РЕФОРМА СЛУЖБ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН

З А Д А Ч А 7

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

К 2000 г. здоровье всех детей и молодежи должно быть улучшено путем предоставления им возможности расти и развиваться, используя весь свой физический, психический и социальный потенциал.

З А Д А Ч А 8

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

К 2000 г. должно быть достигнуто устойчивое и непрерывное улучшение состояния здоровья женщин.

EUR/RUS/HSC 610
0256A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

РЕФОРМА СЛУЖБ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ

Отчет о совещании ВОЗ по выработке консенсуса

Санкт-Петербург
9-11 декабря 1992 г.

1993 г. ЕРБ/ЗДВ задачи 7 и 8

Р Е З Ю М Е

Высокие показатели материнской смертности и рождение детей с низкой массой тела в нынешний переходный период побудили проводимый в Санкт-Петербурге проект "Здоровые города" поставить во главу угла вопросы охраны здоровья матерей и детей. Европейское региональное бюро ВОЗ и проводимый в Санкт-Петербурге проект "Здоровые города" совместно организовали совещание, задача которого заключалась в выработке согласованных рекомендаций по укреплению в городе служб охраны здоровья матери и новорожденного и служб планирования семьи. В ходе совещания был использован процесс выработки консенсуса, когда все заинтересованные стороны - в данном случае политики, организаторы здравоохранения, акушерки, медсестры, врачи, психологи, журналисты - встретились вместе для обсуждения вышеуказанных вопросов и выработки согласованных рекомендаций по охране здоровья матери и ребенка до, во время и после родов, по пропаганде и поощрению грудного вскармливания и по службам планирования семьи. Поскольку в основе таких рекомендаций лежит общий консенсус, они не только смогут выдержать трудности переходного периода, но также укажут на пути создания служб, приемлемых для всех.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

В период с 9 по 11 декабря 1992 г. в Санкт-Петербурге (Российская Федерация) состоялось совещание по выработке согласованного подхода к мерам, способствующим рождению здорового ребенка. Совещание было организовано совместно проектом "Здоровые города" при Европейском региональном бюро ВОЗ и проектом "Здоровые города" в г. Санкт-Петербурге.

В совещании приняли участие свыше 200 участников из Санкт-Петербурга, включая политиков, организаторов здравоохранения, акушерок, медсестер, акушеров-гинекологов, педиатров, семейных врачей, психологов, журналистов, а также сотрудники ВОЗ. Помимо этого в совещании приняли участие 15 представителей группы поддержки, члены которой согласились поддерживать проводимый в Санкт-Петербурге проект "Здоровые города"; в эту группу поддержки входят пять городов, участвующих в проекте (Гамбург, Милан, Роттердам, Стокгольм, Турку), Школа общественного здравоохранения при Ноттингемском университете, Медицинская школа в Соединенном Королевстве и Школа медсестринского дела при Пурдуйском университете (Соединенные Штаты Америки). Предполагается, что состав этой группу будет расширяться, по мере того как другие города и организации начнут принимать участие в мероприятиях, основанных на рекомендациях данного совещания. Фамилии представителей городов-участников проекта, лиц, выступивших на совещании, внешних консультантов и сотрудников ВОЗ приведены в Приложении 1.

Это совещание стало важным шагом с точки зрения оценки проводящегося в Санкт-Петербурге проекта "Здоровые города". Вначале в Санкт-Петербурге был сделан основной упор на охране здоровья матерей и грудных детей, что объясняется высокими и продолжающими увеличиваться показателями материнской смертности и рождения детей с низкой массой тела. Были начаты четыре программы-модели, посвященные таким проблемам, как охрана здоровья матери,

планирование семьи, оказание консультативной и иных видов помощи молодым девушкам. Опыт, накопленный на этом первом этапе, показал, что имеется необходимость в разработке новых способов оказания помощи женщинам и грудным детям Санкт-Петербурга в нынешний трудный переходный период в политической, экономической, социальной жизни страны.

Цель совещания заключалась в выработке согласованных рекомендаций по укреплению в Санкт-Петербурге служб охраны здоровья матерей и новорожденных, а также служб планирования семьи. Эти рекомендации также послужат в качестве руководства для проведения реформы здравоохранения и предпринятия дальнейших действий со стороны Санкт-Петербургского проекта "Здоровые города", городской официальной системы здравоохранения и учреждений и городов-участников проекта вне пределов Российской Федерации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Работа совещания была основана на процессе достижения консенсуса, который имеет особое значение для стран в переходном периоде. Реформа здравоохранения в таких странах должна основываться на рекомендациях, принятых на основе широкого консенсуса и, следовательно, способных сохранить свою акутальность, несмотря на изменения, имеющие место в ходе такого периода. Этот процесс состоит из шести этапов:

- выявление вопроса или проблемы и организация совещания, на которое приглашаются все заинтересованные стороны (в частности, применительно к достижению консенсуса по вопросам здравоохранения, к ним относятся предоставители медицинского обслуживания, профессиональные медработники, социологи, политики, группы потребителей, журналисты);

- предоставление в распоряжение участников информации по рассматриваемому вопросу, включая научные данные и рекомендации, с тем чтобы участники смогли их изучить перед совещанием;

- обзор проблем в ходе совещания, что подразумевает, что участники совещания дают свою краткую оценку нынешних условий на местах, а также любых слабых звеньев в соответствующих службах;

- рассмотрение возможных путей решения выявленной проблемы внешними консультантами, которые основываются на своем опыте и рекомендациях со стороны ВОЗ и других источников;

- выработка рекомендаций, что подразумевает рассмотрение раздельных частей проблемы группами участников совещания;

- достижение консенсуса.

Что касается последнего этапа, то каждая группа представляет свои рекомендации на заключительном пленарном заседании, после чего все участники могут предложить свои изменения и поправки. Дискуссия продолжается до тех пор, пока не достигается консенсус по каждой рекомендации.

Рассмотрение проблем

Рассмотрение проблемы было начато с обсуждения нынешнего состояния здоровья детей грудного и более старшего возраста в Санкт-Петербурге. Среди наиболее важных проблем можно назвать следующие:

- 10% новорожденных имеют низкую массу тела (что в два раза превышает соответствующий показатель в некоторых странах Западной Европы), а риск смерти

этих детей до достижения одного года жизни на 30% выше, чем у новорожденных с нормальной массой тела;

- наблюдается повышение частоты внутриматочных инфекций и неонатальных инфекций;

- лишь 40% детей были полностью иммунизированы, в то время как частота дифтерии и туберкулеза продолжала повышаться; и

- на болезни органов дыхания приходился больший удельный вес младенческой смертности.

Перед женщинами детородного возраста в Санкт-Петербурге также стоят серьезные проблемы. Так, материнская смертность составляла свыше 60 на 100 000 живорожденных (т.е. в 10 раз выше, чем соответствующие показатели в большинстве европейских стран), и этот показатель продолжает повышаться. Из 111 случаев материнской смертности, имевших место в 1992 г. ко времени проведения совещания, 28% были обусловлены искусственным абортом вне рамок официальной системы здравоохранения, 26% были связаны с операцией кесарева сечения, 25% имели место в послеродовом периоде, при этом наиболее часто встречающимся осложнением было кровотечение. Примерно у одной трети женщин имелись гинекологические проблемы, среди которых наиболее распространенными были эрозия шейки матки и воспаление органов малого таза. Искусственный аборт продолжал оставаться практически единственной формой регулирования рождаемости. В 1991 г. на 1000 женщин репродуктивного возраста приходилось 93 искусственных аборта, при этом 12% из них были произведены вне рамок официальной системы здравоохранения. Лишь 0,9% женщин пользовались контрацептивами. Из всех беременных женщин 43% не получали никакой медицинской помощи в пренатальном периоде. Для группы женщин до 18 лет были характерны такие проблемы, как недостаточное, неполноценное или несбалансированное питание, более раннее начало сексуальной жизни и рост числа гинекологических нарушений, болезней, передаваемых половым путем, и

искусственных абортов. Проведенное исследование показало, что в этой группе женщин наблюдается более высокий показатель нежелательных беременностей и имеется больший риск рождения ребенка с низкой массой тела. Женщины этой группы имеют также большую потребность в консультативной помощи и получают меньшее число медицинских услуг.

Рассмотрение возможных путей решения проблем

Рассмотрение возможных путей решения проблем было начато с подытоживания принципов здравоохранения, относящихся к охране здоровья женщин и грудных детей, которые включали следующие. Основной причиной высокой младенческой и материнской смертности в Санкт-Петербурге была бедность. Соответствующие службы для женщин и грудных детей должны быть многодисциплинарными по своему характеру, и в их работе должны принимать участие медсестры, акушерки, родители, политики, врачи. В свободном обществе женщины принимают информированные решения, относящиеся к охране своего здоровья, и медицинские работники скорее обслуживают родителей, чем занимают доминирующее положение над ними. Поскольку свыше 90% медико-санитарной помощи грудным детям оказывают их матери, в учреждениях здравоохранения никогда не следует отделять матерей от их детей. Недостаточная оценка технологии приводит к ее неуместному использованию. И, наконец, всем службам следует уважительно относиться к женщине и ее семье и предоставлять им соответствующую поддержку.

Один из участников указал, что в системах здравоохранения с самыми низкими показателями материнской и перинатальной смертности в ходе нормальной беременности и родов необходимую медицинскую помощь женщинам оказывают акушерки, а врачи занимаются, главным образом, осложнениями. В службах охраны материнства в Санкт-Петербурге необходимо внедрить изменения, направленные на то, чтобы сделать их более благожелательными для пациенток, а также

на обеспечение надлежащего использования медицинской технологии. Помимо этого необходимо усилить и расширить роль акушерок.

Другой участник совещания подчеркнул важность непрерывного контакта между матерью и новорожденным, даже в тех случаях, когда ребенок нуждается в интенсивной медицинской помощи, а также важность того, чтобы члены семей могли посещать женщину в роддоме. Помимо разрешения семьям посещать роддома важное значение также имеют визиты медсестер в дома женщин - как до, так и после родов. В рамках системы здравоохранения необходимо обеспечить, чтобы к женщинам, получающим медицинскую помощь в ходе беременности и родов, относились не как к объектам, нуждающимся в специализированной медицинской помощи, а как к личностям, чьи чувства и пожелания необходимо всемерно учитывать.

Один из выступающих остановился на концепции "доброжелательной к ребенку больницы" (инициатива ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ)), которая направлена на поощрение грудного вскармливания, и отметил, что нынешняя ситуация в Санкт-Петербурге находится в разительном контрасте с принципами, утверждаемыми этой инициативой. Другой выступающий подчеркнул тот факт, что переход от аборта, как основного средства регулирования рождаемости, к контрацепции позволяет снизить материнскую смертность и заболеваемость, сохранить репродуктивную функцию женщины, сократить частоту болезней, передаваемых половым путем, и рака, а также оказывает положительное воздействие на здоровье женщин.

Выработка рекомендаций и достижение консенсуса

Участники сформировали шесть групп для выработки рекомендации по пренатальной, родовспомогательной, неонатальной и послеродовой помощи, поощрению грудного вскармливания и службам планирования семьи. В каждой

группе было по два ведущих: один - из Санкт-Петербурга, а другим был внешний консуль- тант. После нескольких часов оживленных дискуссий и дебатов в каждой группе было достигнуто согласие по списку рекомендаций по рассматриваемым ими вопросам.

На заключительном пленарном заседании каждая группа представила свои рекомендации. Добиться соглашения в последовавшей после этого дискуссии удалось довольно быстро, однако, прежде чем был достигнут окончательный консенсус, ряд рекомендаций пришлось несколько изменить. К концу совещания стало очевидным, что принятые рекомендации были разработаны жителями Санкт-Петербурга и в их интересах.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Пренатальная медицинская помощь

1. Пренатальная медицинская помощь должна оставаться бесплатной и доступной для всех беременных женщин.

2. Женские поликлиники (консультации) должны предоставлять дополнительные витамины и особо питательные пищевые продукты всем беременным женщинам.

3. Необходимо создать систему финансовых стимулов для беременных женщин, с тем чтобы они постоянно пользовались услугами, предоставляемыми пренатальными службами с самого начала беременности.

4. Необходимо создать систему оказания социальной и психологической поддержки беременным женщинам, более интенсивно используя для этого акушерок и социальных работников. Для этого потребуется расширить функции акушерок, включив в них оказание пренатальной помощи, улучшить подготовку акушерок по этим вопросам, а также создать более высоко оплачиваемые должности для социальных работников.

5. В функции акушерок следует снова ввести ответственность за предоставление медицинской помощи беременным женщинам. Для этого потребуется пересмотреть программы основного и последипломного образования акушерок.

6. Решающим фактором при определении характера медицинской помощи женщинам должны быть потребности самих женщин. Семья должна быть центральным звеном во всем процессе беременности и родов.

7. Все беременные женщины и их семьи должны пройти запланированную программу образования по вопросам родоразрешения, ухода за ребенком и взаимосвязей в рамках семьи, которую должны проводить акушерки и другие работники, независимо оттого, получают ли эти женщины медицинскую помощь в женских консультациях или находятся в стационаре.

8. Во всех помещениях, где предоставляется пренатальная медицинская помощь, курение должно быть запрещено. Этот запрет должен распространяться как на медицинский персонал, так и на женщин, находящихся в стационарах, за исключением курения в специально отведенных для этого отдельных помещениях.

9. Профессиональные работники здравоохранения должны поддерживать работу групп самопомощи на коммунальном уровне.

10. Относящиеся к беременности рекомендации должны распространяться через регулярные радио- и телепрограммы, афиши, брошюры и книги.

Медицинская помощь в ходе родоразрешения

11. При оказании медико-санитарной помощи в ходе беременности и родов следует стремиться к обеспечению ее преемственности, основываясь при этом на принципе

закрепления за женщиной конкретного медработника, отвечающего за ее обслуживание.

12. Среда, окружающая женщин в роддоме, должна быть более благожелательной к ним.

13. Роды должны приниматься у женщин в отдельных помещениях и с обеспечением должной интимности.

14. Женщины должны иметь возможность принять определенное решение относительно родоразрешения (по таким вопросам, как их подвижность и положение).

15. Партнеры женщин и другие, желанные для них посетители, должны иметь доступ к матерям и их детям на протяжении всего их пребывания в роддоме.

16. Следует ввести систему всестороннего образования по вопросам планирования семьи в ходе беременности и после нее. Для этого, в свою очередь, необходимы должным образом подготовленные преподаватели и система надлежащего мониторинга такого образования.

17. Для обеспечения того, чтобы беременные женщины получали надлежащую медицинскую помощь в антенатальном периоде и во время родов, необходимо определить их принадлежность к той или иной группе риска. В свою очередь, это требует проведения обзора и реформы нынешней системы подготовки акушерок, с тем чтобы все могли быть уверены в должной квалификации акушерок.

18. Распределение женщин по группам риска (до, во время и после родов) должно основываться на протоколах классификации групп риска, созданных на основе научных данных.

19. Необходимо разработать программу, направленную на выявление женщин, которые не обращаются в медицинские учреждения, предоставляющие антенатальную медицинскую помощь, или делают это очень редко и поэтому подвергаются

высокому риску осложнений, и на предоставление им соответствующей помощи.

Помощь, предоставляемая женщинам в послеродовом периоде

20. Женщинам во время беременности и после родов необходимо предоставлять специальные психологические услуги, особенно когда речь идет о женщинах, чьи дети умерли или родились с какой-либо патологией.

21. Для поддержки женщин в ходе беременности и после родов необходимо организовать специальные системы социальной помощи. Так, например, работа социальных работников может проводиться в рамках женских консультаций и роддомов.

22. Правительственные органы следует поощрять использовать средства массовой информации в программе образования семей по вопросам, относящимся к грудному вскармливанию, контрацепции и уходу за детьми.

23. Во всех роддомах следует практиковать круглосуточное пребывание матерей и их детей в одной палате. Это будет способствовать практике грудного вскармливания и будет полезным как для матерей, так и для их детей.

24. Следует обеспечить поддержку инициативе, направленной на организацию местных женских групп для оказания помощи женщинам в пренатальном и посленатальном периоде.

25. Органы городской администрации следует настоятельно призывать к тому, чтобы они взяли на себя финансирование системы бесплатного предоставления контрацептивов только что родившим женщинам.

26. Комитет здравоохранения в Санкт-Петербурге вместе с консультантами ВОЗ должен провести оценку имеющегося медицинского оборудования во всех роддомах, с тем чтобы

определить потребность в нем, а также приоритеты относительно его использования.

27. Следует содействовать созданию ассоциации акушерок, что позволит повысить их профессиональный статус.

Неонатальная медицинская помощь

28. Грудное вскармливание следует поощрять повсеместно, и его следует начинать сразу же после родов непосредственно в родблоке.

29. Для беременных женщин, плодов и новорожденных необходимо организовать три уровня медицинской помощи, а именно:

- роддома для здоровых беременных женщин;
- роддома для беременных женщин из групп повышенного риска;
- перинатальный центр для беременных женщин и новорожденных особо высокого риска.

30. Адекватная служба транспорта больных и недоношенных детей должна быть неотъемлемой частью неонатальной интенсивной медицинской помощи.

31. Медработники в Санкт-Петербурге должны иметь возможности для обмена опытом с международными экспертами в таких областях, как сестринское и акушерское обслуживание, акушерство, педиатрия.

32. Медсестры, акушерки и доктора должны иметь более хорошую подготовку и более высокую квалификацию.

33. Следует организовать региональные лабораторные центры, что позволит вести успешную борьбу с внутрибольничными инфекциями, а также проводить оценку больничных процедур.

Больницы благожелательного отношения к грудному ребенку

34. Каждое медицинское учреждение, предоставляющее родовспомогательные услуги и помощь новорожденным, должно придерживаться следующих десяти принципов для обеспечения успеха грудного вскармливания:[a]

а) Иметь сформулированные в письменном виде правила в отношении грудного вскармливания и регулярно доводить их до сведения всего медицинского персонала;

б) Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания;

в) Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания;

г) Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов;

д) Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей;

е) Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями;

ж) Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате;

з) Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию;

---

[a] Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: Особая роль служб охраны материнства. Совместное заявление ВОЗ/ЮНИСЕФ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1989 г.

и) Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.);

к) Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

35. В Санкт-Петербурге следует создать группу по содействию грудному вскармливанию, состоящую из профессиональных работников здравоохранения различного профиля. Основная задача этой группы должна заключаться в выработке политики по грудному вскармливанию.

36. В сотрудничестве с ВОЗ следует организовать проведение образовательных и практических семинаров по вопросам грудного вскармливания.

37. В сотрудничестве с ВОЗ необходимо начать исследования для изучения возможного влияния практики пеленания ребенка на грудное вскармливание и на контакт между матерью и ребенком.

38. Следует создать "горячую линию" консультирования по вопросам грудного вскармливания, задачей которой будет оказание консультативной помощи матерям после их выписки из роддома.

Планирование семьи

39. Информация о средствах контрацепции, сексуальности и семейной жизни должна предоставляться населению в школах, женских консультациях и на рабочих местах.

40. Следует создать центральную правительственную программу обучения по планированию семьи, которая должна по-

лучать поддержку от города. Эта программа должна охватывать весь город, и за ее проведение должна отвечать мэрия.

41. Центры по планированию семьи должны отвечать за специальную подготовку профессиональных работников здравоохранения, социальных работников и студентов по вопросам полового воспитания и планирования семьи.

42. Городская администрация должна изменить свою политику таким образом, чтобы контрацептивы предоставлялись центрам по планированию семьи и пренатальным клиникам (женским консультациям) для их продажи населению по низким ценам. Контрацептивы должны быть также в продаже и в аптеках, однако по более высоким ценам.

43. Информация и рекомендации по контрацепции должны предоставляться до и после абортов и родов.

44. Женщины должны иметь возможность произвести аборт по низким ценам.

45. Врачи, медсестры и акушерки из Российской Федерации должны иметь возможность посещать другие страны, с тем чтобы ознакомиться с работой служб консультирования по вопросам планирования семьи и с методами организации соответствующих служб.

46. В сотрудничестве с медсестрами и центрами по планированию семьи следует способствовать формированию местных групп самопомощи.

Приложение 1

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Представители городов, принимающих участие в проекте ВОЗ "Здоровые города"

Милан, Италия

Dr Umberto Formica
Commune of Milan, Association of Healthy Cities, Healthy Cities ProjectOffice

Ms Margherita Thieme
Commune of Milan, Association of Healthy Cities, Healthy Cities Project Office

Dr Rosanna Tommasi
Commune of Milan, Association of Healthy Cities, Healthy Cities Project Office

Роттердам, Нидерланды

Ms Ans J.L.M. Bisschop
Department of Maternity Care, Organization for "Home Care"

Ms Anja J.C.M. Guinee
Organization for "Home Care"

Ms Annemiek J.M. Willemsen
Maternity Department, St Franciscus Gasthuis

Стокгольм, Швеция

Ms Catharina Lindell
Project Leader/Coordinator, Stockholm Healthy Cities Project

Ms Christina Wassberg
Midwife, Chief, Home Care Unit, Södersjukhuset

Турку, Финляндия

Ms Mari Hakkala
Project Secretary, Turku Healthy Cities Project

Ms Mirja Hovirinta
Specialized Nurse, Turku University Central Hospital (TYKS)

Mr Ilkka Järvinen
Social Councillor

Mr Arto Salo
Specialized Nurse, Von Heideken Delivery Hospital

Ms Eeva-Liisa Vakkilainen
Specialized Adviser, Board of Social Affairs and Health, Helsinki

Группа поддержки
Санкт-Петербургского проекта "Здоровые города"

Professor Richard J. Madeley
Department of Public Health Medicine and Epidemiology, The University of Nottingham Medical School, United Kingdom

Dr Jane Philippa Reeves
Lecturer in Public Health Medicine, The University of Nottingham Medical School, United Kingdom

Наблюдатели

Professor Beverly C. Flynn
Director, Institute of Action Research for Community Health, WHO Collaborating Centre in Healthy Cities, School of Nursing, Indiana University, Indianapolis, IN, USA

Mr Phil Hoile
Sterile Service Manager, Essex Rivers Healthcare, National Health Services Trust, Colchester, United Kingdom

Dr Joanne Martin
Department of Community Health Nursing, Director, MOM Project, School of Nursing, Indiana University, Indianapolis, IN, USA

Организаторы и выступающие из Санкт-Петербурга

Проф. Н. Бедерова
Руководитель проекта "Здоровые города"

Г-жа Л. Григорьева
Зам. Председателя, Санкт-Петербургская комиссия по службам здравоохранения, Российская Федерация

Г-жа Н. Калиншенкова
Главная акушерка, Роддом № 6, с/о Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Д-р В. Кириченко
Главный акушер-гинеколог, с/о Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Д-р В.Г. Корюкин
Председатель, Комитет общественного здравоохранения, Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Проф. Д. Ленков
Председатель, Санкт-Петербургского комитета по внешним связям, политический координатор проекта "Здоровые города"

Г-жа Н.В. Шубина
Руководитель, Отдел социальных проблем, Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Г-жа Н. Соловьева
Медсестра, Отделение новорожденных, Роддом № 9, Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Д-р Е.Т. Тушева
Руководитель, Отдел здравоохранения, Служба охраны здоровья матери и ребенка, с/о Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Проф. И. Воронцов
Главный педиатр, Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Д-р Г. Зуева
Главный неонатолог, Комитет по службам здравоохранения, Мэрия, г. Санкт-Петербург

Временные консультанты

Dr Beverley Chalmers
421 Parkridge Crescent, Oakville, ON, Canada

Ms Louise Dennis
Associate Professor, Purdue University, School of Nursing, West Lafayette, IN, USA (Составитель отчета)

Dr France Donnay
Avenue Brugmann 453, Brussels, Belgium

Dr Rosemary Jenkins
Royal College of Midwives, London, United Kingdom

Dr Richard Porter
Princess Ann Wing, Royal United Hospital, Bath, United Kingdom

Dr Anne Marie Widström
Unit of Nursing Research, Karolinska Hospital, Stockholm, Sweden

Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-жа Birthe Langberg
Секретарь, проект "Здоровые города"

Д-р Agis Tsouros
Координатор проекта "Здоровые города"

Д-р Marsden Wagner
Консультант, Sommarövägen 43B, Karlstad, Швеция

Д-р Jelka Zupan
И/о регионального консультанта по охране здоровья женщин и детей