект пероральних контрацептивів проти деяких видів раків (ця тема далі обговорюється). Зовсім свіжі факти свідчать про відсутність зв'язку з раком молочної залози (Dumeaux, et al, 2003 & 2005; Kahlenberg, et al, 2006; Kumle, et al, 2005; Vessey, et al, 2006) і збільшенням маси тіла. (Gallo, et al, 2007).

Українці трішки побоюються, що пероральні контрацептиви можуть погано позначитись на майбутніх вагітностях. Але в середньому жінки, які припиняли приймати пероральні засоби, мають лише 2-тижневу затримку у відновленні овуляції. (Hatcher, 2004) Доречі, застосування

¹ Ці данні стосуються жінок, які мають строк більший за 20 місяців.

² Ці ризики базуються на даних США та Англії

пероральних контрацептивів може навіть поліпшити майбутні вагітності шляхом поліпшення загального здоров'я і мінімізації репродуктивної онкології, запальних захворювань органів тазу (ЗЗОТ) та позаматкової вагітності.

Для деяких жінок, що мають той чи інший ризик для здоров'я (наприклад паління, надмірна вага, серцеві захворювання), існує більший ризик у застосуванні тих чи інших контрацептивів порівняно із іншими. Однак такі стани і пов'язаний із цим ризик вже були досліджені фахівцями і вже маючи доказову базу лікар може порекомендувати метод, який Вам максимально підходить. ВООЗ ознайомила із критеріями медичної прийнятності по 18 різним методам планування сім'ї. Їх посібник чітко вказує на те, які контрацептиви підходять яким пацієнтам на основі найновіших клінічних і епідеміологічних даних (ВООЗ, 2004d).

Ключове положення 3: Сучасні протизаплідні методи піддалися широкому і глибоку вивченню впродовж багатьох років. Їх ефективність і безпечність давно доведені.

Пероральні контрацептиви забезпечують цілий ряд переваг для здоров'я жінки

Було виявлено, що пероральні контрацептиви не лише дозволяють контролювати вагітність, але й надають цілий ряд переваг для здоров'я жінки. Нещодавні результати досліджень Британського Королівського коледжу терапевтів показали, що використання оральної контрацепції на 12% знижує ризик захворювання на будь-який вид раку (Hannaforde et al., 2007). Оральні контрацептиви характеризуються міцним захисним ефектом проти раку матки і яйцеклітини, раку великого кишечника та прямої кишки. (Hatcher et al., 1998 and Schlesselman, 1995 рік та Hannaforde et al., 2007). Ризик раку матки зменшується на 54% через чотири роки застосування, на 66% через вісім років застосування та на 72% через 12 років застосування пероральних контрацептивів (Schlesselman, 1995 рік). Ризик раку яйцеклітини зменшується на 40% після короткострокового прийому і до 80% після довгострокового прийому (>10 років) (McLaughlin et al., 2007, Burkman, 2001 рік). Ці результати характеризуються послідовністю і надійністю в динаміці, і навіть нещодавні дослідження, які вивчали генетичні наслідки раку яйцеклітини теж дійшли схожих результатів (McLaughlin et al., 2007). Нещодавні результати досліджень Британського Королівського коледжу терапевтів показали, що на 46% знижується ризик захворіти на рак яєчників (Hannaforde et al., 2007). Нещодавно було проведено дослідження із вивчення наслідків як від надмірної ваги так і від застосування пероральних контрацептивів на появу раку матки у європейських жінок. Ці дослідження показали, що збільшення індексу маси тіла має зв'язок із збільшенням ризику раку матки, і що цей ризик зменшувався серед жінок, які приймали пероральні контрацептиви (Friedenreich, 2007 рік).

В той час коли ризик захворіти на рак ендометрії, яєчників та матки поступово знижується завдяки використанню засобів оральної контрацепції (Schlesselman, 1995, McLaughlin et al., 2007, Burkman, 2001; and Hannaforde et al., 2007), існують докази того, що якщо користуватися оральними контрацептивами більше вісьми років підвищується ризик виникнення раку (шийки матки, захворювань центральної нервової системи та гіпофізу) (Hannaforde et al., 2007)

Таблиця 1. Непротизаплідні переваги для здоров'я жінок від застосування пероральних контрацептивів

Зиск здоров'ю	Деталі і результати опублікованих досліджень
Рак ендометрії	Зниження раку ендометрії на 40% при нетривалому прийомі та до 80% при тривалому прийомі (>10 років) (McLaughlin et al., 2007, Burkman, 2001).
Рак яєчників	Використання оральної контрацепції протягом 12 років знижує рак яєчників на 60% (McLaughlin et al., 2007). Знижує на 46% ризик раку яєчників (Hannaforde et al., 2007)
Доброякісні пухлини молочної залози	Дослідження проведені в Канаді (Rohan and Miller, 1999) та Франції (Chagneau, 1993) показали на зниження доброякісних пухлин молочної залози при використанні оральної контрацепції
Рак прямої кишки	Використання оральної контрацепції протягом 96 місяців чи довше на 40% знижує ризик появи раку прямої кишки в порівнянні з тим якщо не використовувати його зовсім (Martinez, 1997). Інші дослідження показують подібні результати (Fernandez, 1998).
Ревматоїдний артрит	Оральні контрацептиви на 30% знижують ревматоїдний артрит (Spector, 1990). Ті хто користуються оральною контрацепцією мають 0.1 ризик розвитку незначного ревматоїдного артриту (Jorgenson, 1996).
Позаматкова вагітність	Використання оральної контрацепції знижує ризик позаматкової вагітності (трубною) в порівнянні з іншими реверсійними методами контрацепції або стерилізацією (Kaunitz, 1999, Franks, 1990 and Mol, 1999) ³ .
Запалення органів малого тазу	Використання оральної контрацепції протягом 12 місяців знижує ризик of запалення органів малого тазу на 60% (Pasner, 1991).
Лікування акне	Рандомізовані дослідження показали, що використання оральної контрацепції краще знижує появу акне ніж це робить плацебо (Redmond, 1997; Lucky, 1997; Arowojolu, 2007).
Профілактика остеопенії	Використання оральної контрацепції може підвищити мінеральну щільність кісток (Warren et al., 2005).
Дисфункційна маточна кровотеча	Рандомізовано дослідження показали, що використання оральної контрацепції знижує маткову кровотечу (Davis, 2000).
Кисти яєчників	Деякі дослідження показали, що використання оральної контрацепції знижує ризик появи кист яєчників (Holt et al., 2003). Інші дослідження показують, що не зниження не значне. (Grimes et al., 2006).
Дисменорея	Деякі дослідження показують, що при використанні оральної контрацепції знижується ризик дисменореї на 60% (Mishell, 1982) інші дослідження не довели ефективність використання низько дозованих оральних контрацептивів при лікуванні дисменореї. (Proctor et al., 2001).

Інші не протизаплідні переваги для здоров'я жінок від застосування пероральних контрацептивів включають зменшення ризику доброякісних пухлин молочної залози, колоректального раку, ревматоїдного артриту, позаматкової вагітності та запальних захворювань органів тазу. Також було встановлено, що пероральні контрацептиви ефективно застосовувалися для лікування вугрів, профілактики остеопорозу, порушення маткової

³ Існує високий ризик виникнення позаматкової вагітності для тих жінок, які використовували оральну контрацепцію в минулому (Mol, 1999).

кровотечі і можливих порушень менструального циклу⁴ а також кісти яйцеклітини (Hatcher, 1998 and Kaunitz, 1999 рік). В таблиці нижче наведені деякі основні здобутки із останніх досліджень.

Непротизаплідні переваги для здоров'я жінок від застосування інших сучасних контрацептивів

В той час, коли зиск здоров'ю жінки від застосування пероральних контрацептивів вражає, можна сказати, що всі сучасні методи характеризуються деяким непротизаплідним зиском здоров'ю того, хто їх використовує. В цій таблиці перелічені деякі з них:

Таблиця 2: Не протизаплідний зиск від інших контрацептивів

Метод	Не протизаплідний зиск	
ВМС	Знижує рак ендометрії	5 з 6 досліджень виявили зниження раку ендометрії серед користувачів ВМС (Hatcher, et al, 2004)
Презервативи	Профілактика ППСШ	Числені клінічні дослідження показали, що презервативи знижують ризик різних ППСШ та ВІЛ, інфекцію, гонорею, хладімію, тріхомоніаз, сифіліс, та генітальний герпес. (Warner, Hatcher, Steiner, 2004)
	Профілактика безпліддя	Попереджує ППСШ та їх довгострокові наслідки, презервативи захищають фертильність (Ibid)
Імпланти, ін'єкційні	Знижує ризик захворювання на рак Знижує запалення органів малого тазу	Знижує рак яєчників та ендометрії (Hatcher)

Ключове положення 4: Більшість сучасних контрацептивів мають відповідний зиск для здоров'я окремо від свого впливу на регулювання вагітності. Найбільш вражаючий ефект від комбінованих пероральних контрацептивів, які, наприклад, характеризуються міцним захисним ефектом проти ряду смертельних ракових новоутворень.

Контрацептиви, ВІЛ/СНІД та захворювання, що передаються статевим шляхом

Деякі методи контрацепції, такі як, наприклад, презервативи впливають на поширення ВІЛ/СНІДу та інфекції, що передаються статевим шляхом (ППСШ). (UNAIDS, 2004 and Holmes et al., 2004). Україна на сьогодні є одним із лідерів за темпами поширення епідемії ВІЛ /СНІДу у світі (Human Rights Watch, 2005), що в свою чергу може дуже зашкодити національному розвитку (Жилка, 2005 рік). Згідно інформації українського МОЗ та центру профілактики СНІДу, кількість населення інфікованого ВІЛ зросла у 16.5 разів з 1995 по 1998 рік. Це зростання зберігається і досі, поширення ВІЛ збільшується від 10.67 на 100 000

⁴ Під дисменореєю мається на увазі сильний менструальний біль із-за якого обмежується діяльність або необхідно приймати ліки

у 1999 році до 24.02 на 100 000 у 2005 році (ВООЗ, база даних). Частота ІПСШ зросла в Україні у 1990-ті роки, особливо серед підлітків. Згідно інформації МОЗ України сифіліс збільшився із 9.7 у 1990 році до 292.4 у 1998 році на 100 000 жінок у віці 15-17 років. Дана тенденція змінилася за останні роки. Тепер повідомляють про те, що нові випадки сифілісу зменшуються із 114.34 на 100 000 у 1999 році до 10.52 на 100 000 у 2006 році. Однак рівень все одно в два рази вищий за рівень в Європейському Союзі ЄС і майже в чотири рази вищий, ніж рівень у країнах старих членах ЄС (до-2004 року). (ВООЗ, 2007 рік, база даних ЗДВ)

Ключове положення 5: Застосування презервативів захищає від ВІЛ та решти ЗСШ у тому числі від хламідій, які в першу чергу зумовлюють безпліддя.

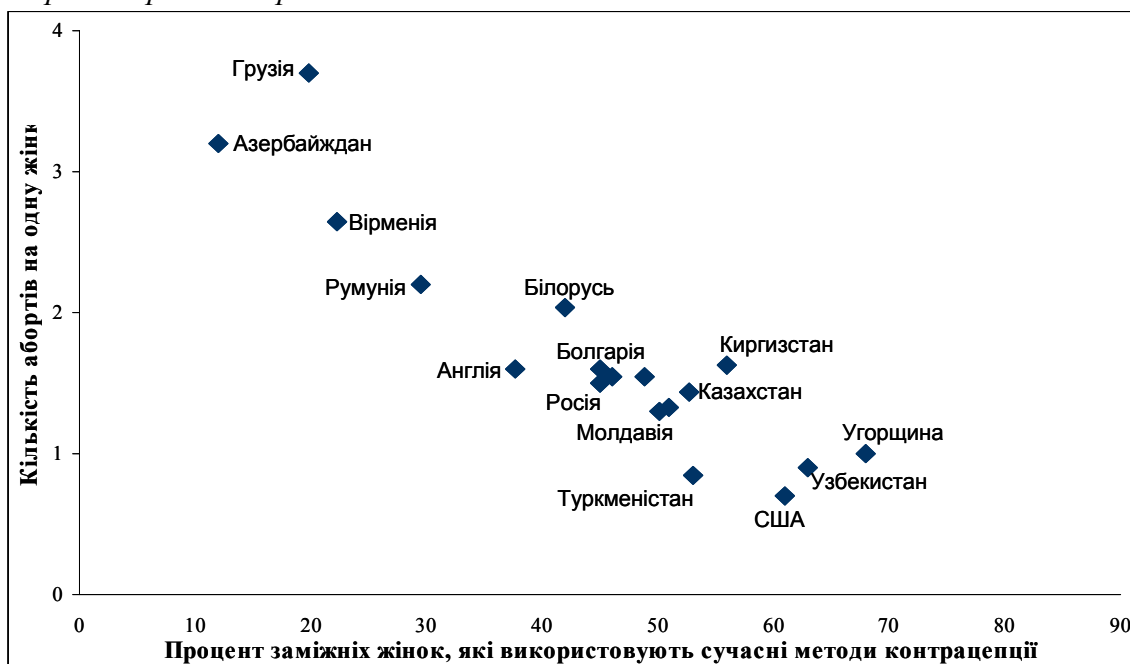
III. Контрацепція і аборти

Міжнародна конференція по народонаселенню та розвитку 1994 року (МКНР) в Каїрі проголосила, що всі уряди мусять намагатися “зменшити випадки звернення до абортів шляхом розширення і поліпшення послуг планування сім’ї.” (ВООЗ, 2004b і МКНР) Було доведено, що контрацепція є кращою альтернативою абортам як засіб контролю вагітності, також існують дані у деяких країнах із низькою народжуваністю, що перехід від абортів до контрацептивів дійсно не позначився на загальному рівні народжуваності.

Збільшення випадків застосування контрацептивів пов’язане із зменшенням числа абортів

Існує чимало даних про те, що наявність контрацептивів зменшує аборти. Емпіричні дані на основі різноманітної вибірки країн доводить, що країни, де більше використовують контрацептиви, характеризуються меншим рівнем абортів (дивись малюнок 4 нижче).

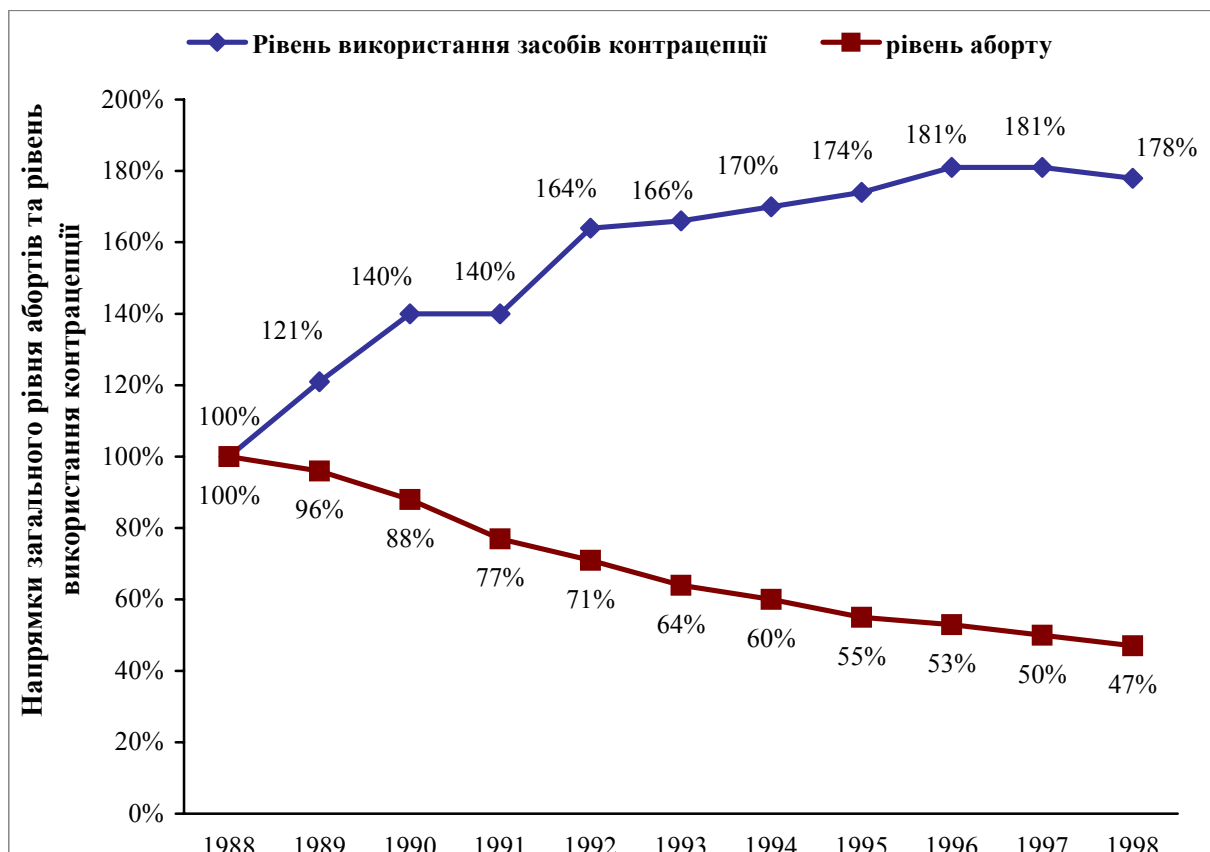
Малюнок 4. Сукупний рівень абортів і розповсюдження сучасних методів контрацепції у вибраних країнах Європи



Джерело: Westoff, 2005.

Схожі 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 протизаплідних засобів по кожній країні впродовж минулого десятиріччя. Воно як правило співпадало із стабільним зменшенням рівня абортів. На малюнку нижче показана тенденція рівня розповсюдження контрацептивів та загального рівня абортів в Росії за останні десять років. На малюнку 4 чітко видно матрицю збільшення застосування сучасних контрацептивів на 78%, паралельно із зменшення абортів на 53%.

Малюнок 5. Тенденції щодо абортів і контрацепції в Росії, (1988 = 100%)



Джерело: адаптовано з Westoff, 2005

* Ці цифри показують відносні напрямки рівня абортів та використання контрацепції, починаючи з цифр 1988, які взяті за 100%.

** Загальний рівень абортів це кількість абортів на тисячу жінок віком 15-49 та рівень використання контрацепції, тобто процент жінок, які користуються сучасними методами контрацепції.

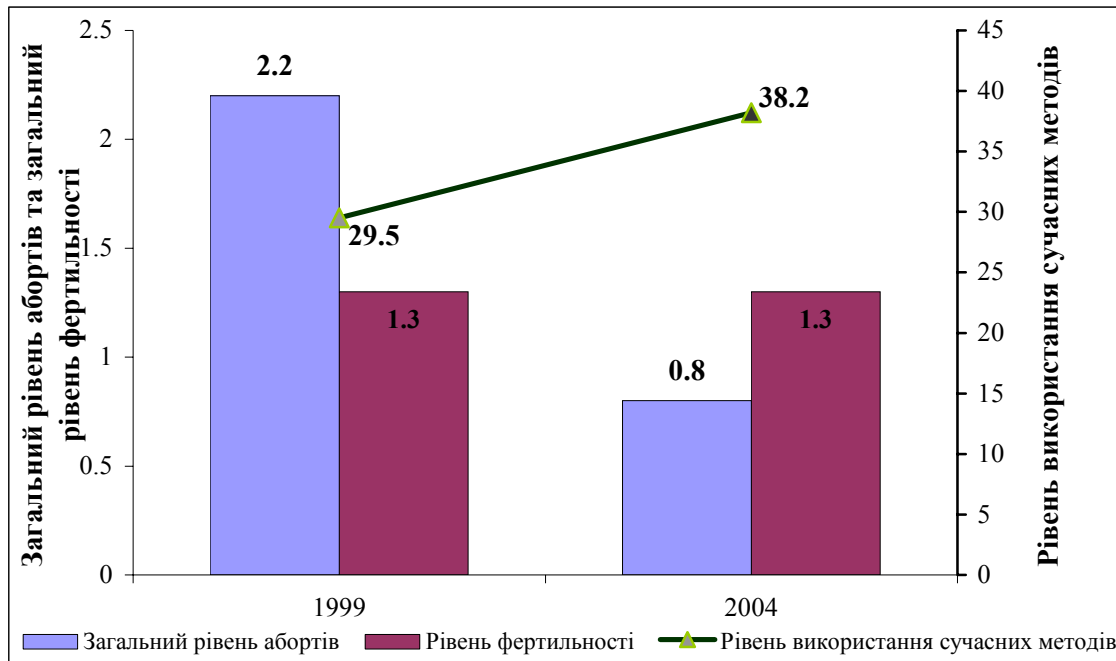
Контрацепція, аборти і народжуваність

Деякі країни (Данія, Нідерланди, США та Куба) зібрали дані про те, що перед тим, як народжуваність йде на стабільний спад, як аборти так і застосування контрацептивів мають виражену тенденцію росту (Marston and Cleland, 2003). Варто лише рівню народжуваності стабілізуватися на нижчому щаблі, як на зміну абортам приходить контрацепція як найбільш бажаний метод контролю вагітності без позначення на стабільному спаді народжуваності.

Найсвіжіший приклад заміни абортів контрацепцією, за якою йде стабільний рівень народжуваності, показаний нижче. У Румунії після закінчення політики підвищення народжуваності за режиму Чаушеску у 1989 році намітилося збільшення доступу до та використання послуг репродуктивного здоров'я. По мірі збільшення рівня використання

контрацептивів – здебільшого пероральних контрацептивів і презервативів — з 1999 по 2004 рік загальний рівень абортів у розрахунку на одну жінку зменшився з 2.2 до 0.8, а загальний рівень народжуваності не зазнав змін (лишається на рівні 1.3 пологів на жінку у віці 15-44 років) (дивись малюнок 5).

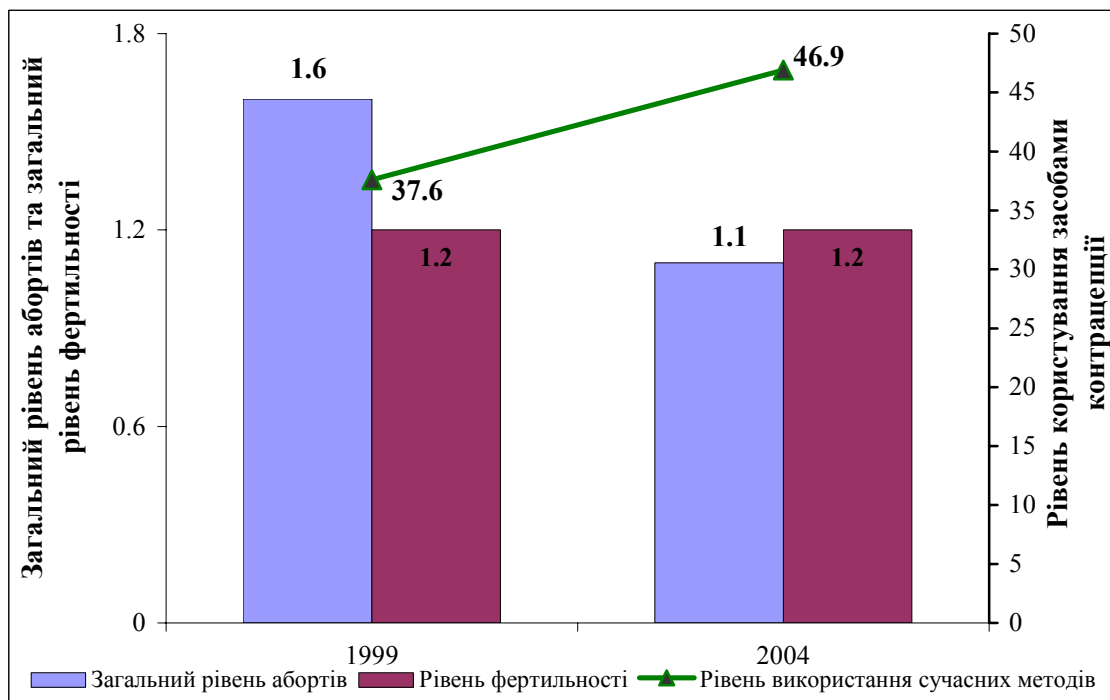
Малюнок 6. Динаміка зв'язку рівня абортів, застосування контрацептивів та рівня народжуваності, Румунія 1999-2004 рр.



Джерело: Дослідження по РЗ, Румунія 1999 та 2004.

Схожа тенденція спостерігалась останніми роками в Україні. На малюнку 7 видно, що рівень абортів скоротився значно, а от зростання випадків застосування протизаплідних засобів чітко спостерігається і зберігає стабільність.

Малюнок 7. Динаміка зв'язку рівня абортів, застосування контрацептивів та рівня народжуваності, Україна 1999-2004 рр.



Джерело: ООН, 2005; Державний комітет статистики, 2004/05 (WAPS); Westoff, 2005.

Ключове положення 6: В країнах із низькою народжуваністю, таких як Україна та інші країни Європи є переконливі дані, що збільшення застосування сучасної контрацепції зменшує аборти, а не саму народжуваність.

Вплив абортів на здоров'я

Існує ризик для здоров'я внаслідок застосування абортів як засобу регулювання вагітності

У світі із 210 мільйонів жінок, що завагітніли у 2000 році, 46 мільйонів вагітностей були добровільно припинені шляхом абортів. 41% випадків штучного переривання вагітності (19 мільйонів) було здійснено поза межами легальної системи охорони здоров'я, часто некваліфікованими надавачами послуг, або в антисанітарних умовах (ВООЗ, 2004b; IPPF, 2006 рік). На МКНР у 1994 році в Каїрі уряди країн вирішили, що аборти несуть в собі ризик і що всі країни повинні намагатися “зменшити випадки звернення до абортів шляхом розширення і поліпшення послуг планування сім'ї” (ВООЗ, 2004b і МКНР). Небезпечні аборти несуть в собі негативні наслідки для здоров'я жінки, серед найбільш серйозних – смерть, сепсис, кровотеча, генітальні та черевні травми, пробиття матки і отруєння, якщо вводяться шкідливі речовини. Серед інших можливих ускладнень внаслідок небезпечних абортів можуть бути інфекції репродуктивних шляхів, хронічний біль в органах тазу і запальні захворювання органів тазу.

Наслідки здоров'ю від безпечних абортів

В той час, коли факти про небезпечні аборти чіткі і зрозумілі, численні дослідження вивчали деякі із потенційних негативних наслідків для здоров'я через безпечні аборти без ускладнень, і результати таких досліджень виявлялися непереконливими. Наприклад, існують побоювання про те, що аборт може негативно вплинути на майбутні пологи жінки (Мінздрав України, 2000 рік і Стешенко і Іркіна, 1999 рік). Однак дослідження не продемонстрували жодного зв'язку між безпечним штучним абортів і подальшим безпліддям (неспроможність зачати або підтримувати вагітність (Атраш, 1990 рік). Міжнародна федерація планування сім'ї (МФПС) дійшла висновку про відсутність даних про те, що аборт без ускладнень якимось позначається на протіканні вагітності в майбутньому (IPPF, 2006 рік.)

Однак все ж таки є дані про те, що аборт може викликати народження дитини з малою вагою у наступних пологах. Ситуативне дослідження у Франції продемонструвало, що жінки, які раніше вже робили аборт, мали більший ризик дуже передчасних пологів порівняно із тими, які раніше не переривали вагітність штучним способом (Moreau, 2005 рік). Ряд інших досліджень у Франції (Henriet, 2001) та Німеччині (Martius, 1998 рік) також свідчать, що передчасні пологи пов'язані із штучним абортів. Хоча наприклад дослідження в Китаї не віднайшло статистично обґрунтованого зв'язку між попередніми штучними абортами та низькою масою тіла дитини для першої наступної вагітності (Yimin et al., 2004). А друге китайське дослідження показало, що жінки, які зробили аборт із застосуванням міфепрістону (антипрогестероновий препарат) мали менші шанси передчасної вагітності аніж ті, які не робили абортів (Chen, 2004 рік).

Також є суперечливі дані, що аборти впливають на ризик раку молочної залози. Комплексні ознайомлення і мета-аналітичні дослідження у 1996 і 2005 роках, які поєднали дані із деяких

інших досліджень, показали, що жінки, які зробили аборт, значно більше ризикували отримати рак молочної залози (Brind, 1996 і 2005 pp). Хоча державний інститут раку в США, уряд Великобританії та IPPF дійшли висновку, що немає зв'язку між абортom і раком молочної залози (Національний Інститут боротьби з раком, 2006 and Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2004; IPPF, 2006 рік).

Результати досліджень із інших країн навряд чи підтримують тезу, що безпечно здійснені аборти пов'язані із безпліддям, раком молочної залози, низькою вагою дитини, або психічними розладами. Зауважте при цьому, що висновки IPPF пов'язані із абортom без ускладнень. Однак дослідження репродуктивного здоров'я в Україні у 1999 році показало, що 5% жінок після абортu потрапили в лікарню повторно, або змушені були провести в стаціонарі довше в результаті цього і у 6% були виявлені довгострокові ускладнення. (Міжнародний інститут соціології в Києві, 2001 рік). Оскільки ці ускладнення можуть бути пов'язані із інфекціями, це ще гірше може позначитись на фертильності. Останні дослідження виявили, що в Україні проводиться 5-9 небезпечних абортів на 1000 жінок фертильного віку, що удвічі перевищує відповідні дані по Європі загалом (3 небезпечних аборти на 1000 жінок віком 15-44 років) (ВООЗ, 2004b, Glasier et al., 2006 рік). Світові дослідження свідчать, що серед кожних п'яти жінок, які пережили небезпечний аборт, принаймні одна страждає від інфекції репродуктивних шляхів в результаті; якісь із цих інфекцій мають серйозні наслідки, наприклад безпліддя (ВООЗ, 2004d).

Ключове положення 7: Безпечні, легальні аборти характеризуються маленьким числом наслідків для здоров'я. Однак не так давно як у 1999 році 5% абортів в Україні позначалися повторною госпіталізацією, або збільшенням терміну перебування в стаціонарі. Такі ускладнення можуть негативно позначитись на здоров'ї, викликати безпліддя в тому числі.

Також варто зазначити, що в Україні ризик ускладнень враховується незалежно від методу абортu: від дилатації і кюретажу (50% підвищення ризику ускладнень в Україні) (Київський міжнародний інститут соціології, 1999) до вакуумної аспірації. Таким чином рівень ускладнень, повідомлений за 1999 рік, може тепер бути нижчим.

Рівні контрацепції і абортів у порівняльній перспективі

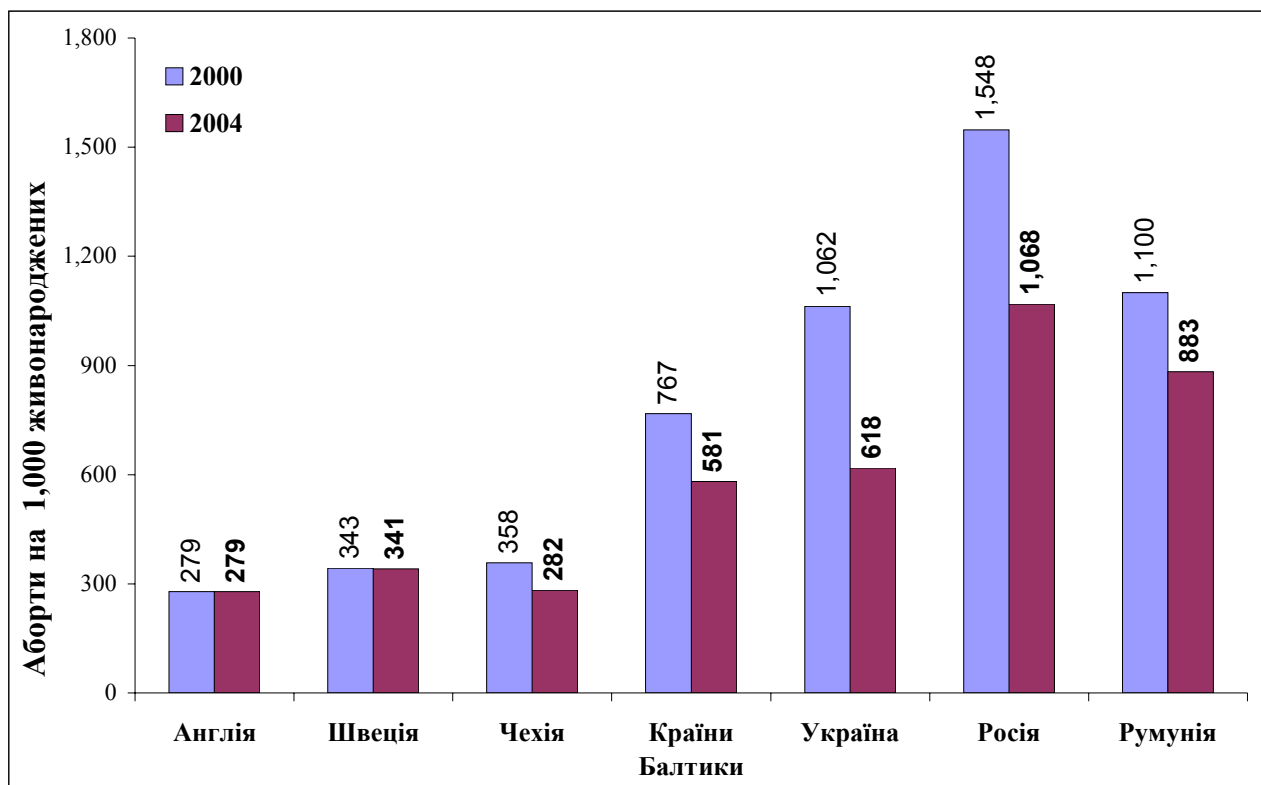
Рівні абортів

В Україні за радянської доби аборти разом із ВМЗ були найпоширенішим методом контролю вагітності. Останніми роками кількість абортів на одну жінку різко пішла на спад. Дослідження показали, що рівень абортів зменшився із 57.2 на 1000 жінок фертильного віку у 1996 році до 36.7 у 1999 році (Alan Guttmacher Institute 1999), а останні дані від бази даних ВООЗ, що використовували іншу систему вимірювання результатів, свідчать, що число абортів зменшилося із 1061 на 1000 живонароджених у 2000 році до 618 у 2004 році (ВООЗ, база даних ЗДВ).

Незважаючи на спад абортів в Україні, найсвіжіші порівняльні дані показують що рівень абортів ще високий. Україна у 2004 році була на п'ятому місці за показником абортів серед 25 країн ЄС, пострадянських країн, країн Центральної і Східної Європи (ВООЗ, база даних

ЗДВ), і ще досі лишається на досить високому рівні серед країн західної Європи (ВООЗ, база даних ЗДВ, малюнок 8).

Малюнок 8. Рівень абортів на 1000 живонароджених в деяких країнах Західної Європи



Джерело: ВООЗ/ Європа База здоров'я для всіх

Середній показник материнської смертності в країнах Балтики, а саме Естонії, Латвії та Литви

Ключове положення 8: незважаючи на те, що рівень абортів в Україні знижується, він все одно ще значно перевищує аналогічний в країнах Західної Європи.

Розмаїття методів контрацепції

Розмаїття методів контрацепції – застосування різноманітних методів контрацепції населенням—грає важливу роль для ефективності контрацептивів так само як і для забезпечення жінок вибором бажаних альтернатив абортів. У наступному розділі аналізується розмаїття цих методів в Україні в порівняльній перспективі.

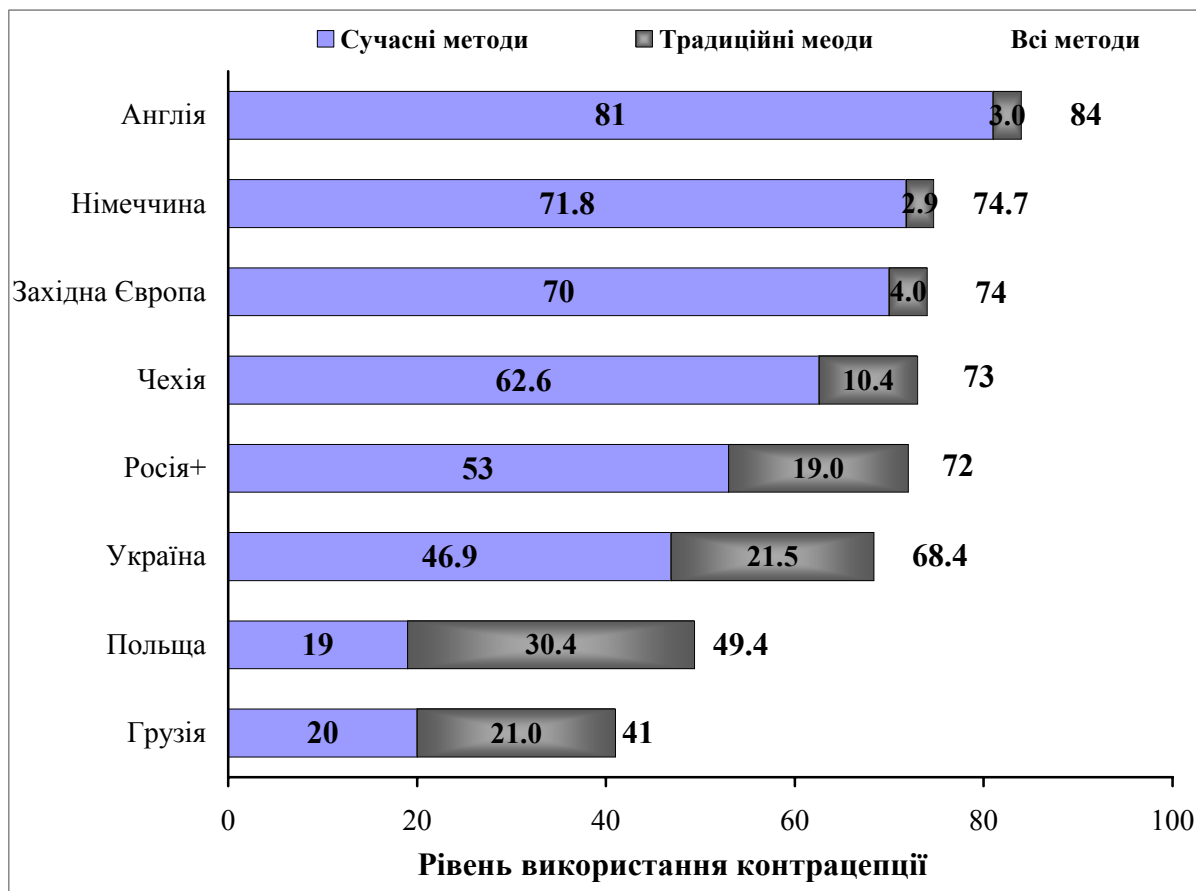
Розмаїття методів контрацепції в Україні відрізняється від аналогів в Європі та решті розвинених країн. Застосування сучасної контрацепції не так поширене в Україні, як в країнах Європейського союзу, а от застосування менш ефективних традиційних методів як наприклад перерваний статевий акт навпаки більш поширене.

На малюнку 9 порівнюються найсвіжіші дані, отримані із ряду європейських країн. Україна відзначилась не лише тим, що рівень застосування всіх та сучасних методів контрацепції⁵ тут

⁵ Визначення щодо використання рівня контрацепції в цьому звіті взято з ВООЗ: Процент жінок репродуктивного віку (15-49) які користуються (або партнер користується) методом контрацепції в особливий час. До сучасних методів контрацепції входять жіноча та чоловіча стерилізація, ін'єкційні та оральні гормональні контрацептиви, ВМС, діафрагма, гормональні імпланти, сперміциди, та презервативи. Контрацептиви до яких входять сучасні (див вище) та традиційні методи, а саме календарний метод (або ритм),

нижчий порівняно із середніми даними по Західній Європі, але і тим, що в Україні ширше застосовуються менш ефективні традиційні методи.

Малюнок 9. Рівень поширеності контрацептивів, сучасних методів та традиційних методів у деяких країнах Європи



Джерело: ООН, 2005, CDC, 2003 (для Росії), Український комітет статистики, 2004/05;

Традиційні методи мають дуже високий шанс не спрацювати

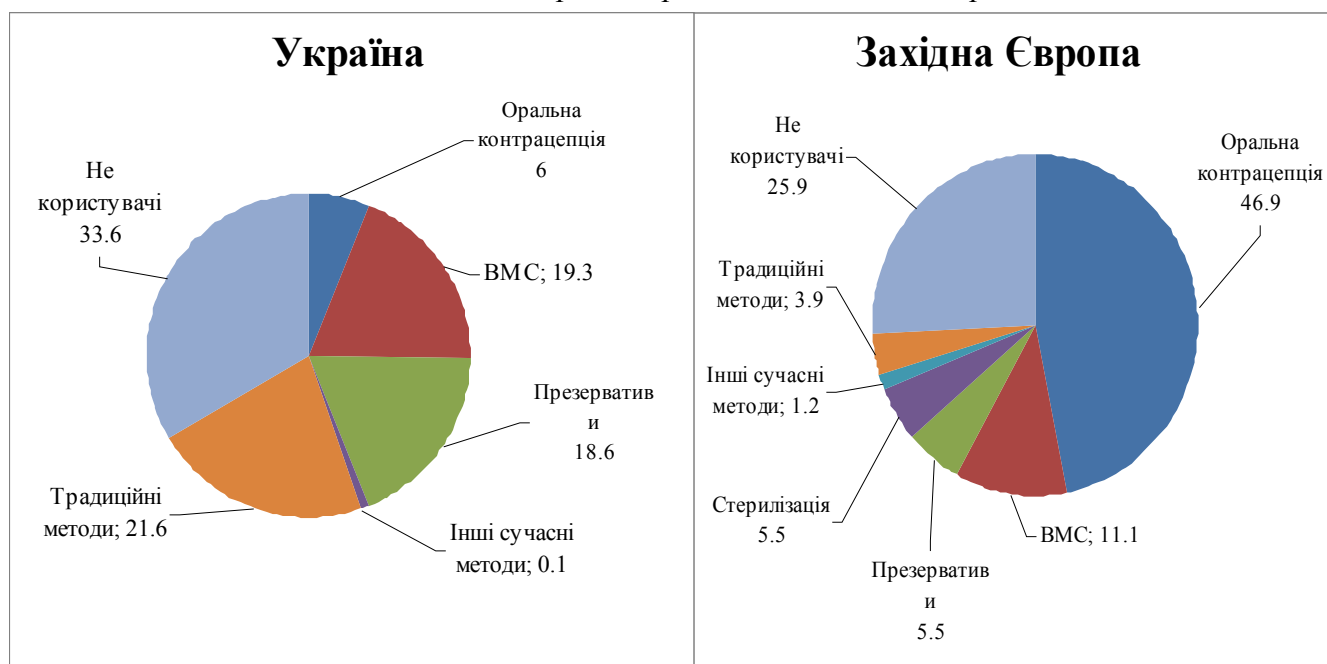
Українські жінки і досі покладаються на традиційні протизаплідні методи. Наприклад 10% одружених жінок покладаються на перерваний статевий акт, що становить більше 6% тих, хто використовує пероральні контрацептиви (Держкомстат України, 2004/05). Традиційні методи мають дуже високий ризик не спрацювати, що призведе до того, що велика кількість пар отримає небажану вагітність впродовж року застосування методу. Рівень контрацептивної невдачі використання методу перерваного статевого акту становить 27% а періодичного утримання - 25%. Для порівняння: рівень контрацептивної невдачі використання пероральних контрацептивів - 8% та більш поширених ВМЗ лише 0.8% (ВООЗ, 2004d.). Ці дані дуже важливі, оскільки не спрацювання традиційних методів має великі шанси призвести до абортів.

Ключове положення 9: Більшість розвинених країн мало застосовують неефективні традиційні методи контрацепції і, як наслідок, мають менше незапланованих вагітностей і абортів.

Пероральні контрацептиви мало застосовуються в Україні

Застосування таблеток та інших гормональних методів і стерилізації знаходиться в Україні на низькому рівні порівняно із традиційні методами, ВМЗ та презервативами. Найсвіжіші дані досліджень показують, що лише 6% жінок повідомили про застосування пероральних контрацептивів, в той час коли 19% повідомили про застосування ВМЗ і ще 18.6% сказали, що використовують презерватив (Держкомстат України, 2004/05). Два графіки нижче покажуть матрицю використання різних методів в Україні у порівнянні із Західною Європою⁶. Найбільш вражаюча різниця у застосуванні пероральних контрацептивів, яка в Західній Європі становить 46.8%. Помітно також більш високий рівень застосування добровільної хірургічної стерилізації на рівні 5.5%. Стерилізація чи то чоловіча чи жіноча—взагалі не застосовується в Україні—цьому методу віддають перевагу багато жінок в решті розвинених країн – 30% в Британії та 37% в США.

Малюнок 10: Розмаїття методів в Україні порівняно із Західною Європою.



Джерело: данні для країн Західної Європи (Австрія, Бельгія, Франція, Германія, Нідерланди, Швейцарія) з ООН, 2005 Використання контрацепції у світі. Ці дані стосуються жінок віком 15-49 які одружені. Українські дані взяті з WAPS дослідження стосовно заміжніх жінок віком 15-49 (державний комітет статистики, 2004/05)

В той час, коли спостерігаються значна різниця по відношенню до країн Західної Європи, де пероральні контрацептиви та інші сучасні методи використовуються куди частіше, розмаїття методів в Україні взагалі то не дуже відрізняється від інших країн східної Європи, де ВМЗ та традиційним методам віддають перевагу замість пероральних контрацептивів та стерилізації.

Ключове положення 10: інші розвинені країни мають досить розмаїтій перелік методів, і набагато краще використовують пероральні контрацептиви і стерилізацію і куди рідше удаються до традиційних методів

⁶ Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія

IV. Фінансовий зиск від планування сім'ї

Дані досліджень із інших країн у тому числі і з України свідчать, що планування сім'ї є рентабельним втручанням—особливо якщо порівняти із абортами.

Основоположний звіт Світового банку від 1993 року, “Інвестування в здоров'я,” містив рекомендації урядам країн принаймні витратити свої ресурси на комплекс п'яти основоположних медичних послуг, які характеризувалися високим рівнем рентабельності. Однією із цих послуг є планування сім'ї, тому що цей захід “може врятувати життя 850 000 дітей, які щорічно гинуть і ліквідувати 100 000 материнських смертей щорічно.”⁷ (Світовий банк, Інвестування в здоров'я, 1993) У звіті далі розповідається про те, що адекватні інвестиції в планування сім'ї можуть попередити 3% тягаря хвороб в усіх країнах світу. (Світовий банк, Інвестування в здоров'я, 1993)

Дослідження в Україні та інших країнах показали, що надання послуг з контрацепції більш рентабельне, аніж покладання на штучний аборт для контролю вагітності. Щойно 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 17 мільйонів гривень (\$3.38 мільйонів доларів США)⁸ (проект Полісі, 2005 рік). Нещодавні дослідження проведені МОЗ України та рештою міжнародних організацій (2004/2005) також зводяться до того, що надання контрацептивних послуг змогло б заощадити кошти від абортів і ускладнень після абортів вартістю завбільшки 3 мільйонів гривень щороку.

Щорічні витрати на контрацептиви в Україні за даними деяких фахівців знаходяться на рівні \$45 доларів США по пероральним контрацептивам, \$2.58 доларів США по ВМЗ, \$36 доларів США по презервативам, і \$32.61 доларів США по сперміцидам (Жилка, 2005 рік). Дослідження, яке вивчало бажання і здатність платити (Держкомстат України, 2004/05) виявило, що середні річні витрати, які жінки здійснюють на придбання пероральних контрацептивів, становлять \$78 доларів США (390 гривень), презервативів, \$48 доларів США (240 гривень), та \$15 доларів США (75 гривень) на ВМЗ включаючи введення засобу. Українські фахівці погоджуються, що витрати на аборти порівняно із контрацептивами, є нижчими, що забезпечує певний стимул робити аборт. 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). Деякі торгові марки пероральних контрацептивів дороговартісні - \$9.4 доларів США (47 гривень) (Жилка, 2005 рік), що згідно дослідження, яке вивчало бажання і здатність платити, було б недоступно більш ніж 70% населенню. Для порівняння дані з США, де в середньому жінка тратить біля 0.5% своєї місячної зарплати на пероральні контрацептиви.

Дослідження, яке вивчало бажання і здатність платити 2004 року виявило:

“більше 90 відсотків респондентів, які на разі користувалися пероральними контрацептивами, ВМЗ, або презервативами, відчували, що їхній метод контрацепції на разі виявився недорогим або доступним. Однак серед тих, хто не використовував цих конкретних контрацептивів, спостерігався більший відсоток тих, хто вважав ці методи занадто дорогими. Зокрема серед заміжніх жінок віком 15-49 років які не

⁷ Інші дорогі ефективні по грошам заходи записані в звіті : лікування пов'язане з вагітністю, контроль туберкульозу, контроль та лікування ПСПШ та лікування тяжких захворювань серед дітей.

⁸ Це дороге дослідження, збережені кошти були розраховані на період між 1999 та 2015

використовували пероральні контрацептиви, 34.6 відсотків відчували, що даний метод був дороговартісним.”

Результати фокус груп в Україні показали різницю у витратах на аборт. Якись жінки заплатили лише \$6.90 доларів США, а от інші заплатили \$60 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. (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. Вони також вважають, що більше інформації про сучасні засоби контрацепції зіграють рішучу роль у збільшенні поширення 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 на процедуру в залежності від місця здійснення процедури (обласний чи районний стаціонар) і прийому, який застосовувався (вакуумна аспірація, дилатація і кюреттаж) (Визначення політки з питань охорони здоров'я, 2007). Якщо ці цифри, а саме державні витрати поєднати із даними фокус груп (вище) про те, що жінки заплатили за аборт, можна буде зробити висновок, що сукупна вартість абортів (із державних коштів і із кишеня клієнта) буде коливатися від \$16 до \$83.

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 застосування сучасних методів контрацепції. Вони ґрунтували свої рекомендації на висновках про те, що надмірна вартість контрацептивів грала рішучу роль для жінок, які віддавали абарту перевагу над контрацепцією. Вартість пероральних контрацептивів для жінок складала приблизно \$2 долари США на місяць а невідкладна контрацепція - \$4 доларів США. На основі даної рекомендації 2004 року МОЗ подвоїв ціну на аборт у державних медичних закладах з \$2 доларів США до \$4 доларів США. Паралельно жінкам, які раніше робили аборт, роздавали безкоштовні контрацептиви (Johnson et al., 2004 рік). Зменшення витрат для жінок також могло призвести до зменшення витрат цілої системи, про що часто забувають, але сюди входять витрати на утримання персоналу, обладнання, приміщень, медикаментів і витратних матеріалів, знеболювальних засобів у разі виникнення ускладнень, часу тривалості самої процедури і взагалі часу перебування в стаціонарі, включаючи постійні витрати. Якщо включити дані витрати, то реальна вартість абарту в Румунії виявилася у межах від \$5-15 доларів США у державних закладах і \$12-33 доларів США у приватних клініках (Horga, 2001 рік).

В Україні результати нещодавніх досліджень свідчать, що у 2002 році витрати на аборт і усунення ускладнень після абортів склали 380 000 доларів США (1 900 900 гривень), майже удвічі більше витрат від застосування методів контрацепції, розрахованих у сумі 200 000 доларів США (994 900 гривень) (Жилка, 2005 рік).

Ключове положення 11: Інвестиції в сучасні контрацептиви у державному секторі можуть виявитися рентабельними оскільки вони тягнуть менші витрати на аборт і /або ускладнення після абартів в державному і приватному медичному закладі.

V. Державна підтримка плануванню сім'ї

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

Хоча сучасна контрацепція не забороняється законами України, доступ до неї часто обмежується браком державного фінансування контрацептивів для малозабезпеченого населення такого як наприклад бідняків, хронічно хворих, молоді та решти. З 2003 року уряд України і не покривав витрати на ВМЗ, пероральні контрацептиви, і/або хірургічну стерилізацію (Muscato, 2003). Багато інших країн особливо членів ЄС мають серйозні державні програми збільшення доступу до контрацептивів, особливо для малозабезпечених.

Після МКНР розвинуті країни погодились збільшити виділення коштів на програми репродуктивного здоров'я на \$6.1 мільярдів доларів США до 2005 року (Semelela, 2006 рік). Багато країн Європи дуже серйозно поставились до цього завдання і зробили значні інвестиції в потужні програми планування сім'ї та репродуктивного здоров'я. В таблиці нижче схематично показано по кожній програмі \ країні більш докладно.

Державне забезпечення контрацептивів в Європі і США

Франція: Медичні контрацептиви (пероральні контрацептиви і ВМЗ) відшкодовуються із державної системи соціального забезпечення. Медична допомога вагітним і малюкам безкоштовна (Sandier et al., 2004 and Toulemon and Leridon, 1998). Стерилізація безкоштовна (Odden, 1993). Франція перейшла до національної кампанії із поширення застосування контрацептивів ще в 2000 році, коли виявилось, що рівень абортів стабілізувався після 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 можна сказати 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 законодавства. 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). Стерилізація взагалі безкоштовна (Odden, 1993).

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. Дослідження проведене щодо витрат на контрацептиви показало, користувачі в Англії нічого взагалі не платили за пероральні контрацептиви і ВМЗ і заплатили самий мінімум (порівняно із Італією, Францією, Іспанією, Західною Німеччиною, Австрією, Швецією та Данією) за презервативи (Oddens, 1993).

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 включаються 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 екстрагенітальною патологією. У 2005 році уряд Румунії витратив більше \$1.3 мільйона доларів США на закупку контрацептивів у таблетках, ін'єкціях та ВМЗ. (Gasco, 2006 рік).

Швеція: Одна із ініціатив Національного інституту громадського здоров'я, заснованого 1992 року, зосереджується на програмах статевого і репродуктивного здоров'я. Профілактична медицина стала невід'ємною частиною первинної ланки охорони здоров'я із акушерками, районними медсестрами та сімейними лікарями, що займаються наданням послуг із планування сім'ї. За всі послуги населення платить мінімум коштів; хоча деякі послуги такі як наприклад ВМЗ взагалі безкоштовні (Glenngard et al., 2005; Oddens, 1993).

Україна: Україна затвердила національні програми, націлені на репродуктивне здоров'я ще 1995 року. Теперішнє репродуктивне здоров'я Національної програми, розрахованої до 2015 року, ставить на меті поліпшення системи планування сім'ї і забезпечує виділення \$18.7 мільйонів доларів США (95.6 мільйонів гривень) впродовж 10-річного періоду на покращення законодавчо-регуляторного підґрунтя для планування сім'ї, забезпечення контрацептивами деяких верств малозабезпеченого населення, створення Національного центру планування сім'ї /репродуктивного здоров'я, запровадження післядипломного навчання із планування сім'ї для працівників галузі охорони здоров'я, проведення громадських освітніх кампаній і здійснення досліджень. (Постанова Кабінету міністрів України № 1849, від 27 грудня 2006 року, репродуктивне здоров'я в розрізі національної програми до 2015 року)

США: Послуги із планування сім'ї і методи контрацепції надаються за ціною 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, в той час, коли 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. Наприклад, відділ охорони здоров'я штату Вашингтон заплатив \$1.35 доларів США за цикл комбінованих пероральних контрацептивів у 2001 році – десь у 20 разів менше за ту ціну, яку виробники цієї продукції просять приватну аптечну мережу заплатити. (Hatcher et al., 2004)

Ключове положення 12: уряди більшості країн світу підтримують доступ до планування сім'ї і контрацепції, розуміючи і усвідомлюючи всі їхні переваги для здоров'я людини, їхню здатність зменшити аборти, рентабельність і в решті решт сприяння виконанню основоположних прав людини.

Додатки

Додаток 1: Рівні абортів в міжнародному контексті—основні країни ЄС, Пострадянські країни та країни Центральної/Східної Європи

Регіон та країна	Аборти на 1,000 живонароджених (2004)		
	<20 років	>35 років	Всіх років
Основні країни ЄС			
Англія	840.5	214.86	278.63
Франція	1883.26**	307.33**	274.71**
Німеччина	876.63	187.96	183.74
Іспанія	876.14**	142.55**	186.95
Італія	---	---	228.13
Данія	2785.19	329.97	236.52
Норвегія	1704.08	287.74	247.07
Швеція	4165.21	362.51	341.37
Пострадянські країни та країни Центральної/Східної Європи			
Росія	---	---	1067.9
Країни Балтії*	800.66	1132.87	581.52
Чехія	668.76	835.3	282.34
Болгарія	402.82	2111	675.71
Угорщина	942.23	1104.64	552.25
Польща	---	---	0.54
Румунія	687.08	2359.92	883.37
Україна	546.68	1860.53	618.07
Молдова	---	---	---
Кавказ			
Вірменія	130.59	1599.73	283.72
Азербайджан	62.86	349.25	150.49
Грузія	242.44	554.96	371.12
Центральна Азія			
Казахстан	309.38	862.92	474.29
Киргизія	153.84	180.68	129.18
Туркменістан	---	---	---

*в середньому в Естонії, Латвії та Литві

**тільки на 2003

Джерело: ВООЗ, База даних Здоров'я для всіх

Додаток 2: Рівень використання контрацепції (процентне співвідношення використання контрацепції серед заміжніх жінок.

Регіон та країна, Рік дослідження	Види методів							
	Будьякий	Сучасний	гормональні	ВМС	презерватив	Жіноча стерилізація	Інші сучасні	Традиційні
Основні країни								
ЄС								
Англія, 2002	84.0	81.0	22.0	6.0	18.0	13.0	1.0	5.0
Франція, 1994	74.6	69.3	35.6	19.9	5.0	8.0	0.0	5.3
Німеччина, 1992	74.7	71.8	58.6	6.0	4.4	0.9	0.0	2.8
Іспанія, 1995	80.9	67.4	14.6	7.6	24.3	12.1	0.0	13.6
Італія, 1995/96	60.2 ^b	38.9	13.6	5.5	13.7	5.8	0.0	21.4
Данія, 1988	78.0	72.0	26.0	11.0	22.0	5.0	0.0	6.0
Норвегія, 1988/89	73.8	69.2	17.8	24.1	12.5	10.4	0.0	4.6
<i>В середньому</i>	<i>75.2</i>	<i>67.1</i>	<i>26.9</i>	<i>11.4</i>	<i>14.3</i>	<i>7.9</i>	<i>0.1</i>	<i>8.4</i>
Пострадянські країни та країни Центральної/Східної Європи								
Росія, 1999	73	53	7	25	16	2	3	20
Країни Балтії	55	42.1	5.0	23.2	12.9	0.0	0.0	12.8
Чехія., 1997	72.0	62.6	23.1	13.9	12.7	7.2	0.0	9.5
Болгарія, 1997	41.5	25.6	7.0	6.9	10.9	0.1	0.0	15.7
Угорщина, 1992/93	77.4	68.4	37.7	17.4	7.8	4.8	0.0	9.0
Польща, 1991	49.4	19.0	2.3	5.7	9.1	0.0	0.0	30.4
Румунія, 2004	70.3	38.2	14.1	6.7	12.1	2.8	2.5	32.2
Україна, 2004	68.4	46.9	6.0	19.3	18.6	0.8	0.1	21.6
Молдова, 2000	62.4	42.8	3.3	34.5	3.5	1.1	0.0	19.6
<i>В середньому</i>	<i>62.5</i>	<i>43.3</i>	<i>11.0</i>	<i>17.0</i>	<i>11.1</i>	<i>2.1</i>	<i>0.4</i>	<i>19.2</i>
Кавказ								
Вірменія, 2000	60.5	22.3	1.1	9.4	6.9	2.7	1.9	38.2
Азербайджан, 2001	55.4	11.9	1.0	6.1	3.2	1.2	0.1	43.5
Грузія, 2005	47.3	26.6	3.2	11.6	8.7	2.2	0.0	20.7
<i>В середньому</i>	<i>52.1</i>	<i>18.0</i>	<i>1.0</i>	<i>8.4</i>	<i>5.5</i>	<i>1.8</i>	<i>1.0</i>	<i>34.1</i>
Центральна Азія								
Казахстан, 1999	66.1	52.7	2.4	42.0	4.5	2.8	0.0	13.5
Киргизія 1997	59.5	48.9	1.7	38.2	5.7	1.8	0.1	10.7
Туркменістан, 2000	61.8	53.1	1.2	39.0	2.0	1.8	7.9	8.7
<i>В середньому</i>	<i>62.5</i>	<i>51.6</i>	<i>1.8</i>	<i>39.7</i>	<i>4.1</i>	<i>2.1</i>	<i>2.7</i>	<i>11.0</i>

Замітка: Всі методи не мають загального показника тому що змішані інші сучасні методи включають невідкладну контрацепцію, жіночий презерватив та сучасні методи, які записані окремо.

^bключає деякі випадки стерилізації з не контрацептивних причин

Джерело: Данні основних країн ЄС, Пострадянських країн та країн центральної та східної Європи (крім Росії та країн Балтії), Кавказ та Центральна Азія взяті з ООН, 2005 використання контрацепції у світі. Ці данні для жінок 15-49 які одружені. Країни Балтії у середньому це Латвія, Литва та Естонія.

Данні Росії з центру профілактики та контролю захворювань, 2003, а для жінок віком 15-44, які одружені та проживають в містах.

Дані України з дослідження платоспроможності для заміжніх жінок віком 15-49 (Державний комітет статистики, 2004/05)

Дані Румунії та Грузії взяті з Дослідження з РЗ з розділу заміжні жінки віком 15-44.

Список літератури

- Alan Guttmacher Institute. 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute. *Issues in Brief: Medicaid Family Planning Expansions Hit Stride*, copyright 2005.
- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub3.
<http://www.mrw.interscience.wiley.com.ezp1.harvard.edu/cochrane/clsysrev/articles/CD004425/frame.html>
- Atrash HK and Hogue CJR. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1990, 4(2):391-405.
- Benson Gold, Rachel. *State Effort to Expand Medicaid-Funded Family Planning Show Promise*. The Guttmacher Report on Public Policy. April 1999.
- Boonstra, Heather. *Promoting contraceptive use and choice: France's approach to teen pregnancy and abortion*. The Guttmacher Report on Public Policy. June 2000; Vol 3, No. 3.
- Botting, Beverley, Michael Rosato and Rebecca Wood. *Teenage mothers and the health of their children*. *Population Trends*. Autumn 1998 (93): 19-28.
- Brind, J et al., *Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50 (5):481-496.
- Brind, Joel. *Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a critical review of recent studies based on prospective data*. *Journal of American Physicians and Surgeons*. Volume 10, No. 4, Winter 2005.
- Burkman, Ronald T, John A. Collins, Lee P. Shulman, and J. Kell Williams. 2001. *Current Perspectives on Oral Contraceptive Use*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 185(2): S4-S12.
- Busse, Reinhard and Annette Riesberg. 2004. *Health Care Systems in Transition: Germany*. *European Observatory on Health Systems and Policies*, vol. 6(9).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USAID, and Measure DHS+. 2003. *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Center for Reproductive Rights. 1995. *Women of the World: Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives*.
- Charreau I, Plu-Bureau G, Bachelot A, et al. *Oral contraceptive use and risk of benign breast disease in a French case-control study of young women*. *Eur J Cancer Prevention* 1993;2:147-54.
- Chen, LC, Melita C., Gesche, Shamsa Ahmed, AI Chowdhury, and WH Mosley. 1974. *Maternal mortality in rural Bangladesh*. *Studies in Family Planning* 5, no. 11:334-341.
- Chen A et al., *Mifepristone-induced early abortion and outcome of subsequent wanted pregnancy*. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160(2):110-117.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, *Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies including 83,000 women with breast cancer from 16 countries*, *Lancet*, 2004, 363(9414):1007-1016.
- Cromer, Charlotte and Judith Seltzer. *Reproductive Health Strategies for Ukraine 1999-2002*. Takoma Park, MD: Monitoring, Evaluation and Design Support (MEDS) Project and USAID, June 1999.
- Conde-Agudelo, Agustin and Jose M. Belizan (2000). *Maternal Morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study*. *BMJ*; 321;1255-1259.

Davis A, Goodwin A, Lippman J, Olson W, Kafrisen M. Triphasic norgestimate-ethinyl estradiol for treating dysfunctional uterine bleeding. *Obstetrics and Gynecology* 2000;96:913-20.

Dumeaux et al 2003: 96,362 Norwegian women randomly selected from a central persons registry, aged 30-70, followed prospectively for two to eight years.

Dumeaux et al 2005: 68,670 French women selected from a national health insurance scheme, aged 40-64 years, followed prospectively for up to 10 years.

Family Care International. Global Sexual and Reproductive Health: highlights. <http://www.familycareintl.org/en/issues/24>. Accessed April 9, 2007.

Fernandez E, La Vecchia C, Franceschi S, Braga C, Talamini R, Negri E, et al. Oral contraceptive use and risk of colorectal cancer. *Epidemiology* 1998;9:295-300.

Franks AI, Beral V, Cates W Jr, Hogue CJR. Contraception and ectopic pregnancy risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;163:1120-3.

Friedenreich, Christine et al. 2007. Anthropometric factors and risk of endometrial cancer: the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Cancer Causes Control*. DOI 10.1007/s10552-006-0113-8.

Fuentes-Afflick, E. and N.A. Hessol. Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Obstetrics and Gynecology* 95 (3): 383-390. March 2000.

Gallo, MF, K Nanda, DA Grimes, and KF Schulz. 20 mcg versus >20 mcg Estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.

Gallo, MF, LM Lopez, DA Grimes, KF Schulz, and FM Helmerhorst. 2007b. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.

Gardner, Maureen B. 1983. Facts about Oral Contraceptives. Office of Research Reporting, National Institutes of Child Health and Human Development (NICHD).

Gasco, Merce, Christopher Wright, Magdalena Patruleasa, and Diane Hedgecock, 2006. Romania: Scaling Up Integrated Family planning Services: A Case Study. Arlington, VA.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.

Glasier, Anna, A Metin Gulmezoglu, George P Schmid, Claudia Garcia Moreno, Paul FA Van Look. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. Published online November 1, 2006.

Glenngard, Anna H., Frida Hjalte, Marianne Svensson, Anders Anell, and Vaida Bankauskaite. 2005. Health Systems in Transition: Sweden.. WHO, European Observatory on Health Systems.

Gribble, J.N. Birth intervals, gestational age, and low birth weight: Are the relationships confounded? *Population Studies* 47(1): 133-146. Mar. 1993.

Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD006134. DOI: 10.1002/14651858.CD006134.pub2. <http://www.mrw.interscience.wiley.com.ezp1.harvard.edu/cochrane/clsysrev/articles/CD006134/frame.html>

Hannaford, Philip C., Sivasubramaniam Selvaraj, Alison M. Elliott, Valerie Angus, Lisa Iversen and Amanda J. Lee. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal college of General Practitioner's oral contraceptive study. *BMJ* published online 11 Sep 2007; doi: 10.1136/bmj.39289.6494 10.55.

Hanson, JP. Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 1986;41:726-42.

Hatcher, Robert A., James Trussell, Felicia Stewart, Williard Cates, Gary Stewart, Filicia Guest, and Deborah Kowal. *Contraceptive Technology*. Seventeenth Revised Edition. Ardent Media, Inc. New York. 1998.

Hatcher, Robert A., James Trussell, Felicia Stewart, Anita Nelson, Williard Cates, Filicia Guest, and Deborah Kowal. *Contraceptive Technology*. Eighteenth Revised Edition. Ardent Media, Inc. New York. 2004.

Health Policy Initiative (Constella Futures and USAID), unpublished data, 2007

- Heaton, Tim B, Renata Forste, John P. Hoffman, and Dallan Flake. 2005. Cross-national variation in family influences on child health. *Social Science and Medicine* 60: 97-108.
- Henriet L and Kaminski M, Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 French national prenatal survey, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108 (10):1036-1042.
- Holmes, K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*. Geneva. June 2004.
- Holt VL, et al. 2003. Oral contraceptives, tubal sterilization, and functional ovarian cyst risk. *Obstet Gynecol* August 2003; 102:252-8
- Horga, M. Contraception and abortion in Romania: background paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy termination in Romania. 2001 (unpublished).
- Hudgins, Tony and Chris Wright. 2004. *Ukraine Contraceptive Availability Assessment*. John Snow, Inc. and USAID.
- Human Rights Watch, 2005. *Opportunity for Reform: Human Rights Agenda for Ukraine*. From Human Rights News.
- International Conference on Population and Development. 1994. *Programme of Action*.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2006. Press Release: No. 2006.10.04 (Published: 2006.10.4). "United Nations General Assembly Adopts "Universal Access" Target for Reproductive Health"
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). *IMAP Statement on safe abortion*. IPPF Medical Bulletin. Volume 40, Number 3, September 2006.
- Jacobsson, Bo, Lars Ladfors, Ian Milsom. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. *Obstetrics and Gynecology*. 2004: 104: 727-33.
- 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.
- Johnston, Robert WM. *Abortion Statistics and Other Data-Johnston Archive*. Last update February 18, 2007. <http://www.johnstonsarchive.net/>
- Jorgensen, C, Picot MC, Bologna C, Sany J. Oral Contraception, parity, breast feeding, and severity of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1996;55:94-98.
- Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenstrual breast cancer: A meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1290-1302. Level of evidence: 3a (meta analysis of case control studies)
- Kaunitz, Andrew M. Oral contraceptive health benefits: perception versus reality. *Contraception*; 1999; Volume 59, Issue 1, Supplement 1, January 1999: 29S-33S.
- Kiev International Institute of Sociology. 1999 *Ukraine Reproductive Health Survey*. Final Report, 2001. In collaboration with CDC and USAID.
- Kumle M, et al. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish women's lifestyle and health cohort study. *Cancer Epidemiology* 2002; 11:1375-1381.
- Lucky AW, Henderson TA, Olson WA, et al. Effectiveness of norgestimate and ethinyl estradiol in treating moderate acne vulgaris. *Journal of American Academy of Dermatology* 1997;37:746-54.
- Martinez, ME, Grodstein F, Giovannucci E, Colditz GA, Speizer FE, Hennekens C et al. A prospective study of reproductive factors, oral contraceptives use, and risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiological Biomarkers Prevalence* 1997;6:1-5.
- Marchbanks, Polly A. McDonald, Jill A., Wilson, Hoyt G. et al. Oral contraceptives and Risk of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, June 2002 Volume 346:2025-2032

- Martius JA et al., Risk factors associated with preterm and early term birth: univariate and multivariate analysis of 106,345 singleton births from the 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 1998, 80(2):183-189.
- Marston, Cicely and Cleland, Tom. 2003. Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. *International Family Planning Perspectives*. Volume 29(1): 6-13.
- McLaughlin, John R., AR Harvey, J Lubinski, et al. 2007. Reproductive risk factors for ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *Lancet Oncology*; 8:26-34.
- Mishell Jr, D.R. Noncontraceptive health benefits of oral steroidal contraceptives. *Am J Obstet Gynecol* 142 (1982), pp. 809–816.
- Ministry of Health of Ukraine. National Reproductive Health Program 2001-2005, Draft December 2000.
- Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. 1999. Implementation of probabilistic decision rules improves the predictive values of algorithms in the diagnostic management of ectopic pregnancy. *Hum Reprod* Vol:14:2855-62.
- Moreau C et al., Previous induced abortion and the risk of very preterm delivery: results of EIPAGE study, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(4):430-437.
- Muscato, L and R.S. Kidd. Contraception and abortion attitudes and practices of Western Ukraine women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2003;8:80-86.
- National Cancer Institute, Summary Report: early reproductive events and breast cancer workshop, 2003. <http://www.cancer.gov/cancerinfo/ere-workshop-report>, accessed July 25, 2006.
- Oddens, B.J. 1993. Evaluation of the effect of contraceptive prices on demand in eight Western European Countries. *Advanced Contraception*. Volume 9(1):1-11.
- ORC Macro, 2007. MEASURE DHS STAT compiler. Accessed online at <http://www.measuredhs.com> on August 5 2007.
- Pasner LA, Phipps WR. Type of oral contraceptive in relation to acute, initial episodes of pelvic inflammatory disease. *Contraception* 1991;43:91-99.
- Policy Project (2005). Application of the Allocate Model in Ukraine. Washington, DC. Policy Project.
- Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD002120. DOI: 10.1002/14651858.CD002120. <http://www.mrw.interscience.wiley.com.ezp1.harvard.edu/cochrane/clsysrev/articles/CD002120/frame.html>
- Redmond GP, Olson WH, Lippman JS, et al. Norgestimate and ethinyl estradiol in the treatment of acne vulgaris: a randomized, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 1997;89:615-22.
- Rohan, TE and AB Miller. A cohort study of oral contraceptive use and risk of benign breast cancer. *International Journal of Cancer*. July 1999; 82 (2): 191-196.
- Sandier, Simone, Valerie Paris and Dominique Polton. 2004. Health Care Systems in Transition: France. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schlesselman, JJ. Net effect of oral contraceptive use on the risk of cancer in women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*. 1995; 85:793-801.
- Semelela, N. 2006. Women's access to modern methods of fertility regulation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 94:292-300.
- Setty-Venugopal, V. and Upadhyay, U.D. *Birth Spacing: Three to Five Saves Lives*. USAID, Bureau of Global Health, Office of Population. Birth Spacing: A Call to Action—birth intervals of three years or longer for infant and child health. March 2002.
- Snider, Sharon. 1990. The Pill: 30 years of safety concerns. U.S. Food and Drug Administration.

Spector, TD, Hochberg MC. The protective effect of the oral contraceptive pill on rheumatoid arthritis: an overview of the analytic epidemiological studies using meta-analysis. *Journal Clinical Epidemiology* 1990;43:1221-30.

Steshenko, Valentina and Tamara Irkina. Some aspects of the Demographic Situation in Ukraine: Reproductive Health and Family Planning. United Nations and Government of Ukraine. 1999.

Toulemon, Laruent and Henri Leridon. 1998. Contraceptive Practices and Trends in France. Vol. 30(3): 114-120.

Together for Health. 2006. Report of the Focus Group Discussions (FGDs). JSI, Ukraine.

Ukraine Cabinet of Ministers Decree No. 1849, December 27, 2006, "Reproductive Health of the Nation Program up to 2015"

Ukraine State Statistics Committee, "Survey on the Willingness and Ability to Pay for Contraceptives in Ukraine, 2004," Kiev, 2004-2005

United Nations, 2005a. World Contraceptive Use 2005. New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, 2005.

United Nations, World Population Prospects, the 2006 Revision, Population Database, Population Division, United Nations, 2000, 2004.

United Nations, World Population Prospects, the 2006 Revision Population Database, Population Division, United Nations, 2007

UNAIDS. Position Statement on Condoms and HIV Prevention, July 2004.

UNFPA. 1997. UNFPA Annual Report 1997. Adolescent Reproductive Health.

UNFPA. 2005. World Summit Commits to Universal Access to Reproductive Health by 2015, Press Release. 19 September 2005.

Vessey M, Painter M. Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004. *Brit J Cancer* 2006;95:385-389.

Warren, MP, Miller KK, Olson WH, Grinspoon SK, and Friedman AJ. Effects of an oral contraceptive (norgestimate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in women with hypothalamic amenorrhea and osteopenia: an open-label extension of a double-blind, placebo-controlled study. *Contraception* (September 2005); 72(3): 206-11.

Westoff, Charles F. Olds, Suzanne. 2004. Abortion and Contraception in Georgia and Kazakhstan, Open Society Organization, New York

World Bank. 1993. World Development Report, Investing in Health

World Health Organization, 2003. Effective Contraception—more benefits than meet the eye. *Progress in Reproductive Health Research*, No. 62.

World Health Organization, 2004a. Reproductive Health Strategy. http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy_small_en.pdf

World Health Organization, 2004b. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Fourth Edition.

World Health Organization, 2004c. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4. Young people's health in context. Edited by Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan et al. <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>

World Health Organization, 2004d. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third Edition. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>

World Health Organization, 2007. Programmes and Projects: Pharmaceuticals, Italy. http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020417_3

World Health Organization, Reproductive Health Indicators Database. http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage.htm

World Health Organization, 2007, Regional Office for Europe. European Health for All database. <http://www.euro.who.int/hfadb>

Yimin C et al. 2004. Mifepriston-induced abortion and birth weight in the first subsequent pregnancy, International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 84 (3):229-235.

Zhylka, N. 2005. Contraceptive Security Situation Analysis in the Ukraine. Rayevsky Scientific Publishers, Kyiv.

Together for Health

**46-v (46-в) T. Shevchenko Boulevard, Office 15, Kyiv 01032, Ukraine
Tel: (+38 044) 581-1520, Fax: (+38 044) 581-1521, e-mail: info@fprh-jsi.org.ua**

Разом до Здоров'я

**бул. Т. Шевченко, 46-в, офіс 15, Київ 01032, Україна
тел: (+38 044) 581-1520, факс: (+38 044) 581-1521, e-mail: info@fprh-jsi.org.ua**