

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Отчет миссии, ЮНИСЕФ Кыргызстан

Сюзанна Лехтимяки, Специалист по здравоохранению,

НУНУ Отдел здравоохранения

5-9 сентября 2016год.

Исходные данные

В этом году заканчивается текущая Страновая программа ЮНИСЕФ в Кыргызстане на 2012-2016 годы, в связи с этим страновой офис (СО) начал процесс планирования следующей Страновой программы на период с 2018 по 2022 год. С целью получения и сбора информации для разработки новой Страновой программы, СО недавно провел ситуационный анализ положения детей-подростков в Кыргызстане, внешнюю оценку текущей Страновой программы и обзор гендерных программ, основываясь на национальных приоритетах, ЦУР и сравнительных преимуществах ЮНИСЕФ. Основываясь на результаты этого анализа, ЮНИСЕФ признает здоровье и благополучие подростков одним из ключевых приоритетов на ближайшие пять лет.



В частности, рассматриваются такие вопросы, как нарушения прав детей подростков (10-19 лет) в Кыргызстане - браки с детьми и принудительные браки, рост числа самоубийств среди подростков, проблемы со здоровьем подростков, религиозный экстремизм и радикализация, а также увеличение дорожно-транспортных происшествий среди детей. Этим вопросам необходимо уделить особое внимание в рамках следующей Страновой программы, а также необходимо расставить приоритеты в осуществлении мероприятий для их решения.

Учитывая сложность перечисленных выше вопросов, СО признает важность разработки межотраслевых подходов к процессу программирования. С этой целью структура Страновой программы на 2018-2022 годы планируется следующим образом:

- 1) Результат 1: *Мониторинг соблюдения прав ребенка и создание благоприятных условий.*

К 2022 году *существуют* усовершенствованные политическая среда и национальные / субнациональные системы для реализации прав ребенка, уделяя особое внимание справедливости, а также руководствуясь знаниями и фактическими данными, в то время как владельцы расширенных прав требуют реализации своих прав.

Продукт 1. Государственные и негосударственные механизмы по правам ребенка обладают способностью генерировать убедительные доказательства для обоснования политики и могут эффективно контролировать свои результаты.

Продукт 2. Дети и подростки обладают навыками, чтобы направить свой голос и влиять на процесс принятия решений, затрагивающих их жизнь

2) Результат 2: Равный доступ к Комплексным услугам для детей.

К 2022 году наиболее уязвимые дети *имеют* равный доступ и пользуются качественными комплексными услугами, которые способствуют их защите, выживанию, развитию и благополучию, а также включению в общество.

Продукт 1. Отраслевые министерства и государственные учреждения имеют знания и навыки для разработки и реализации инклюзивной политики в интересах детей.

Продукт 2. Специалисты в области социальных вопросов (здравоохранение, образование, развитие детей раннего возраста - РДРВ, социальное обеспечение) и правосудия имеют необходимые знания, навыки и инструменты для обеспечения равного доступа к услугам, благожелательным к детям и подросткам.

Продукт 3. Дети и их воспитатели имеют необходимые знания и навыки, чтобы требовать предоставления им услуг, чувствительных в отношении включения, гендера и экологии, и усваивать положительные практики.

Сюзанна Лехтимяки, Специалист по здоровью подростков из Отдела здравоохранения NYHQ, была приглашена в страну для проведения миссии по оказанию поддержки СОВ разработке программы по охране здоровья подростков. Затем последовал визит Руслана Малюта, Регионального советника по ВИЧ из РО ЦВЕ/СНГ. Целью первой миссии из NYHQ было проведение краткого анализа существующих данных по основным вопросам здоровья и факторах риска в подростковом возрасте; выявление ключевых пробелов в имеющихся данных; определение точки входа для программирования. Миссия (программа миссии

представлена в Приложении 1) включала несколько встреч с сотрудниками программ ЮНИСЕФ и ключевыми партнерами, а также проведение круглого стола в Министерстве здравоохранения КР и межотраслевого совещания с участием сотрудников программ ЮНИСЕФ.

Обзор здоровья подростков в Кыргызстане

Доля молодых людей в Кыргызстане относительно высокая: подростки (10-19 лет) составляют почти одну пятую часть населения, и в настоящее время более половины населения страны составляют люди в возрасте до 25 лет. Большинство из них проживает в сельской местности и их доступ к услугам здравоохранения, образования, социальной помощи, а также к развлекательным мероприятиям ограничен.¹ За последние годы уровень выживаемости детей в Кыргызстане повысился в результате инвестиций в охрану здоровья младенцев и детей в возрасте до пяти лет. До сих пор здоровье подростков не являлось приоритетом в национальных программах, однако, снижение детской смертности позволяет направить фокус внимания на вопросы здоровья подростков для гарантии того, чтобы прогресс, достигнутый в раннем детстве, продолжался и на протяжении второго десятилетия жизни на пути ко взрослой жизни.

Следуя глобальной тенденции, в Кыргызстане наиболее важной причиной смерти в подростковом возрасте являются травмы, в обеих возрастных группах 10-14 и 15-19 лет (Рисунок 1)². В раннем подростковом возрасте (10-14 лет) основными причинами преждевременной смерти (рассчитанной как годы потерянной жизни, ГПЖ) являются **утопление, дорожно-транспортный травматизм и инфекции нижних дыхательных путей**. Когда подростки становятся старше, профиль здоровья меняется и в дополнение к **дорожно-транспортному травматизму** важными причинами смерти становятся **самоповреждение и насилие** (зеленые зоны на Рисунке 1), в то время как значение инфекционных заболеваний (оранжевая и красная зоны) снижается.

Согласно данным Национального статистического комитета³, дорожно-транспортный травматизм особенно растет среди мальчиков-подростков. В период с 2004 по 2012 год уровень самоубийств среди молодых юношей в возрасте 15-29 лет увеличился на 1,3 смертей на 100 000 населения (с 15 до 16,3). Среди девочек этот показатель

1 ЮНИСЕФ. Анализ положения детей в Кыргызской Республике. 2016, в печати.

2 Исследование глобального бремени болезней, травм и факторов риска (GBD), данные за 2013 год, визуализация данных инструментом представлена на вебсайте IHME <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>, доступ 30.8.2016.

3 Национальный статистический комитет КР. Молодежь в Кыргызской Республике 2014г., Бишкек.

увеличился более чем в два раза за тот же период, с 3 до 6,6.⁴ Однако, из-за стигмы семьи могут не сообщать о случаях самоубийства, поэтому предполагается, что эти цифры могут быть выше.

В то время как число случаев смерти, связанных со СПИДом, уменьшилось среди детей, возросла смертность в группах подросткового возраста, как в младшей, так и в старшей группе.

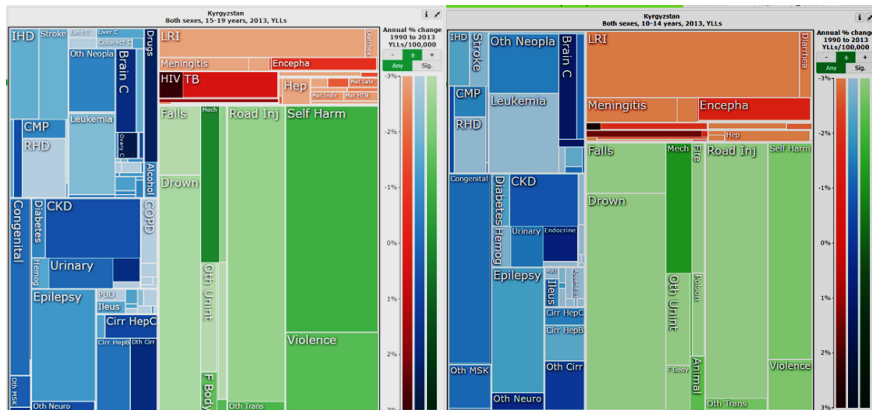


Рисунок 1. Годы потерянной жизни среди подростков в возрасте 10-14 и 15-19 лет в Кыргызстане, на основании данных GBDза 2013 год.

При анализе профилей подростков по скорректированным годам нетрудоспособной жизни (СГНЖ), **проблемы психического здоровья** (синий, левый верхний угол на Рисунок 1) являются одной из основных причин заболеваемости, как среди младших, так и среди старших подростковых групп.

В раннем подростковом возрасте (10-14 лет) относительно высокими являются **показатели анемии**. Для данных по СГНЖ смотри Рисунок 2 ниже.

По данным обзора гендерных программ ЮНИСЕФ⁵, в Кыргызстане в отношении женщин и детей совершаются несколько форм насилия, включая бытовое насилие, насилие по признаку пола и сексуальное насилие, похищение невест, браки с детьми, торговля женщинами и детьми, жестокое обращение и пренебрежение, а также насилие в школе, как со стороны детей, так и со стороны персонала. По результатам Демографического обследования домохозяйств 2012 года, несмотря на то, что лишь 6,3% девочек-подростков в возрасте 15-19 лет ответили, что подвергались физическому насилию, начиная с 15 летнего возраста (из них 3,9% в течение последних 12 месяцев, а 2,7%

4 ЮНИСЕФ. Обзор гендерной программы: Кыргызская Республика. 2016г., в печати.

5 ЮНИСЕФ. Обзор гендерной программы: Кыргызская Республика, там же.

подвергались насилию со стороны партнера или мужа), 62,3% девочек ответили, что они **никогда не обращались за помощью или сообщали о перенесенном насилии**. Таким образом, данные о насилии остаются в значительной степени заниженными.

Во всем мире брак в детском возрасте является ключевым фактором подростковой беременности. По сравнению со странами с тяжелым бременем, такими как Нигерия, Индия и Бангладеш, **детский брак** является относительно редким явлением в Кыргызстане. Однако, по данным КИМИ, браки среди девочек-подростков в возрасте 15-19 лет **увеличились** с 7,7% до 13,9% в период с 2006 по 2014 год.

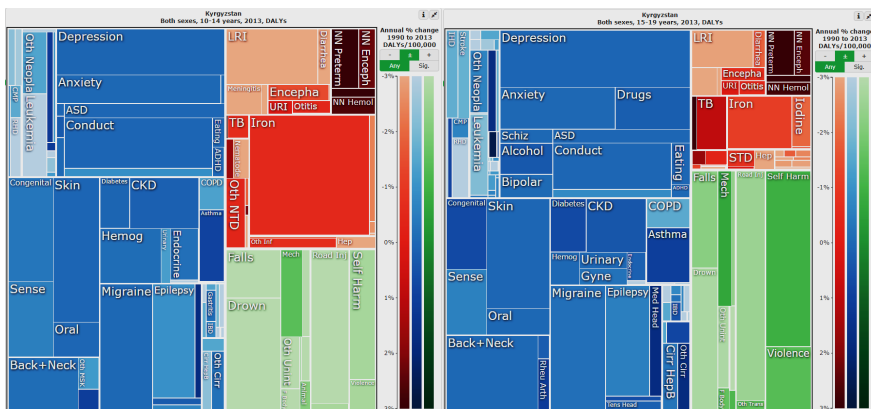


Рисунок 2. СГНЖ среди подростков в возрасте 10-14 и 15-19 лет в Кыргызстане, на основе данных GBD за 2013 г.

Региональное сравнение случаев **беременности среди подростков**⁶ показывает, что Кыргызстан занимает второе место в регионе ЦВЕ/СНГ по показателю рождаемости среди девочек-подростков - на уровне 42,1 на 1000 родившихся живыми на 1000 женщин в возрасте до 20 лет. Уровень **вырос** на четверть в период между 2000 и 2012 годами в абсолютном выражении, более 4700 девочек-подростков в возрасте 15-19 лет родили в 2013 году и из них почти 300-рожали уже второго ребенка.⁷ Уровень рождаемости среди подростков является самым высоким в Таласской, Баткенской и Джалал-Абадской областях, и среди девушек из сельской местности, из квинтиля с самым низким уровнем благосостояния и из семей национальных меньшинств с узбекскими корнями.⁸ Однако, по данным КИМИ 2014 года, охват услугами по охране здоровья матери, включая дородовой уход и квалифицированное родовспоможение, находится на одинаковом уровне и для девочек-подростков,

6 Статком СНГ и UNFPA. Молодежь в Содружестве независимых государств. Статистический портрет. 2014, Москва.

7 Национальный статистический комитет КР, там же.

8 Нацстатком, UNICEF, UNFPA. Кластерное исследование множественного индикатора (КИМИ) Кыргызской Республики, Финальный отчет 2014. 2015, Бишкек.

и для женщин старшего возраста и не существует каких-либо существенных ограничений для доступа между различными возрастными группами.⁹

С точки зрения **знаний о ВИЧ**, с девочками-подростками дело обстоит хуже, чем с женщинами из старших возрастных групп. Данные КИМИ 2014 года показывают, что в то время как более 90% женщин в возрасте 25-29 лет знают, где пройти тестирование на ВИЧ, только 43% девочек в возрасте 15-19 лет знают это место. Аналогичным образом, 22% женщин старшего возраста имеют всесторонние знания о ВИЧ по сравнению с 17% девочек-подростков. Цифры по всестороннему знанию о передаче ВИЧ от матери к ребенку составляют 65% и 50%, соответственно в обеих возрастных группах.¹⁰ С учетом возрастающего уровня рождаемости среди подростков, низкий уровень знаний о ВИЧ среди девочек-подростков является риском передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Уровень бедности среди подростков и молодых людей относительно высок в Кыргызстане. В последние годы уровень бедности среди подростков 14-18 лет увеличился почти на 40% в период с 2009 по 2013 год.¹¹

Посещение школы является одним из ключевых защитных факторов для улучшения результатов здоровья в подростковом возрасте и в последующей жизни. Согласно КИМИ 2014 года¹², доля детей, бросивших школу (OOSC), постепенно увеличивается в возрасте после 14 лет и чаще встречается среди мальчиков. На основании ответов детей школьного возраста в национальном исследовании OOSC 2012 года, большинство (54%) причин не посещения школы связаны с семейными делами, за ними следуют причины, связанные со школой (31%) и здоровьем (15%). В большинстве случаев причины, связанные с семьей, касались бедности, например, отсутствие одежды/обуви или школьных принадлежностей, зарабатывание денег или помощь семье по дому или по уходу за домашним скотом.¹³ Однако, недавний анализ OOSC за 2014 год указывает на то, что в отличие от общего восприятия, OOSC чаще имеет место в городской, чем в сельской местности. Кроме того, в рамках этого исследования, богатство имело очень мало влияния на уровень посещаемости: посещаемость была даже ниже в богатых квинтилях, особенно в старших классах средней школы и особенно среди девочек.¹⁴

9 Там же.

10 Там же.

11 Национальный статистический комитет КР, там же.

12 Там же.

13 UNICEF и UNESCO. Все дети в школе к 2015. Глобальная инициатива для детей, не посещающих школу. Страновое исследование Кыргызстана. 2012, Бишкек

14 UNICEF. Внешкольная инициатива. Отчет миссии по Кыргызстану, октябрь 2014.

Фокус UNICEF на здоровье подростков

Опираясь на ЦУР и Глобальную стратегию для здоровья женщин, детей и подростков (EWECA), **новая стратегия ЮНИСЕФ по вопросам здравоохранения на 2016-2030** годы признает подростков в качестве одной из приоритетных целевых групп населения и берет на себя обязательство решать ключевые проблемы здоровья подростков, выступая за их права на здоровье, оказывая влияние на политику правительства; укрепляя предоставление услуг и расширяя права и возможности общин, в том числе подростков. Здоровье подростков также является одной из основных областей **межотраслевого подросткового программирования** наряду со средним образованием, безопасностью и защитой девочек и мальчиков подростков, **вовлечения подростков, а также создание наглядных примеров и мониторинг**. Под руководством отдела ADARв ЮНИСЕФ NYHQ, руководство по межотраслевому программированию находится в стадии разработки, которое может оказать поддержку Страновым офисам в укреплении межотраслевого программирования для здоровья, благополучия и развития подростков. На рисунке 3 приведены основные направления работы ЮНИСЕФ на втором десятилетии жизни подростков.

ЧТО МЫ ДЕЛАЕМ: ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ РАБОТЫ



Рисунок 3. Основные направления ЮНИСЕФ в программировании работы с подростками.

В то время как младенцы и дети в возрасте до 5 лет извлекли выгоду из доказательных программ и глобальных инициатив, повышающих выживание новорожденных и детей, по здоровью подростков нет стандартного программирования, научного исследования и хорошо зарекомендовавших себя систем мониторинга, которые формируют доказательную базу данных для клинической и общественной практики в области здравоохранения. В последние годы было предпринято несколько глобальных усилий, чтобы свести воедино извлеченные уроки и свидетельства из программ, ориентированных на здоровье подростков. В настоящее время, при поддержке межведомственного Потока для здоровья подростков в рамках Глобальной стратегии SG для здоровья женщин, детей и подростков ВОЗ **разрабатывает Глобальную структуру для активизации деятельности по укреплению здоровья подростков (AA-NA!)**, которая окажет поддержку странам в разработке национальных планов действий и программирования для охраны здоровья подростков в пределах и за пределами сектора здравоохранения. Планируется начать внедрение руководства на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2017 года. Эти глобальные усилия являются возможностью привлечь более сильные сети, получить правовую поддержку и финансирование для здоровья подростков также на страновом уровне, и после завершения работы по разработке, **руководство** может помочь правительству вместе с партнерами по развитию укрепить программирование в области охраны здоровья и благополучия подростков в Кыргызстане.

Соответствующие программы в Кыргызстане

Работа с ключевыми партнерами

В ходе миссии были проведены встречи с ЮНФПА и ВОЗ для уточнения существующих инициатив, осуществляемых двумя ключевыми партнерами ООН. В Кыргызстане активно реализуется программа здравоохранения SWAp, и в рамках ее подгрупп ВИЧ и ОЗМР, ЮНИСЕФ работает в тесном сотрудничестве с партнерами по развитию, включая GIZ, USAID и агентства ООН. Эта миссия была относительно короткой и основной ее целью было проведение обсуждения со всеми ключевыми национальными и международными партнерами. Но для того, чтобы в полной мере определить объем программы здоровья подростков и роли ЮНИСЕФ по отношению к другим организациям в стране, требуется дальнейший анализ партнеров.

Одним из ключевых направлений деятельности ЮНФПА в стране является программа Медицинские службы, доброжелательные к молодежи (МСДМ), которую поддерживает МЗ КР для разработки концепции по МСДМ, включая стандарты медицинских услуг, ключевые компетенции / функциональные обязанности специалистов здравоохранения и структуру МиО для контроля качества услуг. В настоящее время ЮНФПА проводит обзор и пересмотр существующих стандартов на основе Глобальных стандартов качества услуг здравоохранения, недавно обновленных ВОЗ.¹⁵

С точки зрения Всестороннего полового просвещения (CSE), ЮНФПА в сотрудничестве с GIZ и ЮНИСЕФ разработал учебную программу по здоровому образу жизни для общеобразовательных и профессиональных школ, которая направлена на создание благоприятных условий для здоровья в школах и общежитиях. Программа действует в профессионально-технических учебных заведениях и охватывает такие темы, как репродуктивное здоровье, сексуальная идентичность, насилие, менструальное здоровье, предупреждение ранней беременности, употребление алкоголя, табака и наркотиков. В дополнение к подготовке учителей, медицинских специалистов и воспитателей в общежитиях, поддержка оказывается и молодым людям, чтобы они сами оказывали поддержку своим сверстникам по принципу равный-равному. В настоящее время в рамках данной программы планируется охватить подростков с ограниченными возможностями. Кроме того, ЮНФПА входит в Межведомственную рабочую группу по разработке молодежной политики и работает с ЮНИСЕФ и другими учреждениями для расширения участия молодежи.

ВОЗ является ключевым партнером ЮНИСЕФ в области здравоохранения, уделяя особое внимание оказанию поддержки Министерству здравоохранения КР в разработке комплексной стратегии в области электронного здравоохранения; укреплении регистрации актов гражданского состояния, демографической статистики и информационной системы управления здравоохранением (ИСУЗ) и адаптации глобальных / региональных инструментов и методологии для разработки политики на основании фактических данных. В августе 2016 года ЕВРОВОЗ организовало региональное совещание по вопросам школьного здоровья и НИЗ в Бишкеке, которое также информировало правительство о

15 ВОЗ. Глобальные стандарты качества услуг здравоохранения, 2015. Размещено на: http://who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/

Глобальной структуре «АА-НА!». В настоящее время в стране нет плана действий по обеспечению здоровья в школе и, учитывая, что это поле деятельности в данный момент является крайне политизированным, партнерам по развитию может потребоваться некоторое время, чтобы инвестировать в укрепление системы школьного здравоохранения. Под руководством ВОЗ, IATF ООН по профилактике и контролю НИЗ в этом году провела страновую миссию в Кыргызстане для оценки существующих национальных планов и политики, имеющих отношение к НИЗ и их факторов риска, и рекомендует активизировать реализацию политики, связанной с сокращением употребления табака, вредного употребления алкоголя, нездорового питания и гиподинамии.¹⁶ Учитывая, что многие из этих типов поведения, отрицательно влияющих на здоровье, формируются в подростковом возрасте и продолжают до зрелого возраста, эти рекомендации актуальны для работы в области здоровья подростков.

Программные сферы деятельности UNICEF

Молодежная программа ЮНИСЕФ в Кыргызстане направлена на укрепление миротворчества, участия и трудоустройства молодежи в отдельных муниципалитетах в южной и северной части страны. В дополнение к работе с муниципалитетами и организациями гражданского общества (например, создание и поддержка деятельности молодежных центров), она работает в тесном сотрудничестве с Национальным агентством по делам молодежи (бывшее Министерство по делам молодежи и спорта). Правительство Кыргызской Республики разрабатывает широкую национальную **молодежную стратегию** и политику, которая сосредоточена на участии и будет охватывать молодежь в возрасте от 14 до 28 лет. Поскольку здоровье подростков является обязанностью не только сектора здравоохранения и для его решения требуется многосекторальное взаимодействие насколько это возможно, то стратегия является возможностью построить связи в области охраны здоровья подростков, например, с точки зрения основных прав человека / ребенка.

В сотрудничестве с С4D, Молодежь в настоящее время разрабатывает локальную версию U-отчета, который окажет поддержку молодежи и позволит ей выражать свой голос и участвовать в дискуссиях, например, связанных с выборами. С точки зрения связей с программированием в области здравоохранения, как только он будет функционировать в полную силу, **«М-отчет» предоставит возможность вовлечения**

16 ООН/ИАТФ/НИЗ. Отчет совместной миссии, Кыргызстан, 14-17 марта, 2016. Неопубликовано.

подростков. Инструмент позволяет быстро собрать информацию, мнения и отзывы подростков, которые могут предоставить информацию для заинтересованных сторон и требовать у них отчета, например, о качестве и доступе к медицинским услугам для подростков.

Усилия в области образования для предотвращения случаев **непосещения школы детьми (OOSC)** являются возможностью построить связи с программированием охраны здоровья подростков, включая **ВИЧ / НПП.** Программа OOSC пилотируется в 40 школах в рамках 8-х - 11-х классов. Кроме того, ЮНИСЕФ в Кыргызстане осваивает **программу Управления менструальной гигиеной (УМГ)** в школах, которые наряду с практикой здорового поведения могут способствовать расширению прав и возможностей девочек, гендерному равенству и образовательным достижениям. Кроме того, Защита детей реализовала **программу Школы без насилия** в 38 школах, которая показала хорошие результаты в снижении уровня насилия в школах.

Для эффективного решения проблем в области прав ребенка¹⁷ при офисе Вице-премьер-министра организован секретариат и его технические рабочие группы сосредоточены на нескольких темах, включая подростковый возраст. Техническая экспертиза ЮНИСЕФ в области **социальной защиты и правосудия** в отношении несовершеннолетних способствует работе вновь созданного органа. Слабая координация между социальными и медицинскими работниками на уровне оказания услуг препятствует раннему выявлению, направлениям и доступу к услугам семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Для улучшения ситуации ЮНИСЕФ оказал поддержку, например, в разработке руководств по **управлению отдельными случаями**, которые определяют роль различных субъектов в секторах социального обеспечения, здравоохранения, образования и правосудия. Совместно с ЮНФПА и UNPD, офис также планирует инвестировать в благополучие семей через развитие навыков **воспитания** детей, которые потенциально помогают решению проблем в области психического здоровья, насилия и самоубийств.

Точки входа и рекомендации для ЮНИСЕФ в Кыргызстане

На основе обсуждений за круглым столом с ключевыми партнерами, в том числе с Министерством здравоохранения, **ранняя беременность и брак, насилие, психическое здоровье и употребление психоактивных веществ** (табак, вредное употребление алкоголя) были

¹⁷ Обзор CRC был проведен в 2014, а отчет доступен на: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/KGZ/CO/3-4&Lang=En

определены в качестве основных приоритетов для программирования (см. приложение 2 для более подробного списка, выявленных ключевых препятствий и узких мест).

Поскольку в Кыргызстане показатели охвата школьным обучением высокие, школа **является подходящей платформой** для осуществления различных мероприятий в области здравоохранения, например, через школьную политику и многокомпонентные мероприятия, ориентированные на поведенческие факторы риска в молодом возрасте. Учебный план с обучением учителей и сверстников при поддержке ЮНФПА являются хорошей отправной точкой. Однако, с точки зрения предоставления медицинских услуг, из-за весьма ограниченных финансовых и кадровых ресурсов в секторе здравоохранения и политизированной ситуации в области здравоохранения школе, ЮНИСЕФ и другие партнеры по развитию, вероятно, не будут инвестировать средства в здравоохранение в школах в ближайшем будущем. Кроме того, учитывая большой опыт программирования для *наиболее подверженных риску* подростков (НППП) в регионе, а также работу ЮНИСЕФ по ООСР, укрепление **услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи** (ЦСМ и т.д.) было определено в качестве точки входа для работы ЮНИСЕФ с подростками в секторе здравоохранения с акцентом на подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации / НППП.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ

- Разработка новой программы ДенСоолук является возможностью внедрить охрану здоровья подростков и усилить данные и мониторинг (разукрупнение по возрасту на 10-14 и 15-19 лет)
- Беременность среди подростков является растущей проблемой: для профилактики необходимо построить связи с ранними браками и образованием, интеграция с ОЗМИР
- Опираясь на уроки, извлеченные из регионов, подход ВИЧ/НППП является точкой входа с возможностью расширения для программы физико-социального благополучия/психического здоровья, вредного употребления алкоголя, употребления табака и наркотиков
- Так как финансирование определено как ключевая проблема для устойчивого программирования охраны здоровья подростков, необходимо применить комплексный подход (отправная точка - усиление на уровне ПМСП)
- С4D для изменения социальных норм и осведомленности о правах на здоровье (например, браки с детьми, укрепление здоровья, создание спроса) наряду с участием/вовлечением подростков (например, М-отчет) для повышения подотчетности

Информационная система управления здравоохранением (ИСУЗ) в Кыргызской Республике не обеспечивает постоянные данные, и **возрастное разукрупнение** варьируется между группами 10-14, 13-17, 15-17 и 15-19 лет. В соответствии с глобальными рекомендациями ВОЗ, соответствующее разукрупнение по возрасту должно быть 10-14 и 15-19 лет (перечень индикаторов здоровья подростков, предложенных ВОЗ можно найти здесь¹⁸). Разработка новой национальной программы здравоохранения *Ден Соолук* является возможностью введения мер по укреплению здоровья подростков, а также **усиление мониторинга** и **введение данных**, включая соответствующую разбивку по возрасту, благосостоянию, месту жительства и т.д.

Учитывая взаимосвязь между увеличением числа беременностей в подростковом возрасте и детских / ранних браков в стране, было бы важно определить меры по решению обеих проблем. **C4D играет существенную роль** в изменении вредных социальных норм и создании спроса на социальные перемены. Опираясь на уроки, извлеченные **из участия подростков** и дальнейшее руководство, например, по ADAP, как ЮНФПА, так и ЮНИСЕФ может оказать поддержку в привлечении подростков в планирование, реализацию и мониторинг мероприятий. Кроме того, сбор и анализ качественных и количественных **данных, полученных от самих подростков**, имеет решающее значение для разработки программы, включая выявление потребностей здоровья подростков, ожидания, а также барьеры и узкие места в отношении спроса. После завершения работы **M-отчет может быть использован** в качестве одного из инструментов по вовлечению подростков.

В качестве следующего шага Отдел здравоохранения ЮНИСЕФ организуем встречу с ключевыми партнерами, чтобы лучше определить роль агентств в области охраны здоровья подростков, включая фокус программы ЮНИСЕФ и его роли по отношению к другим участникам. Структура для действий/потенциальных мероприятий (приложение 3, 4) может оказать поддержку, чтобы облегчить обсуждение вместе со Структурой детерминант ЮНИСЕФ, которая использовалась во время проведения первого круглого стола. После этой миссии Советник ЮНИСЕФ по ВИЧ / СПИД окажет техническую поддержку в разработке подхода НППП.

18 UNICEF в настоящее время так же пилотирует Карту оценки подростков, которая, после окончательной разработки в ближайшие месяцы, будет развернута в глобальном масштабе. Более подробная информация изложена в презентации ppt «Здоровье подростков в Кыргызстане».

**ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ – БАРЬЕРЫ И УЗКИЕ МЕСТА
ПО ДЕТЕРМИНАНТАМ ЮНИСЕФ**

Категории	Детерминанты	Выявленные узкие места
Благоприятная среда	Социальные нормы	Принятие ранних браков, особенно среди некоторых этнических меньшинств; ранний брак рассматривается в качестве меры защиты для девочек; сексуальность и секс являются табу, особенно в школах / семьях; образование не ценится некоторыми семьями; усиление религиозного экстремизма / традиционных ценностей; культура замалчивания в отношении употребления алкоголя, насилия, самоубийств и проблем психического здоровья; общество не вмешивается в семейные дела (рассматривается как внутреннее дело); вредные стереотипы в системе правосудия в отношении несовершеннолетних, стигма в отношении употребления наркотиков.
	Законодательство/ политика	Нет механизма контроля религиозных браков (без регистрации), включая возраст вступления в брак; нет охвата системами защиты в школах; отсутствие нормативного акта для насилия в семье; отсутствие нормативных документов по профилактике и лечению алкоголизма; нет программы по профилактике самоубийств и насилия, психосоциальной поддержки. Слабые системы данных и механизмов сбора, несистематизированная разбивка данных по возрасту.
	Бюджет/расходы	Ограниченные ресурсы для школьного здравоохранения и системы правосудия в отношении несовершеннолетних
	Существующие механизмы управления/ координации	Законы и политика, связанные с подростками, носят фрагментарный характер; нет контролирующего органа для контроля законов об алкоголе и табаке, включая продажу и рекламу. Слабая координация между Министерством здравоохранения и Министерством образования в области школьного здравоохранения, отсутствие нормативной базы по организации услуг.
Предложение	Наличие важных товаров/ продукции	Программы ВСГ в школах могут быть расширены.
	Доступ к адекватным услугам	Слабая специализация в области охраны здоровья подростков: потенциал психологов, социальных педагогов, медицинских работников и т.д. является недостаточным. Состояние медицинских работников школы слабое, не хватает кадров для проведения скрининга и обеспечения поддержки для учащихся. Директора школ не сообщают о случаях насилия. Слабые данные. Нет ни одного кризисного центра по всей стране.
Спрос	Финансовый доступ	Неофициальные и официальные платежи препятствуют доступу к услугам и информации.
	Социальные и культурные практики и убеждения	СРЗ является табу.
	Постоянное использование услуг	Услуги для подростков фрагментированы (для определения потребностей в крове и пище необходим дальнейший анализ с самими подростками)
Качество	Качество услуг в соответствии со стандартами	Стандарты Услуг здравоохранения, дружественных к подросткам (AFHS), в настоящее время в стадии пересмотра; AFHS не интегрированы в ПМСП.

КЛЮЧЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

<p>Защита прав подростков на здоровье и благополучие путем проведения соответствующей политики, законодательства и финансирования</p>	<p>Укрепление служб, отзывчивых к потребностям подростков</p>	<p>Расширение прав и возможностей девочек и мальчиков подростков и их семей и общин</p>
<p>Поддержка сбора данных, создания фактических данных и их использования для информирования в процессе принятия решений и повышения подотчетности путем оказания поддержки правительству:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Анализировать ситуацию, в том числе детерминанты болезни или поведения, разработка профилей бремени болезней с использованием разукрупненных данных; - Использовать данные для адвокации СРЗ, психического здоровья; и предотвращение преднамеренных и непреднамеренных травм, употребления табака и алкоголя, продаж и маркетинга; - Выявление пробелов в данных, укрепление механизмов и потенциала для мониторинга, сбора и анализа данных внутри и между секторами, включая ИСУЗ и другие системы данных; - Дополнять существующие данные качественными исследованиями и задокументированными извлеченными уроками, чтобы влиять на местные, национальные и глобальные повестки дня и финансирование. 	<p>Укрепление потенциала поставщиков услуг и систем управления, включая функции надзора с целью:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интеграция подростков в рутинное обеспечение медицинских услуг, включая здоровье матерей и новорожденных и обеспечить медицинские услуги, отзывчивые к нуждам подростков, включая профилактические и отзывчивые услуги, связанные с подростковой беременностью, ЗППП, недоедание / избыточный вес и дефицит питательных микроэлементов; - Профилактика ВИЧ-инфекции среди подростков и предоставление необходимых услуг, включая АРТ, ППМР, профилактику подверженности риску заражения до и после; - Предоставление информации о гигиене; - Обеспечить сегрегированные по признаку пола ВСГ средства, доступные в школах, медицинских и общинных центрах. 	<p>Формирование спроса среди подростков за счет поддержки партнеров для осуществления вмешательств, основанных на фактических данных, направленных на следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Углубление знаний и действий подростков о правах на здоровье (например, связанных с СРЗ); - Повышение знания подростков о том, где / как получить доступ к услугам здравоохранения, питания и социальным услугам, а также водоснабжению и санитарии; - Поддержка развития социальных и эмоциональных навыков в школе и вне школы с акцентом на создание агентства подростков и расширение прав и возможностей в обсуждении межличностных отношений, токсикомании и вредных социальных норм; - Вовлечение подростков в планирование, осуществление и мониторинг мероприятий и программ.

<p>Защита прав подростков на здоровье и благополучие путем проведения соответствующей политики, законодательства и финансирования</p>	<p>Укрепление служб, отзывчивых к потребностям подростков</p>	<p>Расширение прав и возможностей девочек и мальчиков подростков и их семей и общин</p>
<p>Поддержка формулирования политики на основе фактических данных и ее осуществления за счет поддержки правительства:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Анализировать ситуацию, в том числе детерминанты болезни или поведения, разработка профилей бремени болезней с использованием разукрупненных данных; - Использовать данные для адвокации СРЗ, психического здоровья; и предотвращение преднамеренных и непреднамеренных травм, употребления табака и алкоголя, продаж и маркетинга; - Выявление пробелов в данных, укрепление механизмов и потенциала для мониторинга, сбора и анализа данных внутри и между секторами, включая ИСУЗ и другие системы данных; - Дополнять существующие данные качественными исследованиями и задокументированными извлеченными уроками, чтобы влиять на местные, национальные и глобальные повестки дня и финансирование. 	<p>Демонстрация передовой практики и моделей для обеспечения способности к масштабированию</p> <ul style="list-style-type: none"> - Поддержка отраслевых и межотраслевых программ моделирования по охране здоровья подростков и использовать результаты для создания национального и субнационального потенциала, а также приверженности и подотчетности, чтобы законодательно закрепить, планировать и выделить бюджет для расширения масштабов услуг и вмешательств. 	<p>Вовлечение подростков для социальных и поведенческих изменений путем поддержки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Меры / вмешательства, направленные на изменение вредных социальных норм, связанных с детским браком, телесным наказанием и бесправием в подростковом возрасте ♀♂ - Меры / вмешательства, направленные на пропаганду здорового образа жизни, который снижает риск НИЗ. <p>Вовлечение подростков в планирование, реализацию и мониторинг вмешательств и программ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Укрепление потенциала подростков по вопросам планирования, мониторинга и оценки; - Поощрять заинтересованные стороны во всех секторах вовлекать подростков в разработку и реализацию программ и МиО.