

**Экономический и Социальный
Совет**

Distr.: General
18 January 2011
Russian
Original: English

Комиссия по народонаселению и развитию**Сорок четвертая сессия**

11–15 апреля 2011 года

Пункт 3 предварительной повестки дня*

**Последующая деятельность по выполнению
рекомендаций Международной конференции
по народонаселению и развитию****Рождаемость, репродуктивное здоровье и развитие****Доклад Генерального секретаря***Резюме*

Настоящий доклад был подготовлен в ответ на решение 2009/101 Комиссии по народонаселению и развитию, в котором Комиссия постановила, что темой ее сорок четвертой сессии в 2011 году будет «Рождаемость, репродуктивное здоровье и развитие». В докладе указывается, что снижение рождаемости может способствовать развитию, и с учетом разнообразного опыта стран с низкой, средней и высокой рождаемостью делается вывод о том, что страны с высокой рождаемостью, как правило, добиваются невысоких результатов в области охраны репродуктивного здоровья. В докладе рассматриваются различные аспекты охраны репродуктивного здоровья при уделении особого внимания путям ускоренной реализации соответствующих целей и задач, поставленных в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Главный содержащийся в нем вывод заключается в том, что обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья и, в частности, удовлетворение потребностей в области планирования семьи могут более активно содействовать охране здоровья матери и ребенка, особенно в странах с высокой рождаемостью, и тем самым привести к снижению коэффициентов рождаемости, что в свою очередь может способствовать развитию.

* E/CN.9/2011/1.



Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
II. Рождаемость сегодня	6
III. Брак	9
IV. Время рождения детей	11
V. Подростковая беременность	14
VI. Использование методов контрацепции и неудовлетворенные потребности в области планирования семьи	18
VII. Охрана материнского здоровья	26
Аборты	30
VIII. Прочие аспекты репродуктивного здоровья	31
А. ВИЧ/СПИД	31
В. Инфекции репродуктивного тракта	33
С. Раковые заболевания репродуктивной системы	34
IX. Выводы и рекомендации	36
 Диаграммы	
I. Уровень рождаемости в странах мира, 2005–2010 годы	7
II. Ориентировочный показатель среднего возраста вступления в брак в 2005 году в сравнении с общими показателями рождаемости в 2005–2010 годах	10
III. Ориентировочный средний возраст при рождении первого ребенка в соответствии с последними данными в сравнении с общими показателями рождаемости в 2005–2010 годах	13
IV. Ориентировочный коэффициент рождаемости среди девочек-подростков в 2005 году в сравнении с долей когда-либо состоявших в браке женщин в возрасте 15–19 лет (согласно самым последним имеющимся данным)	16
V. Распределение стран по уровню использования средств контрацепции, 1990-е и 2000-е годы	19
VI. Последние данные об использовании средств контрацепции в сравнении с общим уровнем рождаемости, 2005–2010 годы	20
VII. Количество стран в разбивке по основным используемым методам контрацепции	21
VIII. Показатели неудовлетворенных потребностей в услугах по планированию семьи в сравнении с уровнем использования средств контрацепции	24
IX. Доля женщин, не желающих иметь большее количество детей, в разбивке по числу детей и неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи в странах с высокой рождаемостью	25
X. Вероятность смерти в связи с беременностью и родами в течение всей жизни женщины в 2008 году в сравнении с общим уровнем рождаемости в 2005–2010 годах	28

I. Введение

1. Мировые показатели рождаемости, выражаемые как среднее число детей, которых женщины имеют при нынешних темпах рождаемости, резко сократились — с 4,9 ребенка на одну женщину в 1950 году до приблизительно 2,5 ребенка на одну женщину в 2005–2010 годах. Снижение рождаемости в развивающихся странах, в которых общие показатели рождаемости сократились с 6,0 до 2,6 ребенка на одну женщину в период между 1950–1955 и 2005–2010 годами, является основным фактором, обусловившим это сокращение. Вместе с тем рождаемость также сократилась и в развитых странах — с 2,8 ребенка на одну женщину в 1950-х годах до 1,6 ребенка в настоящее время. Быстрое сокращение рождаемости в развивающихся странах, которое началось в конце 1960-х годов, и сохранение низкого уровня рождаемости в развитых странах с 1970-х годов являются беспрецедентным явлением в истории человечества. Эти события произошли в условиях стремительного развития техники и социальных преобразований, среди которых крайне важное значение имеет расширение доступа к эффективным противозачаточным средствам. В настоящее время 56 процентов всех женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или союзе, используют современные средства контрацепции, а в 9 из каждых 10 развивающихся стран оказывается прямая поддержка программам планирования семьи.

2. Сокращение рождаемости имеет важные последствия для развития как на национальном уровне, так и для благополучия семей и отдельных лиц. Жизнь женщин может резко меняться в зависимости от наличия или отсутствия у них возможности контролировать сроки рождения и число детей. Сокращение рождаемости позволяет женщинам повышать уровень своего образования, участвовать в трудовой деятельности и уделять больше внимания каждому из своих детей. Увеличение интервалов между родами приводит к снижению показателей смертности среди детей младшего возраста и позволяет матерям восстанавливать силы после беременности. Сокращение числа беременностей также уменьшает в течение жизни вероятность смерти по причинам, связанным с материнством. Благодаря уменьшению числа детей семьи и общество могут вкладывать больше средств в каждого ребенка. Улучшения положения в области питания, охраны здоровья и образования детей можно достичь быстрее, если в семье меньше детей, конкурирующих за ресурсы и услуги.

3. Сокращение рождаемости ведет к замедлению темпов прироста численности населения и вызывает положительные изменения в возрастном распределении населения, поскольку складывается положение, при котором число потенциальных работников растет быстрее, чем число иждивенцев. Эти изменения могут привести к резкому увеличению объема сбережений, обеспечивая тем самым «демографический дивиденд». Страны, которые использовали эти сбережения для увеличения инвестиций и создания дополнительных рабочих мест в течение этого периода и которые инвестировали больше средств в охрану здоровья и образование детей, извлекают выгоду с точки зрения повышения темпов экономического роста и улучшения показателей человеческого развития. По оценкам, среднесрочное воздействие сокращения рождаемости на экономический рост в развитых и развивающихся странах обеспечило около

20 процентов роста объема производства на душу населения в период 1960–1995 годов¹.

4. Сокращение рождаемости и развитие являются взаимосвязанными процессами. Уже давно ведется спор о том, приводит ли успешное развитие к снижению рождаемости или снижение рождаемости способствует развитию. Данные указывают на то, что верны оба утверждения, поскольку между снижением рождаемости и развитием существуют важные механизмы обратной связи. О влиянии рождаемости на развитие говорилось выше. О том, что развитие влияет на показатели рождаемости, свидетельствуют первое надежное приближенное значение, которое позволяет получить использование модели, в которой основные показатели развития увязываются с тенденциями рождаемости в 87 развивающихся странах². Тем не менее показатели развития являются не единственными факторами, влияющими на рождаемость. Это подтверждается тем, что процесс снижения рождаемости в развивающихся и развитых странах начинается на различных уровнях развития. То есть не существует определенного порога развития, необходимого для начала процесса снижения рождаемости.

5. Социальная динамика также влияет на тенденции в области рождаемости. Анализ снижения рождаемости в Европе в XIX веке показал, что оно было вызвано процессом распространения новых идей и моделей поведения через социальные сети. Меры по внедрению противозачаточных средств, которые включают распространение и получение информации об обеспечиваемых контрацепцией возможностях, оценку вариантов, проверку одного или нескольких методов контрацепции, и, наконец, постоянное применение этих средств означают, что социальное обучение и социальное влияние являются важными аспектами данного процесса. Поэтому все успешные программы планирования семьи включают в себя ключевые компоненты информационно-пропагандистской деятельности, направленные на повышение осведомленности, закрепление изменений в поведении и повышение степени информированности об использовании противозачаточных средств и доверия к ним. Процессы распространения, обусловленные социальным влиянием, социальной конкуренцией и социальным обучением, в значительной степени объясняют причины существенного снижения рождаемости в странах с низкими показателями развития.

6. Государственная политика также оказывает важное воздействие на тенденции в области рождаемости. Стратегии, затрагивающие рождаемость, могут быть как прямыми, так и косвенными. Прямые стратегии касаются главным образом таких непосредственных определяющих факторов рождаемости, как возраст вступления в брак, поощрение и поддержка использования противозачаточных средств и предоставление пособий на детей. Косвенные стратегии — это такие стратегии, которые, не преследуя цели повлиять на рождаемость, тем не менее приводят к изменению модели стимулов, влияющих на решения родителей относительно желаемого числа детей. Такие стратегии включают в себя выплату пенсий по старости, стимулирование женщин к участию в трудовой

¹ Allen Kelley and Robert Schmidt, “Evolution of recent economic-demographic modelling: a synthesis”, *Journal of Population Economics*, vol. 18, No. 2 (June 2005).

² John Bryant, “Theories of fertility decline and evidence from development indicators”, *Population and Development Review*, vol. 33, No. 1 (2007).

деятельности и стратегии, поощряющие получение более высокого уровня образования и способствующие улучшению экономических возможностей, что побуждает родителей инвестировать больше средств в расчете на каждого ребенка.

7. Поскольку факторы, которые привели к снижению рождаемости, имеют сложный характер и взаимодействуют как между собой, так и с последствиями снижения рождаемости, не существует общего и единственного объяснения того, почему в развивающихся странах рождаемость так быстро упала и почему во многих странах она снизилась до такого уровня, который приводит или приведет к сокращению численности населения. Тем не менее сегодня почти 40 лет после того, как в развивающихся странах начался процесс снижения рождаемости, показатели рождаемости негативно соотносятся с показателями развития, и при этом в странах с более высокой рождаемостью, как правило, наблюдаются более низкий уровень доходов на душу населения, более высокий уровень бедности, более низкий уровень образования, более высокие показатели смертности и более низкий уровень урбанизации. Также в странах более высокие показатели рождаемости характерны для тех групп населения, которые находятся на более низком уровне человеческого развития. Таким образом, результаты исследований, проведенных за последнее десятилетие в 56 развивающихся странах, указывают на то, что женщины в самой низкой по имущественному признаку квинтиле имеют в среднем на два ребенка больше, чем женщины в более высокой квинтиле³. В Африке разница была выше — 2,8 ребенка, а в Латинской Америке и Карибском бассейне — еще выше и составляла 3,8 ребенка. Сходные различия наблюдаются в ситуации, когда дифференцирующим фактором является уровень образования женщины, так как уровни образования и благосостояния взаимосвязаны. Анализ влияния снижения рождаемости на сокращение масштабов нищеты показывает, что только изменение демографических показателей привело к снижению уровня бедности на 14 процентов в развивающихся странах в период с 1960 по 2000 год и могло повлечь его дополнительное снижение на 14 процентов в 2000–2015 годах, если бы темпы снижения рождаемости увеличились в странах с высокой рождаемостью⁴.

8. Поэтому сокращение высоких показателей рождаемости как на национальном уровне, так и на уровне домохозяйств может способствовать сокращению масштабов нищеты. Чем быстрее увеличивается численность населения, живущего в нищете, тем больше становится доля такого населения. По оценкам, повышение темпов естественного прироста населения, живущего на менее 1 долл. США в день, привело к сокращению на 10–50 процентов темпов сокращения масштабов нищеты в развивающихся странах в 1999–2001 годах⁵. Такое воздействие было наиболее значительным в Африке и Южной Азии.

³ Davidson R. Gwatkin and others, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (World Bank, Washington, D.C., 2007).

⁴ Andrew Mason and Sang-Hyop Lee, "The demographic dividend and poverty reduction" in *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*, United Nations, New York, 17–19 November 2004.

⁵ Martin Ravallion, "On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world", *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 3580 (Washington, D.C., World Bank, April 2005).

9. В основе формирования в области тенденций рождаемости за последние 40 лет лежало всеобщее признание права супружеских пар и отдельных людей принимать свободные и ответственные решения о числе детей и интервалах между их рождением, а также получать информацию, образование и средства для принятия таких решений. Это право было впервые закреплено в Тегеранской декларации 1968 года⁶ и затем подтверждено на первой межправительственной конференции по народонаселению — Всемирной конференции по народонаселению 1974 года, которая была проведена в Бухаресте 19–30 августа 1974 года. В 1994 году участники Международной конференции по народонаселению и развитию разъяснили смысл этого права в более широком контексте здоровья и благосостояния, подняв тем самым вопросы сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав. В принципе 8 Программы действий Конференция устанавливала следующее: «Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Государствам следует принимать все соответствующие меры для обеспечения на основе равноправия мужчин и женщин всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию, в том числе к услугам по охране репродуктивного здоровья, которые включают услуги, связанные с планированием семьи и сексуальным здоровьем. В рамках программ в области охраны репродуктивного здоровья должен обеспечиваться самый широкий спектр услуг без принуждения в любой форме. Все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно и ответственно решать вопрос о числе своих детей и продолжительности периода между их рождением и на получение необходимых для этого информации, образования и средств».

10. В настоящем докладе приводится информация о тенденциях в области рождаемости и ее непосредственных определяющих факторах, а также о главных проблемах в деле обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья в целях обеспечения рекомендаций относительно путей ускорения реализации целей и задач, поставленных в Программе действий, особенно тех, которые связаны с репродуктивным здоровьем и расширением прав и возможностей женщин, и достижения целевых показателей в области охраны материнского здоровья, относящихся к целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия.

II. Рождаемость сегодня⁷

11. Показатели рождаемости снизились практически во всех странах, но сроки и темпы ее сокращения являются в странах весьма различными. Поэтому показатели рождаемости на сегодняшний день не одинаковы. В 75 из 196 стран или районов с населением, численность которого составляла, по меньшей мере, 100 000 человек в 2005 году, показатели рождаемости находятся ниже уровня воспроизводства населения, в 61 из них наблюдается средняя рождаемость и в 60 — высокая. Показатели рождаемости находятся на уровне воспроизводства населения, если каждая женщина имеет ровно одну дочь, которая ее заме-

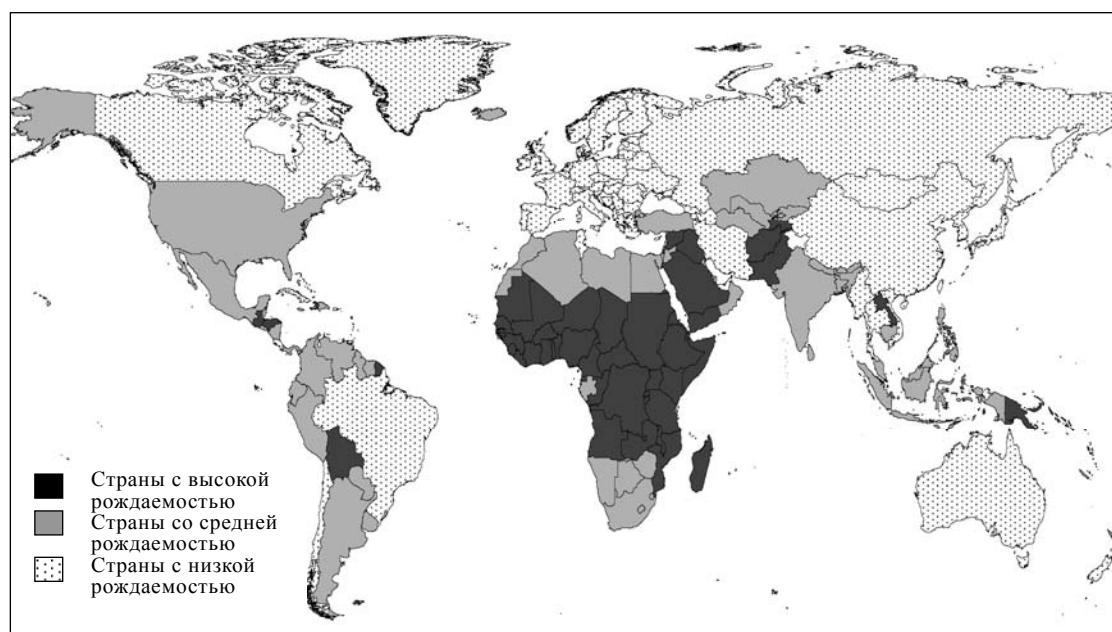
⁶ См. *Final Act of the International Conference on Human Rights* (United Nations publication, Sales No. E.68.XIV.2).

⁷ Все оценки, приводимые в данной главе, позаимствованы из публикации *World Population Prospects: The 2008 Revision, extended dataset* (United Nations publication, Sales No. 09.XII.6).

нит. В связи с тем, что мальчиков рождается больше чем девочек, а женщины должны дожить до репродуктивного возраста, чтобы иметь детей, число детей, которых они должны выносить, с тем чтобы родить одну дочь, в среднем составляет более двух. Нетто-коэффициент воспроизводства представляет собой среднее число дочерей, которых женщины имеют при нынешнем уровне рождаемости и смертности. Если нетто-коэффициент воспроизводства составляет меньше одного ребенка, то это означает, что рождаемость находится ниже уровня воспроизводства населения. Средняя рождаемость наблюдается в том случае, если нетто-коэффициент воспроизводства составляет от 1,0 до 1,5 дочери на одну женщину, что означает увеличение численности следующего поколения на более чем 50 процентов. Считается, что чем выше уровень нетто-коэффициента воспроизводства, тем выше рождаемость.

Диаграмма I

Уровень рождаемости в странах мира, 2005–2010 годы



Примечание: Границы, показанные на карте, не означают официального одобрения или признания со стороны Организации Объединенных Наций.

12. На диаграмме I показаны нетто-коэффициенты воспроизводства в странах мира в 2005–2010 годах. Во всех основных регионах мира имеются страны с низкой, средней и высокой рождаемостью. Наиболее однородным является Европейский регион, за исключением Исландии, которая не относится к категории стран с низкой рождаемостью. Африка является вторым по степени однородности регионом — в 39 из 55 африканских стран наблюдается высокая рождаемость. В Африке средняя рождаемость наблюдается главным образом в ее северной и южной частях, а также в Габоне, Зимбабве, Кабо-Верде и Реюньоне. В Африке имеется также две страны с низкой рождаемостью — Маврикий и Тунис.

13. Высокие показатели рождаемости зафиксированы в половине стран Океании, включая Папуа — Новую Гвинею, которая является одной из самых густонаселенных стран региона, однако в Австралии и Новой Зеландии уровень рождаемости является низким. В большинстве стран Азии и Северной и Южной Америки наблюдается средний уровень рождаемости. В Северной и Южной Америке высокая рождаемость отмечается только в Боливии (Многонациональное Государство), Гаити, Гватемале, Гондурасе и Французской Гвиане. В Азии высокие показатели рождаемости отмечаются в Афганистане, Ираке, Йемене, Лаосской Народно-Демократической Республике, Пакистане, Саудовской Аравии, Сирийской Арабской Республике, Таджикистане, Тиморе-Лешти и на оккупированной палестинской территории. В обоих регионах имеется много стран с низкой рождаемостью — 13 из 39 стран Северной и Южной Америки (Бразилия, Канада, Коста-Рика и Чили и девять стран Карибского бассейна) и 19 из 50 стран Азии (включая Азербайджан, Армению, Вьетнам, Грузию, Иран (Исламскую Республику), Кипр, Китай, Корейскую Народно-Демократическую Республику, Ливан, Монголию, Мьянму, Республику Корея, Таиланд и Японию).

14. Среди наименее развитых стран 40 имеют высокие показатели рождаемости, пять — средние и одна — низкие (Мьянма). Среди развивающихся стран 20 имеют высокую рождаемость, 54 — среднюю и 31 — низкую. Во всех развитых странах, кроме двух, наблюдается низкая рождаемость. Исключениями являются Исландия и Соединенные Штаты Америки, поскольку их нынешний уровень рождаемости чуть выше уровня воспроизводства населения. Ясно, что показатели рождаемости в различных странах заметно отличаются друг от друга, но что тем не менее во многих странах с низким уровнем развития наблюдалась сравнительно низкая рождаемость. Это указывает на то, что уровень развития не обязательно является фактором, ведущим к снижению рождаемости.

15. В настоящее время население мира практически равномерно распределено между странами с низкой (42 процента) и средней рождаемостью (41 процент). В странах с высокой рождаемостью проживает 17 процентов населения мира. Даже если предположить значительное снижение рождаемости в странах с высокой рождаемостью и выход на низкий уровень рождаемости во всех странах, которые по-прежнему имеют среднюю рождаемость, то можно сделать прогноз о том, что к 2050 году население стран с высокой рождаемостью будет составлять 26 процентов мирового населения, население стран со средней рождаемостью будет и далее составлять 41 процент, а население стран с низкой рождаемостью — 33 процента.

16. В странах с высокой рождаемостью общие показатели рождаемости варьируются от 3,2 до 7,1 ребенка на одну женщину. В странах со средней рождаемостью этот диапазон составляет от 2,1 до 3,6 ребенка на одну женщину, а в странах с низкой рождаемостью — от 1,0 до 2,3 ребенка. Частичное совпадение этих диапазонов обусловлено различными показателями смертности. В Мьянме, например, общие показатели рождаемости составляют 2,3 ребенка на одну женщину, что ниже уровня воспроизводства населения, поскольку коэффициент смертности в этой стране выше, чем в развитых странах. Зимбабве также относится к категории стран со средней рождаемостью (3,5 ребенка на одну женщину), поскольку коэффициент смертности там выше, чем в Саудовской Аравии, которая имеет показатели рождаемости 3,2 ребенка на одну жен-

щину и относится к категории стран с высокой рождаемостью. В приводимом ниже анализе эти проблемы классификации необходимо учитывать наряду с тем, что нетто-коэффициент воспроизводства является более достоверным показателем потенциального роста или сокращения численности населения, чем общие показатели рождаемости.

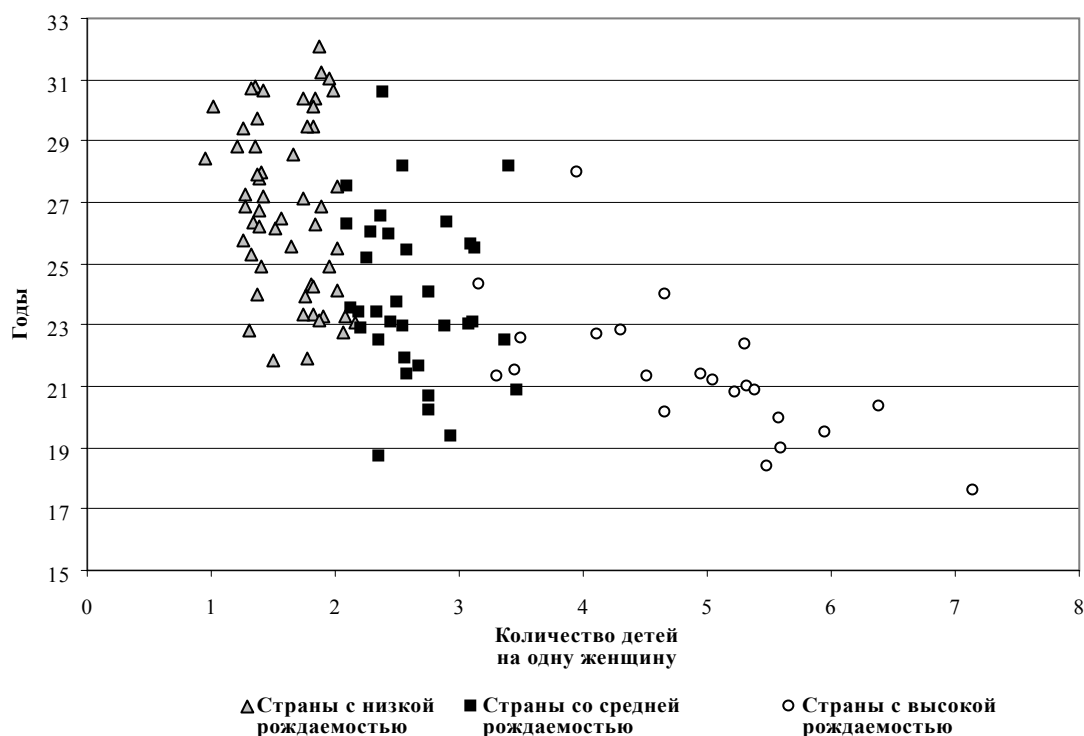
III. Брак

17. Возраст вступления в брак является важным определяющим фактором рождаемости, поскольку во многих обществах брак является началом периода, когда можно рожать детей. В обществах, где гражданские союзы являются широко распространенным явлением, данные о лицах, состоящих в браке, обычно включают информацию о лицах, состоящих в таких союзах, независимо от того, состоят ли они в браке или нет. Вместе с тем в странах, в которых заключение браков все чаще откладывается по причине того, что молодые пары предпочитают браку неофициальные отношения, этот факт не находит в данных надлежащего отражения.

18. Во многих странах повышение возраста вступления в брак способствовало сокращению рождаемости, поскольку вступление в брак в более старшем возрасте значительно сокращает репродуктивный период в жизни женщины. В тех обществах, в которых браки заключаются очень рано, женщины не могут продолжать учебу или приобретать профессиональные навыки, что в свою очередь препятствует расширению их прав и возможностей. По этой причине в большинстве стран для женщин и мужчин установлен минимальный возраст для вступления в брак, хотя в случае согласия родителей обычно делаются исключения.

19. В большинстве стран наблюдается увеличение показателя среднего возраста вступления в брак отдельно для мужчин и женщин или средней продолжительности периода, в течение которого люди, вступающие в брак до 50 лет, ведут одинокий образ жизни. В период 1990–2005 годов этот возраст сократился только в 16 из 111 стран, по которым имеются данные. Темпы увеличения среднего возраста вступления в брак в странах с низкой рождаемостью были, как правило, выше, чем в странах со средней рождаемостью, а в последних, в свою очередь, эти показатели были, как правило, выше, чем в странах с высокой рождаемостью. В 2005 году в странах с высокой рождаемостью средний возраст вступления в брак был значительно ниже, чем в двух других группах стран (см. диаграмму II). В странах с высокой рождаемостью средний возраст вступления в брак составлял 21,3 года, в странах со средней рождаемостью — 23,4 года и в странах с низкой рождаемостью — 26,9 лет. В 1990–2005 годах средний показатель увеличился на три года в странах с низкой рождаемостью и на один год в странах как с высокой, так и средней рождаемостью.

Диаграмма II
**Ориентировочный показатель среднего возраста вступления в брак
 в 2005 году в сравнении с общими показателями рождаемости
 в 2005–2010 годах**



20. Рост рождаемости связан со снижением среднего возраста вступления в брак, особенно в странах с высокой рождаемостью. В 2005 году лишь в 14 странах средний возраст вступления в брак составлял ниже 21 года, а уровень рождаемости в большинстве стран был значительно выше трех детей на одну женщину. Исключения составляли Бангладеш, Гватемала, Индия и Непал, в которых общий показатель рождаемости колебался от 2,4 ребенка на одну женщину в Бангладеш до чуть менее 3,0 в Непале. В Бангладеш показатели рождаемости заметно снизились, хотя средний возраст вступления в брак оставался низким (18,7 лет в 2005 году). Среди стран с высокой рождаемостью самый низкий средний возраст вступления в брак (17,6 лет) наблюдается в Нигере — стране с самыми высокими показателями рождаемости (7,2 ребенка на одну женщину).

21. В странах с низкой рождаемостью (1,0–2,3 ребенка на одну женщину) средний возраст вступления в брак варьировался от 21,9 в Республике Молдова до 32,1 лет в Швеции. К 2005 году насчитывалось 11 стран с низкой рождаемостью, в которых средний возраст вступления в брак составлял более 30 лет, тогда как в 1990 году такой страной была только одна (Швеция). Средний возраст вступления в брак в государствах Западной и Северной Европы, как правило, выше, чем в странах Восточной Европы или в развивающихся странах. Однако

в некоторых европейских странах высокий показатель среднего возраста вступления в брак отражает только число официальных браков и не учитывает стабильные союзы.

22. Еще одним показателем изменения моделей брака является процентная доля когда-либо состоявших в браке женщин определенных возрастных групп. Данные о 146 странах за 2000–2008 годы свидетельствуют о том, что в половине из 62 стран с низкой рождаемостью, по которым имеются данные, в браке когда-либо состояли менее 60 процентов женщин в возрасте от 25 до 29 лет. Процентная доля женщин, когда-либо состоявших в браке, была особенно незначительной в Дании, Ирландии, Нидерландах, Словении, Франции и Швеции, где она составляла от 22 до 30 процентов. Однако в некоторых из этих стран число стабильных союзов в данных не учитывается.

23. В отличие от стран с низкой рождаемостью доля когда-либо состоявших в браке женщин в возрасте от 25 до 29 лет превысила 80 процентов в 32 из 41 страны с высокой рождаемостью, по которым имеются данные. Этот показатель превышал 70 процентов в 24 из 43 стран со средней рождаемостью, по которым имеются данные.

24. В большинстве стран большинство женщин вступают в брак к 35 годам. Тем не менее имеющиеся данные говорят о том, что в 21 стране с низкой рождаемостью (включая Австралию, Бельгию, Венгрию, Германию, Данию, Ирландию, Испанию, Италию, Латвию, Ливан, Нидерланды, Словению, Финляндию, Францию, Швецию и Японию) и в пяти со средней рождаемостью (Алжир, Ботсвана, Кабо-Верде, Намибия и Южная Африка) доля никогда не состоявших в браке женщин превышает 30 процентов. В обществах, в которых гражданские союзы не поощряются и, следовательно, не заменяют собой брак, высокий процент женщин, не состоящих в браке, является одним из основных факторов, обуславливающих низкую рождаемость.

25. В целом, показатели количества браков и сроки вступления в брак являются весьма различными. В странах с высокой рождаемостью средний брачный возраст является, как правило, низким, а большинство женщин вступают в брак. Повышение брачного возраста, особенно в обществах, в которых он остается ниже 21 года или 22 лет, может способствовать не только снижению рождаемости, но и расширению прав и возможностей женщин, помогая им получать образование и профессиональную подготовку. В обществах с низкой рождаемостью, в которых время заключения брака все чаще переносится, а брак заменяется неофициальными, но постоянными отношениями, возможно, необходимо принимать меры по стимулированию заключения браков. Характер таких мер стимулирования будет изменяться в зависимости от обществ и, вероятно, будет включать шаги по улучшению ситуации в сфере трудоустройства для молодежи и по обеспечению доступного жилья.

IV. Время рождения детей

26. Хотя время вступления в брак является важным показателем для определения начала периода для рождения детей, средний возраст, в котором женщины рожают первого ребенка, является более достоверным показателем для определения начала репродуктивного периода. Чем дольше женщины собираются родить первого ребенка, тем короче длится их эффективный репродуктивный

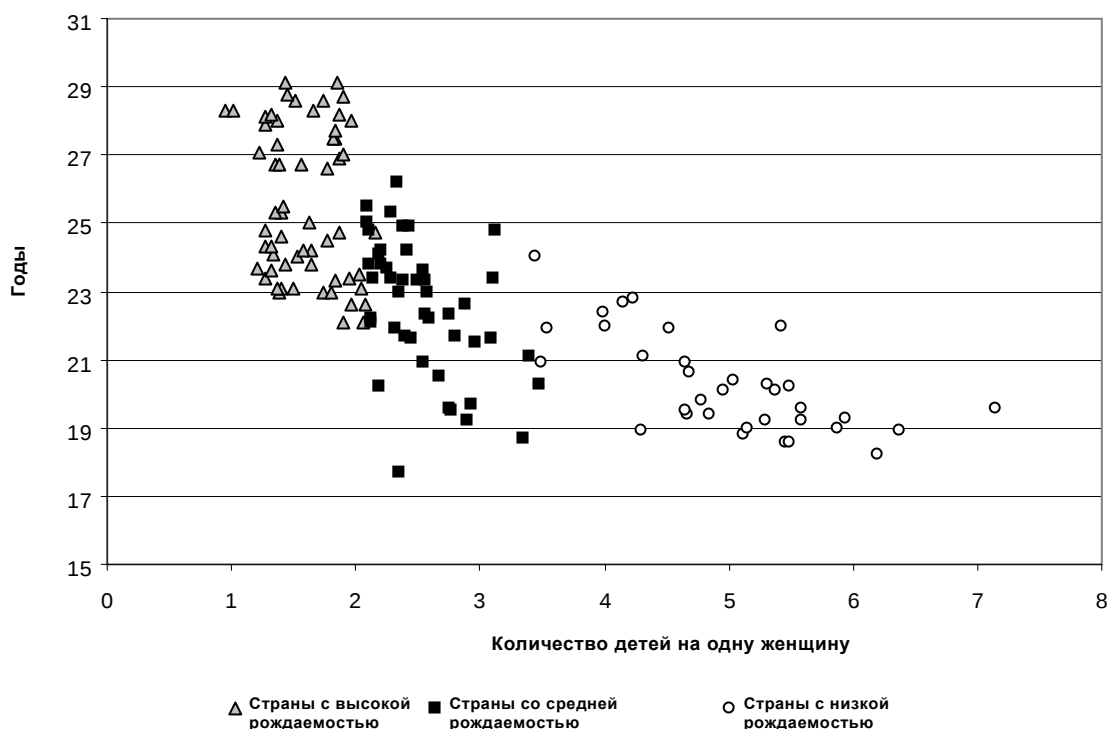
период и тем больше вероятность того, что в течение своей жизни они родят меньше детей. Таким образом, снижение рождаемости часто связано с повышением среднего возраста рождения первого ребенка. Данные за период 1970-х годов и период в районе 2000 года подтверждают, что средний возраст⁸ женщин, рождающих первого ребенка, увеличился в 48 из 50 стран с низкой рождаемостью, по которым имеются данные, и в 19 из 24 стран со средней рождаемостью, по которым имеются данные. О странах с высокой рождаемостью аналогичных данных не имелось, но сравнение показателей, по категориям, которые были получены в результате демографических и медицинских обследований, указывает на то, что средний возраст при рождении первого ребенка увеличился за последнее десятилетие в 17 из 26 стран с высокой рождаемостью.

27. Темпы увеличения среднего возраста при рождении первого ребенка в странах с низкой рождаемостью, как правило, выше, чем в странах со средней рождаемостью, в которых в свою очередь они, по-видимому, в среднем выше, чем в странах с высокой рождаемостью. Таким образом, между тремя группами стран прослеживаются различия в сроках рождения первого ребенка (см. диаграмму III). В соответствии с последними данными по каждой стране, относящимися, главным образом, к концу 90-х годов, женщины в странах с высокой рождаемостью родили первого ребенка в значительно более раннем возрасте, чем женщины в странах с низкой рождаемостью: во всех 34 странах с высокой рождаемостью, по которым имеются данные, кроме Таджикистана, средний возраст при рождении первого ребенка составлял менее 23 лет, в то время как во всех 60 странах с низкой рождаемостью, кроме четырех (Бразилия, Вьетнам, Коста-Рика и Мальдивские Острова), по которым имеются данные, средний возраст при рождении первого ребенка составлял, по крайней мере, 23 года. Что касается стран с низкой рождаемостью, то средний возраст при рождении первого ребенка в государствах Восточной и Юго-Восточной Азии, Латинской Америки, Карибского бассейна и Восточной Европы был, как правило, ниже, чем в других частях Европы и Азии. Самый высокий показатель среднего возраста женщин при рождении первого ребенка был зафиксирован в Испании (29 лет).

⁸ По некоторым странам имеющиеся оценки относятся к среднему возрасту при рождении первого ребенка.

Диаграмма III

Ориентировочный средний возраст при рождении первого ребенка в соответствии с последними данными в сравнении с общими показателями рождаемости в 2005–2010 годах



28. Показатели среднего возраста при рождении первого ребенка в 46 странах со средним уровнем рождаемости, по которым имеются данные, частично совпадают с показателями в странах с низкой и высокой рождаемостью, притом что в 23 странах со средней рождаемостью средний возраст при рождении первого ребенка составляет ниже 23 лет, а в четырех странах — 25 лет или выше (Бахрейн, Исландия, Соединенные Штаты и Шри-Ланка). Бангладеш, в которой общий показатель рождаемости составляет 2,4 ребенка на одну женщину, отличается тем, что она является страной со средней рождаемостью и очень низким средним возрастом при рождении первого ребенка (17,7 лет).

29. Темпы увеличения среднего возраста при рождении первого ребенка указывают на то, что женщины откладывают рождение детей, что приводит к сокращению общего репродуктивного периода. Очень низкий уровень рождаемости, зарегистрированный в странах с низкой рождаемостью, особенно в начале 2000-х годов, отчасти является результатом такой отсрочки. Недавний рост общих показателей рождаемости в некоторых из этих стран говорит о том, что женщины перестали откладывать рождение детей, но что представленные здесь данные о времени рождения первого ребенка пока еще не отражают этого изменения.

30. Показатели рождаемости обычно начинают снижаться тогда, когда супружеские пары ограничивают число рождающихся у них детей, т. е. когда женщины перестают рожать детей раньше, чем если бы они приняли такое решение в других условиях. Таким образом, показатели рождаемости уменьшаются в более старшем возрасте, а средний возраст рождения детей снижается. В период 1995–2005 годов показатели среднего возраста рождения детей снизились в 25 из 53 стран со средней рождаемостью и в 26 из 49 стран с высокой рождаемостью, по которым имеются данные. Это свидетельствует о том, что практика ограничения деторождения сохраняется. В странах, в которых наблюдалось снижение среднего возраста деторождения, средние показатели снижения в каждом десятилетии составляли 0,8 года в странах со средней рождаемостью и 0,5 года в странах с высокой рождаемостью. В странах, в которых средний возраст рождения детей снижался, как правило, наблюдалась более высокая рождаемость, чем в странах, в которых средний возраст деторождения увеличивался: средние общие показатели рождаемости отличались на одного ребенка на одну женщину в странах со средней рождаемостью (4,0 по сравнению с 3,0 ребенка на одну женщину) и на 0,4 ребенка на одну женщину в странах с высокой рождаемостью (6,1 по сравнению с 5,7 ребенка на одну женщину).

31. Таким образом, в то время как в странах с низкой рождаемостью преобладающая тенденция заключалась в откладывании рождения детей, в странах как со средней, так и с высокой рождаемостью обычным явлением стало снижение среднего возраста деторождения, поскольку женщины все чаще ограничивают число рождающихся у них детей.

V. Подростковая беременность

32. Если женщина рождает первого ребенка в очень раннем возрасте, она подвергается бóльшей опасности возникновения осложнений во время беременности и родов. Деторождение в возрасте до 15 лет представляет особую опасность как для матери, так и для ребенка. Этот риск уменьшается с возрастом и, как правило, снижается после достижения возраста 18 лет, а затем опять возрастает в более зрелом возрасте. В большинстве стран возраст достижения совершеннолетия и установленный законом минимальный возраст для вступления в брак составляет 18 лет (в 95 из 107 стран, представивших информацию, минимальный брачный возраст составляет 18 или более лет). Тем не менее в некоторых странах браки могут заключаться в более раннем возрасте⁹. Международное сообщество уже давно признает, что в период перехода от отрочества к совершеннолетию молодые люди и в особенности девушки подвергаются социально-экономическому давлению, которое может подтолкнуть их к половой жизни без предохранения и деторождению в раннем возрасте. Поэтому одной из задач в рамках целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, является сокращение масштабов подростковой беременности и

⁹ По крайней мере в 12 странах установленный законом минимальный возраст для вступления в брак составляет менее 18 лет. В Армении, Азербайджане, Гвинее, Израиле, Того, Узбекистане и Украине он составляет 17 лет; в Мальте, Пакистане и Румынии — 16 лет; в Камеруне — 15, а в Многонациональном Государстве Боливия — 14 лет.

другими словами — показателя рождаемости среди девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет¹⁰.

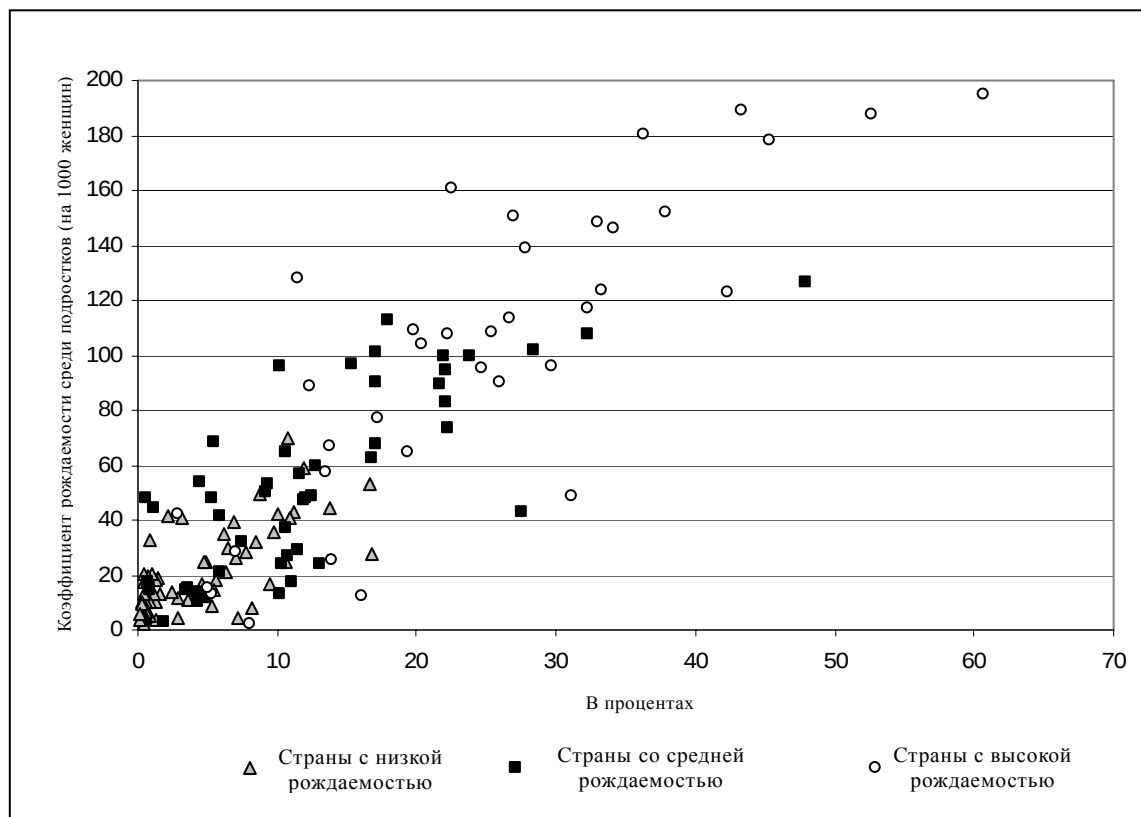
33. Показатель рождаемости среди девочек-подростков тесно связан с долей женщин в возрасте 15–19 лет, которые когда-либо состояли в законном или гражданском браке (см. диаграмму IV). В большинстве стран, в которых по крайней мере четверть женщин в возрасте 15–19 лет состояли или состоят в браке, показатель рождаемости среди девочек-подростков составляет более 100 деторождений на 1000 женщин. Таким образом, в половине из 36 стран с высокой рождаемостью, по которым имеются данные, доля женщин в возрасте 15–19 лет, состоявших или состоящих в браке, превышает 25 процентов, и во всех этих странах, кроме трех, показатель рождаемости среди девочек-подростков превышает уровень 100 деторождений. Из 48 стран со средним уровнем рождаемости, по которым имеются данные, только в четырех странах более четверти женщин в возрасте 15–19 лет состояли или состоят в браке; в трех странах (Бангладеш, Непал и Никарагуа) показатель рождаемости среди девочек-подростков превышает уровень 100 деторождений на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет.

34. Как правило, коэффициент рождаемости среди девочек-подростков является невысоким в странах с низкой рождаемостью, в том числе из-за того, что в этих странах очень небольшое количество женщин в возрасте 15–19 лет состоят в браке. В трех четвертых из 60 стран с низкой рождаемостью, по которым имеются данные, максимум 7,3 процента женщин в возрасте 15–19 лет состояли или состоят в браке. Самый высокий показатель деторождений среди девочек-подростков в странах с низкой рождаемостью составляет 70 деторождений на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет, однако в трех четвертях стран с низким уровнем рождаемости показатель рождаемости среди девочек-подростков не превышает 30 деторождений на 1000. В отличие от них, в трех четвертях стран с высокой рождаемостью показатели рождаемости среди девочек-подростков превышают уровень 63 на 1000 женщин, а в половине стран со средней рождаемостью они составляют более 49 деторождений на 1000.

¹⁰ Этот возрастной диапазон был выбран на основе имеющихся данных, и он не является идеальным для определения числа деторождений среди несовершеннолетних женщин.

Диаграмма IV

Ориентировочный коэффициент рождаемости среди девочек-подростков в 2005 году в сравнении с долей когда-либо состоявших в браке женщин в возрасте 15–19 лет (согласно самым последним имеющимся данным)



35. В период с 1990 по 2005 годы уровень рождаемости среди девочек-подростков снизился во всех 177 странах, по которым имеются данные, кроме 25. В относительном выражении снижение уровня рождаемости было более значительным в странах со средней рождаемостью, чем в странах с высокой рождаемостью, и еще более значительным — в странах с низкой рождаемостью. Поскольку по крайней мере в половине стран с высокой рождаемостью и примерно в четверти стран со средней рождаемостью доля состоявших в браке женщин в возрасте 15–19 лет относительно высокая, сокращение показателей рождаемости среди девочек-подростков, вероятно, связано с уменьшением предрасположенности к ранним бракам. Кроме того, приоритетной задачей также должно являться обеспечение для замужних молодых женщин доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья. В странах, где коэффициент рождаемости среди девочек-подростков относительно высок, несмотря на то, что практически никто из женщин в возрасте 15–19 лет не был замужем, все стратегии по сокращению масштабов подростковой беременности должны включать охват незамужних молодых женщин программами в области охраны репродуктивного здоровья.

36. Еще одной важной мерой по сокращению числа ранних браков и случаев подростковой беременности является повышение образовательного уровня девушек. Когда подростки дольше учатся в школе, они в большей степени склонны откладывать вступление в брак и рождение детей на более позднее время. В 24 странах Африки с высокой рождаемостью коэффициент рождаемости среди не имеющих образования женщин в возрасте 15–19 лет был в четыре раза выше, чем среди женщин со средним и более высоким образованием¹¹. В Индии 33 процента женщин без образования в возрасте 15–19 лет и 22 процента женщин, имеющих только начальное образование, имели ребенка, тогда как среди женщин со средним образованием этот показатель составлял всего 9 процентов¹². Даже в странах с низкой рождаемостью беременности и рождение детей более распространены среди молодых женщин с низким уровнем образования, чем среди их более образованных сверстниц¹³.

37. Проблема подростковой беременности вызывает серьезную обеспокоенность у правительств большинства стран (87 процентов в 2009 году), во многих из которых осуществляются стратегии и программы по ее решению¹⁴. Такие меры более распространены в странах со средней рождаемостью (они имеются у 87 процентов стран), чем в странах с низкой (эти меры имеются у 73 процента таких стран) или высокой (у 81 процента стран) рождаемостью. Осуществляемые программы включают оказание содействия государственным учреждениям и неправительственным организациям, предлагающим подросткам программы обучения необходимым жизненным навыкам и по вопросам репродуктивного здоровья и полового просвещения. Осуществляется поддержка программ консультирования молодежи сверстниками и инструктажей для родителей. Соответствующие образовательные программы предлагаются в неформальной обстановке, а также в учебных центрах и молодежных клубах. Подростки по всему миру хотят иметь надежную информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье и нуждаются в этой информации. В рамках программ полового просвещения и профилактики инфицирования ВИЧ пропагандируются основные принципы эффективного вовлечения молодежи в процесс осмысления, критической оценки и обсуждения, направленный на развитие уверенности в своих силах и навыков решения проблем, с тем чтобы они могли принимать ответственные решения по вопросам, касающимся их полового и репродуктивного поведения. Такие программы содействуют откладыванию начала половой жизни, помогают избегать нежелательной беременности и предотвращать сопряженное с риском сексуальное поведение среди молодежи¹⁵.

¹¹ *The Millennium Development Goals Report 2010* (United Nations publication, Sales No. E.10.I.7).

¹² Demographic and Health Surveys StatCompiler, 2010 (available from www.statcompiler.com).

¹³ Susheela Singh and others, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries", *Family Planning Perspectives*, vol. 33, No. 6 (2001).

¹⁴ *World Population Policies 2009* (United Nations publication, Sales No. E.09.XIII.14).

¹⁵ United Nations Population Fund, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (available from http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh_report_2010.pdf).

VI. Использование методов контрацепции и неудовлетворенные потребности в области планирования семьи

38. Использование контрацептивов, в особенности современных противозачаточных средств — обычный способ, которым пары и отдельные лица пользуются в целях планирования количества своих детей. Со времени появления современных контрацептивов в 1960-х годах масштабы их использования супружескими и официально незарегистрированными парами значительно увеличились, в особенности там, где общие показатели рождаемости снизились. Показатель использования противозачаточных средств, измеряемый как доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном браке или консенсуальном союзе и использующих какой-либо метод контрацепции, составляла в 2009 году в среднем 72 процента в развитых странах и 61 процент в развивающихся странах; среди использующих контрацептивы доля пользующихся современными методами предохранения от беременности составляла 85 процентов в развитых странах и 90 процентов в развивающихся странах.

39. Показатели использования контрацептивных средств в странах с низкой и средней рождаемостью выше, чем в странах с высокой рождаемостью (см. диаграмму V). Согласно данным за 1990-е годы и конец 2000-х годов показатель использования противозачаточных средств увеличился в 62 процентах из всех 34 стран с низкой рождаемостью, по которым имеются данные, в 89 процентах из 36 стран со средней рождаемостью и в 78 процентах из 45 стран с высокой рождаемостью. В странах с низкой рождаемостью средний уровень использования контрацептивов вырос с 69 до 73 процентов, в странах со средней рождаемостью — с 54 до 60 процентов, а в странах с высокой рождаемостью — с очень низкого уровня с 18 до 24 процентов.

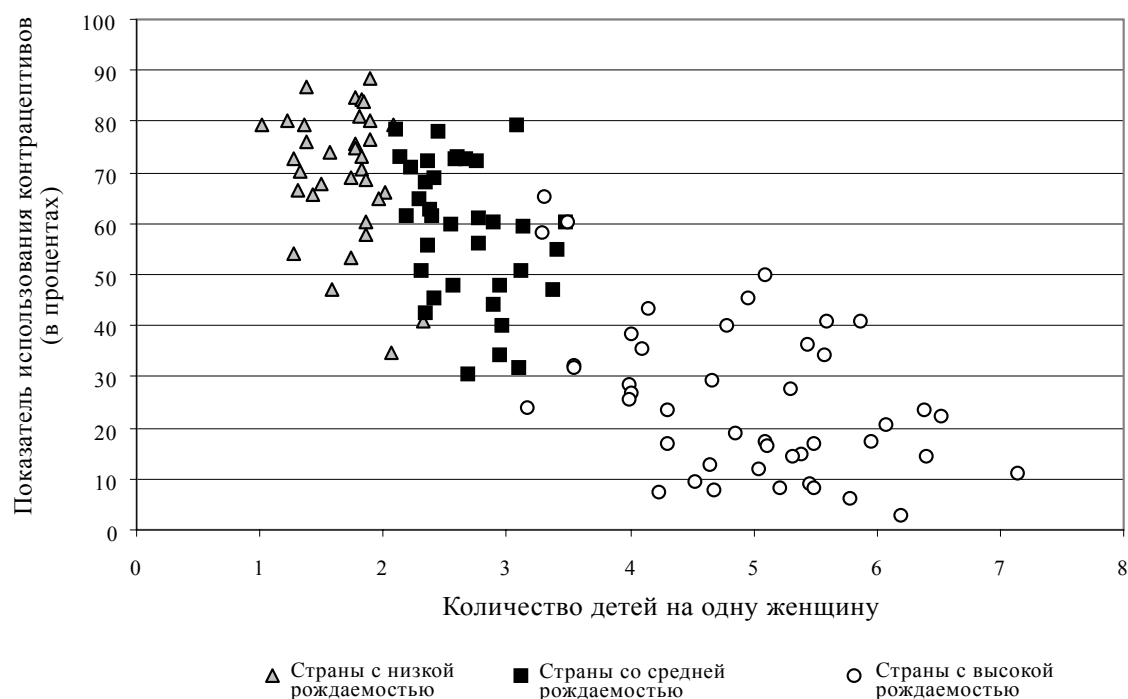
Диаграмма V
**Распределение стран по уровню использования средств контрацепции,
 1990-е и 2000-е годы**
(В процентах)



40. Несмотря на то что в большинстве стран с высокой рождаемостью, по которым имеются данные, показатель использования противозачаточных средств все еще очень низок, в 15 из них он превысил 30 процентов, а в четырех превышает 50 процентов. В 72 процентах стран со средней рождаемостью доля использования контрацептивов превышает 50 процентов, и похожие показатели наблюдаются в странах с низкой рождаемостью (в 91 проценте стран доля использования средств предохранения от беременности выше 50 процентов). В общем и целом, более низкий уровень использования средств контрацепции связан с более высокими показателями рождаемости, однако, как показано на диаграмме VI, на одном и том же общем уровне рождаемости наблюдаются значительные различия в показателях использования контрацептивов. Среди стран, где общая рождаемость оценивается в диапазоне от 1,0 до 3,0 детей на одну женщину, в частности, уровень использования средств предохранения от беременности различается — от низкого (31 процент) в Бутане до высокого (88 процентов) в Норвегии. Эти различия говорят о том, что в определении уровня рождаемости важную роль играют и другие факторы, помимо показателя использования средств контрацепции, в том числе эффективность используемого метода, количество браков, разводов и случаев раздельного проживания, число рождений детей вне брака и количество аборт.

Диаграмма VI

Последние данные об использовании средств контрацепции в сравнении с общим уровнем рождаемости, 2005–2010 годы



41. Масштабы использования женщинами современных средств контрацепции в группах стран также являются различными. Среди 53 стран с высокой рождаемостью, по которым имеются данные за 2000-е годы, в 42 странах современные противозачаточные средства используются очень мало: показатель их использования составляет от 1 процента в Сомали до 28 процентов на Мадагаскаре. В других странах показатель использования современных средств контрацепции в целом составляет менее 40 процентов. Единственные исключения — Гондурас (56 процентов) и Сирийская Арабская Республика (48 процентов). Кроме того, в 11 странах с высокой рождаемостью более 40 процентов тех, кто пользуется средствами контрацепции, полагаются на традиционные методы, которые менее эффективны, чем современные.

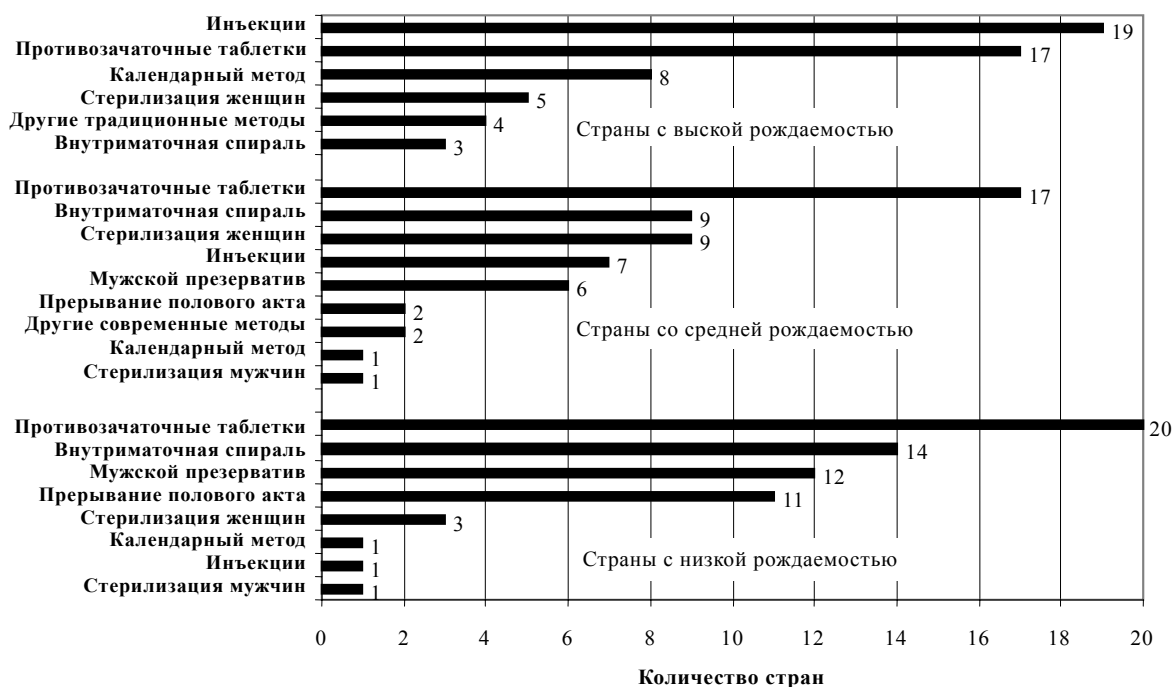
42. По сравнению с женщинами из стран с высокой рождаемостью женщины в странах со средней рождаемостью более склонны к использованию современных методов предохранения от беременности. Показатель использования современных средств контрацепции превышает 30 процентов в 40 из 43 стран со средней рождаемостью, по которым имеются данные, и только в одной из таких стран — Габоне — на традиционные методы полагаются более 40 процентов людей, пользующихся контрацептивами. В 42 странах с низкой рождаемостью, по которым имеются данные, современные противозачаточные средства используются не повсеместно. Так, в девяти странах с низкой рождаемостью показатель использования современных контрацептивных средств ниже 30 процентов, в том числе в Азербайджане, Албании, Армении, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македония, Грузии, Мальдивских

Островах, Сербии и Черногории. Кроме того, в 10 странах с низкой рождаемостью 40 или более процентов тех, кто пользуется контрацептивами, все еще полагаются на традиционные методы.

43. Практически во всех странах, по которым имеются данные о различных используемых методах контрацепции, обычно предпочтение отдается одному или двум методам. В 59 процентах из 173 стран, по которым имеются данные о различных используемых методах контрацепции, по крайней мере 60 процентов всех используемых контрацептивов приходится на два метода. Помимо этого, примерно в половине рассматриваемых стран какой-либо один метод используют по крайней мере 40 процентов предохраняющихся. Наиболее популярные методы предохранения являются в странах весьма различными (см. диаграмму VII). В 63 странах с низкой рождаемостью, по которым имеются данные, современные и высокоэффективные методы — противозачаточные таблетки и внутриматочная спираль — являются основными используемыми методами: таблетки применяются в 20, а спирали — в 14 странах. В остальных странах преобладают два ориентированных на мужчин метода (презервативы и прерывание полового акта). Следующим по степени распространенности способом является стерилизация женщин — основной метод контрацепции, используемый в Бразилии, Пуэрто-Рико и на Мальдивских Островах. Ритмический (календарный) метод, инъекции и стерилизация мужчин являются наиболее популярными методами в Польше, Мьянме и Канаде, соответственно. В ряде стран с низкой рождаемостью (в том числе в Албании, Болгарии, Боснии и Герцеговине, Греции, Мальте, Сербии и Японии) два наиболее часто используемых метода — это презервативы и прерывание полового акта.

Диаграмма VII

Количество стран в разбивке по основным используемым методам контрацепции



44. В 54 странах со средней рождаемостью, по которым имеются данные, преобладают современные методы предохранения от беременности. Наиболее распространенным методом в большинстве стран (17) являются противозачаточные таблетки, а затем — внутриматочная спираль и стерилизация женщин (каждый из этих двух методов является основным в девяти странах). Далее следуют инъекции и мужские презервативы. Прерывание полового акта чаще всего используется в Бахрейне и Турции, ряд других современных методов наиболее распространены в Мексике и Венесуэле (Боливарианской Республике), ритмический (календарный) метод является основным в Габоне, а стерилизация мужчин — в Бутане.

45. В странах с высокой рождаемостью основные используемые методы несколько менее разнообразны. Из 56 стран с высокой рождаемостью, по которым имеются данные, инъекции являются предпочтительным методом в 19 странах, а противозачаточные таблетки — в 17 странах. Затем следуют календарный метод (преимущественно используется в восьми странах), стерилизация женщин (основной метод в пяти странах), другие традиционные методы (предпочитаются в четырех странах) и внутриматочная спираль (используется в трех странах). В тех странах, где основной доминирующий метод не отличается высокой эффективностью, второй по популярности метод обычно более эффективен. Исключение составляют Бенин, Демократическая Республика Конго, Камерун, Конго и Того, где наиболее распространен календарный метод, а на втором и третьем месте по популярности находятся презервативы и прерывание полового акта.

46. Доступность широкого набора безопасных и эффективных средств контрацепции во многих странах пока еще не стала реальностью. В странах, где люди все еще широко используют методы с невысокой степенью надежности, или там, где отсутствует достаточный доступ к безопасным, долгосрочным средствам контрацепции, используемым в целях ограничения размера семей, потребности людей в средствах предохранения от беременности не удовлетворяются. Обеспечение доступа к широкому выбору средств контрацепции особенно важно для снижения вероятности прекращения использования противозачаточных средств. В исследовании, проведенном в восьми странах, было установлено, что показатели прекращения после года использования составляют по противозачаточным таблеткам от 14 до 58 процентов, внутриматочным спиральям — от 6 до 36 процентов, а инъекциям — от 18 до 68 процентов¹⁶. Показатели прекращения использования ниже в странах, где службы по вопросам планирования семьи играют активную роль во внедрении новых средств контрацепции, таких, как оральный контрацептив типа «мини-пили», где уделяется значительное внимание консультированию и последующему наблюдению, а также там, где предоставляются соответствующие услуги по направлению в медицинские учреждения в случае возникновения осложнений.

47. Несмотря на прогресс, достигнутый во многих странах в области расширения доступа к средствам контрацепции, внутри стран все еще существуют значительные различия между разными слоями населения, в результате чего молодежь, малоимущие граждане, менее образованные и сельские жители сталкиваются с большим количеством препятствий в плане доступа к услугам

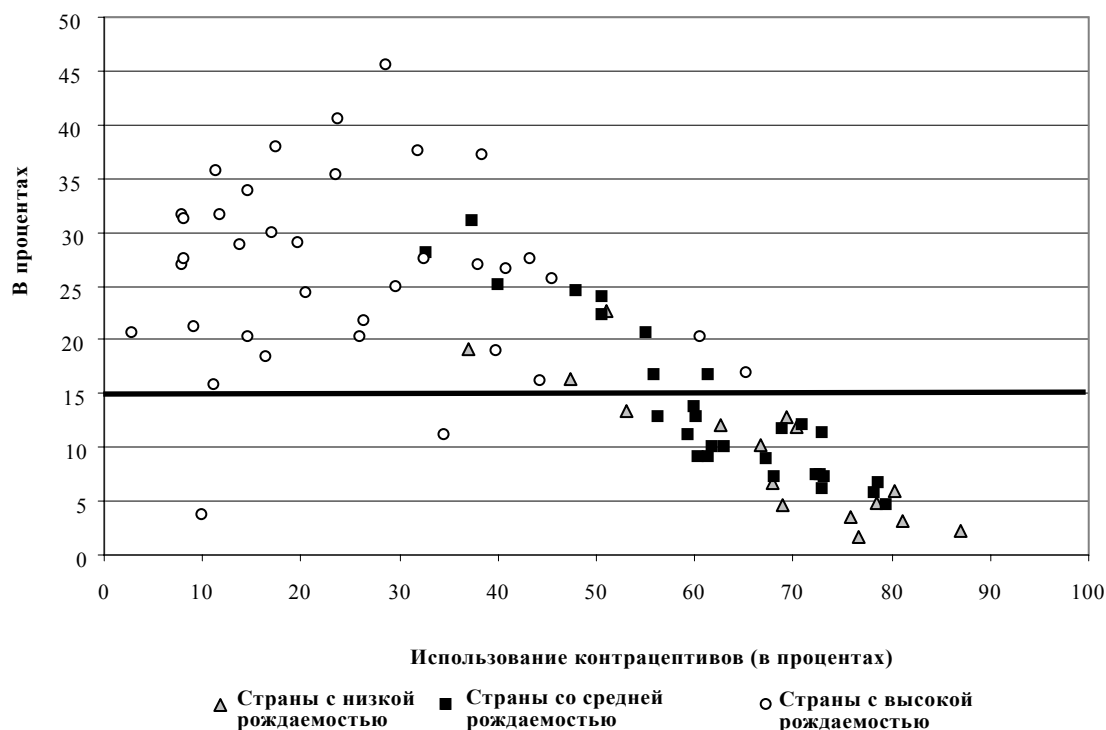
¹⁶ Sarah Bradley and others, "Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation", DHS Analytical Studies No. 20 (Calverton, Maryland, ICF Macro, 2009).

по планированию семьи. Данные по 64 развивающимся странам указывают на то, что наиболее значительные различия в использовании контрацептивов наблюдаются во всех регионах, кроме Центральной Азии, и что они особенно ощутимы в странах с высокой рождаемостью в Африке к югу от Сахары¹⁷.

48. Одним из полезных показателей потребностей в услугах по планированию семьи является доля женщин детородного возраста, замужних или состоящих в незарегистрированном браке, которые желают отсрочить свою следующую беременность или вообще прекратить рожать детей, но которые не используют никаких средств контрацепции. Уровень неудовлетворенных потребностей обычно низок там, где желательное число детей велико, и повышается по мере того, как желательное количество детей уменьшается, после чего вновь понижается, если использование контрацептивов распространяется широко и равномерно. Показатель неудовлетворенных потребностей обычно низок при высоком уровне использования противозачаточных средств, и наоборот. В странах с низкой и средней рождаемостью уровень неудовлетворенных потребностей обычно низок, в особенности при сопоставлении с показателем использования средств контрацепции (см. диаграмму VIII). С другой стороны, в 21 из 36 стран с высокой рождаемостью, по которым имеются данные, показатель неудовлетворенных потребностей выше, чем уровень использования контрацептивов, и во всех этих странах, кроме двух (Соломоновы Острова и Тимор-Лешти), из шести женщин более чем одна имеет неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи. Также высокий уровень неудовлетворенных потребностей отмечается в 9 из 29 стран со средней рождаемостью, по которым имеются данные, и в 3 из 16 стран с низкой рождаемостью (Азербайджан, Грузия и Мьянма). В этих 12 странах уровень неудовлетворенных потребностей составляет от 16 до 31 процента, то есть ниже показателей в 11 странах с высокой рождаемостью, имеющих наиболее высокий уровень неудовлетворенных потребностей (30–46 процентов).

¹⁷ Nuriye Ortayli and Shawn Malarcher, "Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 41, No. 2 (2010).

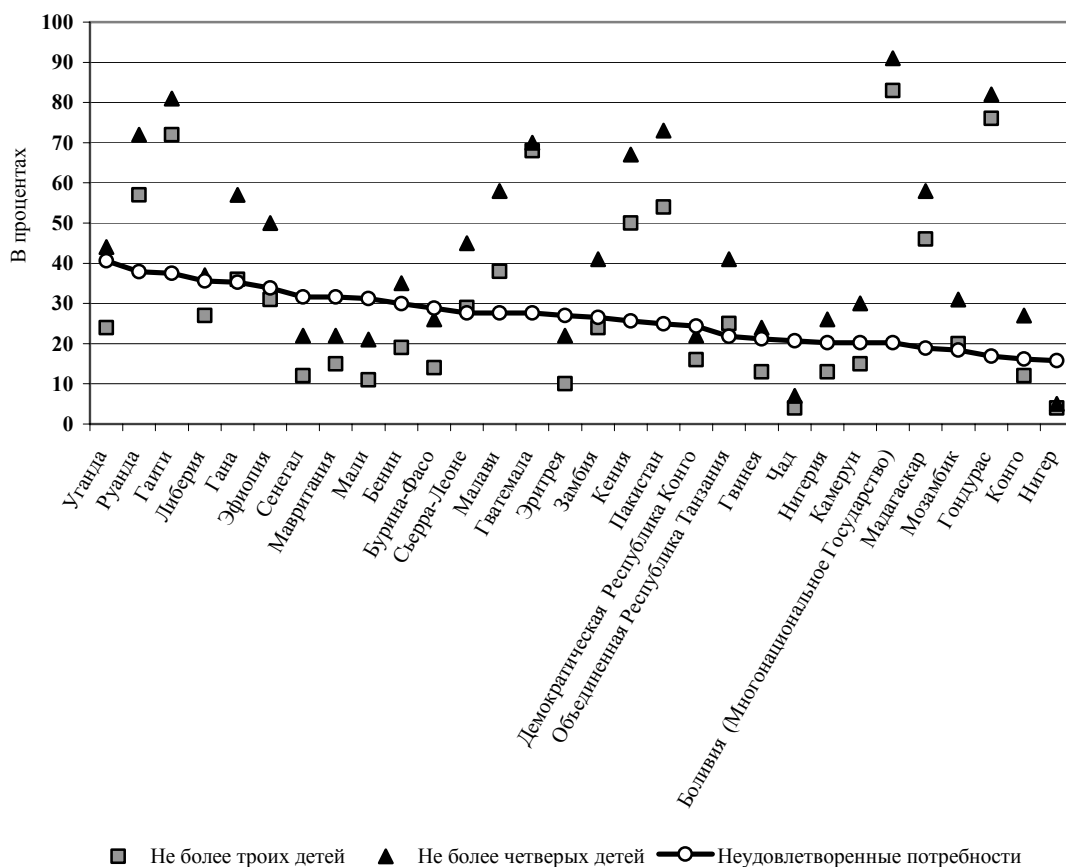
Диаграмма VIII
Показатели неудовлетворенных потребностей в услугах по планированию
семьи в сравнении с уровнем использования средств контрацепции



49. Уровень неудовлетворенных потребностей связан с желанием иметь детей, и во многих странах с высокой рождаемостью супружеские пары хотят иметь много детей. Однако факты свидетельствуют о том, что эти желания меняются, и в некоторых странах с высокой рождаемостью доля женщин, желающих иметь не больше трех или четырех детей, весьма значительна. Как показывает диаграмма IX, уровень неудовлетворенных потребностей в 22 из 30 рассмотренных стран с высокой рождаемостью ниже, чем высокий показатель количества женщин, желающих иметь не более четырех детей. Тем не менее, по крайней мере в восьми странах минимум 78 процентов замужних женщин хотят иметь более четырех детей. В этих странах удовлетворение низкого на настоящий момент уровня неудовлетворенных потребностей в средствах планирования семьи было бы только первым шагом на пути к снижению рождаемости и должно подкрепляться другими мерами по изменению норм, касающихся желательного количества детей.

Диаграмма IX

Доля женщин, не желающих иметь большее количество детей, в разбивке по числу детей и неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи в странах с высокой рождаемостью



50. В целом, несмотря на прогресс, достигнутый в области обеспечения для всех пар и отдельных лиц информации, обучения и средств для того, чтобы они могли иметь желаемое количество детей, во многих странах доступ к услугам по планированию семьи не отвечает потребностям населения. В основном это страны с высокой рождаемостью, относящиеся к наименее развитым или к беднейшим странам в своих соответствующих регионах. Хотя желание иметь большое количество детей в большинстве из них все еще значительно, факты указывают на то, что желание иметь детей меняется и что в большинстве этих стран неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи находятся на уровне от среднего до высокого. Кроме того, в ряде стран с низкой и средней рождаемостью показатель неудовлетворенных потребностей остается на среднем уровне, и в большинстве стран превалирует очень небольшое число методов контрацепции, что говорит о том, что в этих странах необходимо расширить диапазон доступных для населения безопасных и эффективных методов. Уделять приоритетное внимание расширению доступа к широкому кругу методов планирования семьи важно еще и потому, что, как будет показано ни-

же, планирование семьи является экономически целесообразным средством ускорения достижения связанных со здравоохранением целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Помимо этого, поскольку расширение доступа к услугам по планированию семьи запускает механизм, посредством которого семьи меньшего размера могут обеспечить больше возможностей для каждого ребенка, а более медленный рост населения расширяет возможности для инвестиций в молодежь, это может в значительной мере содействовать экономическому развитию.

VII. Охрана материнского здоровья

51. Обеспечение охраны материнского здоровья является одной из приоритетных задач глобального масштаба. В странах с низкой рождаемостью дородовое медицинское обслуживание предоставляется беременным женщинам на регулярной основе, и вероятность смерти во время родов очень мала. В развивающихся же странах, в особенности в странах с высокой рождаемостью, многим беременным женщинам все еще не хватает доступа к надлежащим услугам по охране материнского здоровья, и вероятность смерти во время родов высока. В глобальном масштабе число женщин детородного возраста увеличилось с 1,3 миллиарда в 1990 году до 1,8 миллиарда на сегодняшний день, и оно продолжает расти. Одно только это должно было привести к увеличению числа случаев материнской смертности¹⁸, однако, согласно последним оценкам, это число сократилось с 545 000 в 1990 году до 358 000 в 2008 году¹⁹. Это сокращение было достигнуто благодаря уменьшению рождаемости, которое более чем компенсировало увеличение числа женщин детородного возраста, а также улучшению положения в области охраны материнского здоровья. Тем не менее, в области деторождения и доступа к услугам по охране материнского здоровья все еще сохраняется значительное неравенство. На сегодняшний день 65 процентов случаев материнской смертности приходятся на страны с высокой рождаемостью, и большинство из них можно предотвратить. Кроме того, если в странах с низкой и средней рождаемостью в совокупности было достигнуто сокращение числа материнской смертности на 55 процентов, и ожидается, что они достигнут цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, по сокращению материнской смертности к 2015 году на 75 процентов, то страны с высокой рождаемостью, скорее всего, не достигнут этого целевого показателя, поскольку в них показатель материнской смертности с 1990 года сократился всего на 28 процентов.

52. Риск материнской смертности в течение всей жизни женщины выше там, где выше рождаемость (см. диаграмму X). Резкое снижение рождаемости обычно сопровождается значительным сокращением показателей материнской смертности. Профилактика беременностей с осложнениями, т. е. беременностей менее чем через два года после рождения предыдущего ребенка и бере-

¹⁸ Согласно Всемирной организации здравоохранения, «материнская смертность» определяется как смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после завершения беременности, независимо от продолжительности и характера беременности (обычная или внематочная), от любой причины, связанной с беременностью или обостренной ею, либо в результате лечения для ее устранения, но не в результате несчастного или любого другого случая.

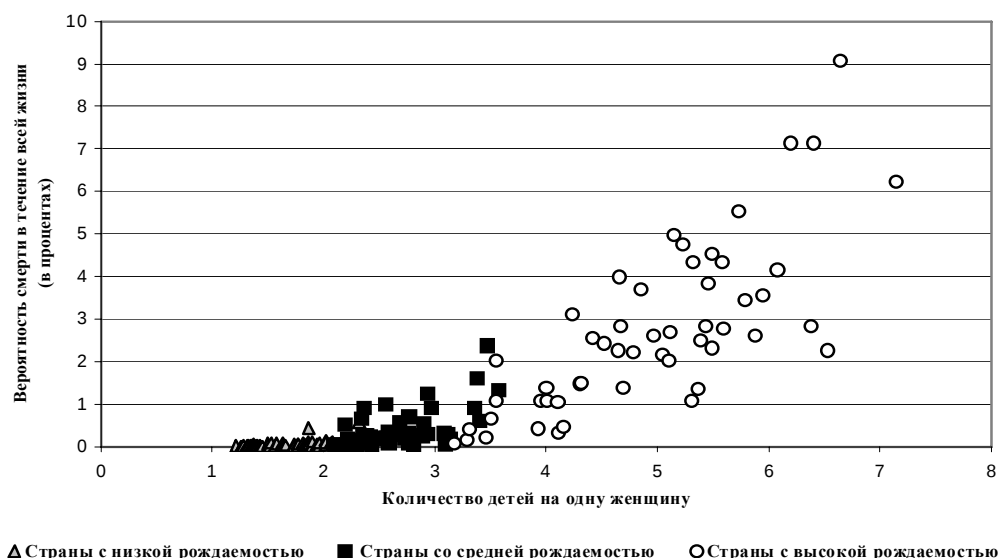
¹⁹ *Trends in Maternal Mortality: 1990–2008* (Geneva, World Health Organization, 2010).

менностей среди подростков и женщин старшего возраста, полезна не только для этих женщин, но и для здоровья и выживания их детей. Решающее значение в этой связи имеет обеспечение доступа к услугам по планированию семьи посредством предоставления женщинам возможности предотвратить несвоевременную или нежелательную беременность. В случае удовлетворения существующих неудовлетворенных потребностей в современных средствах контрацепции можно сократить число случаев нежелательной беременности на 71 процент и предотвратить почти 100 000 случаев материнской смертности. В ближайшем будущем для удовлетворения существующих на данный момент неудовлетворенных потребностей в средствах планирования семьи необходимы дополнительные средства в размере 3,6 млрд. долл. США (по курсу 2008 года) в год²⁰, однако по причине увеличения числа женщин детородного возраста финансирование также будет необходимо увеличить.

²⁰ Susheela Singh and others, *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009).

Диаграмма X

Вероятность смерти в связи с беременностью и родами в течение всей жизни женщины в 2008 году в сравнении с общим уровнем рождаемости в 2005–2010 годах



53. Для того чтобы обеспечить безопасные роды и охрану здоровья матери и ребенка, беременным женщинам необходим регулярный медицинский уход. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует определенный пакет услуг по охране здоровья беременной женщины, включающий минимум четыре посещения медицинского учреждения в дородовой период, принятие родов квалифицированным медицинским персоналом, использование надлежащего оборудования и медикаментов, возможность направления и транспортировки женщин с осложнениями в медучреждение с услугами неотложной акушерской помощи, а также послеродовой уход и консультирование. Во многих развивающихся странах, в особенности в странах с высокой рождаемостью, женщины испытывают недостаток в надлежащих медицинских услугах во время беременности и родов²¹. В период 2003–2008 годов только 34 процента беременных женщин в сельских районах и 67 процентов беременных женщин в городах посещали врача четыре раза в дородовой период, и только у 63 процентов всех беременных женщин роды принимал квалифицированный медицинский персонал²². В странах Африки к югу от Сахары, Южной Азии и Океании доля женщин, рожавших в присутствии квалифицированного медицинского персонала, была еще меньше — 45, 46 и 57 процентов, соответственно. Услуги неотложной акушерской помощи еще менее распространены: необ-

²¹ *Progress for Children: A Report Card on Maternal Mortality* (United Nations publication, Sales No. E.08.XX.16); *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report* (New York, UNICEF, 2008).

²² *The Millennium Development Goals Report 2010*.

ходимое количество операций кесарева сечения, учитывая число беременностей, протекающих с осложнениями, выполняется в очень ограниченном числе стран Африки и Азии. Более того, во многих странах не существует системы послеродового ухода, что лишает женщин возможности получения важных консультационных услуг по вопросам ухода за новорожденным и планирования семьи. Факторами, препятствующими доступу к надлежащим услугам по охране здоровья матери и ребенка, являются нищета и недостаточное образование. Согласно данным обследования в области здравоохранения и народонаселения, проведенного в 38 странах, услуги квалифицированного медицинского персонала при родах доступны менее чем 30 процентам женщин, относящихся к квинтилю с самыми низкими доходами, и 80 процентам женщин, относящихся к квинтилю с самыми высокими доходами²³. В развитых странах также отмечается неравенство в этой области, связанное с расовой принадлежностью, происхождением и социально-экономическим статусом.

54. Нехватка надлежащих акушерских услуг при родах приводит к ряду негативных последствий, которые наносят ущерб здоровью матери, включая бесплодие, анемию в тяжелой форме, опущение матки и вагинальные свищи. От таких осложнений страдает, по оценкам, около 300 миллионов женщин, среди которых по крайней мере два миллиона страдают от не вылеченных вагинальных свищей²⁴. Калечащие операции или обрезание на женских половых органах увеличивают риск возникновения осложнений при родах. Анемия, которой подвержены 42 процента беременных женщин и которую часто обостряет малярия, ВИЧ-инфекция и другие заболевания, приводит к повышению опасности кровотечения — причины 35 процентов случаев материнской смертности в период 1997–2007 годов. Далее в списке наиболее распространенных причин материнской смертности следуют гипертензивные нарушения в ходе беременности, осложнения после небезопасных аборт и сепсис, на которые приходилось 18, 9 и 8 процентов случаев материнской смертности в 1997–2007 годах, соответственно²⁵. В глобальном масштабе 33 миллиона женщин в развивающихся странах страдают от бесплодия, вызванного осложнениями после небезопасных абортов и послеродового сепсиса. Чтобы сократить показатели смертности и заболеваемости, обусловленных послеродовым сепсисом и другими инфекциями, помимо использования санитарно-гигиенических протоколов необходимо обеспечить наличие основных антибиотиков и доступ к эффективным услугам по линии послеродового ухода и медицинской помощи после аборта.

55. Согласно оценкам, для обеспечения беременных женщин и новорожденных рекомендуемым пакетом услуг по медицинскому уходу за матерью и ребенком потребуется около 23 млрд. долл. США (по курсу 2008 года). Удовлетворение неудовлетворенных потребностей в современных средствах контрацепции увеличило бы эти расходы на 3,6 млрд. долл. США, однако, поскольку это предотвратило бы около 50 миллионов беременностей, расходы по предоставлению услуг по медицинскому уходу за матерью и ребенком сократились бы на 5,1 млрд. долл. США, тем самым общая экономия составила бы

²³ *Countdown to 2015. Decade Report (2000–2010): Taking Stock of Maternal, Newborn and Child Survival* (Geneva, WHO and UNICEF, 2010).

²⁴ L. L. Wall, "Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem". *The Lancet*, vol. 368, No. 9542 (September 2006).

²⁵ *Countdown to 2015*.

1,5 млрд. долл. США. Таким образом, одновременные инвестиции в программы по планированию семьи и в развитие медицинского обслуживания матери и ребенка были бы более эффективными с финансовой точки зрения, чем вложения только в медицинское обслуживание матерей и новорожденных.

56. Улучшение материнского здоровья также зависит от устранения гендерной дискриминации и от расширения прав и возможностей женщин. Дискриминация по половому признаку в общинах и семьях ограничивает доступ женщин к информации и необходимым им услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Особенно уязвимы женщины там, где насилие по половому признаку не наказывается должным образом. Для борьбы с таким насилием правительства стран занимаются разработкой законодательных норм, касающихся защиты женщин. По состоянию на 2006 год, в 87 странах было принято законодательство для борьбы с бытовым насилием и разработаны национальные планы действий по его предотвращению. Кроме того, по меньшей мере в 104 странах изнасилование в браке считается преступлением, а в 90 странах были приняты законы в отношении сексуальных домогательств. По состоянию на 2008 год, в 20 странах из 37, в которых практикуются калечащие операции или обрезание на женских половых органах, были приняты законы, квалифицирующие такие действия как преступление. Однако несмотря на то, что этот прогресс внушает оптимизм, необходимо еще многое сделать для эффективного выполнения этих законов и изменения традиций, накладывающих ограничения на жизнь женщин.

Аборты

57. Аборты могут быть самопроизвольными или искусственными. Самопроизвольное прерывание беременности не редкость: от 13 до 20 процентов установленных беременностей заканчиваются выкидышем²⁶. Риск самопроизвольного аборта повышается по мере увеличения возраста обоих родителей и частоты беременностей. Если самопроизвольное прерывание беременности происходит на сроке беременности более 22 недель, то оно может быть неполным и потребовать акушерского вмешательства с целью предотвращения осложнений.

58. Во всех странах, кроме пяти, разрешены аборты на определенных основаниях, причем наиболее распространенным является спасение жизни женщины. Кроме того, в более чем двух третях всех стран разрешены аборты с целью сохранения физического или психического здоровья матери, в половине стран — в случае повреждения плода, а в 37 процентах стран — по экономическим и социальным причинам. Только в трети стран разрешается аборт по желанию женщины, в том числе в 43 странах с низкой рождаемостью, 13 странах со средней рождаемостью и в одной стране с высокой рождаемостью.

59. Поскольку большинство самопроизвольных абортов не вызывает осложнений, а искусственные аборты обычно разрешены только на ограниченных основаниях, не существует достоверных статистических данных об общем

²⁶ John Bongaarts and Robert G. Potter, *Fertility, Biology and Behavior: Analysis of the Proximate Determinants* (San Diego, California, Academic Press Inc., 1983); Marilyn K. Goldhaber and Bruce H. Fireman, "The fetal life table revisited: spontaneous abortion rates in three Kaiser Permanente cohorts", *Epidemiology*, vol. 2, No. 1 (1991).

числе абортсв на региональном и глобальном уровнях. Тем не менее, по оценкам, в период с 1995 по 2003 год число искусственных абортсв сократилось с 46 до 42 миллионов, что означает, что доля абортсв в расчете на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет уменьшилась с 35 до 29²⁷.

60. В случае если операция по прерыванию беременности проводится квалифицированным медицинским персоналом с использованием соответствующих методик и санитарных протоколов, то риск смерти или увечья по причине искусственного аборта, производимого по желанию пациентки, невысок²⁸. По оценкам ВОЗ, в 2008 году было проведено 22 млн. небезопасных абортсв: 13 процентов — в странах с низкой рождаемостью, 52 процента — в странах со средней рождаемостью и 35 процентов — в странах с высокой рождаемостью. Доля небезопасных абортсв составляла 4 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет в странах с низкой рождаемостью, 18 на 1000 женщин в странах со средней рождаемостью и 31 на 1000 женщин в странах с высокой рождаемостью.

61. Ключевым способом сокращения числа небезопасных абортсв является предотвращение нежелательных беременностей. Важным шагом в этом направлении является удовлетворение неудовлетворенных потребностей в средствах планирования семьи. Помимо этого, необходимо обеспечить доступ к надлежащим средствам по медицинскому уходу после аборта в случае возникновения осложнений. Там, где абортсв не являются противозаконными, они должны проводиться в безопасных условиях. В любом случае услуги по медицинскому уходу после аборта должны включать консультирование, обучение и предоставление средств планирования семьи, с тем чтобы предотвратить повторение абортсв в будущем.

VIII. Прочие аспекты репродуктивного здоровья

A. ВИЧ/СПИД

62. В 2009 году в мире насчитывалось 33,3 млн. человек²⁹, живущих с ВИЧ: из них 15 процентов — в странах с низкой рождаемостью, 39 процентов — в странах со средней рождаемостью и 46 процентов — в странах с высокой рождаемостью. Доля ВИЧ-инфицированных в странах с низкой рождаемостью составила 0,2 процента, в странах со средней рождаемостью — 0,7 процента и в странах с высокой рождаемостью — 2,3 процента. В последнюю группу входят 20 из 29 стран, в которых доля ВИЧ-инфицированных составляет 2 процента или более. Из 2,6 миллиона новых случаев инфицирования, имевших место в 2009 году, 52 процента пришлось на долю стран с высокой рождаемостью. По оценкам, во всем мире ВИЧ/СПИД явился причиной материнской смертности в 5,8 процента случаев.

²⁷ Gilda Sedgh and others, "Induced abortion: estimated rates and trends worldwide", *The Lancet*, vol. 370, No. 9595 (October 2007).

²⁸ Elisabeth Ahman and others, "The global burden of unsafe abortion in the year 2000" in *Global Burden of Disease 2000* (Geneva, WHO, 2003).

²⁹ Глобальный доклад: доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2010 год (Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2010 год).

63. Несмотря на значительный прогресс в деле расширения масштабов антиретровирусной терапии, в 2009 году лечение антиретровирусными препаратами примерно в половине стран с низкой рождаемостью и половине стран с высокой рождаемостью, в которых доля ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом составляет не менее 0,1 процента, получали менее 40 процентов нуждающихся в таком лечении. В странах со средней рождаемостью, имеющих сопоставимые показатели распространенности ВИЧ/СПИДа, дела обстояли лучше: лишь в одной пятой таких стран менее 40 процентов ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом проходили курс антиретровирусной терапии. К концу 2009 года лечение антиретровирусными препаратами в странах с низким и средним доходом получали 5,2 миллиона человек, что в 12 раз больше, чем в 2003 году. Но даже несмотря на такое увеличение соответствующих показателей, на сегодняшний день необходимое лечение получает лишь одна треть нуждающихся в нем. Кроме того, на каждого человека, который начал получать лечение АРТ-препаратами в 2009 году, пришлось два вновь инфицированных. Поэтому настоятельно необходимо сосредоточить усилия на осуществлении мер профилактики.

64. Есть основания говорить о практической эффективности мер профилактики. Из 21 страны, где проблема ВИЧ стоит наиболее остро, 15 удалось на 25 процентов уменьшить долю ВИЧ-инфицированных среди людей в возрасте от 15 до 24 лет³⁰. Развитие и совершенствование средств профилактики, включая такие, как микробицидный гель, в состав которого входит антиретровирусный препарат «Тенофовир», есть способ уменьшить для женщин риск инфицирования³¹. Что касается мужчин, то весьма надежным, хотя и не абсолютным, средством защиты является мужское обрезание, и правительства некоторых африканских стран поддерживают практику обрезания в контексте осуществления соответствующей программы борьбы с ВИЧ/СПИДом³². Для того чтобы добиться наилучших результатов, необходимо, чтобы основное внимание в стратегиях профилактики уделялось работе с группами, которые в наибольшей степени подвергаются риску получить инфекцию. Даже в странах, где ВИЧ/СПИД приобрел характер эпидемии, многого можно добиться, если уделять особое внимание группам повышенного риска, представители которых чаще всего подвергаются инфекции, включая работников секс-индустрии и потребителей инъекционных наркотиков. Однако мероприятия в этой области финансируются весьма недостаточно. Кроме того, в отдельных странах большинство вновь инфицированных составляют люди в возрасте старше 25 лет, на которых не распространяется действие обычных программ профилактики, рассчитанных на молодежь.

65. Комплексный подход к решению проблемы уменьшения случаев заражения ВИЧ детей предусматривает профилактику инфекции среди женщин, профилактику нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин, а также профилактику передачи инфекции ВИЧ от матери к ребенку. В 2009 году 53 процента беременных ВИЧ-инфицированных женщин получали антиретровирусную терапию в целях профилактики передачи ВИЧ новорож-

³⁰ “Young people are leading the HIV prevention revolution” (Женева, ЮНЭЙДС, 2010 год).

³¹ Q.A. Karim and others, “Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women”, *Science*, vol. 329, No. 5996 (2010).

³² *Progress in Male Circumcision Scale-Up: Country Implementation and Research Update* (Женева, ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2010 год).

денным младенцам³³. Согласно опубликованным ВОЗ в 2010 году новым руководящим принципам, лечение антиретровирусными препаратами должно начинаться на более раннем, чем было предусмотрено в прошлом, сроке беременности и должно продолжаться на протяжении периода грудного вскармливания — в целях защиты младенца от инфекции.

66. Объединение мер по борьбе с ВИЧ, включая добровольное консультирование и тестирование, с услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья может способствовать увеличению числа лиц, добровольно желающих пройти обследование на ВИЧ, лучшему пониманию рисков, связанных с возможностью получения ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем, а также способствовать более широкому применению презервативов.

67. В 2009 году правительства 87 процентов стран продолжали рассматривать ВИЧ/СПИД в качестве одной из наиболее серьезных проблем, а программы обеспечения больных антиретровирусными препаратами действовали в 91–98 процентах развитых стран и 89 процентах развивающихся стран. Наряду с этим 97 процентов стран сообщили о том, что проводят проверки на ВИЧ национальных запасов крови и продуктов крови, а в 86 процентах стран пропагандируется применение презервативов для защиты от передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Тем не менее в общемировом масштабе сексуально активное население по-прежнему недостаточно обеспечено презервативами для защиты от инфекции³⁴ и серьезной проблемой все еще остается качество презервативов.

68. Защита ВИЧ-инфицированных от дискриминации по-прежнему не является универсальной. В 2009 году лишь в 65 процентах развитых стран и 55 процентах развивающихся стран действовали законы, запрещающие такую дискриминацию. Кроме того, в 2009 году в правовой системе 23 из 52 стран, где ВИЧ/СПИД приобрел характер эпидемии, не было положений, запрещающих дискриминацию в связи со СПИДом.

В. Инфекции репродуктивного тракта

69. Инфекции репродуктивного тракта могут передаваться половым путем, вызываться организмами, которые обычно присутствуют в репродуктивном тракте, либо передаваться при медицинских процедурах. Более 30 видов патогенных микроорганизмов бактериальной, вирусной и иной природы передаются сексуальным путем³⁵. Среди людей в возрасте 15–49 лет ежегодно регистрируется порядка 340 млн. новых случаев наиболее часто встречающихся излечимых инфекций, передаваемых половым путем, включая сифилис, гонорею, хламидиоз и трихомонадиоз³⁶. Число вирусных инфекций, передаваемых по-

³³ *Towards Universal Access: Scaling-up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector — Progress Report 2010* (Женева, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, 2010 год).

³⁴ *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2008* (Нью-Йорк, ЮНФПА, 2009 год).

³⁵ «Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 годы (Женева, ВОЗ, 2007 год).

³⁶ *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates* (Женева, ВОЗ, 2001 год).

ловым путем, таких как вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус герпеса человека и вирус гепатита В, которые пока неизлечимы, скорее всего, вдвое превышает число излечимых инфекций, передаваемых половым путем³⁷. Инфицирование вирусом простого герпеса второго типа и ВПЧ широко распространены, а инфекция ВПЧ является наиболее распространенной из всех вирусных инфекций репродуктивного тракта. Ожидается, что заболеваемость в мире, связанная с передаваемыми половым путем инфекциями, возрастет с учетом широких масштабов распространения неизлечимых вирусных инфекций, передаваемых половым путем, тенденций в области сексуального поведения и все более активных повсеместных поездок людей.

70. Масштабы распространения передаваемых путем инфекций в разных странах весьма различны. В целом, наибольшему риску получить инфекцию подвергаются мужчины и женщины, проживающие в городах, лица, не состоящие в браке, а также представители совершеннолетней молодежи. Большинство инфекций, передаваемых половым путем, вначале не имеют никаких симптомов, но могут передаваться сексуальному партнеру. Поэтому прохождение обследования на предмет выявления инфекций, передаваемых половым путем, должно быть стандартным компонентом мероприятий в области первичного медико-санитарного обслуживания, позволяющим выявить инфекцию, лечить ее, предоставить информацию о том, как избежать ее дальнейшего распространения и предотвратить серьезные осложнения. Женщины, не проходившие лечения от инфекций репродуктивного тракта, в большей степени подвергаются риску развития воспалительных заболеваний органов малого таза либо рака шейки матки (при инфицировании ВПЧ), а также бесплодия, эктопической беременности, самопроизвольных выкидышей и мертворождений. У женщин, которые не лечились от инфекции, дети могут родиться недоношенными, с врожденным сифилисом, низким весом, заболеть воспалением легких или ослепнуть. Для мужчин инфекции, передающиеся половым путем, чреватые такими серьезными осложнениями, как хроническая инфекция, боли и бесплодие. Лечение инфекций, передаваемых половым путем, и борьбе с ними необходимо уделять первостепенное внимание еще и в силу той роли, которую они играют в передаче ВИЧ: язвенные инфекции, такие как вирус простого герпеса второго типа, мягкий шанкр или сифилис, — в три-четыре раза увеличивают эффективность передачи ВИЧ-инфекции.

С. Раковые заболевания репродуктивной системы

71. Ежегодно в мире примерно 1,3 миллиона человек умирает от раковых заболеваний репродуктивной системы³⁸. Среди женщин наиболее распространены рак молочной железы, шейки матки, яичников и рак матки. Ежегодно регистрируется 1,1 млн. новых случаев рака молочной железы, от которого каждый год умирает 520 000 женщин. Для успешного лечения рака молочной железы решающее значение имеет ранняя диагностика. Проведение маммографических исследований и последующая работа с женщинами, у которых по результатам маммографического исследования была выявлена либо подозревается раковая опухоль, способны на одну треть сократить смертность женщин в воз-

³⁷ *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A Guide to Essential Practice* (Женева, ВОЗ, 2005 год).

³⁸ *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Женева, ВОЗ, 2008 год).

расте 50–69 лет от рака молочной железы³⁹. Однако в силу того, что проведение маммографического исследования сопряжено с серьезными затратами и требует наличия квалифицированного персонала для расшифровки его результатов, в странах с низким доходом сложно обеспечить всем женщинам возможность для прохождения соответствующего обследования. Поэтому важно проводить работу с теми, кто в наибольшей степени подвергается риску развития рака молочной железы, — с учетом возраста, соответствующих факторов риска и семейной предрасположенности.

72. Ежегодно рак шейки матки диагностируют у 500 миллионов женщин, от которого каждый год умирает 260 000 человек. Это — наиболее распространенный вид рака среди женщин в развивающихся странах. Большинство случаев рака шейки матки выявляют у женщин в возрасте до 40 лет, и практически всегда развитие заболевания связано с ВПЧ-инфекцией. Наиболее эффективным способом профилактики рака шейки матки и смертности от него является прохождение соответствующего обследования и лечения предраковых состояний шейки матки. Хорошо организованные программы диагностики и лечения способны в 80 процентах случаев предупредить развитие рака шейки матки⁴⁰. Однако, как показывает опыт, организовать и осуществлять такие программы проведения обследований в условиях острой нехватки ресурсов весьма сложно, в силу чего в странах с низким уровнем дохода смертность от рака шейки матки продолжает оставаться высокой⁴¹. По этой причине разработка двух вакцин от инфекции вируса папилломы человека, лицензии на которые были получены в 2006 и 2007 годах, позволяют рассчитывать на позитивные результаты в деле профилактики рака шейки матки. Эффективность вакцин максимальна, если вакцинация проводится среди детей и подростков до начала ими половой жизни. ВОЗ рекомендует включать плановую вакцинацию от вируса папилломы человека в национальные программы иммунизации в странах с высокой заболеваемостью раком шейки матки. К концу 2009 года вакцинацию от вируса папилломы человека включили в свои национальные графики иммунизации лишь 27 стран⁴².

73. Наиболее часто встречающимся видом раковых заболеваний репродуктивной системы у мужчин является рак предстательной железы. Ежегодно диагностируется 605 000 новых случаев рака предстательной железы, от которого каждый год умирает 308 000 человек. В трех четвертях случаев больные умирают в возрасте старше 70 лет. Имеется несколько тестов, позволяющих выявить рак предстательной железы, но наиболее часто применяется тест, с помощью которого определяют уровень специфического антигена предстательной железы. Однако неясно, способствует ли проведение регулярных диагностических исследований снижению показателей смертности, учитывая, что рак предстательной железы развивается медленно, а у людей в преклонном возрасте латентный рак простаты является обычным явлением. К тому же имеющиеся

³⁹ *World Cancer Report 2008* (Лион, Франция, Международное агентство по изучению рака, 2008 год).

⁴⁰ WHO, “Human papillomavirus vaccines: WHO position paper”, *Weekly Epidemiological Record*, vol. 84, No. 15 (2009), pp. 117–132.

⁴¹ *Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Report of a WHO Consultation* (Женева, ВОЗ, 2002 год).

⁴² *Report of the Meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring, 16–17 November 2009* (Женева, ВОЗ, 2010 год).

в наличии виды лечения сопряжены со значительным риском возникновения побочных явлений, которые могут оказаться более опасными, чем сама болезнь⁴³.

74. Стандартизованные по возрасту показатели смертности женщин от раковых заболеваний репродуктивной системы (из расчета на 100 000 женщин), как правило, выше в странах с высокой рождаемостью, чем в странах с низкой или средней рождаемостью. Таким образом, если более чем в половине стран с низкой и средней рождаемостью стандартизованные по возрасту показатели смертности не превышали 39 смертных случаев на 100 000 женщин, то в 75 процентах стран с высокой рождаемостью стандартизованные по возрасту показатели смертности составляли не менее 39 смертей на 100 000 женщин. Что касается мужчин, то различия между стандартизованными по возрасту показателями смертности от рака предстательной железы между представителями этих трех групп стран не столь очевидны.

IX. Выводы и рекомендации

75. Снижение рождаемости приносит позитивные результаты на индивидуальном, семейном и национальном уровнях. При проведении правильной экономической политики снижение рождаемости может способствовать повышению темпов экономического роста. С 1970 года рождаемость снизилась практически во всех странах, однако в разных странах этот процесс начался в разное время и шел разными темпами, в результате чего на сегодняшний день показатели рождаемости в разных странах весьма и весьма различны. Многие страны, где рождаемость снизилась значительно, благодаря тому, что детей рожать стали меньше, получили возможность направлять больше средств на продуктивную деятельность, а также на цели образования и охраны здоровья молодежи. В результате такие страны добились значительного увеличения многих показателей в области развития. И наоборот, страны, где рождаемость снижалась медленнее и по-прежнему является высокой, — отстают по показателям в области развития.

76. Представленная в докладе информация по результатам предметного анализа различных тенденций и положения в странах с низкой, средней и высокой рождаемостью, показывает, что в странах с высокой рождаемостью по большинству показателей в области репродуктивного здоровья и детерминант рождаемости дела, как правило, обстоят неблагоприятно. Хотя перед всеми странами стоят серьезные задачи в плане обеспечения всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, странам с высокой рождаемостью в этом плане предстоит решать более сложный комплекс проблем, отчасти в силу того, что численность населения в них по-прежнему увеличивается быстрыми темпами. Действительно, если рождаемость не будет снижаться более быстрыми темпами, то число проблем, обусловленных быстрым ростом численности населения, будет активно множиться.

⁴³ Peter Davidson and John Gabbay, "Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level?" (Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 год).

77. С учетом стоящих перед странами задач в этой области Генеральный секретарь обнародовал в 2010 году Глобальную стратегию охраны здоровья женщин и детей, которая призвана мобилизовать усилия на реализацию к 2015 году Цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия. Как указано в настоящем докладе, основные стратегии, разработанные для достижения этой цели, хорошо известны и опробованы. Однако деятельность по их практическому осуществлению пока не получила того приоритетного статуса, которого заслуживает, а данные правительствами обещания не были подкреплены необходимым финансированием и действиями.

78. Обеспечение доступа к современным методам планирования семьи всем тем, кто в этом нуждается, представляет собой эффективное средство улучшения состояния здоровья матерей и маленьких детей и важный способ обеспечения людям возможности для реализации своих репродуктивных прав. Кроме того, благодаря профилактике нежелательной беременности деятельность по планированию размера семьи может, в конечном итоге, обеспечить снижение расходов, связанных с медицинским обслуживанием матерей и новорожденных. Однако финансирование деятельности по планированию семьи не отвечает имеющимся потребностям. Так, в частности, последний раз объем донорского финансирования достиг своего пика в 2002 году, составив 700 млн. долл. США, а с тех пор уменьшился до уровня порядка 400 млн. долл. США. С учетом увеличения числа женщин репродуктивного возраста объем донорского финансирования деятельности по планированию семьи из расчета на 1 женщину уменьшился более чем на 50 процентов с 1995 года практически во всех странах, получающих финансовую помощь доноров. В то же время общий объем помощи, направляемой на цели развития в области здравоохранения, утроился. Поэтому настоятельно необходимо увеличить объем финансирования, особенно с учетом необходимости ежегодно дополнительно выделять 3,6 млрд. долл. США на цели выполнения остающихся нерешенными задач в области планирования семьи.

79. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию предусматривает, что доноры будут нести лишь треть расходов, связанных с оказанием услуг в области репродуктивного здоровья, а основной объем ассигнований, в том числе на цели планирования семьи, должны выделять правительства стран. Большое число приоритетных задач, стоящих перед странами, особенно перед странами с низким уровнем дохода, негативно сказывается на финансировании деятельности по охране репродуктивного здоровья. Для того чтобы изменить существующее положение дел, национальным правительствам необходимо взять на себя твердые обязательства включить вопросы репродуктивного здоровья, в том числе компонент, связанный с планированием семьи, в число приоритетных направлений национальной политики. Включение показателей в области репродуктивного здоровья в национальные инструменты планирования, в частности в документы о стратегии сокращения масштабов нищеты, стало бы наглядным свидетельством признания их важной роли для процесса развития.

80. Укрепление систем здравоохранения исключительно важно для достижения целей охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех. Оказание услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья должно быть неотъемлемой частью минимального комплекса медико-санитарных мероприятий на всех уровнях системы здравоохранения, но в первую очередь — в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи. Для того чтобы обеспечить охват малоимущих и других социально незащищенных категорий населения, необходимо преодолеть препятствия правового, финансового и культурного характера, которые препятствуют получению ими услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья либо ограничивают их возможность в этом плане.

81. В целях повышения эффективности оказания медицинской помощи рекомендуется применять комплексный подход к вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Основной комплекс услуг в рамках системы первичной медико-санитарной помощи должен включать: консультации по вопросам применения средств контрацепции, обеспечение ими и оказание соответствующих услуг; рекомендованный комплекс медицинских услуг в период беременности и родов (см. пункт 53); лечение антиретровирусными препаратами ВИЧ-инфицированных беременных женщин; возможности для проведения аборт в безопасных условиях там, где они разрешены законом; профилактику, лечение инфекций, передаваемых половым путем, и раковых заболеваний репродуктивного тракта и проведение обследований на предмет их выявления; добровольное тестирование на ВИЧ и проведение соответствующих консультаций и направление для прохождения необходимого лечения; а также проведение обследований в целях выявления случаев насилия по признаку пола и оказание соответствующих консультационных услуг, в том числе активное разъяснение опасности вредных видов практики. Службам здравоохранения следует разработать стратегии обеспечения охвата мужчин, небеременных женщин и подростков, с тем чтобы повысить уровень их осведомленности о предоставляемых в этой области услугах в рамках системы здравоохранения и пропагандировать ответственное сексуальное и репродуктивное поведение.

82. Для обеспечения всеобщего доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья важнейшее значение имеет наличие доступных средств контрацепции высокого качества. В последние годы на цели обеспечения населения развивающихся стран контрацептивными средствами доноры ежегодно выделяли от 205 млн. долл. США до 239 млн. долл. США. С учетом прогнозируемого увеличения числа людей репродуктивного возраста объем финансирования, выделяемого донорами в целевом порядке на обеспечение контрацептивными средствами, должен увеличиться к 2015 году вдвое, с тем чтобы обеспечить удовлетворение прогнозируемого спроса.

83. Применение основанного на учете прав человека подхода к вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья предполагает, что правительствам следует принимать активные меры с целью обеспечить реализацию прав, включая репродуктивные права, без дискриминации, а также запретить вредные виды практики, включая все виды насилия по признаку пола. Принятие необходимых законов и положений есть лишь

первый шаг в этом направлении. Необходимо также обеспечить их осуществление и контроль исполнения. Особое значение имеют меры, способствующие расширению прав и возможностей женщин. Так, в частности, правительствам следует обеспечить исполнение законов, устанавливающих минимальный возраст для вступления в брак, и добиваться того, чтобы браки заключались лишь при свободном и полном согласии вступающих в брак супругов.

84. Поскольку реализация прав зачастую предполагает изменение социальных норм, правительствам необходимо информировать, просвещать и убеждать своих граждан в целесообразности таких изменений. При решении социальных проблем, обуславливающих неблагоприятное положение в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, хорошо зарекомендовала себя практика активного привлечения к этому процессу населения. Полезным оказалось также осуществление программ, в рамках которых предоставляется информация по вопросам репродуктивного здоровья и репродуктивных прав и одновременно — благодаря просвещению и развитию навыков — расширяются возможности женщин.

85. Мужчин необходимо вовлекать в борьбу за улучшение состояния сексуального и репродуктивного здоровья людей как в их собственных интересах, так и в качестве ответственных партнеров женщин. Более активно вовлекать мужчин в этот процесс позволят стратегии, нацеленные на обеспечение равноправных отношений между мужем и женой, взаимной ответственности за предупреждение нежелательной беременности, а также улучшение взаимного общения и понимания между мужчинами и женщинами.

86. Подростков необходимо надлежащим образом направлять, с тем чтобы они хорошо усвоили, что предполагает ответственное сексуальное и репродуктивное поведение. Программы в области полового просвещения и профилактики ВИЧ способствовали тому, что молодежь предпочитает воздерживаться от опасного сексуального поведения, и такие программы следует поддерживать.

87. В конце 1960-х годов, когда лидеры всех стран мира осознали серьезные проблемы, связанные с быстрым ростом численности населения, они первым делом признали право людей свободно, ответственно и самостоятельно принимать решение о том, сколько и когда иметь детей. Обеспокоенность последствиями дальнейшего роста численности населения для устойчивого развития в долгосрочной перспективе стала причиной созыва в 1974 году Всемирной конференции по народонаселению, которая, несмотря на продолжительные дебаты, положила начало осуществлению странами и международным сообществом активных действий в целях снижения темпов роста численности населения путем предоставления живущим друг с другом парам и отдельным лицам информации и необходимых средств, позволяющих им иметь столько детей, сколько они хотят. В результате в большинстве стран значительно сократились как показатели рождаемости, так и темпы роста численности населения. Достигнутые успехи породили благодушное настроение: рост численности населения уже не воспринимался как остро стоящая на повестке дня проблема. Однако, как следует из доклада Генерального секретаря о мировых демографиче-

ских тенденциях (E/CN.9/2011/6), проблемы, обусловленные ростом численности населения, в лучшем случае, были отсрочены, но пока еще вовсе не решены. К счастью, опыт, накопленный за последние четыре десятилетия, свидетельствует о том, что стратегия, призванная уменьшить число требующих решения сложных проблем, зависит от обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех — цели, важность достижения которой в интересах женщин, детей, их семей и будущих поколений получила широкое признание. В силу этого мерам, призванным обеспечить реализацию этой цели, необходимо впредь уделять более приоритетное, чем прежде, внимание на национальном и международном уровнях.
