



Экономический и Социальный

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1996/2
15 January 1996
RUSSIAN
ORIGINAL: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ И РАЗВИТИЮ

Двадцать девятая сессия

26 февраля-1 марта 1996 года

Пункт 4 предварительной повестки дня*

ПОСЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СВЯЗИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРАВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Сводный доклад о контроле за мировым населением, 1996 год:
репродуктивные права и репродуктивное здоровье

Доклад Генерального секретаря

* E/CN.9/1996/1.

РЕЗЮМЕ

Настоящий доклад подготовлен в соответствии с новым кругом полномочий Комиссии по народонаселению и развитию и ее многолетней программой работы, ориентированной на конкретные темы и приоритеты, которые были утверждены Экономическим и Социальным Советом в его резолюции 1995/55.

В нем содержится резюме недавно собранной информации об отдельных аспектах репродуктивных прав и репродуктивного здоровья и рассматриваются такие темы, как начало репродуктивной жизни; репродуктивное поведение; применение противозачаточных средств; аборты; смертность и заболеваемость среди матерей; венерические заболевания, включая вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД); репродуктивные права; и информация, вопросы образования и коммуникации в области народонаселения в контексте репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. Предварительный, неотредактированный вариант полного текста доклада содержится в рабочем документе ESA/P/WP.131.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
ВВЕДЕНИЕ	1 - 7	3
I. НАЧАЛО РЕПРОДУКТИВНОЙ ЖИЗНИ	8 - 22	4
II. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	23 - 37	7
III. КОНТРАЦЕПЦИЯ	38 - 50	10
IV. АБОРТЫ	51 - 59	15
V. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ	60 - 71	17
VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ВКЛЮЧАЯ ВИЧ/СПИД	72 - 85	22
VII. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА	86 - 94	25
VIII. ИНФОРМАЦИЯ, ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОММУНИКАЦИЯ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ	95 - 103	27

Таблицы

1. Средний показатель применения конкретных методов контрацепции с разбивкой по регионам	11
2. Оценочные коэффициенты материнской смертности и заболеваемости, 1990 год	19

/...

3. Оценочные данные о наиболее распространенных осложнениях, возникающих при родовспоможении, и о смертности в результате этих осложнений во всем мире, 1990 год 20
4. Последствия осложнений при беременности для матери и ребенка 21

ВВЕДЕНИЕ

Репродуктивное здоровье определяется как состояние полного физического благополучия, а не просто как отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов (United Nations, 1995a). Таким образом, понятие репродуктивного здоровья выходит за рамки детородного возраста и охватывает проблемы, которые могут возникнуть как на более раннем этапе, так и в послерепродуктивные годы. Кроме того, репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность вести доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что они обладают способностью воспроизводить потомство и вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Обеспечение условий для репродуктивного здоровья позволяет также женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и дает супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца (United Nations, 1995a).

Первостепенное значение для обеспечения репродуктивного здоровья имеют репродуктивные права. Репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других документах, принятых на основе консенсуса. В определении репродуктивных прав признается основное право супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами, а также право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой-либо дискриминации, принуждения и насилия (United Nations, 1995a). При этом подразумевается право мужчин и женщин быть информированными о безопасных, эффективных, доступных и приемлемых методах планирования семьи по своему усмотрению и иметь к ним доступ.

Широкий и всеобъемлющий подход к репродуктивному здоровью, отличающийся от ранее применявшихся подходов к вопросам воспроизводства. При применении этих более ранних подходов делался упор на конкретных аспектах репродуктивного здоровья. В рамках программ планирования семьи, например, основное внимание уделялось предоставлению информации и услуг по применению противозачаточных средств. Аналогичным образом в рамках программ по охране здоровья матери и ребенка делался упор на укрепление здоровья матерей и их маленьких детей, тогда как в программах по обеспечению безопасного материнства особо подчеркивалась необходимость предоставления беременным женщинам возможности для получения надлежащего преродового обслуживания, безопасных родов и послеродового ухода. В рамках этих программ предпринимались также усилия для решения связанных с деторождением серьезных проблем, с которыми во многих ситуациях сталкиваются женщины.

Репродуктивное здоровье всеобъемлющим образом охватывает все эти аспекты. Хотя в рамках этого подхода признается важное значение планирования семьи, при этом отмечается также, что понятие репродуктивного здоровья не ограничивается лишь детородным возрастом и касается как мужчин, так и женщин. В рамках этого подхода признается также, что для успешного решения вопросов репродуктивного здоровья необходимо рассматривать репродуктивные права мужчин и женщин, а также социальное поведение и культурные традиции, влияющие на результаты репродуктивного поведения.

Подход к репродуктивному здоровью основывается на той предпосылке, что состояние отдельных лиц в любой данный момент влияет опыт, приобретенный ими в более раннем возрасте. Репродуктивное здоровье мужчин и женщин детородного возраста, например, отражает не только их текущий опыт, но и состояние их здоровья в младенческом, детском и

подростковом возрасте. Аналогичным образом состояние здоровья в послерепродуктивном возрасте может отражать репродуктивный опыт, приобретенный на более ранних жизненных этапах. Опыт одного поколения также влияет на состояние здоровья следующего поколения.

В настоящем докладе представлен глобальный обзор отдельных аспектов репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. Охватываемые темы включают начало репродуктивной жизни; репродуктивное поведение; применение противозачаточных средств; аборты; смертность и заболеваемость среди матерей; венерические заболевания, включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); вопросы политики, касающиеся репродуктивных прав; и информацию, образование и коммуникацию в области народонаселения в контексте репродуктивных прав и репродуктивного здоровья.

В настоящем докладе ~~пересматриваются~~ репродуктивные права и репродуктивное здоровье как мужчин, так и женщин. Однако сбор данных и исследовательская деятельность были до недавнего времени посвящены главным образом репродуктивному поведению женщин и применению ими противозачаточных средств. Лишь в последние несколько лет демографические и медицинские обследования стали выборочно охватывать мужчин. Более настоятельная необходимость сбора данных и анализа информации о репродуктивных позициях и поведении как мужчин, так и женщин объясняется тем, что вновь стала подчеркиваться общая ответственность партнеров в вопросах воспроизводства потомства. Ощущается также нехватка информации о репродуктивном здоровье подростков и более взрослых мужчин и женщин, которые, как правило, не являются объектами демографических и медицинских обследований.

1. НАЧАЛО РЕПРОДУКТИВНОЙ ЖИЗНИ

Репродуктивный ~~доклад~~ ~~информация~~ формируется после достижения десятилетнего возраста.

События, обуславливающие начало репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими как фертильность, так и репродуктивное здоровье, и они оказывают важное влияние на будущий жизненный путь индивидуумов. Этап жизни, на котором индивидуумы достигают половой зрелости, принято называть подростковым возрастом. Он является периодом перехода от детства к взрослой жизни. Хотя это изменение является по своей природе биологическим, продолжительность и характер подросткового возраста определяются главным образом социальными факторами и поэтому значительно различаются в разных культурах. В настоящем обзоре речь идет о возрастном диапазоне 10-24 лет, но основное внимание уделяется главным образом возрастной группе 15-24 лет, которая, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), охватывает молодежь. На эту возрастную группу приходится большая часть различий, наблюдающихся между странами и подгруппами населения в том, что касается событий, определяющих начало репродуктивной жизни.

Подростковый возраст ~~является~~ ~~важным~~ ~~этапом~~ ~~жизни~~ ~~как~~ ~~важный~~ ~~этап~~, определяющий будущее состояние здоровья, и в то же время как особенно уязвимый период жизни. В частности, все более серьезное беспокойство выражается по поводу той рискованной половой жизни, которую ведет молодежь, и последствий такого поведения, например подростковой беременности и заражения венерическими заболеваниями, в том числе ВИЧ. Проблемы, связанные с удовлетворением потребностей подростков, усложняются демографическими факторами. Согласно оценкам, в 1995 году молодежь (в возрасте 15-24 лет) составляла более 14 процентов от общего населения в более развитых регионах и почти 20 процентов - в менее развитых регионах (United Nations, 1995b).

В ряде обществ менархе свидетельствует о достижении зрелости и готовности к вступлению в брак или к половой жизни. Согласно результатам исследований, в рамках которых фиксировался возраст, когда происходит менархе, разница в таких возрастах между различными группами населения может составлять примерно пять лет. Средний возраст по каждому региону показывает, что в более развитых регионах менархе происходит в более раннем возрасте, чем в наименее развитых регионах. Возраст, когда происходит менархе, снизился в большинстве развитых стран. В развивающихся странах это снижение не так хорошо зарегистрировано, однако некоторые данные свидетельствуют о снижении этого возраста в ряде групп населения. Снижение возраста, когда происходит менархе, подразумевает, что способность к воспроизведению потомства появляется в более раннем возрасте. Однако в целом воздействие этого биологического фактора компенсируется, по-видимому, воздействием других факторов, особенно повышением возраста вступления в первый брак.

Возраст вступления в брак, традиционно рассматривается в качестве события половой деятельности и, следовательно, начало репродуктивной жизни. Брак может принимать крайне различные формы - от официальных союзов, закрепленных в соответствии с нормами гражданского или религиозного права, до сожительства или даже периодических связей. Несмотря на трудности, связанные с определением понятия брака, можно выделить некоторые общие подходы к установлению времени начала половой жизни девушек и юношей путем изучения возраста вступления в брак.

Изменения в сроках вступления в первый брак во всем мире хорошо зарегистрированы. Во многих странах резко повысился возраст вступления в первый брак у женщин. В развивающихся странах благодаря данным, полученным в ходе обследований в области народонаселения и здравоохранения (ОНЗ), изменения в возрасте вступления в брак могут быть изучены путем сопоставления информации о жизни женщин из различных групп. В этих обследованиях используется широкое определение брака, включающее как официально оформленные, так и неофициальные союзы. Данные показывают, что почти во всех странах доля молодых женщин (возраст которых во время обследования составлял 20-24 года, вышедших замуж в возрасте 20 лет, значительно меньше аналогичной доли женщин более старшего возраста (возраст которых во время обследования составлял 40-44 года). Сдвиг в сторону более позднего вступления в брак особенно заметен в азиатских странах: согласно средним показателям по восьми странам, 57 процентов женщин, возраст которых составляет в настоящее время 40-44 года, впервые вышли замуж до достижения 20 лет; соответствующий показатель по женщинам, которым в настоящее время 20-24 года, составляет 37 процентов. Почти таким же резким было сокращение средней доли женщин, выходящих замуж до достижения 20 лет, в Африке - с 72 процентов до 55 процентов, - однако доля вступающих в брак подростков по-прежнему гораздо выше в Азии. В Латинской Америке и Карибском бассейне изменения в возрасте вступления в первый брак были менее заметными, и средняя доля лиц, вступающих в брак до достижения 20-летнего возраста, составляет 42 процента, т.е. несколько выше, чем в Азии.

За последние 20 лет возраст вступления в брак у женщин увеличился также в развитых странах. Информацию о тенденциях в изменении возраста вступления в брак нельзя сравнивать с информацией по развивающимся странам, поскольку большинство данных, полученных из гражданских регистрационных документов, относится лишь к законным бракам. В 1970 году средний возраст вступления в первый брак в Северной и Западной Европе составлял, как правило, 22-23 года. К 1990 году возраст вступления в брак во многих странах Северной и Западной Европы увеличился до 25-27 лет. Увеличение таких показателей наблюдалось также в Северной Америке. В Восточной и Южной Европе изменения в возрасте вступления в брак были менее значительными.

В большинстве стран наблюдается общая тенденция к более позднему вступлению в брак среди людей имеющих более высокий уровень образования. Дополнительное влияние на возраст вступления в брак женщин оказывает фактор проживания в городских или сельских районах. Согласно данным ООНЗ, женщины, получившие по меньшей мере десятилетнее образование, выходят замуж на два года-семь лет позднее, чем женщины, не получившие и начального образования. Женщины, проживающие в городских районах, выходят замуж, как правило, позднее, чем женщины в сельских районах, хотя разрыв в таких показателях по городским и сельским районам может значительно варьироваться. Во многих развивающихся странах разница в показателях по лицам, вступающим в брак до достижения 20 лет, составляет 20 или более процентов. В других странах эта разница незначительная.

С течением времени, особенно в Северной Африке, Азии и во многих странах Латинской Америки и Карибского бассейна, сократилась разница в возрасте вступающих в брак мужчин и женщин. Сближение показателей было весьма заметным в странах, где разница была наибольшей. В Северной Америке и Европе разница в таких показателях у мужчин и женщин сократилась еще больше в последние десятилетия.

В Европе тенденция в сторону увеличения возраста вступления в брак совпала с увеличением доли сожительствующих пар. Согласно последним данным, в возрастной группе 15-19 лет доля сожительствующих пар варьируется от близкого к нулю показателя до 20 процентов. Доля сожительствующих достигает пика в возрасте 20-24 лет, составляя примерно 10-40 процентов, и затем уменьшается. Основной причиной сокращения числа неофициально сожительствующих пар после 25-летнего возраста является все большее преобладание законного брака. Таким образом, соительство является, возможно, прелюдией к браку или альтернативой ему.

Повышение возраста вступления в первый брак сыграло ключевую роль в снижении фертильности во многих странах, поскольку большая часть рождений по-прежнему приходится на брачную жизнь. Однако увеличение возраста вступления в брак не всегда выражается в сокращении периода репродуктивной жизни. В ряде стран по всему миру растет число добрачных рождений. Кроме того, распространенность венерических заболеваний среди неженатых подростков свидетельствует о том, что предбрачная половая жизнь является обычным явлением и ее масштабы, возможно, увеличиваются.

Судя по доступным исследованиям, сексуальное поведение молодых людей значительно варьируется. В некоторых районах мира половая жизнь начинается в раннем возрасте и нередко имеет место до заключения брака, тогда как в других районах она ограничивается твердыми социальными установками и совпадает, как правило, с брачной жизнью, хотя и эта жизнь также может начинаться в весьма раннем возрасте. Несмотря на нехватку систематизированной информации и разнообразие сексуального поведения молодежи, полученные сведения позволяют выделить некоторые общие тенденции.

В большинстве районов мира мужчины вступают в первую половую связь в более раннем возрасте, чем женщины, с большим числом партнеров, и у них больше период между первым вступлением в половую связь и вступлением в брак. Согласно опросам, они чаще, чем женщины, вступают в добрачную половую связь. Разница в возрасте партнеров имеет важные последствия с точки зрения распространения венерических заболеваний. Мужчины, как правило, вступают в половую связь с более молодыми, чем они, женщинами, что повышает вероятность заражения более молодых женщин венерическими заболеваниями и ВИЧ. Установление связей между более взрослыми мужчинами и более молодыми женщинами приобретает, согласно сообщениям, все более распространенный характер в некоторых частях Африки.

В промышленно развитых странах наблюдаются тенденции к увеличению общей доли молодежи активную половую жизнь. Увеличился возраст вступления в брак; имеются данные, свидетельствующие о снижении возраста вступления в первую половую связь; и увеличилась доля подростков, занимающихся сожительством.

Возраст вступления в брак в Латинской Америке и регионе Африки к югу от Сахары Карибском бассейне. Возраст вступления в первую половую связь остался, по-видимому, неизменным, хотя половая жизнь начинается в раннем возрасте во многих странах. Повышение возраста вступления в брак при неизменении возраста вступления в первую половую связь означает, что больше молодых людей стало вести добрачную половую жизнь.

Имеется мало информации о поведении молодежи в Азии. Как правило половая жизнь не имеет распространенного характера и ограничивается твердыми социальными установками. Несмотря на разрозненность такой информации, судя по нескольким исследованиям, для большинства молодых женщин вступление в первую половую связь совпадает со вступлением в брак или имеет место непосредственно перед браком. Таким образом, любое повышение возраста вступления в брак приведет также к повышению возраста вступления в первую половую связь.

II. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Нынешний общий коэффициент рождаемости (ОКР) во всем мире 3,1 ребенка на женщину (Организация Объединенных Наций, 1995 год, b). Однако за этим средним показателем скрываются существенные различия между регионами и внутри них. Разрыв между более развитыми регионами (ОКР, равный 1,7) и менее развитыми регионами (ОКР, равный 3,5), хотя и меньший, чем в прошлом, остается ощутимым. Самый высокий ОКР отмечается в Африке (5,8), за которой следуют Латинская Америка и Карибский бассейн (3,1) и Азия (3,0). На страновом уровне нынешние коэффициенты рождаемости варьируются от 7,6 в Йемене до 1,2 в Италии и Испании.

В течение последнего десятилетия сохранялась тенденция к снижению рождаемости. На мировом уровне среднее число детей на женщину уменьшилось с 3,6 в 1980-1985 годах до 3,1 в 1990-1995 годах. Однако основные изменения, присущие репродуктивному поведению, в значительной мере варьируются в зависимости от региона. В более развитых регионах для рождаемости, уровень которой с конца 70-х годов ниже уровня воспроизводства, было характерно лишь небольшое уменьшение, в то время как в менее развитых регионах уровень рождаемости снизился с 4,2 до 3,5. Отмеченное снижение имело меньшие масштабы в менее развитых странах, где рождаемость уменьшилась с 6,4 до 5,8 ребенка.

В последние десятилетия во все развивающихся и развитых странах мира проблемой большую озабоченность, становится беременность в подростковом возрасте. Усиливается понимание того, что беременность в раннем возрасте представляет собой опасность для здоровья матери и ребенка и что это может негативным образом отразиться на образовании девочек и поставить под угрозу их экономические перспективы, способность заниматься приносящими доход видами деятельности и общее благополучие.

Согласно оценкам ежегодно во всем мире матерями становятся порядка 15 миллионов девочек в возрасте от 15 до 19 лет, и около 11 процентов всех детей в настоящее время производятся на свет подростками (Организация Объединенных Наций, 1995 год, b). Однако имеют место значительные различия между регионами. Уровень подростковой фертильности в наименее развитых странах (140 рождений на 1000 женщин в возрасте до 20 лет) в два раза выше, чем в

развивающихся странах (65 рождений на 1000), и в четыре раза выше, чем в развитых странах (32 рождения на 1000). Среди развивающихся регионов самые высокие показатели подростковой фертильности характерны для Африки (136 рождений на 1000), за которой следуют Латинская Америка и Карибский бассейн (79 рождений на 1000), а самые низкие - для Азии (45 рождений на 1000). Высокие показатели беременности в подростковом возрасте, как правило, связаны с практикой вступления в брак в раннем возрасте.

Хотя подростковая фертильность все в большей степени воспринимается в качестве социальной проблемы и проблемы политики, показатели рождаемости у женщин в возрасте до 20 лет снижаются, равно как и общемировые коэффициенты рождаемости, что объясняется вступлением в брак в более позднем возрасте, расширением возможностей молодых женщин в плане получения образования и более широким использованием противозачаточных средств. Однако для общей тенденции к снижению характерны некоторые исключения, к числу которых относятся, например, Гаити, Индия и Соединенные Штаты Америки.

На протяжении многих лет образование рассматривалось в качестве решающего фактора в том репродуктивного поведения. Согласно данным одного из последних исследований Организации Объединенных Наций, повышение образовательного уровня женщин повсеместно влечет за собой сокращение рождаемости (Организация Объединенных Наций, 1995 год, с). В странах Латинской Америки между более образованными и необразованными женщинами отмечаются самые большие различия с точки зрения показателей рождаемости, которые колеблются от 3 до 5 детей на женщину. Дифференциация рождаемости, обусловленная уровнем образования, не носит одинаковый характер во всех странах, на основании чего можно сделать вывод о том, что в конечном счете уровень образования женщин определяется уровнем социально-экономического развития, социальной структурой и культурными условиями. В современных развивающихся странах воздействие индивидуального обучения в школе на деторождение, как правило, проявляется сильнее в том случае, если отмечается улучшение социально-экономических условий и повышение общего образовательного уровня общества.

Выбор времени для вступления в детородный период имеет важные последствия для отдельных лиц и общества. В большинстве стран первые роды у женщин происходят в среднем в течение одного-двух лет после первого замужества. Однако замужество не является единственным элементом контекста, в котором происходит деторождение. Во многих развитых странах быстрое увеличение числа деторождений вне брака, тесно связанное с распространением сожителства, является одним из самых важных изменений, которые произошли в последнее время в моделях создания семьи. В развивающихся регионах деторождение вне брака представляет собой относительно редкое явление в Азии, тогда как в Африке, Латинской Америке и Карибском бассейне это обычное дело, что свидетельствует о широком распространении консенсуальных браков.

Сроки вступления в период материнства в значительной мере совпадают в целом ряде развивающихся стран: как правило, это происходит в возрасте от 19 до 22 лет. В большинстве развитых стран вступление в период материнства происходит в более позднем возрасте, обычно между 22 и 27 годами. Тенденция, отмечаемая на протяжении последнего десятилетия как в развивающихся, так и в развитых странах, заключалась в отсрочке создания семьи. Продолжительность интервала между деторождениями у женщин, т.е. среднее количество лет между рождениями первого и последнего ребенка у женщин, выше всего в Африке (составляет от 15 до 20 лет), за которой следуют Азия (11-17 лет) и Латинская Америка и Карибский бассейн (11-16 лет).

Для предсказаний с точки зрения рождаемости характерны весьма значительные колебания в зависимости от региона. Желательная величина семьи выше всего в расположенных к югу от Сахары странах

Африки (где она составляет от 4 до 8 детей), за которой следуют Азия (от 3 до 5 детей), Северная Африка (от 3 до 4 детей) и Латинская Америка и Карибский бассейн (от 3 до 4 детей). Отмечаемая тенденция свидетельствует о том, что женщины все в большей степени отдают предпочтение небольшим семьям.

Существует значительный разрыв между идеальным с точки зрения женщин размером семьи и фактическим уровнем деторождения, что наводит на мысль о том, что репродуктивные установки женщин реализуются редко. О неадекватности контроля женщин над своим репродуктивным поведением свидетельствует также широкое распространение внеплановых родов. Процентная доля родов, которые, по сообщениям, являются нежелательными, составляет от 2 до 26 в Африке, от 6 до 21 в Азии и от 5 до 35 в Латинской Америке и Карибском бассейне, а процентная доля родов, которые, по сообщениям, являются несвоевременными, составляет от 6 до 52 в Африке, от 8 до 28 в Азии, от 13 до 25 в Латинской Америке и Карибском бассейне.

В развитых странах основным фактором является преобладающим идеалом желательное число детей выше фактического общего коэффициента рождаемости. Однако число внеплановых деторождений является относительно высоким, несмотря на широко распространенную практику применения противозачаточных средств. В Соединенных Штатах, например, 12 процентов всех деторождений, согласно сообщениям, являются нежелательными, а 27 процентов - несвоевременными.

От 8 до 14 процентов всех пар сталкиваются в ходе своей репродуктивной жизни с проблемой бесплодия в той или иной форме, проблемой, которая затрагивает 50-80 млн. человек во всем мире (ВОЗ, 1991 год). У небольшой доли пар (менее 5 процентов) первопричины бесплодия связаны с анатомическими, генетическими, эндокринологическими или иммунологическими факторами. Однако в большинстве случаев проблемы бесплодия обусловлены факторами, которые можно было предотвратить, такими, как неза вылеченная инфекция, являющаяся следствием венерического заболевания, осложнения после родов и после аборта или калечащая операция на женских половых органах.

В ходе исследований проведенных в последние годы, было документально подтверждено необычно широкое распространение такого явления, как снижение фертильности, в Африке, особенно в Центральной Африке. Однако последние данные ОНЗ не свидетельствуют о высоком уровне первичного бесплодия: доля бездетных среди женщин в возрасте 40-44 лет, которые никогда не были замужем, не превышает 6 процентов ни в одной из стран, охваченных обследованием. Однако распространенность бесплодия, вызываемого заболеваниями, в Африке значительно выше, если проанализировать положение дел со вторичным бесплодием: доля женщин в возрасте 30-34 лет, которые впоследствии становятся бесплодными, согласно оценкам, составляет свыше 20 процентов в Бенине, Ботсване, Гане, Зимбабве, Либерии, Мали, Мавритании, Нигерии, Кот-д'Ивуаре, Сенегале, Судане и Уганде и более 30 процентов в Камеруне (Ларсен, 1994 год).

Ряд факторов, связанных с динамикой деторождения, могут оказать негативное воздействие на выживание и благополучие матерей и детей. Считается, что слишком ранние или слишком поздние беременности в период жизни матери, большое количество родов в прошлом и частые беременности являются источником большей, чем обычно, опасности для здоровья детей и матерей. Данные ОНЗ свидетельствуют о том, что процентная доля деторождений, подвергающихся этой опасности, является довольно высокой и составляет от 53 до 73 в Африке, от 38 до 79 в Азии и от 46 до 66 в Латинской Америке и в Карибском бассейне. Самым распространенным фактором риска является большое количество родов в прошлом, за которым следуют короткие интервалы между родами.

Хотя изменения, касающиеся возраста, количества родов в прошлом и интервалов между родами, потенциально могут иметь своим результатом снижение уровня материнской смертности, большая часть женщин, умирающих от беременности, аборт или при родах, не относится к этим категориям населения, подверженным повышенному риску. Социально-экономические условия, образование, питание и медико-санитарное обслуживание нередко являются более важными факторами с точки зрения здоровья и выживания женщин. Показатели охвата услугами, связанными с охраной материнства, в значительной мере варьируются в зависимости от страны. В 15 из 44 развивающихся стран доля деторождений, в связи с которыми за женщинами осуществляется дородовой уход, составляла менее двух третей, а в 17 из 45 стран подготовленными специалистами принималось менее половины родов.

III. КОНТРАЦЕПЦИЯ

Вопросы планирования семьи являются неотъемлемым элементом концепции репродуктивного здоровья. С 60-х годов наблюдается постоянная тенденция к более широкому применению контрацепции в развивающихся странах. В начале 60-х годов, когда ОКР в менее развитых регионах составлял в среднем 6,1 ребенка на одну женщину, показатель применения контрацепции - применение контрацептивов супружескими парами, в которых жены в репродуктивном возрасте - составлял, вероятно, в развивающихся странах менее 10 процентов; недавние же обследования показывают, что показатель применения контрацепции в этих регионах к 1991 году достиг 53 процентов. В развитых странах показатель применения контрацепции составлял в среднем 71 процент, а в мире в целом - в среднем 57 процентов (см. таблицу 1). Показатель применения контрацепции в Африке, составляющий 19 процентов, намного ниже среднего показателя для других развивающихся регионов: 79 процентов - в Восточной Азии; 43 процента - в остальной части Азии и в Океании; и 59 процентов - в Латинской Америке и Карибском бассейне.

Таблица 1. Средний показатель применения конкретных методов контрацепции с разбивкой по регионам a/

(Процент супружеских пар, в которых жены в репродуктивном возрасте)

Район и регион	Все методы (1)	Современные методы b/ (2)	Стерилизация		Противозачаточные таблетки (5)	Интродукционные средства (6)	ВМС (7)	Презервативы (8)	Вагинальные механические методы (9)	Ритмический метод (10)	Прерывание (11)	Прочие методы (12)
			Женская (3)	Мужская (4)								
Весь мир	57	49	18	4	8	1	12	5	1	3	4	1
Менее развитые регионы	53	48	21	4	6	2	13	2	0,2	2	2	1
Африка	19	15	1	0,1	7	2	4	1	0,2	2	1	1
Азия и Океания c/...	58	54	24	5	5	2	16	2	0,2	2	2	0,3
Восточная Азия c/.....	79	79	33	9	3	0,1	31	2	0,3	0,4	0,1	-

/...

Прочие страны	43	36	17	2	6	3	5	3	0,1	3	3	1
Латинская Америка и Карибский бассейн	59	49	21	1	17	1	6	2	1	6	3	0,5
Более развитые регионы d/	71	51	8	5	17	0,1	5	14	2	6	12	1

Источник: World Population Monitoring, 1966 (предстоящее издание Организации Объединенных Наций).

Примечание: Эти оценки отражают предположения относительно применения средств контрацепции в странах, по которым данные отсутствуют.

a/ По последним имеющимся данным обследований: средние показатели за 1991 год.

b/ Включая методы, указанные в колонках 3-9.

c/ Не считая Японии.

d/ Австралия-Новая Зеландия, Европа, Северная Америка и Япония.

39. Изменения в практике контрацепции отражают растущее стремление супружеских пар и индивидов иметь семью меньшего размера и регулировать время рождения детей в семье. Они также отражают значительное расширение доступа к эффективным современным контрацептивам в развивающихся странах и соответствующее расширение доступа к информации и услугам в области планирования семьи. Хотя последние изменения в развитых регионах касаются в основном выбора конкретных методов регулирования рождаемости, а не общего уровня применения контрацепции, появление новых методов также повлекло за собой изменения в практике контрацепции.

40. В основном средствами контрацепции пользуются женщины, при этом большинство из них применяет современные методы контрацепции. Показатель применения сравнительно эффективных клинических ("современных") методов контрацепции во всем мире составляет, по оценкам, 87 процентов. Показатель применения женщинами трех основных методов контрацепции - женской стерилизации, внутриматочных средств (ВМС) и оральных контрацептивов - составляет в мире свыше 60 процентов и 75 процентов в менее развитых регионах. В целом современные методы контрацепции в развивающихся странах применяются шире, чем в развитых, и соответствующие показатели составляют, по оценкам, 91 процент и 73 процента. Показатель применения клинических методов составляет в среднем 51 процент в более развитых регионах и 48 процентов в менее развитых регионах. Существует большая разница между развитыми и развивающимися странами в показателях применения неклинических и традиционных методов, которые составляют, соответственно, 20 процентов и 5 процентов. К этой группе методов относится периодическое воздержание или ритмический метод, прерванное половое сношение (*coitus interruptus*), воздержание, спринцевание и различные народные методы. Более широкое применение этих методов в развитых странах отражает сохраняющееся влияние методов регулирования рождаемости, применявшихся еще до появления современных методов контрацепции, а также недостаточно широкий доступ в некоторых странах к более новым методам. В некоторых развитых странах, где примерно в 1970 году широко применялись традиционные методы, произошел заметный переход к применению современных методов: примером этого могут служить Бельгия, Венгрия и Франция. В некоторых странах Восточной Европы, по данным обследований 90-х годов, по-прежнему отмечаются высокие показатели применения традиционных методов, например в Чешской Республике, Румынии и Словакии.

41. В большинстве развивающихся стран, по которым имеются данные о тенденциях в этой области, в последнее время отмечается существенный рост применения средств контрацепции. Если сравнить самые последние имеющиеся данные обследований с результатами обследований, проведенных примерно 10 лет назад, то можно сделать вывод о том, что быстрое повышение уровней применения средств контрацепции наблюдалось в странах, в которых в начале периода показатель применения был средним. Там, где показатель применения средств контрацепции составлял 15-50 процентов, показатель применения контрацепции в последующий период в более 80 процентах стран возрастал ежегодно более чем на 1,0 процента. В то же время ежегодный рост порядка 1,0 пункта или более наблюдался примерно в 55 процентах развивающихся стран, где первоначально показатель применения составлял менее 15 процентов или свыше 50 процентов. Хотя средний показатель применения контрацепции в Африке по-прежнему значительно ниже, чем в других развивающихся регионах, результаты проведенных в последние несколько лет обследований неизменно свидетельствуют о более широком применении средств контрацепции в континентальной части Африки к югу от Сахары.

42. Что касается применения конкретных методов контрацепции, наиболее важная тенденция как в развитых, так и в развивающихся странах - женская стерилизация. Однако имеется много отдельных стран, где наметившаяся в последнее время тенденция обусловлена другими методами. Несмотря на общую тенденцию, заключающуюся в том, что современные методы, вместе взятые, через какое-то время становятся доминирующими, нет достаточных оснований говорить, что существенно отличающиеся национальные схемы применения контрацепции тяготеют к одному и тому же сочетанию методов. Лишь в редких случаях какой-либо один метод контрацепции находит более широкое применение по сравнению с другими методами, применяемыми в настоящее время.

43. Недавние обследования свидетельствуют о существенном расширении применения презервативов в ряде стран, что позволяет сделать вывод о том, что кампании по пропаганде этого метода дают определенный эффект. По ответам замужних женщин показатель применения презервативов в контрацептивной практике составляет всего лишь примерно 8 процентов. Однако, согласно результатам опроса мужчин, мужчины применяют этот метод чаще, чем женщины. Показатели применения презервативов среди неженатых мужчин обычно выше, чем среди женатых, хотя в целом показатель применения контрацепции среди женатых мужчин выше.

44. Несмотря на быстрый рост показателей применения контрацепции, в последнее время ряд показателей свидетельствует о том, что объем неудовлетворенных потребностей остается значительным - примерно 20-25 процентов супружеских пар в развивающихся странах (не считая Китая), несмотря на вероятность нежелательной или несвоевременной беременности, не применяют средства контрацепции. В Африке и в некоторых странах других регионов значительная доля населения по-прежнему не знает о существовании о каких-либо средств контрацепции. Кроме того, процент женщин, знающих, где можно получить информацию по вопросам планирования семьи или об услугах в этой области, иногда значительно ниже, чем процент женщин, слышавших о том или ином методе контрацепции. В Азии и в Северной Африке в более чем 75 процентах стран, по которым имеются данные, 90 или более процентов женщин знают о том, где можно получить услуги в области планирования семьи, а в Латинской Америке и в Карибском бассейне этот уровень был достигнут примерно в 60 процентах стран. Однако такой уровень осведомленности об услугах был отмечен лишь в 2 из 23 африканских стран, расположенных к югу от Сахары (в Ботсване и Зимбабве).

45. В целом, проблемы недостаточной осведомленности о планировании семьи и недостаточного доступа к этим услугам обусловлены, скорее, трудностями, с которыми столкнулись многие правительства при расширении услуг в общенациональном масштабе, чем преднамеренной политикой ограничения доступа. К 1995 году только два правительства (из 190) проводили

официальную политику ограничения доступа к современным методам контрацепции, а 82 процента правительств оказывали непосредственную поддержку службам планирования семьи. Оценки различных аспектов политики в области планирования семьи и осуществления программ, проведенные в 1982, 1989 и 1994 годах, говорят о том, что в 80-е годы наблюдались стремительный рост деятельности по программам и расширение доступа к методам контрацепции. Дальнейший рост отмечался во многих странах с 1989 года, однако этот процесс развивался более медленными темпами, чем в период 1982-1989 годов. Согласно подготовленным информированными наблюдателями оценкам доступности пяти видов контрацепции, в 1994 году презервативы были доступны примерно двум третям населения развивающихся стран, оральные контрацептивы, ВМС и женская стерилизация - примерно 60-65 процентам населения. Мужская стерилизация, по оценкам, была доступна чуть менее 50 процентам населения. Несмотря на существенное улучшение положения в последнее время, в африканских странах к югу от Сахары методы контрацепции гораздо менее доступны, чем в других регионах.

46. Во многих развивающихся странах показатели применения контрацептивов существенно выше среди женщин, проживающих в городах и имеющих более высокий уровень образования, чем среди сельских женщин и женщин с более низким уровнем образования. За последние 10-15 лет показатели социальной дифференциации в контрацептивной практике изменились весьма незначительно, хотя отчасти это связано с компенсирующими изменениями в различных странах. Там, где показатель применения контрацептивов вначале был невысоким, показатели социальной дифференциации обычно возрастали, и обратный процесс наблюдался в странах, где еще на ранней стадии отмечались высокие показатели применения в городских районах или среди женщин с высоким уровнем образования.

47. В ходе большинства обследований ограниченное число вопросов о применении контрацепции адресуется замужним женщинам. В последнее время в ходе обследований все чаще такие вопросы задаются незамужним женщинам; полученные данные свидетельствуют о том, что исключительный акцент на замужних женщинах приводит к тому, что значительная часть лиц, применяющих контрацепцию, во многих случаях остается неучтенной. В африканских странах к югу от Сахары и в более развитых регионах, по которым имеется такая информация, не состоящие в браке женщины составляют в среднем примерно одну четвертую от общего числа всех лиц, применяющих контрацепцию, а в Латинской Америке и Карибском бассейне - примерно 10 процентов.

48. Некоторые супружеские пары на протяжении многих лет успешно применяют один метод контрацепции, однако большинство пар в определенный момент, как правило, отказываются от применения контрацепции или переходят от одного метода к другому. Исследования по вопросу о прекращении применения контрацепции свидетельствуют о том, что в течение года после начала применения оральных контрацептивов, как правило, 40-60 процентов женщин отказываются от них: 15-30 процентов в пользу ВМС, более 50 процентов в пользу презервативов и примерно 40-60 процентов в пользу периодического воздержания, включая календарный ритмический метод. Причины прекращения применения контрацепции варьируются в зависимости от метода. В целом, методы с высоким контрацептивным эффектом чаще вызывают побочные явления и наоборот.

49. Исследования различных групп населения неизменно свидетельствуют о том, что побочные явления и страх перед ними являются одной из основных причин обеспокоенности женщин по поводу современных методов контрацепции. Соображения здоровья и побочные явления часто указываются в качестве причины прекращения применения методов контрацепции, а во многих случаях значительная часть женщин, несмотря на вероятность нежелательной беременности, ссылается на соображения здоровья как основную причину неприменения контрацепции. В то же время более широкое применение в последнее время средств контрацепции практически полностью

связано с более широким применением современных методов. Имеющиеся данные говорят о том, что, хотя современные методы и оказались весьма эффективными для многих супружеских пар, для других применение современных методов контрацепции по-прежнему является трудным решением. Все более широкое применение постоянного метода хирургической стерилизации должно быть отчасти обусловлено несовершенством имеющихся временных методов и услуг.

50. Хотя большую часть информации о применении контрацепции и неудовлетворенных потребностях получают путем проведения опросов женщин, в последнее время в ходе опросов все чаще эти вопросы задаются мужчинам. Тщательный анализ этой информации только начинается. В некоторых странах значительная часть женщин, явно нуждающихся в средствах контрацепции, но не имеющих возможности их получить, сообщает о том, что они не применяют никакого метода контрацепции, так как против этого возражает супруг, что вызвано либо негативным отношением к контрацепции в целом, либо разногласиями в отношении числа детей и времени их рождения. Имеющиеся данные о разногласиях между супругами позволяют выявить ряд ситуаций, сравнительное значение которых подчас с трудом поддается количественному определению. Некоторые мужчины убеждены в том, что именно они должны решать вопрос о применении контрацепции, даже если речь идет о женском применении, другие же считают, что это исключительно обязанность женщин. В некоторых странах многие не знают мнения своего партнера по вопросам планирования семьи. Вопрос о том, как на практике решаются разногласия между супругами, заслуживает более пристального, чем до сих пор, внимания и обуславливает необходимость получения сопоставимой информации как от мужчин, так и от женщин.

IV. АБОРТЫ

51. В 1990 году во всем мире было произведено порядка 25 миллионов легальных абортов, или один легальный аборт на каждые шесть деторождений. Этот оценочный показатель следует рассматривать в качестве минимальной цифры легальных абортов, поскольку попыток установить примерное количество легальных абортов, о которых не сообщается, не предпринималось. Учитывая скрытность, присущую производимым с угрозой для здоровья абортам, крайне трудно сказать, насколько они распространены. Согласно оценкам ВОЗ, ежегодно в неадекватных условиях совершается порядка 20 миллионов абортов, или один такой аборт на каждые семь деторождений (ВОЗ, 1994 год). Таким образом, предположительно, во всем мире производится, как минимум, примерно 45 миллионов абортов в год, или почти один аборт на каждые три живорождения.

52. Во многих странах - как развитых, так и развивающихся - искусственному прерыванию беременности общественность уделяет повышенное внимание. В некоторых случаях она выражает озабоченность главным образом в связи с вызывающими тревогу материнской заболеваемостью и смертностью, являющимися результатом производимых в неадекватных условиях абортов. В других случаях проявляемое к ним внимание в большей степени обусловлено происходящими в обществе дебатами по вопросу о нравственных и правовых аспектах абортов и роли, которую должно играть государство в решении вопроса о том, допустить или запретить искусственное прерывание беременности.

53. На Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в 1994 году, вопрос об абортах оказался одним из самых спорных, и большая часть прений непосредственным или косвенным образом была посвящена его различным аспектам. В конце дискуссии делегации согласились принять следующую формулировку: "В любом случае аборт не следует поощрять как один из методов планирования семьи. Всем правительствам и соответствующим межправительственным и неправительственным организациям настоятельно

предлагается придавать более важное значение охране здоровья женщин, заниматься проблемой воздействия на здоровье аборт, производимых в неадекватных условиях 1/, как одной из основных проблем здравоохранения, и сокращать прибежание к аборту путем расширения и совершенствования услуг в области планирования семьи ..." (Организация Объединенных Наций, 1995 год, а, глава I, резолюция 1, приложение, пункт 8.25).

54. Искусственное прерывание беременности является одним из самых старых и одним из самых широко используемых методов контроля за рождаемостью (Организация Объединенных Наций, 1992, 1993 и 1995 годы, d). Он практикуется как в отдаленных сельских общинах, так и в современных крупных городских центрах, во всех регионах мира, хотя и с различными последствиями. В странах, где аборт является легальным и широко доступным методом, он, как правило, представляет собой относительно небольшую угрозу для репродуктивного здоровья женщины. Однако там, где аборт носит противозаконный характер, он обычно осуществляется в негигиеничных и антисанитарных условиях, что во многих случаях влечет за собой осложнения, хронические заболевания и дает нередко смертельный исход. Согласно оценкам ВОЗ, более 70 000 женщин ежегодно погибают из-за осложнений, являющихся следствием проведения аборта в неадекватных условиях. Долгосрочными последствиями производимого в неадекватных условиях аборта могут быть также хронические боли и воспалительные процессы в районе таза, трубная окклюзия, вторичное бесплодие и повышенная опасность выкидышей при последующих беременностях (ВОЗ, 1994 год).

55. Показатели распространенности производимых в неадекватных условиях аборт резко колеблются в зависимости от региона. Они составляют от 30 и более таких аборт на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет в Восточной и Западной Африке, Латинской Америке и Карибском бассейне и бывшем СССР до менее 2 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет в странах Северной Европы и Северной Америки (ВОЗ, 1994 год). Некоторые колебания в распространенности производимых в неадекватных условиях аборт могут быть объяснены менее ограничительным характером законодательства об аборт в странах Северной Европы и Северной Америки (в 11 из 12 стран разрешен аборт по просьбе или в силу экономических и социальных обстоятельств) по сравнению с Восточной и Западной Африкой и Латинской Америкой и Карибским бассейном (в 2 из 45 стран разрешен аборт по просьбе или в силу экономических и социальных обстоятельств). Однако отсутствие правовых ограничений на аборт необязательно гарантирует доступ к аборт, не отражающимся на здоровье женщины, о чем свидетельствует относительно высокая распространенность аборт, производимых в неадекватных условиях, в бывшем СССР (согласно оценкам ВОЗ, их количество составляет 30 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет), несмотря на то, что осуществление аборта по просьбе разрешено с 1956 года.

56. Ввиду усиления внимания к репродуктивному поведению в подростковом возрасте предметом все большей озабоченности становятся аборт в подростковом возрасте. Поскольку подростки иногда не хотят или не могут прибегать к надлежащей медицинской помощи или ждать в течение какого-то времени в период беременности оказания помощи, искусственное прерывание беременности, как правило, становится источником большей опасности для здоровья и жизни подростка, чем для здоровья и жизни взрослой женщины. По недавним оценкам Организации Объединенных Наций, аборт среди подростков составляют 15-25 процентов от общего числа зарегистрированных легальных аборт в ряде развитых и развивающихся стран.

57. Согласно информации, имеющейся в отношении 193 стран, в подавляющем большинстве этих стран (98 процентов) аборт разрешается производить в целях спасения жизни беременных женщин (Организация Объединенных Наций, 1992, 1993 и 1995 годы, d). В некоторых из них в уголовном законодательстве содержатся специальные нормы, разрешающие производить аборт по этим основаниям. В других же, чтобы выяснить вопрос о том, существуют ли исключения из

общего запрета на аборт, необходимо обратиться к иным нормативным актам или решениям судов. Так, в Гондурасе в кодексе врачебной этики аборт разрешен для спасения жизни женщины; в Непале правила Медицинского совета толкуются таким образом, что производство аборта разрешается в различных ситуациях; в Ирландии Верховный суд вынес решение о том, что аборт может производиться в целях сохранения жизни беременной женщины. Кроме того, в ряде стран для освобождения от наказания за аборт, произведенный в целях спасения жизни беременной женщины, можно сослаться на принцип необходимости, что предусмотрено в уголовном законодательстве. К числу таких стран относятся, в частности, Доминиканская Республика, Египет, Филиппины и Центральнаяафриканская Республика.

58. Производство аборта в целях сохранения физического здоровья женщины разрешено в 119 странах (62 процента). В меньшем количестве стран (95, или 50 процентов) производство аборта разрешается для сохранения психического здоровья женщины, а в 81 стране (42 процента) его можно производить в тех случаях, когда женщина забеременела в результате изнасилования или кровосмешения. Лишь в 78 странах (40 процентов) разрешается производить аборт по причине дефективности плода, а в 55 странах (29 процентов) - по экономическим и социальным причинам. Наконец, в 41 стране (21 процент) разрешается производство аборта по просьбе.

59. Демографический анализ политики в отношении абортотв свидетельствует о том, что 96 процентов мирового населения проживает в странах, в которых разрешается производить аборт в целях спасения жизни женщины; 75 процентов - в странах, допускающих производство аборта для сохранения психического здоровья женщины; 69 процентов - в странах, где производство аборта является легальным методом сохранения психического здоровья женщины; 72 процента - в странах, где аборт разрешается производить в тех случаях, когда беременность является результатом изнасилования или кровосмешения. Лишь 64 процента мирового населения проживает в странах, где разрешается производство аборта по причине дефективности плода и 44 процента - в странах, где это допустимо по экономическим или социальным причинам. Наконец, 38 процентов мирового населения могут прибегать к аборту, который производится по просьбе.

V. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

60. Среди всех показателей качества охраны здоровья и смертности уровни смертности обнаруживают разительные расхождения, обусловленные уровнями развития. Коэффициент материнской смертности является весьма важным показателем статуса женщин в обществе, их доступа к медицинским услугам и адекватности системы здравоохранения, в том что касается удовлетворения их потребностей. Поэтому информация об уровнях материнской смертности и тенденциях в этой области необходима не только для оценки риска, сопряженного с беременностью и деторождением, но и для того, чтобы в целом определить состояние здоровья женщин и на основе этого уровень их социального и экономического благополучия.

61. Весьма трудно оценить уровни материнской смертности на национальном уровне. Для этого нужны данные о смертности среди женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), ее причины, была ли женщина беременна в момент наступления смерти или незадолго до нее. Лишь немногие страны регистрируют все рождения и смерти; еще меньше стран регистрируют причины смерти; и буквально в считанных странах ведется систематический учет случаев, когда на момент смерти женщина была беременна.

62. Отсюда следует неизбежный вывод о том, что к тем странам, где в наименьшей степени развиты системы статистического учета естественного движения населения, относятся страны, имеющие наихудшие показатели в области здравоохранения. В этих условиях необходимо

/...

разрабатывать альтернативные методы оценки уровней материнской смертности. Был создан целый ряд новых методологий, призванных компенсировать отсутствие данных в странах, где статистические системы учета естественного движения населения слабо развиты или отсутствуют. Например, уровень материнской смертности можно определить путем включения вопросов о беременности и смерти в анкеты, используемые при проведении широкомасштабных обследований домашних хозяйств, однако подобный подход требует увеличения числа опрашиваемых и сопряжен с большими затратами средств и времени. Более эффективный с точки зрения затрат подход связан с применением метода, основанного на сборе информации о сестрах, при котором в уже имеющиеся вопросники, используемые при проведении обследований домашних хозяйств, добавляется несколько простых вопросов о том, живы ли сестры респондентов в момент проведения опроса. При этом требуются гораздо меньшие по объему выборки, поскольку каждый респондент может дать информацию о числе сестер. Однако полученные результаты дают не оценку текущего состояния дел, а лишь общее представление об уровнях материнской смертности примерно за последние 10 лет.

63. В отсутствие системы статистического учета естественного движения населения наилучший метод определения уровней материнской смертности заключается в том, чтобы выявлять и изучать причины смерти всех умерших женщин репродуктивного возраста; этот метод известен под названием РАМОС - исследование причин смертности женщин репродуктивного возраста. Для выявления всех случаев смерти должны использоваться многочисленные источники информации: записи актов гражданского состояния, архивы медицинских учреждений, свидетельства руководителей общин и церковных деятелей, данные похоронных бюро, регистрационные книги кладбищ, рассказы школьников. Затем результаты опросов членов домашних хозяйств, а также информация, полученная от работников системы здравоохранения и медицинских учреждений, используются для классификации смертей по категориям "материнские" или иные ("вербальная аутопсия"). Хотя метод РАМОС считается "золотым стандартом" для определения уровня материнской смертности, он также сопряжен со значительной затратой времени, и проводить его сложно, в особенности в широком масштабе.

64. Из-за трудностей и больших расходов, которые требует метод РАМОС, лишь девять развивающихся стран применяют его или проводят обследования домашних хозяйств в целях определения показателей материнской смертности на национальном уровне. В этих условиях необходимо разрабатывать другие методы, позволяющие получить широкую оценку масштаба проблемы. ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали новую систему оценки уровней материнской смертности с использованием простой стратегии моделирования. Ее применение основано на существующих комплексных данных и двух независимых переменных - общих коэффициентов фертильности и доли родов, принимаемых квалифицированным персоналом, - в целях получения ориентировочных данных по странам, где отсутствует надежная информация о материнской смертности на национальном уровне.

65. Эта модель рассчитана на использование преимущественно в тех странах, где нет оценок уровней материнской смертности или где есть основания полагать, что официальные данные об этих уровнях не являются точными. Применение этого метода позволяет получить данные о порядках величины, а не точную оценку уровня материнской смертности. Стандартные ошибки, связанные с предполагаемыми показателями материнской смертности, весьма велики. Кроме этого, показатели, полученные на основе моделирования, охватывают десятилетний период (примерно с 1982 по 1992 год). Поэтому они не могут использоваться для ведения регулярного контроля за соответствующими тенденциями. Данные охватывают период примерно до 1990 года, и их следует рассматривать как откорректированные данные пересмотренной оценки по состоянию на начало 1991 года, которая была подготовлена ВОЗ, а не как данные, указывающие на какие-либо тенденции, появившиеся после этого.

66. Предварительные результаты применения новой модели приведены в таблице 2. Они свидетельствуют о том, что уровень материнской смертности выше, чем ранее предполагалось (было зарегистрировано 590 000 случаев смерти матерей, в то время как при проведении обследования с использованием предыдущей модели этот показатель составлял 509 000). Наибольшие расхождения между показателями, полученными при применении старой и новой модели, имеют место в Африке, где коэффициент материнской смертности, по новым оценкам, составляет 878 случаев смерти на 100 000 живорождений, в то время как, согласно полученной ранее оценке, этот показатель составлял 630 на 100 000. Иная картина наблюдается в отношении Азии и Латинской Америки и Карибского бассейна, где оценки, полученные на основе применения новой модели, весьма незначительно отличаются от аналогичных оценок, полученных при применении предыдущей модели.

Таблица 2. Оценочные коэффициенты материнской смертности и заболеваемости, 1990 год

Крупная область и регион	Число случаев смерти матерей	
	Число (в тыс.)	Коэффициент (на 100 000 живорождений)
Во всем мире	590	429
Более развитые регионы	4	27
Менее развитые регионы	586	479
Африка	238	878
Азия	323	383
Европа	3,2	36
Латинская Америка и Карибский бассейн	23	194
Северная Америка	0,5	11
Океания	2,0	382

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Maternal Mortality Ratios and Rates: A Tabulation of Available Information, 4-е издание (Женева, будет издан в ближайшее время).

67. Если определение общего числа случаев смерти матерей является трудным делом, то оценка причин смерти еще более трудна. В рамках лишь небольшого числа исследований проводится сбор информации о причинах смерти по стандартному формату или же производится разбивка причин смерти по категориям, содержащимся в Международной классификации болезней. Тем не менее на основе данных, полученных по результатам многочисленных качественных исследований, проведенных на уровне общины, можно осуществить разбивку причин смерти матерей на пять крупных групп. В таблице 3 содержатся данные о пяти наиболее распространенных осложнениях, возникающих при родовспоможении, а также о смертности, обусловленной ими. Между регионами отмечаются значительные расхождения в этих показателях. В Латинской Америке на долю аборт, вероятно, приходится более высокий процентный показатель в рамках общей материнской смертности, хотя в целом коэффициент материнской смертности в этом регионе ниже, чем в большинстве частей Африки.

Таблица 3. Оценочные данные о наиболее распространенных осложнениях, возникающих при родовспоможении, и о смертности в результате

/...

этих осложнений во всем мире, 1990 год

Осложнения при родовспоможении	Число случаев <u>a</u> / (в тысячах)	Число смертей (в тысячах)	Процентная доля от общего числа случаев материнской смертности
Кровотечение	14 300	150	25
Сепсис	12 000	90	15
Гипертензивные расстройства беременности и эклампсия	7 100	759	13
Осложненные роды	7 300	40	7
Аборты, производство которых сопряжено с опасностью для жизни	19 900	75	13
Другие непосредственные причины	3 600	50	8
Косвенные причины	13 500	110	19
Всего	77 600	590	100

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Maternal Health and Safe Motherhood Programme (Женева), неопубликованные оценки.

a/ Оценочное число случаев, а не женщин.

68. Вышеприведенные расчеты основаны на предположении, согласно которому каждое осложнение представляет собой дискретное явление, и поэтому примерно 56 процентов беременностей, завершающихся живорождением, сопряжены с осложнениями, серьезность которых, естественно, бывает различной. По оценкам ВОЗ, примерно у 15 процентов всех женщин возникают достаточно серьезные осложнения, требующие оперативного и квалифицированного вмешательства ради спасения жизни женщины или того, чтобы возможная травма не оставила ее инвалидом на всю жизнь. К числу подобных травм относятся свищи, возникающие в период беременности (повреждение мочевого пузыря и/или прямой кишки); инфекции половых путей; воспаление тазовых органов; бесплодие; анемия; пролапс; и повреждение мозга, почек и сердечно-сосудистой системы.

69. Осложнения, вызывающие смерть или инвалидность матерей, также приводят к травмам их новорожденных детей (см. таблицу 4). Из примерно 8 млн. младенческих смертей в год примерно две трети приходится на неонатальный период, когда ребенку меньше одного месяца. Каждый год в неонатальном периоде погибают 5 млн. детей, из которых 3,5 млн. умирают в первую неделю жизни, причем в основном это является следствием неадекватного или неквалифицированного ухода во время беременности, родов или в течение весьма важных первых часов после рождения. Половину всех детей, умирающих в неонатальный период, составляют мертворожденные.

Таблица 4. Последствия осложнений при беременности для матери и ребенка

Проблема или осложнение	Наиболее серьезные последствия для здоровья матери	Наиболее серьезные последствия для новорожденного ребенка/плода
----------------------------	--	--

/...

Тяжелая анемия	Сердечная недостаточность	Малый вес при рождении, удушье, мертворождение
Кровотечение	Шок, сердечная недостаточность, инфекция	Удушье, мертворождение
Гипертензивные расстройства беременности	Эклампсия, повреждение сосудов головного мозга	Низкий вес при рождении, удушье, мертворождение
Послеродовой сепсис	Септицемия, шок	Неонатальный сепсис
Осложненные роды	Свищи, разрыв матки, пролапс, амнионит, сепсис	Мертворождение, удушье, сепсис, родовая травма, различные дефекты
Инфекция во время беременности, заболеваний, передаваемые половым путем	Преждевременные роды, внематочная беременность, воспаление тазовых органов, бесплодие	Преждевременные роды, неонатальная инфекция глаз, слепота, пневмония, мертворождение, врожденный сифилис
Гепатит	Послеродовое кровотечение, печеночная недостаточность	Гепатит
Малярия	Тяжелая анемия, церебральный тромбоз	Недоношенность, задержка внутриутробного развития плода
Нежелательная беременность	Опасный аборт, инфекция, воспаление тазовых органов, кровотечение, бесплодие	Повышенная заболеваемость, смертность; деспотичное обращение с детьми, плохой уход за детьми, отказ от детей
Роды в антисанитарных условиях	Инфекция, послеродовой столбняк	Неонатальный столбняк, сепсис

70. Помимо проблемы, связанной с числом случаев смерти и инвалидностью, существует также проблема, связанная с характером материнской смертности. Умирающие матери находятся в расцвете сил - в том возрасте, когда они могут давать максимальную отдачу в социальном и экономическом плане. Во многих семьях, где умерла мать, остаются маленькие дети, вынужденные самостоятельно бороться за жизнь и лишенные поддержки человека, который ухаживал за ними, кормил их и приносил в дом доход.

71. Скудость информации о заболеваемости и смертности матерей привела к тому, что на данную проблему долгое время не обращали внимания. Лишь в последнее время международное сообщество начало искать пути выхода из сложившегося положения. Предстоит изучить еще много вопросов, причем вопросов не о том, какие мероприятия необходимы для того, чтобы понизить уровни материнской смертности, о чем известно уже давно, а о том, как осуществлять эти мероприятия на устойчивой основе в условиях ограниченности ресурсов. Хотя проблемы материнской смертности и заболеваемости являются крупными компонентами общей проблемы репродуктивного здоровья, их решение требует проведения мероприятий, которые в нескольких важных аспектах отличаются от мероприятий, необходимых для решения других проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. В частности, невозможно будет добиться устойчивого снижения уровня материнской смертности в отсутствие реально функционирующих районных систем здравоохранения, включая широко доступные центры охраны здоровья матери и ребенка на уровне общин наряду с надлежащими службами направления пациентов к специалистам, а также службами по лечению осложнений и оказанию скорой помощи.

VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ВКЛЮЧАЯ ВИЧ/СПИД

72. До последнего времени большинство стран и учреждений, занимающихся оказанием помощи в целях развития, уделяли мало внимания вопросам профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, и борьбе с ними. Этому в определенной мере способствовали и недостаточная информированность о проблеме борьбы с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и возникающими в результате них осложнениями и остаточными явлениями и конкуренция за ресурсы, обусловленная необходимостью решения других важных проблем в области здравоохранения, и нежелание руководителей, отвечающих за разработку политики в области здравоохранения, заниматься болезнями, имеющими отношение к сексуальному поведению.

73. До сих пор большинство программ в области профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, были ориентированы на профилактику осложнений (вторичная профилактика). В настоящее время в связи с пандемией ВИД/СПИД и выявлением нескольких венерических болезней, способствующих распространению ВИЧ, более пристальное внимание уделяется профилактике передачи инфекций (первичная профилактика).

74. Продолжающаяся уже второй десяток лет эпидемия ВИЧ/СПИД продолжает разрастаться, в результате чего ежедневно отмечаются тысячи новых случаев заражения. По оценкам, ВИЧ заражены в общей сложности 18,5 млн. человек взрослого населения и 1,5 млн. детей. Из этого общего числа зараженных лиц 7-8 млн. составляют женщины, причем среди них приблизительно 70 процентов приходится на женщин детородного возраста. По данным ВОЗ, в настоящее время живы от 13 до 15 млн. инфицированных подростков и взрослых и, помимо этого, примерно полмиллиона инфицированных детей.

75. В долгосрочной перспективе масштабы распространения пандемии ВИЧ/СПИД пока что точно спрогнозировать не удастся. Однако, опираясь на имеющиеся данные о нынешних масштабах этой охватившей весь мир пандемии и с учетом последних тенденций ее распространения ВОЗ составила перечень новых инфекций ВИЧ, вспышка которых является потенциально возможной в 90-е годы. Прогнозируя будущие масштабы пандемии, ВОЗ исходит из минимального числа прогнозируемых случаев заболеваемости ВИД/СПИД по каждому региону. Таким образом, полученные данные можно считать заниженными.

76. По прогнозам ВОЗ, в текущем десятилетии можно ожидать примерно 10-15 млн. новых случаев заражения ВИЧ среди взрослого населения, главным образом в развивающихся странах. В этот же период, по прогнозам ВОЗ, примерно 5-10 млн. детей заразятся ВИЧ от своих матерей, в большинстве случаев в странах Африки к югу от Сахары. К 2000 году ВИЧ будут заражены 30-40 млн. человек, из них 90 процентов в развивающихся странах. Согласно прогнозам, совокупный показатель общей смертности от причин, связанных с заражением ВИЧ, который в настоящее время составляет 2 млн. человек, превысит 8 миллионов. По оценкам ВОЗ, свыше 5 млн. детей в возрасте до 10 лет к концу 90-х годов осиротеют в результате смерти родителей от причин, связанных с ВИЧ. В начале двадцать первого столетия из-за смерти матерей, заразившихся ВИЧ в 90-е годы, число сирот еще больше возрастет.

77. Эпидемия ВИЧ/СПИД имеет губительные последствия для людей, семей и целых общин. Что касается женщин, то инфекция ВИЧ стала для них дополнительным бременем, встав в один ряд с рисками, связанными с венерическими болезнями, беременностью и деторождением. Доля женщин, зараженных ВИЧ и больных СПИД, увеличилась, особенно в развивающихся странах. При этом наибольшее число случаев заражения ВИЧ/СПИД отмечается среди молодежи. По оценкам, половина случаев заражения ВИЧ приходится на возрастную группу от 15 до 24 лет. Это имеет тяжелые последствия для экономики многих стран, поскольку наиболее сильно

затрагиваемые возрастные группы - молодежь и взрослое население среднего возраста - составляют костяк трудовых ресурсов. Социально-экономическое бремя, обусловленное проблемой заболеваний, передаваемых половым путем, как с точки зрения прямых, так и с точки зрения косвенных издержек, стремительно возрастает.

78. В течение последних 10 лет принимаемые меры по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД были преимущественно направлены на профилактику, а также на лечение СПИД. Правительства, неправительственные организации, общины, ассоциации и организации поддержки лиц, зараженных ВИЧ/СПИД, международные организации, системы здравоохранения, просвещения и т.д., а также государственный и частный сектор сотрудничали между собой на основе партнерства в целях разработки мер по борьбе с эпидемией.

79. Эпидемиологические тенденции распространения заболеваний, передаваемых половым путем, в различных районах мира удивительно неоднородны. В развивающихся странах для этой эпидемии характерны большое число новых случаев заболевания и высокая заболеваемость в целом; часто наблюдающиеся осложнения после болезни; вызывающая тревогу проблема резистентности к противомикробным препаратам; и наличие взаимосвязи с распространением ВИЧ-инфекции. По оценкам, в мире ежегодно наблюдается примерно 333 млн. случаев заболевания излечимыми венерическими болезнями, большая часть которых приходится на развивающиеся страны.

80. Несмотря на обширную информацию о последствиях венерических болезней для здоровья людей, в частности женщин и новорожденных, системы здравоохранения в большинстве развивающихся стран почти не уделяли им внимания. На протяжении нескольких десятилетий венерические болезни входят в число пяти наиболее распространенных болезней, для лечения которых взрослое население во многих развивающихся странах обращается за медицинской помощью. В большинстве промышленно развитых стран, напротив, имело место резкое сокращение числа случаев заболевания венерическими болезнями, особенно гонореей и сифилисом.

81. В Европе самой распространенной инфекционной венерической болезнью является паховый лимфогранулематоз. На протяжении некоторого времени заболеваемость этой болезнью сильно недооценивалась из-за отсутствия средств диагностики. В странах, проводящих активную политику борьбы с паховым лимфогранулематозом, наблюдается документально подтвержденное сокращение числа случаев заболевания, особенно среди женщин.

82. В настоящее время имеется скудная информация о заболеваемости венерическими болезнями в развивающихся странах, хотя во многих странах, в частности в Африке, были проведены статистические медицинские обследования. В целом данные этих обследований свидетельствуют о том, что для сопоставимых контингентов населения стран Европы или Северной Америки характерна более высокая заболеваемость гонореей, сифилисом и паховым лимфогранулематозом. Вместе с тем в этих странах также отмечается высокая дисперсия показателей, т.к. в некоторых странах отмечаются низкие показатели заболеваемости. Следует подчеркнуть, что показатели заболеваемости инфекционными венерическими болезнями, с одной стороны, характеризуют заболеваемость населения в результате заражения половым путем и, с другой стороны, процентную долю больных, прошедших надлежащий курс лечения.

83. Женщины, особенно молодые женщины, более уязвимы в плане заражения венерическими болезнями и возникающих в результате них осложнений (таких, как бесплодие, рак и воспалительные процессы), нежели мужчины. Высокая распространенность венерических болезней среди женщин, посещающих клиники по родовому уходу, планированию семьи и гинекологической помощи в развивающихся странах дает представление о масштабах проблемы венерических болезней. Например, в результате проведения исследований в развивающихся странах

было установлено, что до 19 процентов беременных женщин больны гонореей или паховым лимфогранулематозом и до 20 процентов - сифилисом.

84. Биологически женщины в большей степени по сравнению с мужчинами подвержены венерическим болезням; такая подверженность по меньшей мере частично объясняется тем, что у женщин во время половых сношений больший по площади участок слизистой оболочки подвергается воздействию большего количества возбудителей заболеваний. Для женщин, болеющих венерическими болезнями, более вероятно, по сравнению с мужчинами, бессимптомное протекание болезни, в связи с чем они реже обращаются за медицинской помощью, что приводит к возникновению хронических заболеваний с более тяжелыми осложнениями и остаточными явлениями.

85. Между программами в области профилактики ВИЧ/СПИД и венерических болезней и их лечения и другими компонентами программ, имеющих отношение к охране репродуктивного здоровья, существует тесная взаимосвязь. Деятельность по оказанию услуг в области планирования семьи и охраны здоровья матери и ребенка, включая дородовой уход, предоставляет ценные возможности как для диагностики и лечения венерических заболеваний, так и для распространения информации об их профилактике, и в том числе о правилах безопасного сексуального поведения и оказываемых в этих целях услугах, таких, как распространение презервативов.

VII. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА

86. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права - это сравнительно новые аспекты демографической политики. Помимо этого, репродуктивное здоровье и репродуктивные права - это тема, которая вызывает особенно острые споры. Репродуктивные права затрагивают самые интимные и личные стороны жизни человека, такие, как сексуальность, половая жизнь и репродуктивное поведение, и касаются таких вопросов, которые оказывают определяющее влияние на взаимоотношения членов семьи и понимание ими своей роли в семье. Осуществление этих прав также взаимосвязано с положением женщин и расширением их прав и возможностей, а эти вопросы сами по себе во многих странах являются предметом острых дискуссий.

87. Репродуктивные права можно рассматривать как принадлежащие всем людям определенные права, которые позволяют им пользоваться всем спектром услуг в области охраны репродуктивного здоровья. В частности, как отмечалось на последних трех международных конференциях по народонаселению и на четвертой Всемирной конференции по положению женщин, эти права включают право всех супружеских пар и индивидуумов свободно принимать ответственные решения относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами. Эти права также включают право достигать высших стандартов сексуального и репродуктивного здоровья, а также право принимать решения по вопросам, касающимся репродуктивного поведения в условиях отсутствия дискриминации, насилия или принуждения. Кроме того, в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Платформе действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин недвусмысленно говорится, что основой для осуществления всех этих прав служат национальное законодательство, международные документы по правам человека и другие международные документы, принятые консенсусом.

88. Несмотря на то, что концепция репродуктивных прав является относительно новой, эти права получили широкую поддержку в существующих международных документах и договорах по правам человека. Например, в итоговых документах, принятых на всех трех международных конференциях по народонаселению, а также на четвертой Всемирной конференции по положению

женщин, содержатся четкие положения, которые закрепляют репродуктивные права. В каждый из этих документов включено положение о том, что все супружеские пары и отдельные лица имеют право свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами, которое первоначально было разработано на Международной конференции по правам человека, состоявшейся в Тегеране в 1968 году. Хотя эти документы с точки зрения международного права не являются документами, имеющими обязательную силу, они имеют огромное нормативное значение и встречают поддержку подавляющего большинства правительств.

89. В обязательных с юридической точки зрения официальных международных договорах также находит отражение понятие репродуктивных прав, хотя эти права как таковые в них конкретно не оговорены. Например, в Международном пакте о гражданских и политических правах (Пакт о политических правах) содержится ряд положений относительно права добровольно принимать решения по вопросам деторождения. В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (Пакт об экономических правах), который является как бы логическим продолжением Политического пакта, за человеком также признается право на самый высокий уровень медицинского обслуживания и указывается на необходимость уделять женщинам особое внимание до и после родов и добиваться снижения младенческой смертности. Эти репродуктивные права были четко сформулированы и получили решительную поддержку в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (Конвенция о положении женщин) в 1979 году. Помимо прочего, защита репродуктивных прав также обеспечивается средствами национального законодательства: в частности, как в развивающихся, так и в развитых странах, как правило, существуют законы об охране матери и ребенка, о доступе к различным формам планирования семьи, половом воспитании и лечении и профилактике венерических болезней.

90. Одной из основных посылок, на которых строится концепция репродуктивных прав, является право на доступ к средствам планирования семьи. Эта идея, с самого начала игравшая ключевую роль в разработке определений понятия репродуктивных прав, неоднократно высказывалась в документах по вопросам народонаселения и прав человека в виде ссылки на право располагать необходимой "информацией и средствами" для того, чтобы свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей и интервалов между их рождением. Без доступа к такой информации и таким средствам репродуктивные права, с практической точки зрения, не имеют реального значения.

91. Во всех странах мира все большую озабоченность вызывает проблема репродуктивного поведения подростков. Многие страны не имеют какой-либо последовательной политики в области охраны и поддержания репродуктивного здоровья подростков; отчасти это объясняется сложностью этого вопроса. Некоторые ключевые вопросы, связанные с репродуктивными правами подростков, касаются института брака. Во многих странах мира в нарушение основных прав человека имеет место практика насильной выдачи женщин замуж. Кроме того, несмотря на принятие законов, призванных положить конец подобной практике, во многих странах девушек выдают замуж вскоре после наступления полового созревания, причем считается желательным, чтобы они чуть ли не сразу же начали рожать детей, что в определенной степени связано с отсутствием каких-либо альтернатив. Проблемы раннего деторождения не только имеют ряд биомедицинских последствий, но и приводят к ограничению возможностей молодых матерей в плане получения образования и участия в экономической деятельности.

92. На пути к достижению целей охраны репродуктивных прав и репродуктивного здоровья существует множество препятствий. По причине сложного и спорного характера связанных с этим вопросов, в частности таких, как сексуальность, контрацепция, расширение прав и возможностей женщин и семейные отношения, расширение репродуктивных прав встречает сопротивление.

Существует также одна серьезная проблема умозрительного характера. Во многих странах широкая общественность плохо осведомлена о закрепленных в международных документах о правах человека и репродуктивных правах, и информация о таких правах почти не распространяется. Кроме того, формулировки прав человека и репродуктивных прав могут представляться слишком абстрактными или даже противоречащими местному опыту, подходам и традициям. Незнание своих прав особенно характерно для наименее образованной части населения. Кроме того, женщины в большей степени, чем мужчины, подвергаются ограничениям, отражающимся на их положении, что мешает им получать информацию о своих правах. Так, многим женщинам неизвестно, что они обладают репродуктивными правами; понятно, что без такой информации трудно рассчитывать на то, что они смогут осуществлять эти права.

93. Ввиду наличия этих препятствий меры, принимаемые в целях охраны репродуктивных прав и репродуктивного здоровья, носят ограниченный характер. Одна из стратегий преодоления таких препятствий заключается в укреплении и более широком использовании механизмов, созданных для обеспечения выполнения и контроля за соблюдением международных договоров. Другая состоит в расширении предоставляемой информации и активизации просвещения по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. Можно активизировать усилия в области просвещения миллионов людей в различных районах мира, которые почти не имеют представления о репродуктивном здоровье и не понимают, что это такое. Такие усилия могут включать распространение элементарных медицинских сведений и сведений о репродуктивной системе, а также информацию о том, насколько тесно вопросы репродуктивного здоровья связаны с такими вопросами, как возраст вступления в брак, просвещение, положение женщин и такая пагубная практика, как проведение калечащих операций на женских половых органах. Можно также пропагандировать имеющиеся на международном уровне документы, ратифицированные странами, в которых поддерживаются такие права, и в частности право свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей и интервалов между их рождением. Кроме того, с тем чтобы эта работа была эффективной, такую информацию следует также предоставлять медицинскому персоналу, религиозным руководителям, государственным чиновникам и неправительственным организациям.

94. Чрезвычайно важное значение имеет надлежащее толкование концепции репродуктивных прав на местном уровне. Одним из подходов является пропаганда национальных законов, которые сами по себе ориентированы на обеспечение защиты репродуктивных прав, таких, как конституции, стратегии в области народонаселения и законы о системе здравоохранения различных стран. Другой подход - использование местных общественных движений и традиций, способствующих соблюдению репродуктивных прав. Третий подход заключается в увязке "правозащитной" пропаганды с реальными потребностями на местном уровне, в частности в том, что касается основной медицинской помощи, планирования семьи и просвещения. Для того, чтобы концепции репродуктивных прав и репродуктивного здоровья могли быть осуществлены на местном уровне, необходимо, чтобы их восприняли существующие социальные, политические и религиозные структуры, после чего они станут неотъемлемым элементом сложной системы социальных отношений.

VIII. ИНФОРМАЦИЯ, ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОММУНИКАЦИЯ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

95. Что касается народонаселения, то термин информация, просвещение и коммуникация используется как стратегически важный элемент, объединяющий все три процесса, в попытке предоставить информацию об оказываемых услугах, обеспечить понимание общественности и пропагандировать решения по вопросам народонаселения и развития. Термин мероприятия в рамках программ в области информации, просвещения и коммуникации обычно понимается как неотъемлемый элемент страновой программы развития, целью которого является достижение

поддающихся определению изменений моделей поведения и отношения к этим вопросам конкретных групп на основе изучения их потребностей и представлений.

96. Осуществление Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию требует политической поддержки и пропагандистской деятельности, которые в настоящем докладе означают полную приверженность принципам, целям и задачам Конференции. Эффективная пропагандистская деятельность имеет важное значение для обеспечения понимания общественностью вопросов, связанных с репродуктивными правами и репродуктивным здоровьем, и этой деятельности можно содействовать на основе использования эффективных стратегий в области информации, просвещения и коммуникации. Важное значение информации, просвещения и коммуникации в области репродуктивных прав и репродуктивного здоровья вытекает из признания того, что они являются важными инструментами, стимулирующими изменения мировоззрения и моделей поведения. Что касается репродукции и здоровья людей, то различные стратегии используются в попытке разработать позитивные установки и способствовать формированию ответственных и здоровых моделей поведения, оказать помощь в активизации участия общин в мероприятиях в области народонаселения и содействовать принятию программ в области народонаселения в различных культурных условиях.

97. Основной целью мероприятий в области информации, просвещения и коммуникации должно быть стимулирование директивных органов, руководителей программ, учреждений, оказывающих услуги, и общин к претворению в жизнь концепции репродуктивных прав и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. Это потребует укрепления национального потенциала для осуществления соответствующих мероприятий в области информации, просвещения и коммуникации. Для этого будет необходимо также, чтобы мероприятия в области информации, просвещения и коммуникации были эффективными и чтобы системы оказания услуг были адекватными для удовлетворения повышенных потребностей, возникающих в связи с выполнением этих задач.

98. Имеется широкий комплекс программ в области информации, просвещения и коммуникации, который объединяет стратегии массовых, групповых и индивидуальных коммуникационных подходов и использует различные каналы: от оказания поддержки на уровне межличностных отношений и отношений между сверстниками до разработки формальных учебных программ, от использования традиционных и народных средств до организации массовых зрелищ и использования средств массовой информации, а также производство и распространение конкретных материалов. Комплекс мероприятий включает в себя широкий спектр операций, охватывающих кампании по информированию общественности, художественные выставки, конкурсы картин и плакатов; разработку, подготовку и распространение материалов в области информации, просвещения и коммуникации и учебных материалов; печатание и распространение буклетов, брошюр и комиксов с информацией по вопросам планирования семьи, сексуального здоровья и предупреждения ВИЧ/СПИД; радио- и телевизионные программы, прежде всего дневные многосерийные телепередачи, посвященные вопросам планирования семьи и ВИЧ/СПИД; драмы и кукольные спектакли; семинары и практикумы; службы телефонных консультаций; консультирование по вопросам предупреждения беременности, включая распространение презервативов. В том случае, если эти мероприятия планируются на скоординированной основе и с учетом стратегических соображений, они могут в значительной мере способствовать повышению эффективности программ в области народонаселения.

99. В рамках программ в области информации, просвещения и коммуникации были выявлены три ключевых момента. Во-первых, социальные, культурные и политические условия могут оказывать влияние в том, что касается признания репродуктивных прав, и ограничивать доступ к услугам и информации в области репродуктивного здоровья; серьезным препятствием могут

послужить недостоверная информация и неосведомленность. Во-вторых, мероприятия в области информации, просвещения и коммуникации не всегда надлежащим образом увязываются с представлением информации и услуг, касающихся репродуктивного здоровья и планирования семьи. И в-третьих, необходимо разработать соответствующие показатели для определения прогресса в этой области.

100. Политика и законодательство в области народонаселения играют важную роль в создании благоприятных условий для репродуктивного здоровья и планирования семьи. Осуществление мероприятий в области информации, просвещения и коммуникации облегчается в тех случаях, когда определена политика в области народонаселения и разработано соответствующее законодательство. Признается также, что мероприятия в области информации, просвещения и коммуникации представляют собой ценные механизмы, способствующие более глубокому пониманию и признанию целей и задач политики в области народонаселения.

101. Как правило, программы в области репродуктивного здоровья и планирования семьи являются главным компонентом национальной политики и стратегий в области народонаселения, а мероприятия в области информации, просвещения и коммуникаций обеспечивают серьезную программную поддержку. Укрепление связи между ними сделает их взаимодополняющими и тем самым позволит создать условия для того, чтобы национальные программы в большей степени были ориентированы на удовлетворение все еще возникающих потребностей на основе оказания высококачественных услуг в области репродуктивного здоровья и планирования семьи. Многие из указанных программ включают в себя также профилактику болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИД и борьбу с ними, и мероприятия в области информации, просвещения и коммуникации, являющиеся ценными механизмами, обеспечивающими охват групп риска, прежде всего подростков, и повышение степени информированности общественности и содействие изменению моделей поведения.

102. Просвещение населения также является общей стратегией, принятой правительствами в рамках их политики в области народонаселения. Обычно программы просвещения населения охватывают широкий круг тем, таких, как динамика населения, беременность и планирование семьи, проблемы семейной жизни, просвещение по половым вопросам, а недавно в число этих тем были включены следующие: новые способы изучения гендерных вопросов и ВИЧ/СПИД и болезни, передаваемые половым путем. Имеется все больше доказательств того, что программы просвещения по вопросам, связанным с половым воспитанием и ВИЧ/СПИД, могут содействовать более широкому применению безопасных средств среди сексуально активных подростков, а также сокращению числа случаев беременности в раннем возрасте.

103. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию предусматривает скоординированный стратегический подход к информации, просвещению и коммуникации, который должен увязываться с национальной политикой и стратегиями в области народонаселения и развития и полным комплексом услуг по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и сексуальное здоровье, и дополнять их (United Nations, 1995a, глава I, резолюция 1, приложение, пункт 11.19). Для выполнения этих задач особое внимание следует уделять следующим приоритетным областям:

а) Информационные потребности, показатели и будущие исследования. Самое пристальное внимание следует уделять разработке соответствующих механизмов для сбора информации и инструментам оценки и анализа результатов осуществления программ. Приоритетной задачей должна быть помощь страновым программам в разработке или укреплении их информационных систем для управления программами в области информации, просвещения и коммуникации;

b) Подростки. Учитывая критический этап их развития, молодые люди, особенно подростки, испытывают особые потребности в информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, а также по другим смежным вопросам, таким, как злоупотребление психотропными веществами и насилие. Большинство молодых людей подвержены воздействию средств массовой информации, школы и членов семей и ровесников, а также общины в целом, и именно через эти три главных канала они получают информацию, образование и навыки, необходимые для того, чтобы пройти сложный путь и стать взрослыми. Предоставление информации о сексуальности, беременности и болезнях, передаваемых половым путем, в сочетании с информацией о наличии местных услуг и консультативной помощи - это эффективный способ оказания помощи молодым людям. Участие молодых людей в таких мероприятиях может оказать помощь в обеспечении надлежащей информации, представляющей соответствующий интерес для их сверстников. Молодежь может также участвовать в содействии проведению общинного диалога и обсуждений, которые должны быть связаны с этими усилиями. Кроме того, молодежные организации могут играть важную роль в содействии улучшению здоровья молодежи как в рамках учебных заведений, так и вне их и способствовать тому, чтобы среда, в которой непосредственно находятся молодые люди, была более благоприятной. Группы молодежи могут устанавливать связь с сектором здравоохранения и оказать помощь в обеспечении того, чтобы медицинские услуги в большей мере ориентировались на молодежь. Эти организации могут также сыграть определенную роль в том, чтобы вовлечь в этот процесс родителей и помочь им понять своих детей-подростков и оказать им помощь;

c) Равенство и равноправие мужчин и женщин. В Программе действий утверждается, что в вопросах, связанных с репродуктивной жизнью, необходимо добиваться полного участия как женщин, так и мужчин. Просвещение и информация, содействующие этим целям, равно как ответственное отношение к половой жизни и уважение женщин, также имеют крайне важное значение для улучшения положения и повышения роли женщин в обществе. Углубление знаний девочек и женщин способствует расширению их прав и возможностей и улучшению положения в семье. Углубление знаний женщин о репродуктивном здоровье и расширение их возможностей позволяет им добиться достижения их репродуктивных целей. Мероприятия в области информации, просвещения и коммуникации могут способствовать прекращению пагубной практики в отношении женщин и девочек, например калечащих операций на женских половых органах; обеспечению того, чтобы медицинским потребностям девочек уделялось соответствующее внимание; ликвидации практики дискриминации девочек в том, что касается питания; привлечению мужчин к участию в программах репродуктивного здоровья и планирования семьи; устранению барьеров, препятствующих осуществлению прав женщин, и введению в действие законодательства, касающегося раннего замужества, сексуальной эксплуатации и насилия; и обеспечению того, чтобы женщины имели равный доступ к образованию и гарантию того, что они будут иметь равные возможности в плане трудоустройства и равной оплаты за равный труд;

d) Участие пользователей программ. Участие пользователей программ в разработке, осуществлении и оценке мероприятий программ в области информации, образования и коммуникации повышает вероятность успешного осуществления указанных программ. Различные группы населения дают свои собственные оценки, высказывают различные идеи и мнения по многим вопросам, прежде всего по вопросам, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Для обеспечения эффективной коммуникации с потребителями программ необходимо их непосредственное участие;

e) Профессиональная подготовка. Необходимо обеспечивать профессиональную подготовку специалистов в области здравоохранения по вопросам базовой информации, просвещения и коммуникации для удовлетворения особых потребностей населения, которое они обслуживают, включая такие области, как межличностное общение, сексуальность и оказание консультативной

помощи, а также создание группы, которая будет содействовать расширению сотрудничества с работниками сферы социального обеспечения, преподавателями, родителями и лидерами общин. В процессе профессиональной подготовки педагогов и инструкторов из числа учащихся для работы с другими учащимися по вопросам, касающимся просветительской деятельности и предоставления консультаций, основной упор следует делать на методы решения проблем, умение установить контакт с аудиторией, объективную коммуникацию, урегулирование конфликтов, принятие решений, консультирование и базовое образование, а также на удовлетворение потребностей, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем.

Примечания

1/ Под абортom, производимым в неадекватных условиях, понимается процедура прерывания нежелаемой беременности либо лицами, не обладающими необходимыми навыками, либо в условиях, не обеспечивающих соблюдения минимальных медицинских норм, или при наличии обоих указанных обстоятельств (на основе World Health Organisation, The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Report of a Technical Working Group (Geneva), WHO/MSM/92.5). Это определение было использовано в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), глава I, резолюция 1, приложение).

Справочные материалы

Larsen Ulla (1994), Sterility in sub-Saharan Africa. Population Studies (London), vol. 48, No. 3 (November), pp. 459-474.

United Nations (1992). Abortion Policies: A Global Review, vol. I, Afghanistan to France. Sales No. E.92.XIII.8.

_____ (1993). Abortion Policies: A Global Review, vol. II, Gabon to Norway. Sales No. E.94.XIII.2.

_____ (1995a). Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года. В продаже под № R.95.XIII.18.

_____ (1995b). World Population Prospects: The 1994 Revision. Sales No. E.95.XIII.16.

_____ (1995c). Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys. Sales No. E.95.XIII.23.

_____ (1995d). Abortion Policies: A Global Review, vol. III, Oman to Zimbabwe. Sales No. E.95.XIII.24.

_____ (forthcoming). World Population Monitoring, 1996.

World Health Organization (1991). A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. Programme on Maternal and Child Health and Family Planning, Division of Family Health. WHO/MCH/91.9. Geneva. Unpublished.

_____ (1994). Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion, 2nd ed. Geneva.
